

ETUDES ET DOCUMENTS

Pénibilité au travail



Pénibilité au travail

Une approche par les processus d'usure
et les itinéraires professionnels

Anne-Marie Nicot
Céline Roux
(Coordination)



Santé

Avec le soutien
du Fonds social européen



COMMISSION EUROPÉENNE
Fonds social européen

Remerciements

Cet ouvrage est réalisé dans le cadre du Centre de Ressources de l'Observatoire National Age, Travail, Emploi (ATEON), co-financé par le Fonds Social Européen.

Il s'appuie sur les travaux des intervenants présents au séminaire « Processus d'usure et itinéraires professionnels » des 26 et 27 septembre 2007 et sur l'expérience des chargés de mission du réseau ANACT, et en particulier les contributeurs au projet « usure, pénibilités et parcours professionnels » :

Emmanuel ALBERT (Languedoc-Roussillon), Florent ARNAUD (Bretagne), Frédérique BEDIER (La Réunion), Daniel DEPOISIER (ANACT), Rita DI-GIOVANNI (Midi-Pyrénées), Barbara GUERNIOU (Auvergne), Antoine Koubemba (Limousin), Stéphanie LECOT (Franche-Comté), Christine MARTIN-COCHER (Rhône-Alpes), Caroline RAGAZZI (Aquitaine), Christine STIEVENARD (Ile-de-France), Françoise VERDIER (Midi-Pyrénées).

Nous remercions également :

- Geneviève TROUILLER pour son aide à l'organisation du séminaire et ses remarques toujours judicieuses ;
- Jack BERNON, Joël MALINE et Michel WEILL pour leur relecture attentive ;
- Christian MAHOUKOU pour avoir assuré l'édition de cet ouvrage.

Préambule	p. 6
par Jack Bernon et Joël Maline	
Introduction	p. 7
Du débat sur la pénibilité à une approche par l'usure et les itinéraires professionnels	

Partie 1 : Pénibilité et usure professionnelle : quelques repères pour la compréhension	p. 13
1 - De quelles pénibilités parle-t-on ? Premières ouvertures	p. 14
Fins de vie active et « pénibilités » du travail par Serge Volkoff	
2 - L'usure professionnelle entre pénibilité du travail et pénibilité au travail	p. 21
Départs en retraite et risques professionnels : les usages des connaissances scientifiques sur le travail et les risques à long terme, par Gérard Lasfargues	
3 - Les enquêtes sur la santé et le travail : de nouvelles perspectives sur la « pénibilité »	p. 32
Pénibilité et itinéraires professionnels, par Thomas Coutrot	
Lecture transversale	p. 43
Pourquoi et comment articuler conditions de travail et conditions d'emploi dans l'analyse des parcours professionnels ? par Annie Jolivet	

Partie 2 : Usure professionnelle et itinéraires : une approche par les populations et les processus	p. 47
1 - De multiples enseignements à tirer des enquêtes épidémiologiques et de la prévention des troubles musculo-squelettiques	p. 48
TMS chez les salariés de plus de 50 ans : résultats de la surveillance épidémiologique des TMS dans les entreprises des Pays de la Loire en 2002 et 2003, par Annie Touranchet	
2 - Les cancers professionnels : à la croisée d'enjeux scientifiques, économiques, politiques et sociaux	p. 58
La division sociale des risques professionnels et des atteintes à la santé liées au travail - L'exemple des cancers professionnels, par Annie Thebaud-Mony	
Lecture transversale	p. 66
De la construction à l'altération de la santé : le passage par l'activité du sujet Itinéraires professionnels et atteintes à la santé - Intérêt de la clinique médicale du travail, par Christian Torres	

Partie 3 : Pénibilité et usure professionnelle : quelques repères pour l'action	p. 73
1 - Évaluation de la pénibilité liée au travail : de la compréhension à l'action	p. 74
Comprendre, reconnaître et agir sur la pénibilité, par Pascale Freigneaux, Pierre Richard et Béatrice Barthe	
2 - Les notions de pénibilité et usure : pas à pas	p. 85
Pénibilité et usure au travail : Approche latérale par Gilles Herreros	
Conclusion : Quelle définition de la pénibilité pour prévenir l'usure ?	p. 95

Préambule

De la pénibilité aux processus d'usure professionnelle

Jack Bernon

Responsable du Département Santé et travail, ANACT

Joël Maline

Directeur, ANACT Basse-Normandie
Référents du projet Gestion des Ages

La question de la pénibilité au travail est de nouveau apparue dans le débat social, à l'occasion des modifications législatives relatives au nombre d'années de cotisations pour pouvoir bénéficier d'une retraite à taux plein. Les partenaires sociaux mènent actuellement une négociation sur la possibilité d'une cessation d'activité anticipée pour cause d'exercice d'activité professionnelle considérée comme pénible, selon des critères qui font l'objet de débats.

Au-delà de ces enjeux sociaux voire sociétaux qui consistent à trouver des solutions compensatrices et réparatrices pour des populations exposées, se pose la question de la prévention. C'est dans ce registre que se situe le champ d'action et les missions spécifiques du Réseau ANACT. Pour répondre à cet enjeu, notre objet se décale de la pénibilité à l'usure professionnelle comme processus tout au long de la vie active.

En effet, la notion de pénibilité est extrêmement complexe parce qu'elle maille le subjectif avec l'objectif, parce que sa perception est variable d'une personne à une autre, parce qu'elle se conjugue au cours du temps avec d'autres facteurs, parce que les traces qu'elle peut laisser ne sont pas toujours visibles...

En revanche, considérer le sujet sous l'angle de l'usure professionnelle, est de nature à permettre :

- de situer la notion des conditions concrètes de réalisation du travail au centre d'un processus qui a cours tout au long de la vie professionnelle ;
- d'élargir le champ de la prévention en ne considérant pas l'usure professionnelle comme un risque au sens habituel du terme, mais comme une dynamique qui s'installe au gré des parcours professionnels et des expositions auxquelles sont confrontées les personnes ;
- de mieux connaître la population au travail, en développant, par exemple des approches de démographie du travail dans les entreprises pour mieux intégrer les effets antérieurs et en cours sur les caractéristiques et la distribution de cette population ;
- d'aborder la place des âges tout au long de la vie, tout en veillant à une catégorie particulière de la population au travail, que sont les seniors.

Le dossier qui vous est proposé dans la collection « Études et Documents », publiée par le réseau ANACT, est le fruit d'un séminaire scientifique organisé en septembre 2007. L'objectif était de faire un état des lieux des réflexions conduites par des chercheurs ou des organisations sur ce thème, afin de fournir des repères aux partenaires sociaux, aux responsables d'entreprises, aux représentants du personnel et aux intervenants en entreprises, aux acteurs de la santé au travail... qui aujourd'hui ou demain traitent ou traiteront de la question.

Pour le réseau ANACT, ce séminaire et cette publication ne sont qu'une première étape. Les apports des uns et des autres, que nous remercions vivement ici, dessinent les perspectives d'un travail futur. Le chantier qui s'ouvre maintenant sera de consolider les méthodes d'analyse pour cerner les processus d'usure professionnelle, et de proposer aux différentes parties prenantes des outils qui les soutiennent pour aborder cette difficile question.

Introduction

Le débat sur les retraites et la notion de « pénibilité »

Comme l'ensemble des pays européens, la France voit sa population vieillir. Dans ce contexte, les pays de l'Union Européenne se sont fixé des objectifs et des principes généraux pour adapter leur système de protection sociale et moderniser leur marché du travail (Stratégie de Lisbonne, notamment). Outre la croissance des taux d'emploi de l'ensemble de la population, ces objectifs portent aussi sur l'allongement progressif de l'âge effectif de départ en retraite et sur l'augmentation du taux d'emploi¹ de la population des 55-64 ans (décision du Sommet de Stockholm, 2001). Ainsi, d'ici 2010, l'âge effectif de départ en retraite devrait avoir augmenté de 5 ans et le taux d'emploi des plus de 55 ans atteindre 50 % (contre 38,1 % en 2006 en France²).

Dans le cadre des objectifs ainsi définis au niveau européen, la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites introduit le principe d'une négociation nationale interprofessionnelle sur « la définition et la prise en compte de la pénibilité » (art. 12) ; en outre, elle précise que le bénéfice d'un départ anticipé en retraite sera réservé aux salariés dont l'activité présente notamment des caractéristiques spécifiques de pénibilité (art. 18)³.

Ces dispositions législatives établissent un lien entre la « pénibilité » du travail et les conditions de départ en retraite. Il s'agit là d'une manière spécifiquement française de poser le débat autour des questions d'allongement des carrières professionnelles - aucun des autres pays européens qui traitent de cette problématique n'a introduit de dispositions de ce type.

La place ainsi accordée à cette notion lui donne comme un caractère d'évidence. Cependant, il s'agit d'une notion aux contours sémantiques assez fluctuants en fonction du champ dans lequel elle est utilisée. Ainsi, dans l'usage courant, la pénibilité est une notion qui renvoie davantage à la façon - morale ou physique - dont le travail est éprouvé par celui qui le met en œuvre. En effet, si le terme de « pénibilité » lui-même a été introduit très récemment dans la langue française (1952), « pénible » est en revanche un mot beaucoup plus ancien (XII^e siècle) et se rattache directement au champ sémantique de la peine, de ce qui se fait avec peine (dans les deux sens de souffrance physique, et d'affectation morale).

Et de fait, comme le précise F. Héas, la notion de pénibilité ne « bénéficie pas d'un régime juridique établi et encore moins d'une définition admise en droit du travail »⁴.

En introduisant le terme de « pénibilité » dans la réforme des retraites, le législateur a par ailleurs donné une perspective nouvelle à cette notion : celle des effets durables de la « peine » sur les personnes. Car ce sont ces effets qui peuvent justifier du bénéfice d'un départ anticipé en retraite. Ce qui se traduit par un déplacement sémantique notable par rapport à l'usage courant : de nombreuses situations de travail vécues comme « pénibles » sur le moment n'ont pas d'effets évaluables sur la santé à moyen terme, et ne pourront donc pas être prises en compte dans cette définition de la pénibilité. Autrement dit, alors que dans l'usage courant, on se situe plutôt dans le ressenti, le vécu, les impacts des différentes contraintes sur la façon de faire du sujet, dans le second cas, ce sont

1 - Le taux d'activité est le rapport entre la population active et la population totale de même sexe et de même âge.
Le taux d'emploi est le rapport entre la population active ayant un emploi et la population totale de même sexe et de même âge.

2 - Source Eurostat : <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>

3 - Cf. formulation exacte de la loi sur www.legifrance.gouv.fr

4 - Héas F. « La définition juridique de la pénibilité au travail », in Travail et Emploi n° 104, octobre - décembre 2005.

davantage les effets identifiables et objectivables des contraintes et astreintes sur la santé des opérateurs qui sont considérés.

Mais cette approche de la pénibilité constitue aussi une source majeure de complexification de la question. En effet, les liens entre la santé et le travail sont éminemment difficiles à appréhender, notamment à long terme, où de nombreux paramètres interagissent selon des modalités qui restent encore en grande partie à clarifier (effets de seuils, effets différés, phénomènes de combinatoire, de cumul, de compensation, de récupération...). Face à cette complexité, et aux problèmes inextricables auxquels les négociateurs pourraient se trouver confrontés, un cadre de réflexion leur a été proposé par le rapport « Pénibilité et retraites », présenté par Yves Struillou au Conseil d'Orientation des Retraites en avril 2003. Celui-ci suggère notamment que le lien entre pénibilité et retraite soit considéré à partir de la question de l'impact des conditions de travail sur l'espérance de vie sans incapacité.

« Le critère tiré de l'espérance de vie sans incapacité paraît à la fois cohérent et pertinent, mais ne doit pas être mal interprété :

- *il est cohérent avec l'objectif poursuivi si on se fixe comme but de compenser par un avantage relatif les effets, révélés ou potentiels, des formes de pénibilités les plus pénalisantes pour l'individu, qui réduisent de **manière irréversible et grave** sa capacité à mener une vie professionnelle et extra-professionnelle normale ;*
- *il est pertinent au regard des formes prises par la pénibilité aujourd'hui et de ses conséquences telles qu'elles apparaissent notamment à travers l'importance prise par les troubles musculo-squelettiques les plus pénalisants dans les maladies professionnelles reconnues ;*
- *toutefois ce critère ne doit pas être interprété comme niant l'existence des autres formes de pénibilité qui sont à l'origine des troubles infrapathologiques et la souffrance de ceux qui les subissent. Cependant la réponse que constituerait un départ précoce pour ces types de pénibilité serait fondamentalement injustifiée et inappropriée dès lors que ces troubles ne présentent pas un caractère irréversible et que l'objectif prioritaire doit être de prévenir leur évolution vers des pathologies par des actions portant sur les conditions de travail et la gestion des carrières. »⁵*

Dans cette perspective, un certain nombre de problématiques de conditions de travail (comme les tensions, la fatigue, et les risques psychosociaux qui en résultent) sont aujourd'hui explicitement exclues du champ, pour deux raisons :

- l'évolution de ces troubles vers des pathologies ayant des incidences sur la santé après la cessation d'activité, voire sur la mortalité, n'est pas clairement établie dans l'état actuel des connaissances ;
- la compensation par un départ anticipé « aurait des effets négatifs sur la politique de prévention dès lors qu'il serait socialement admis que cette pénibilité trouverait sa compensation « normale » par un départ anticipé alors que les troubles occasionnés par les tensions au travail peuvent apparaître tôt (autour de la quarantaine) et que des mesures préventives permettraient d'éviter leur évolution vers des pathologies⁶ ».

Pour ce qui concerne le champ des négociations sur les départs anticipés en retraite, la pénibilité se trouve donc définie de manière assez précise : ce sont les conditions de travail dont l'impact sur l'espérance de vie sans incapacité fait l'objet d'un certain consensus « scientifique » (évaluation par des moyens médicaux, épidémiologiques, statistiques). Les principales « pénibilités » retenues dans ce cadre sont :

- les contraintes physiques et posturales (manutention de charges lourdes, travail à la chaîne ou sous cadences imposées) ;
- les contraintes d'horaires (travail de nuit ou en horaires alternants) ;
- les expositions à des agents toxiques ou à des travaux dangereux⁷.

Mais au-delà du domaine ainsi défini, la « pénibilité » continue de recouvrir d'autres champs sémantiques, plus ou moins délimités, en fonction de l'objet qu'on se donne. Ce qui peut parfois introduire une certaine confusion dans les débats.

D'une part, parce que le sens commun associé aux notions de « pénible » et de « pénibilité » continue de prévaloir dans de nombreux contextes. D'autre part, parce que la définition proposée par le rapport Struillou ne reprend pas toutes les caractéristiques de situations de travail qui pourraient

5 - Struillou Y., « Pénibilité et retraite », Rapport remis au Conseil d'orientation des retraites, avril 2003, p. 26.

6 - Struillou Y., « Pénibilité et retraite », Rapport remis au Conseil d'orientation des retraites, avril 2003, p. 31.

7 - Pour plus de précisions, cf. Lasfargues G., « Départs en retraite et « travaux pénibles », Rapport de recherche du Centre d'Études de l'Emploi, n° 19, avril 2005, ainsi que la contribution de G. Lasfargues infra.

avoir un effet à moyen terme sur la santé des personnes. Dans le rapport lui-même il est explicitement indiqué que le périmètre ainsi défini est relatif à l'état des connaissances, à un moment donné, et à un objet donné : « *Si des études ont été menées, elles ne couvrent pas l'ensemble des postes pénibles et l'ensemble des risques. (...) Cependant, l'état actuel de nos connaissances ne fait pas obstacle, à notre sens, à un dispositif prenant en compte les formes les plus sévères de la pénibilité, dès lors que les informations et les observations disponibles permettent d'établir un lien entre certaines contraintes professionnelles et des pathologies qui réduisent ou qui sont de nature à réduire l'espérance de vie sans incapacité des salariés exposés*⁸. »

Cet écart entre les différentes acceptions de la notion de « pénibilité »⁹ tient pour une large part aux modalités de validation des connaissances développées sur les liens entre santé et travail, notamment dans le cadre des dispositifs de réparation tels qu'ils sont définis actuellement en France¹⁰ : pouvoir établir un lien direct et essentiel entre l'exposition à certaines conditions de réalisation du travail et les atteintes à la santé, avoir un recul temporel suffisant pour mesurer les effets à terme de ces expositions sur l'espérance de vie sans incapacité. En d'autres termes, lorsque les débats portent sur la compensation (mais aussi la réparation) des effets sur la santé du travail (et de ses conditions de réalisation), l'objectivation des liens de causalité devient centrale.

Ainsi, en partant d'une question *a priori* simple : « comment tenir compte de la dureté des conditions de travail vécues par les salariés pour moduler l'âge de départ en retraite ? », on aboutit à une problématique éminemment complexe liant questions scientifiques, sociales, politiques, juridiques...

De la « pénibilité » aux « processus d'usure en lien avec les itinéraires professionnels »

Dans ce contexte général, pour le réseau ANACT, les questions de « pénibilité » se posent dans des termes spécifiques, en raison de l'objet même du réseau ANACT sans pour autant que les autres approches (ou « définitions ») puissent être complètement exclues de son champ : intervenir dans les entreprises pour l'amélioration des conditions de travail des salariés à tous les âges. Mais, dans ce contexte, les acteurs de l'entreprise eux-mêmes sont empreints des débats sociaux, de représentations sur la « pénibilité » avec tout ce que ce terme comporte d'ambiguïtés et, souvent, de connotations négatives. Il nous faut donc à la fois préciser le champ sémantique de la notion de « pénibilité » (car c'est par celui-ci que seront définis les outils conceptuels et méthodologiques pour agir), et en même temps articuler notre approche par rapport à celle des autres acteurs sociaux.

Les demandes actuellement formulées auprès de réseau de l'ANACT, et qui peuvent être directement affectées au champ des questions de « pénibilité », sont principalement de deux ordres :

- intervenir sur la problématique spécifique d'une « population » dans l'entreprise (un métier, un atelier...) pour laquelle les conditions de travail posent (ou risquent de poser) des questions de maintien en emploi (et dans l'emploi) en raison des atteintes à la santé, notamment lorsqu'une part importante de cette « population » atteint l'âge de 50 ans et plus ;
- aider les acteurs, au niveau d'une entreprise ou d'une branche dans leurs débats sur la définition même de la pénibilité, dans l'objectif d'alimenter à la fois les réflexions et actions en matière de prévention de l'usure professionnelle.

Dans les deux cas, la réponse à la demande nécessite, pour les intervenants du réseau ANACT, d'affiner et compléter la notion de pénibilité au moyen d'autres notions ou concepts. Dans ce processus de clarification, il nous est apparu intéressant de poser la question en termes de « processus d'usure et itinéraires professionnels ».

En effet, dans la logique d'intervention de l'ANACT, la problématique générale de la « pénibilité » ouvre une question centrale nouvelle. En effet, elle implique de passer d'une approche « synchrone » du débat sur les conditions de travail dans l'entreprise (quelles sont les incidences des conditions actuellement observées) à une approche « diachronique », qui pourrait se formuler dans ces

8 - Struillou Y., « *Pénibilité et retraite* », Rapport remis au Conseil d'orientation des retraites, avril 2003, p. 27.

9 - Comme nous le verrons dans la suite de cet ouvrage, les acteurs intervenant sur ce champ commencent souvent par une première phase de définition plus ou moins explicite de la notion de pénibilité à laquelle ils se réfèrent dans leurs travaux.

10 - Ces dispositifs, et les définitions qui en résultent, sont des construits sociaux (dans lesquels participent des scientifiques, des praticiens, des partenaires sociaux, des institutionnels). Ainsi, des différences sensibles existent entre les pays européens quant aux modalités de prise en compte des liens entre santé et travail, tant en termes de prévention que de réparation.

termes : quelles sont les incidences, dans l'activité présente, des conditions de travail et d'emploi passées, quelles seront les incidences à moyen, voire long terme, des conditions de travail et d'emploi actuelles.

La question ainsi posée ne recouvre pas complètement celle de la pénibilité, ni dans le sens du rapport Struillou (car les troubles « infra pathologiques », exclus de la définition ci-dessus, peuvent avoir une incidence à moyen terme, au moins sur l'activité de travail), ni dans le sens large de l'usage courant (car tout ce qui est vécu, sur le moment, comme pénible, n'a pas nécessairement un impact sur l'activité de travail à moyen terme). C'est pourquoi il nous est apparu préférable de centrer notre attention sur les « processus d'usure » : pour rendre compte à la fois de la dimension temporelle, évolutive, complexe, mais aussi irréversible des phénomènes dont nous traitons.

En effet, la question des liens entre santé et travail dans la longue durée nécessite de s'intéresser à des processus complexes dans lesquels de nombreux facteurs de nature diverse interviennent (facteurs physiques, mais aussi organisationnels, psychosociaux...) et se combinent pour se renforcer (ou au contraire se neutraliser) dans la durée. Et, le développement de ces processus prend un cours différent en fonction de l'histoire de vie professionnelle de la personne - d'où l'importance accordée aux « itinéraires professionnels ».

Pour les acteurs de l'entreprise en charge de la conception ou de l'aménagement des conditions de travail la question de l'identification des liens entre santé et travail se formule donc en des termes sociaux, politiques, juridiques et scientifiques différents par rapport aux acteurs¹¹ en charge de la définition des droits à réparation pour les atteintes à la santé.

Dans un cas, notamment pour la reconnaissance des maladies professionnelles, il s'agit d'identifier des liens de causalités directs et univoques entre les conditions de travail et les atteintes à la santé (comme par exemple, les troubles musculosquelettiques ou les risques liés aux produits chimiques cancérigènes, mutagènes, toxiques pour la reproduction). Et ces liens devront être établis avec un haut degré de certitude, ce qui suppose que soit établi un large consensus scientifique sur la question - au moyen de nombreuses études expérimentales, épidémiologiques, etc. Ceci peut prendre du temps, et introduire un certain décalage entre les expositions effectives dans le travail et les risques formellement recensés. Ainsi, par exemple, pour les cancers professionnels, il y a actuellement 18 cancérigènes inscrits dans les tableaux des maladies professionnelles alors qu'une soixantaine de substances présentes dans les milieux de travail sont recensées comme des cancérigènes avérés par le Centre International de Recherche sur le Cancer ; et, la construction actuelle des tableaux ne permet pas de prendre en compte les pathologies résultant des poly-expositions¹².

Dans l'autre cas, il s'agit de comprendre les dynamiques complexes de construction et d'altération de la santé au travail, en lien avec l'histoire professionnelle des individus. La posture est plus proche d'une forme de principe de précaution, où des actions sont engagées pour prévenir les risques, sans attendre que les effets sur la santé de certaines caractéristiques du travail soient démontrés de manière « certaine » (selon des critères incontestés par les différents acteurs). Ce type de démarche implique une redéfinition des positions et des relations respectives entre le « scientifique » (ou expert) et le « politique » (les parties prenantes au problème dans leur diversité)¹³.

Pour éclairer le débat autour de ces questions de « pénibilité », de « processus d'usure et itinéraires professionnels », il nous a paru nécessaire de faire dialoguer entre elles les différentes approches qui traversent la question du lien entre santé et travail dans la durée. Les actes du séminaire « processus d'usure et itinéraires professionnels » repris dans cet « Études & Documents », visent explicitement à apporter un éclairage nouveau sur les questions suivantes :

■ Facteurs de pénibilité et processus d'usure

L'approche habituelle de la pénibilité cherche à identifier des « traces » qui permettent d'objectiver l'existence de contraintes ayant un effet visible pour la santé. Dans une perspective de gestion du vieillissement, la pénibilité est à envisager dans la durée, avec toutes les questions liées aux effets différés, aux combinaisons, au temps d'exposition et aux cumuls... Pour rendre compte de cette complexité, d'une part, et des liens entre « facteurs objectifs » et « vécu subjectif », d'autre part, il nous

11 - Généralement représentants des employeurs et des salariés, ainsi que des différentes institutions en charge des question de santé au travail (CNAM, MSA, médecine du travail, etc.).

12 - Sur la question de la reconnaissance des cancers comme maladie professionnelle, ou à caractère professionnel, cf. contribution d'A. Thébaud-Mony.

13 - Sur les liens entre le « scientifique » et le « politique » et de l'intérêt de repenser leur articulation dans la société moderne, cf. la contribution de G. Herreros.

semble nécessaire de reprendre les concepts et méthodes qui permettent d'appréhender les processus de construction et d'altération de la santé (physique et psychique) au travail.

■ Effets de combinatoire et processus d'usure

Cette question est à investiguer dans toute sa complexité en tenant compte non seulement des conditions matérielles et organisationnelles de travail, mais aussi des conditions d'emplois, des rapports subjectifs et sociaux au travail, ainsi que des effets d'interactions et de rétroactions des différents facteurs les uns avec les autres. Ces combinaisons sont à la fois à appréhender dans leurs interactions instantanées, mais aussi sous l'angle de leurs effets et leurs incidences dans la durée.

■ Individus, collectifs et itinéraires professionnels

Le lien entre les dynamiques individuelles et collectives présente de nombreux points communs avec d'autres démarches (notamment en ce qui concerne le rôle du collectif de travail dans la préservation ou l'altération de la santé). Cependant, il semble aussi nécessaire d'aborder plus spécifiquement certaines problématiques (souvent points aveugles des approches en santé au travail) comme celle des situations différenciées des populations (en fonction de l'âge, du genre...) dans le rapport au travail. Ces différences constituent souvent des facteurs déterminants dans la construction des parcours.

■ Donner une visibilité aux questions d'usure dans le débat en entreprise

Les questions d'usure se posent, par définition, en termes d'enjeux à long terme et elles ne sont pas toujours perçues comme un objet de travail pertinent, dans l'immédiat, pour les acteurs de l'entreprise. Aussi, il est souvent nécessaire de passer par une démarche de mise en lien et en visibilité, de construction sociale pour en faire une problématique qui mérite d'être traitée.

L'objectif prioritaire de ce séminaire était de donner des repères conceptuels et méthodologiques pour appréhender les processus de construction et d'altération de la santé au travail dans une perspective de gestion des âges où les liens entre usure, pénibilité et parcours professionnels sont traités dans toute leur complexité.

Dans cet ouvrage, le lecteur trouve ainsi réuni l'ensemble des écrits présentés par les différents intervenants lors du séminaire. Ces articles seront chacun précédés de propos introductifs dans lesquels l'ANACT présente son point de vue et propose un angle de lecture des communications.

À la faveur des différentes contributions qui suivent, nous abordons ainsi la question des processus d'usure et des itinéraires professionnels en prenant le parti de la confrontation des regards, grâce à la variété des mailles d'analyse proposées par les auteurs, à la diversité des disciplines convoquées, et à la pluralité de points d'entrée sur les liens entre santé et travail, et les enjeux sociaux (ou débats) qui s'y rapportent.

Dans un premier temps, sont réunis des articles présentant des travaux de référence dans le champ des débats autour de la réforme des retraites. Ils offrent une première ébauche de discussion autour de la « définition » des notions de pénibilité et d'usure. Serge Volkoff nous présente ainsi les trois facettes selon lesquelles il propose d'aborder la notion de pénibilité. Puis les articles de Gérard Lasfargues et Thomas Coutrot nous conduisent à nous pencher sur deux points de vue généralement proposés pour définir la pénibilité : celui des médecins du travail et celui des enquêtes portant sur les conditions de travail. Ces propos introductifs nous permettent à la fois de cerner les débats sociaux sur les notions de pénibilité et de prévention de l'usure, et de nous interroger sur les relations entre les connaissances médicales, les enquêtes et connaissances statistiques et les connaissances cliniques issues de nos interventions.

L'article d'Annie Jolivet propose ensuite une ouverture des questions de santé par leur mise en lien avec les conditions de travail, d'emploi et les capacités individuelles.

Dans la seconde partie de cet ouvrage, les exemples des troubles musculo-squelettiques et des cancers professionnels offrent un autre éclairage, sensiblement différent, des questions de liens entre santé et travail, et des enjeux scientifiques et sociaux qui y sont liés. Les démarches présentées par Annie Touranchet et Annie Thébaud-Mony nous engagent à nous interroger sur les intérêts et particularités des approches des risques professionnels par les populations et les processus. En effet, ces risques professionnels, qui ont tous les deux comme particularité d'être des risques dits « à effets différés », ont fait l'objet d'études très fines sur la place des conditions d'expositions et du cumul temporel de ces expositions dans la compréhension du processus d'apparition de ces pathologies. Mais de nombreuses questions restent encore en suspens dans ce domaine, notamment en ce qui concerne les effets des expositions simultanées, les effets de seuil, etc. À ce regard sur les processus, vient s'ajouter une approche par les populations au travail. En effet, ces mêmes études ont par-

ticulièrement fait apparaître une division sociale du travail et donc la diversité dans les expositions à ces risques parmi les populations présentes au travail.

La question de la reconstitution *a posteriori* des itinéraires professionnels, de ses outils et moyens, est ainsi posée. Christian Torres, au travers de l'exposé détaillé d'un itinéraire professionnel, et le développement soudain d'une pathologie sans facteur objectivable correspondant, se propose ainsi de nous sensibiliser à l'intérêt de la clinique médicale du travail dans notre approche des itinéraires professionnels. Il donne aussi à voir la place centrale de l'activité du sujet dans les processus de construction ou d'altération de la santé au travail, au-delà des facteurs « objectifs » d'analyse.

Sur la base de ces différents éclairages de la question des liens entre santé et travail, la dernière partie de cet ouvrage nous propose des repères méthodologiques pour conduire des interventions sur la prévention de l'usure professionnelle.

Pascale Freigneaux et Pierre Richard nous invitent à prendre comme point de départ ces définitions et à les instruire au regard d'une démarche de prévention. Ainsi, au travers des enseignements d'une étude-action commanditée par l'ANACT, les auteurs nous engagent à envisager la pénibilité et l'usure professionnelle, certes en considérant les populations soumises à ces pénibilités, les interactions entre les différents facteurs, le ressenti des salariés... Mais l'un des enseignements importants de ce travail porte sur l'importance du processus de construction dans l'entreprise du sens opérationnel que les acteurs donnent à ces notions. Dans la même perspective, Gilles Herreros nous propose de déplacer notre regard pour mieux permettre la mise en visibilité de ces problématiques et donc faciliter leurs mises en débats dans l'entreprise.

Partie 1

Pénibilité et usure professionnelle : quelques repères pour la compréhension

De quelles pénibilités parle-t-on ? Premières ouvertures

Depuis une quinzaine d'années, le Centre de Recherches et d'Études sur l'Age et les Populations au Travail (CREAPT) produit de la connaissance sur les relations entre le vieillissement et le travail. L'usure et les itinéraires professionnels et plus récemment la pénibilité sont donc des objets sur lesquels œuvre particulièrement le CREAPT.

Ainsi, lorsque la question de la définition est posée en 2003 par la loi dite « Loi Fillon » sur la réforme des retraites, Serge Volkoff et l'équipe du Centre de recherches attirent notre attention et celle du Conseil d'orientation des retraites¹ sur certaines conséquences de la reconnaissance de la pénibilité dans le cadre des cessations précoces d'activité². En effet, reconnaître le caractère pénible de telle ou telle contrainte de travail, de tel ou tel parcours professionnel peut induire que les contraintes ou nuisances qui ne sont pas retenues dans ce cadre ne seraient pas considérées et reconnues comme pénibles. Le lien entre ce qui est ressenti comme pénible par les salariés et le caractère pénible de certaines tâches n'est pas simple à aborder. Les exemples donnés dans l'article ci-après nous montrent bien que, selon les cas, la pénibilité peut renvoyer à des situations de travail et des parcours professionnels très divers. Par exemple, il existe des contraintes de travail qui pourraient être reconnues comme pénibles par un dispositif de départ en retraite anticipé mais qui ne sont pas ressenties comme telles par les salariés ; et inversement, des conditions de travail peuvent engendrer un sentiment de pénibilité chez les opérateurs alors que ces contraintes ne seraient pas causes d'une diminution de l'espérance de vie sans incapacité.

Dans l'article suivant, Serge Volkoff nous propose une approche des questions de pénibilités sous trois angles ou facettes :

- les *astreintes, potentiellement pathogènes ou invalidantes à long terme*, présentes à diverses périodes du parcours professionnel (ou tout au long de celui-ci). Cette facette rejoint la définition étudiée dans le cadre des négociations des partenaires sociaux ;
- les *difficultés à travailler en raison d'un état de santé déficient*, que cet état soit dû au travail ou non. Dans ce cas, on est plutôt sur une pénibilité de type « vécu d'une situation handicapante » ;
- Un *vécu difficile des dernières années de vie professionnelle*. Cette facette rejoint la question du souhait de départ en retraite anticipé et de la sélectivité de certaines conditions de travail en fonction de l'âge.

Nous retiendrons ici l'intérêt des deux dernières facettes à la fois sous l'angle du ressenti des salariés, mais aussi sous celui des itinéraires professionnels. Par ailleurs, la question des astreintes potentiellement pathogènes à long terme sera plus précisément abordée par les articles de Gérard Lasfargues et Thomas Coutrot.

Dans le cas où les contraintes de travail sont ressenties comme pénibles, l'aspiration à un départ en retraite anticipé par des salariés qui sont en fin de vie active et en difficulté dans leur travail doit autant retenir notre attention que des contraintes de travail dites pénibles par leur incidence sur l'espérance de vie en bonne santé. Dans notre contexte d'allongement de la vie professionnelle, l'âge de cessation effectif d'activité est encore en moyenne de 2 ans inférieur à l'âge légal de départ en

1 - Le Conseil d'orientation des retraites est composé, selon le décret 2004-453 du 28 mai 2004, de représentants de l'Assemblée nationale, du Sénat, de l'Etat, des Partenaires sociaux et de personnalités qualifiées dont Serge Volkoff.

2 - MOLINIE (Anne-Françoise), VOLKOFF (Serge) - « Départs en retraite : le deux facettes de la "pénibilité" du travail », 4 PAGES DU CEE, n° 60, 11/2003.

retraite. L'enquête Santé Travail et Vieillessement (ESTEV)³ a par ailleurs montré que des personnes ayant été exposées à des pénibilités durant leur parcours professionnel ont une plus grande probabilité d'être sorties d'emploi entre 52 et 57 ans avec des situations diverses : retraite, chômage, invalidité.

De plus, pour les salariés de plus de 55 ans encore en emploi, s'ils n'ont pas davantage recours à des arrêts de travail que leurs cadets, leur durée est beaucoup plus importante : en 2002 leurs arrêts de travail durent en moyenne 57 jours contre 22 jours pour les moins de 40 ans.

En conséquence, si le débat sur la réforme des retraites a induit un glissement sémantique de la pénibilité comme étant un ressenti par les salariés vers une pénibilité attribuable directement à certaines contraintes de travail, le CREAPT nous engage à ne pas laisser de côté les autres facettes de la pénibilité. En effet, outre la question des risques d'inéquité sociale développée ci-avant, l'objectif de recul de l'âge de cessation effectif d'activité nous oblige à considérer l'ensemble des éléments pouvant conduire des salariés à une situation de vécu pénible et en particulier lors des dernières années de vie professionnelle.

Considérer que la pénibilité recouvre aussi des situations impliquant des difficultés à travailler en raison d'un état de santé déficient ou encore un vécu difficile des dernières années de vie professionnelle nous conduit à remettre la question des populations au cœur du travail des préventeurs. Il n'est plus seulement utile de considérer le caractère nocif de certaines contraintes de travail, il convient aussi de regarder plus particulièrement les personnes qui travaillent, et la façon dont leur travail contribue à la construction ou à l'altération de leur santé.

Ainsi, la sélectivité de certaines conditions de travail en fonction de l'âge ou de l'état de santé peut être un indicateur extrêmement pertinent pour une démarche de prévention des risques d'usure professionnelle, pour les salariés à tous les âges.

Pour conclure, les différentes facettes de la pénibilité nous interrogent aussi sur les leviers de prévention mobilisables. Ainsi, une amélioration globale des conditions de travail sera préventive des trois situations de pénibilité présentées par Serge Volkoff : les situations pouvant conduire à une usure prématurée, les situations d'inaptitude ou de handicap ou encore les situations d'exclusion liées à l'âge. Cependant, d'autres leviers de prévention voire de correction peuvent être envisagés comme la valorisation des atouts de l'expérience ou encore des actions de réaffectation permettant à des personnes souffrant de déficiences de ne plus être en situation de handicap⁴. Dans tous les cas, que l'intervention porte sur une demande pour une population précise (seniors, personnels à restriction d'aptitude...) ou sur des risques particuliers, il convient d'avoir une approche globale de l'ensemble des situations de travail et populations présentes dans l'entreprise. L'enjeu est bien évidemment de ne pas faire cumuler toutes les contraintes par les plus jeunes - par exemple -, pour préserver les plus âgés ou encore de déplacer la problématique d'un risque à l'autre. Cependant, cette approche globale devra aussi faire en sorte de ne pas nier les spécificités de chacune des populations cohabitant dans le travail.

3 - DERRIENNIC F., SAUREL-CUBIZOLLES M.-J., MONFORT C., 2003, « Santé, Conditions de Travail et cessations d'activité des salariés âgés », Travail et Emploi, n° 96, p. 37-63.

4 - Escriva E. « Les situations de handicap. Le maintien dans l'emploi ». Collection Agir sur. ANACT.

Fins de vie active et « pénibilités » du travail

Serge Volkoff

Directeur du Groupement d'Intérêt Scientifique - Centre de Recherches et d'Études sur l'Age et les Populations au Travail (Centre d'Études de l'Emploi)

Monsieur A. est fondeur, il travaille depuis de longues années sur un plancher de coulée dans la sidérurgie¹. Ses horaires sont alternants, avec du travail de nuit, puisque le haut-fourneau fonctionne en continu. Après chaque coulée, pour remettre en état les rigoles où s'est déversée la fonte, il opère en force, avec des pelles, des barres à mine, des marteaux piqueurs, dans une chaleur parfois étouffante. Le processus de fusion est à l'origine d'émanations multiples, dont certaines sont toxiques. D'un autre côté, la camaraderie, la culture de métier, amènent Monsieur A à porter sur sa vie de travail un jugement qui n'est pas négatif. Il est quinquagénaire, il a la chance d'être plutôt en bonne forme, malgré quelques douleurs articulaires. Mais son travail l'a exposé fortement et constamment à des facteurs de risque, dont plusieurs, on le sait, feront sentir leurs effets à long terme, peut-être après la retraite, réduisant sa longévité ou compromettant sa qualité de vie au grand âge². Si l'on dresse un bilan d'ensemble des effets potentiels de son parcours professionnel, il est vraisemblable que l'on qualifiera ce parcours de « pénible ».

Madame B. est cuisinière, dans la restauration collective³. Pour des raisons multiples, liées ou non à sa vie de travail, ses épaules et ses vertèbres sont douloureuses. Certaines tâches, pour elle, sont difficiles à réaliser : déplacer une grosse marmite, la soulever pour déverser son contenu... Heureusement elle dispose d'un savoir-faire précieux, sur les recettes de cuisine, sur l'organisation des préparatifs de repas. Ses jeunes collègues, moins compétents, tirent parti de ses conseils, et « en échange » lui viennent en aide en la soulageant des tâches les plus dures. Cette entraide se réalise au fil du travail, sans être spécialement programmée, ni même réclamée ouvertement. Encore faut-il que la pression du temps ne soit pas trop forte, que les effectifs soient suffisants, que les collègues soient eux-mêmes en bonne santé. Si ces conditions ne sont pas réunies, madame B. va se trouver en grande difficulté, dans une situation de travail qui tolérera mal ses déficiences de santé. Une situation, dès lors, « pénible » pour elle.

Madame C. est technicienne dans un organisme de versement de prestations sociales. Ses horaires sont diurnes et réguliers. Elle n'est pas exposée à des nuisances sonores, chimiques ou biologiques. Elle a peu de tâches physiquement exigeantes, mais ressent souvent des douleurs cervicales, qui sans doute s'expliquent en partie par un travail assez répétitif devant l'écran, avec une pression temporelle accentuée au fil des ans : 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 outillage informatique bien pensé lui serait indispensable, mais justement la conception des logiciels est menée sans prêter attention à des stratégies de travail, subtiles, qu'elle s'est forgées au fil de son expérience⁴. Elle est donc souvent en difficulté, moins à l'aise avec les usagers, insatisfaite des résultats de son propre travail, déçue de voir que les décideurs ont fait peu de

1 - Millanvoye, M., Pueyo V., 2006 Organisation du travail, vieillissement des salariés et intensification du travail.

In P. Askenazy, D. Cartron, F. de Coninck, M. Gollac (coordinateurs). *Organisation et intensité du travail*. Toulouse, Éditions Octarès, Collection Le travail en débats, Série Entreprise, Travail, Emploi, 181-188.

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). Voir aussi l'article du même auteur dans le présent numéro.

3 - Avila-Assunção, A., Laville, A. (1996). Rôle du collectif dans la répartition des tâches en fonction des caractéristiques individuelles de la population. In R. Patesson (ed). *Intervenir par l'ergonomie*. XXXI^e Congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française. Bruxelles. Vol. 2, 23-30.

4 - 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.

cas de son activité réelle, inquiète dans la perspective de nouveaux changements, froissée d'entendre qu'on impute ses déboires à son âge et à une supposée « résistance au changement ». Elle vit, désormais, son travail comme « pénible ».

Ces trois exemples n'ont pas seulement pour but de rappeler que la « pénibilité » se rencontre dans des milieux professionnels divers. Ils visent surtout à illustrer la diversité des modèles, des acceptions possibles pour cette notion. La « pénibilité » a plusieurs facettes, qui ne renvoient ni aux mêmes schémas explicatifs, ni aux mêmes registres de connaissance, ni aux mêmes perspectives d'action ou de compensation⁵.

L'une d'elles a trait aux contraintes et nuisances rencontrées tout au long de la vie professionnelle, et qui peuvent avoir des effets à long terme. C'est manifestement le cas pour Monsieur A. Cette approche est privilégiée dans les débats sur de possibles départs anticipés⁶. Sans reprendre en détail des éléments développés dans d'autres articles de ce dossier, soulignons l'apport de l'épidémiologie professionnelle, qui établit des liens statistiques entre les expositions professionnelles et l'espérance de vie en bonne santé, donc la durée et la qualité de la retraite. Telle contrainte, telle nuisance, à laquelle un salarié a été longuement exposé (travail nocturne, gros efforts, produits toxiques...), renforce la probabilité qu'il développe une maladie grave, ou une limitation importante de ses capacités, même après la fin de sa vie professionnelle, et même s'il se portait bien lorsqu'il a pris sa retraite.

Les connaissances scientifiques ne permettent pas de trancher entre parcours « pénibles » ou « non pénibles », mais jalonnent des démarches d'évaluation, nécessaires pour concevoir des dispositifs de compensation justifiables. Le terme de « pénibilité », ici, est usuel, mais cet usage n'est pas sans écueils. Certaines 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 - ceux dont on va parler dans les paragraphes qui suivent - 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 dénégation sociale de leur mal-être, puisque leur travail sera dès lors étiqueté « non pénible ».

Venons-en à présent au cas de figure qu'illustre l'exemple de Mme B. : celui d'un travail « pénible », parce que difficile à supporter si l'on a une santé déficiente. On oublie parfois que la santé parfaite, l'absence totale de maladies, de troubles ou d'incapacités, est une exception. Cela se vérifie dans la population au travail, même si les problèmes de santé les plus sérieux éloignent de l'emploi les hommes et des femmes qui en sont atteints. Et c'est vrai *a fortiori* pour la tranche d'âge la plus élevée dans la population active. Il y a certes des quinquagénaires en pleine forme et de jeunes salariés en mauvaise santé, temporairement ou durablement. Mais le lien statistique entre âge et déficiences de santé est établi : 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 quinquas⁷. Plus précisément, les résultats de l'enquête SVP50 (Santé et Vie Professionnelle après 50 ans) montrent par exemple⁸ que plus de la moitié des salariés quinquagénaires de sexe masculin, et 2/3 des femmes, éprouvent des douleurs, et que les mêmes proportions se retrouvent pour les sensations de fatigue.

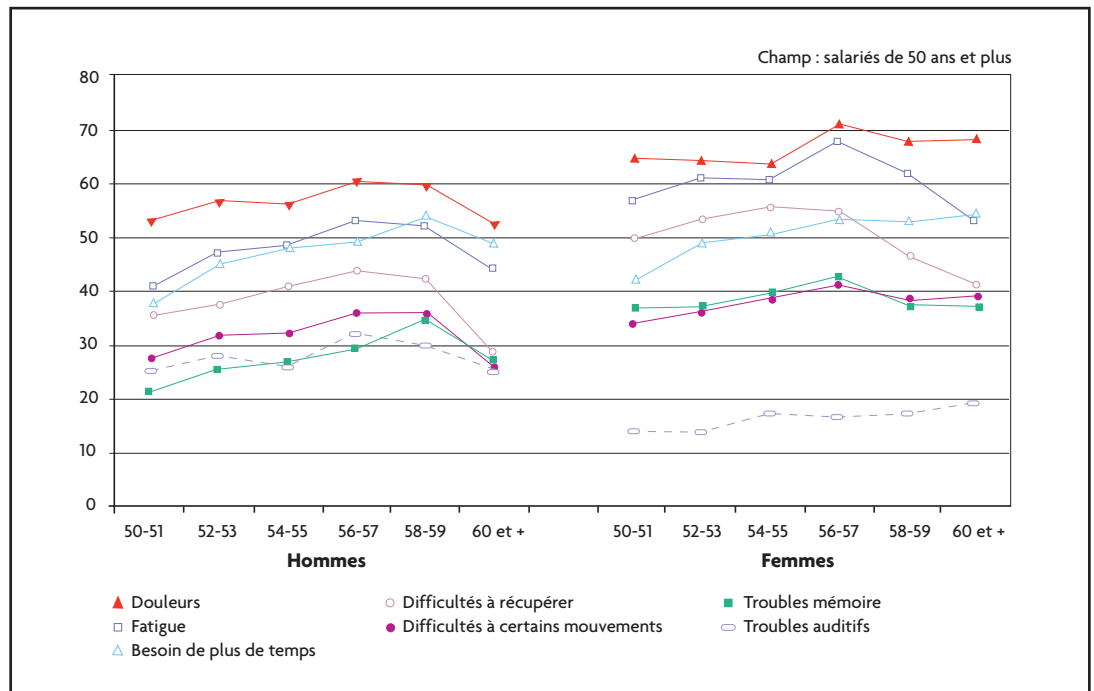
5 - Molinié, A.-F., Volkoff, S., 2006. Fins de vie active et « pénibilités » du travail. In *La qualité de l'emploi*. Paris, Éditions La Découverte, Centre d'études de l'emploi, Collection Repères.

6 - Struillou Y. [2003], *Pénibilité et retraite*, Rapport pour le Conseil d'orientation des retraites, avril 2003. (Téléchargeable sur <http://www.cor-retraites.fr/IMG/pdf/doc-300.pdf>)

7 - Ville I., 2007. *Approche biographique des relations entre santé et travail*. Rapport pour la MIRE-DREES, 143 p.

8 - Molinié A.-F. « La santé au travail des plus de 50 ans. » INSEE, *La Société française, Données sociales 2006*.

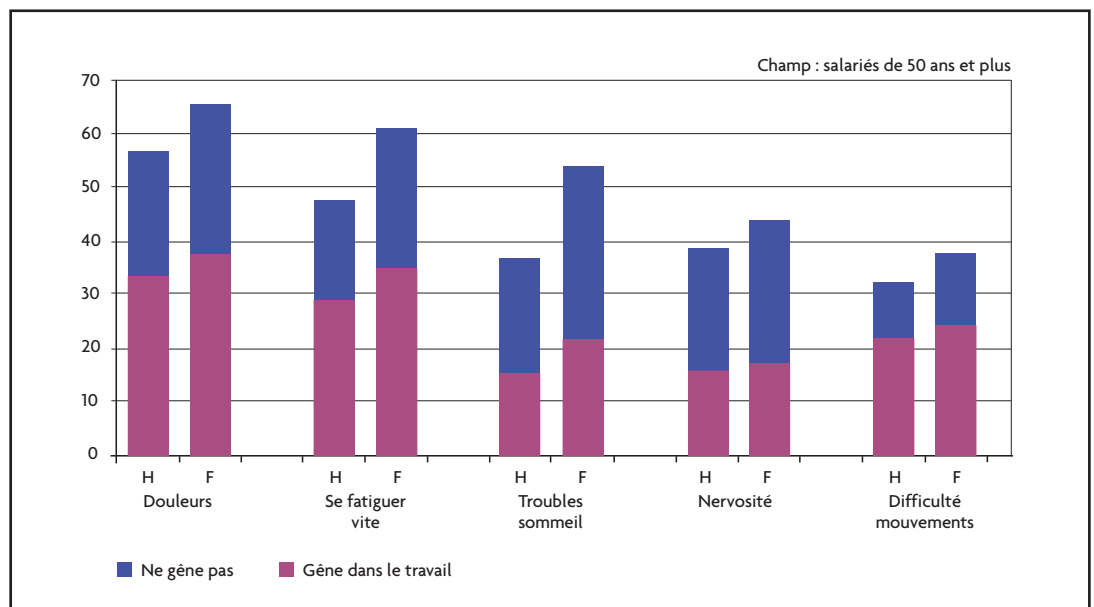
Graphique 1 : « troubles de santé » et âge



Source : Enquête Santé et vie professionnelle après 50 ans. CISME, CREAPT, 2003

Ces troubles sont parfois provoqués ou renforcés par le travail, actuel et/ou passé, auquel cas on retrouve l'approche précédente sur les risques d'usure. À l'inverse, des conditions de travail bien adaptées ont un effet protecteur. Mais les relations entre le travail et la santé jouent aussi dans le sens opposé : l'état de santé influe sur les parcours professionnels, l'affectation à tel ou tel poste de travail, et la possibilité de s'y maintenir. Et surtout, ces troubles de santé peuvent constituer une gêne dans le travail, ce qui constitue une deuxième facette de la « pénibilité ».

Graphique 2 : « troubles de santé » et gêne dans le travail



Source : Enquête Santé et vie professionnelle après 50 ans. CISME, CREAPT, 2003

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. Les conséquences néfastes d'un problème de santé, dans la vie de travail, dépendent bien sûr de la nature des troubles et de leur gravité, mais aussi des exigences du travail lui-même. Ce qui renvoie soit aux possibilités d'améliorer globalement les

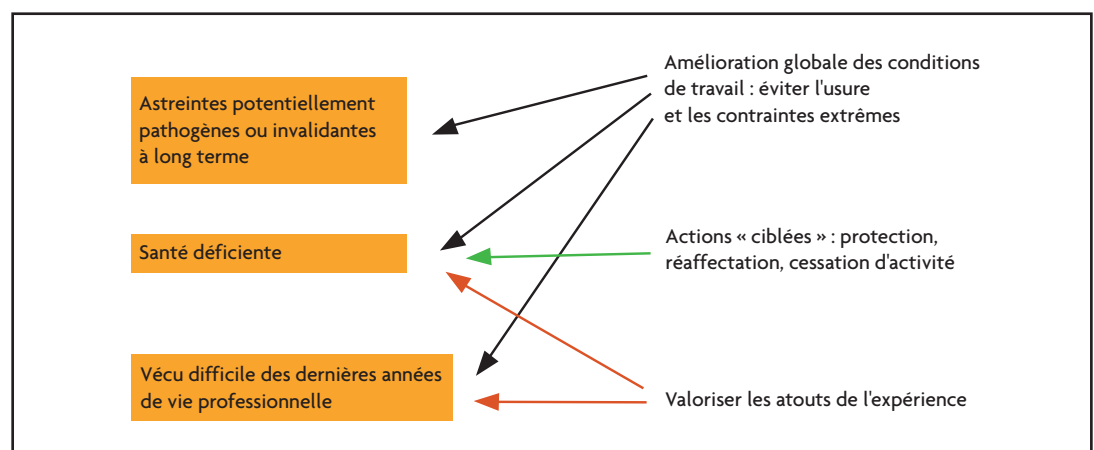
conditions de travail, soit à des solutions plus individuelles : restrictions d'aptitude, aménagements de poste, ou mobilités professionnelles. Encore faut-il que de bonnes solutions soient disponibles, sans quoi le salarié peut seulement se maintenir dans sa situation « pénible », ou quitter la vie professionnelle (licenciement pour inaptitude, retraite précoce, invalidité) en essayant de préserver son niveau de ressources - ce qui devient délicat quand les accès aux prestations sociales se resserrent.

La situation de Mme C., enfin, renvoie aux cas, fréquents, de salariés qui n'ont pas connu les travaux « durs », ne présentent pas de sérieux troubles de santé qui les handicaperaient dans leur activité professionnelle, mais se trouvent dans un travail mal adapté aux caractéristiques d'un salarié vieillissant, expérimenté. L'expansion numérique de ces situations tient pour partie à des facteurs démographiques. Quelles que soient les mesures prises en matière de départ en retraite, la proportion des plus de 50 ans dans la population au travail va augmenter pendant encore dix à quinze ans, à cause de la forte natalité des années 1946 à 1972. Or certaines contraintes de travail ont été, de longue date, plutôt épargnées aux âgés - au prix toutefois d'une surexposition des jeunes. Quand ces exigences se développent en même temps que la population active vieillit, cette répartition est difficile à maintenir. Ces limites d'âge tendent à disparaître. Dans ces cas de figure, la gestion des relations âge/travail devient plus problématique, surtout si les cessations d'activité se font plus tardives. On trouve de plus en plus de travailleurs vieillissants en horaires alternants, en postes sur chaîne, 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 répétitif sous forte contrainte de temps restreint les 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 Mme C., 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 douloureux de travail mal fait, de manque de reconnaissance, d'isolement parfois. Ce travail lassant ou décevant devient ainsi « pénible », dans une troisième acception du terme. Répondre à ce mal-être par des droits au départ précoce serait sans doute délicat à formaliser, et comporterait un piège : celui d'opter pour la sélection des personnes plutôt que pour l'amélioration de la qualité de vie au travail. D'où l'intérêt de politiques du travail qui valoriseraient les atouts de l'expérience et les façons de faire (tours de main, contournement de difficultés, anticipations, coopérations...), élaborées par les salariés au fil de l'âge et du parcours professionnel, et qui les rendent « efficaces à tout âge »⁹, à condition que leur travail le permette. C'est la ligne d'action la plus prometteuse si l'on veut faire reculer la « pénibilité », telle que la vivent beaucoup de ces anciens. C'est également ainsi que l'on favoriserait l'allongement souhaité de la vie professionnelle, en se fondant non sur la contrainte financière, mais sur le plaisir au travail.

Revenons, donc, sur les pistes d'action auxquelles renvoient ces trois acceptions de la pénibilité. C'est ce qu'illustre la figure 3.

Graphique 3 : Pénibilités et pistes d'action



9 - 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>). Voir aussi l'article de Valérie Pueyo, ci-après.

L'amélioration globale des conditions de travail présente l'avantage d'agir dans les trois domaines. En atténuant les sollicitations les plus fortes et les expositions dangereuses pour les salariés de tous âges, elle diminue potentiellement 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 n'est pas optimale. Elle démultiplie enfin les situations de travail « confortables », dans lesquelles les salariés âgés peuvent, comme les autres, se sentir à leur aise.

Les actions ciblées, notamment les aménagements de postes ou les restrictions d'aptitude, quant à elles, s'en prennent principalement à la « deuxième » forme de pénibilité. Elles permettent de réaffirmer les personnels présentant des involutions fonctionnelles importantes ou souffrant de séquelles d'accidents, par exemple. Il peut s'agir de salariés de tous âges, mais numériquement les âgés sont les plus concernés.

Enfin, les actions visant à élargir les marges de manœuvre dans l'activité de travail elle-même, pour laisser place aux ressources de l'expérience, avec toute la variabilité interindividuelle que cela implique, 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. Cette voie d'action valorise directement les atouts des anciens, favorise leur efficacité, accroît leur sentiment d'être reconnu et leurs possibilités de progresser à nouveau dans leur vie professionnelle.

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, caractérisée par une mobilisation accrue des capacités humaines dans la réalisation immédiate du travail¹⁰. 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. Les effets de cette évolution sur les liens entre âge, travail et santé sont multiples et parfois ambivalents. On ne voit pas nécessairement se renforcer ou s'accélérer les atteintes directes à l'état de l'organisme, mais les stratégies individuelles et collectives pour construire et préserver la santé, en s'appuyant sur l'expérience, se trouvent fragilisées. Plus précisément : l'intensification renforce l'importance de ces stratégies mais compromet leur mise en œuvre, ce qui constitue un facteur majeur de progression de la « pénibilité ». Si le vieillissement de la main-d'œuvre, et les perspectives d'allongement de la vie professionnelle pour une partie des salariés (ne serait-ce qu'en permettant à chacun de travailler effectivement jusqu'à l'âge de la retraite), étaient l'occasion d'une réflexion critique sur ces modes d'organisation, les salariés de tous âges en tireraient bénéfice.

10 - P. Askenazy, D. Cartron, F. de Coninck, M. Gollac (coordinateurs). *Organisation et intensité du travail*. Toulouse, Éditions Octarès, Collection Le travail en débats, Série Entreprise, Travail, Emploi.

L'usure professionnelle entre pénibilité du travail et pénibilité au travail

En complément au rapport remis au Conseil d'orientation des retraites par Yves Struillou en 2003, le rapport rédigé par Gérard Lasfargues en 2005 se propose de faire le point sur les connaissances dont nous disposons sur les conditions de travail susceptibles d'avoir des effets à long terme sur la santé des salariés. Reprenant la notion « d'espérance de vie sans incapacité » comme indicateur permettant de définir le périmètre de la pénibilité, cet ouvrage, réalisé dans le cadre d'une convention avec le CREAPT, est en effet une synthèse des connaissances scientifiques et médicales sur les relations entre des expositions professionnelles pénibles et leurs effets à long terme sur la santé.

Dans le contexte de réparation ou de compensation de la pénibilité par des départs en retraite anticipés, les partenaires sociaux chargés de définir la pénibilité et de proposer des critères de prise en compte de cette dernière sont à la recherche de moyens d'objectivation des effets du travail sur la santé à long terme. Ce rapport est ainsi un texte de référence pour les différents acteurs intervenant sur les questions de pénibilité du travail.

Dans le présent article, G. Lasfargues expose une synthèse du contenu de ce rapport, et des questions qui restent ouvertes dans le champ de la connaissance scientifique sur les effets de certaines caractéristiques des situations sur la santé à long terme des salariés.

Le texte qui va suivre dresse donc un panorama d'indicateurs et de critères en lien avec la réduction de l'espérance de vie en bonne santé.

Cette approche par les effets des conditions de travail sur la santé à long terme, ainsi que la définition proposée par le rapport Struillou, conduisent à regarder la pénibilité comme un facteur d'usure professionnelle irréversible. En fonction de tel ou tel symptôme d'usure, la démarche devient alors de repérer les facteurs de pénibilité qui peuvent y être associés (selon ce que l'état des connaissances permet d'envisager à ce moment-là). Ainsi, plusieurs contraintes de travail peuvent être isolées des autres au regard des effets qu'une exposition à long terme à ces contraintes peut engendrer. Trois grands types de pénibilité dites classiques sont repérés : certaines contraintes physiques, un environnement agressif et certaines formes d'organisation du travail. En isolant ainsi ces facteurs de pénibilité, deux difficultés majeures apparaissent :

- dans une logique d'objectivation des liens de causalité, la démarche consiste à définir pour chaque facteur des seuils à la fois en intensité et en durée d'exposition. Cette approche peut présenter une certaine pertinence pour définir les modalités de la réparation dans le cadre des réflexions et négociations sur les départs en retraite anticipée. Mais le risque, notamment dans une démarche de prévention, serait de considérer que, en dessous de ces seuils, la question de la pénibilité ne serait plus posée ;
- l'approche par les facteurs comporte aussi le risque important de ne plus faire le lien avec les conditions dans lesquelles les salariés subissent ces contraintes. Autrement dit, les questions de cumul d'exposition à différents facteurs, de la combinaison entre ces contraintes, du vécu des salariés et des mécanismes de compensations/régulations mis en œuvre dans le travail, pourraient ainsi se trouver mises à l'écart des réflexions sur la pénibilité.

C'est pourquoi, Gérard Lasfargues s'empresse de relativiser son propos. En effet, il est des pathologies - tels les troubles musculo-squelettiques - pour lesquelles la multifactorialité et la prégnance des facteurs psychosociaux dans leur processus d'apparition rendent quasiment impossible la définition de seuils d'exposition à ces risques. De plus, l'importance du vécu subjectif des salariés ne peut être évacuée des débats sur l'allongement de la vie professionnelle et sur la pénibilité : si l'on

veut réellement préserver la santé des salariés et leur permettre de vieillir en bonne santé au travail, la pénibilité ressentie au travail doit être considérée au même titre que la pénibilité du travail permettant ainsi d'aborder entièrement le système des relations complexes entre le travail, l'âge et la santé¹.

Enfin, Gérard Lasfargues nous engage aussi à prendre en considération les parcours professionnels des salariés à la fois sous l'angle des durées d'expositions mais aussi au travers des conditions d'emploi et de leurs interactions avec les conditions de travail (processus de sélection lié à la santé des salariés, répercussions des périodes de chômage sur l'usure professionnelle, situations de sous-traitance...).

Le cadre des débats sur la pénibilité est ainsi posé : si une approche de la pénibilité par l'usure professionnelle grave et irréversible nous engage à réfléchir en termes de facteurs, critères, durées et seuils d'exposition, cette approche ne couvre pas l'ensemble des questions soulevées par l'allongement de la durée de vie professionnelle. Il convient donc de s'intéresser aussi à d'autres registres de la pénibilité au travail, aux conditions d'emploi, mais aussi de considérer les processus de construction de la santé au travail pour pouvoir engager de véritables politiques de prévention de l'usure professionnelle.

1 - In « Pénibilités et retraite : repères pour négocier », SANTÉ ET TRAVAIL, n° 46, 01/2004, pp. 17-44.

Départs en retraite et risques professionnels : les usages des connaissances scientifiques sur le travail et les risques à long terme

Gérard Lasfargues

Responsable du Département Santé au Travail -
Agence Française de Sécurité Sanitaire de l'Environnement et du Travail (AFSSET) ;
Médecine et Santé au Travail, Faculté de médecine, CHU de Tours

Je remercie les organisateurs du séminaire de m'avoir invité à vous parler d'un des aspects de la pénibilité sur lequel j'ai déjà travaillé dans un précédent rapport¹ avec les chercheurs du CREAPT (Centre de Recherches et d'Études sur l'Age et les Populations au travail), Serge Volkoff et Anne-Françoise Molinié. C'est l'aspect principal de la pénibilité pris en compte dans les négociations sur les retraites et les éventuelles cessations anticipées d'activité.

Pénibilités ?

Comme vous le savez, la pénibilité se divise en trois facettes. Je me concentrerai essentiellement sur la troisième, ce qui ne m'empêche pas d'évoquer les deux premières. En effet, elles sont toutes trois liées entre elles et il est difficile de les séparer. Ainsi, au cours de la présentation, les aspects de compensation et de prévention apparaîtront de façon récurrente.

- La première facette de la pénibilité concerne le mal-être et tout ce qui peut être englobé parfois sous le nom de « stress au travail ». Les études épidémiologiques nous montrent qu'il s'agit d'un facteur de risque de pathologies psychiques ou organiques (troubles musculo-squelettiques, affections coronariennes, par exemple). Le vécu pénible du travail au quotidien est bien un des aspects de la pénibilité, mais qui renvoie prioritairement et directement au problème des conditions et de l'organisation du travail, à celui des conditions de réalisation du travail, et au-delà indirectement à la prévention. C'est pourquoi je ne l'évoquerai pas dans les travaux pénibles pesant sur l'espérance de vie à long terme.
- La deuxième facette est une pénibilité qui naît du conflit entre les exigences du travail (physiques et psychiques) et l'état de santé de la personne, avec un risque augmentant significativement avec l'âge. Au fur et à mesure du vieillissement, certains travailleurs vont éprouver de plus en plus de difficultés à conjuguer ces exigences et leur état de santé. Une nouvelle fois, cela nous renvoie directement aux questions d'amélioration des conditions de travail et aux difficultés de gestion de la fin de vie active pour un grand nombre de salariés, problèmes auxquels sont confrontés quotidiennement les préventeurs, et notamment les médecins du travail.
- Le troisième aspect constitue le thème de mon intervention : c'est l'exposition durable à des travaux pénibles qui altère significativement l'espérance de vie, avec ou sans incapacité, ou la qualité de vie au grand âge.

Pénibilité au travail

Dans son rapport au COR (Conseil d'orientation des retraites), Yves Struillou² définit cette troisième pénibilité de la façon suivante : des expositions professionnelles pesant sur l'espérance de vie ou la qualité de vie.

1 - 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.cce-recherche.fr/fr/rapports/retraite_travail_sante_lasfargues.pdf).

2 - Struillou Y. [2003], *Pénibilité et retraite*, Rapport pour le Conseil d'orientation des retraites, avril 2003. (Téléchargeable sur <http://www.cor-retraites.fr/IMG/pdf/doc-300.pdf>).

Il s'agit de conditions de travail ou d'expositions professionnelles perçues comme des facteurs de risque à long terme, avec des effets potentiellement irréversibles, des atteintes à la santé parfois sévères et handicapantes, et des temps de latence d'effets sur la santé parfois très longs. C'est le cas, par exemple, de l'exposition aux agents cancérigènes. Nous faisons donc référence à des facteurs de risque à long terme, et non pas seulement à court terme, à des expositions professionnelles ou des contraintes de travail n'étant, par contre, pas nécessairement vécues comme pénibles (cas de l'exposition à des cancérigènes, comme l'amiante par exemple).

Atteintes à la santé

Ce sujet est complexe, de multiples indicateurs d'atteinte à la santé pouvant être mis en regard des expositions professionnelles :

- indicateurs de morbidité ou de mortalité, c'est-à-dire notamment incidence de pathologies ou de mortalité par diverses causes (cancer par exemple) ;
- indicateurs d'usure et de vieillissement prématuré, pour étudier en particulier ce qui a trait à la pénibilité physique et à son retentissement sur le plan musculo-squelettique.
- écarts d'espérance de vie, avec ou sans incapacité ;
- différentiel de qualité de vie à un âge plus avancé, une fois que les personnes sont en retraite par exemple.

La complexité des indicateurs de santé ne vient donc pas simplifier la problématique de la pénibilité.

Que peut-on dire sur les liens entre facteurs professionnels et espérance de vie ?

Espérance de vie et probabilité de décès

Un grand nombre de salariés ont été exposés dans leur vie professionnelle à des contraintes durables. Thomas Coutrot le rappellera à partir des données de l'enquête SUMER. Rappelons qu'il existe un lien fort, *via* les catégories socioprofessionnelles (CSP) cumulant ces contraintes, entre travaux pénibles et inégalités sociales de santé.

Les données de la **Cohorte INSEE 1982-1996** indiquent par exemple les écarts d'espérance de vie à l'âge de 35 ans. L'écart est ainsi de plus de sept ans entre les professions libérales et les ouvriers. Ces écarts ne tendent pas à s'amenuiser avec le temps.

Tableau 1 : Espérance de vie et probabilité de décès, cohortes INSEE 1982-1996

CSP en 1982	Espérance de vie à 35 ans (en années)		Probabilité de décès entre 35 et 65 ans (%)	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Cadres - professions libérales	44,5	49,5	13,0	6,5
Agriculteurs exploitants	43,0	47,5	15,5	8,0
Professions intermédiaires	42,0	49,0	17,0	7,0
Artisans-commerçants	41,5	48,5	18,5	7,5
Employés	40,0	47,5	23,0	8,5
Ouvriers	38,0	46,0	26,0	10,5

Source : Cohortes INSEE 1982-1996

Une étude³ plus récente porte sur deux cohortes âgées de 65 à 75 ans, l'une en 1969 et l'autre en 1990, Intéressons-nous aux ratios standardisés de mortalité, qui permettent ici de mesurer des différences nettes entre les catégories socioprofessionnelles (entre cadres supérieurs et travailleurs manuels, par exemple).

3 - Cambois E. Occupational and educational mortality differentials: magnitude and trends over last decades. Demographic Research 2004 ; special coll(2) : 278-304, www.demographic-research.org/special/2/11/S2-11.pdf

Graphique 1 : Ratios standardisés de mortalité



Source : Demographic Research - Special Collection 2: Article 11 - Determinants of Diverging in Mortality

Sur le graphique, le rouge symbolise les personnes qui étaient âgées de 65 à 75 ans en 1969. Elles ont été suivies pendant cinq ans. En vert, la deuxième cohorte représente une génération plus jeune. Les écarts de mortalité entre les différentes CSP n'ont pas tendance à s'amenuiser au fur et à mesure des générations.

Lors des négociations sur les retraites, l'idée de compensation a pu être avancée pour certaines catégories socioprofessionnelles. Toutefois, au sein d'une même CSP, voire d'une même profession, nous pouvons constater des écarts et des hétérogénéités significatifs pour les fréquences et niveaux d'expositions à des travaux pénibles et les conditions de travail pénibles. Ainsi, en ce qui concerne les travailleurs manuels, les écarts restent importants entre un contremaître, un travailleur agricole, un ouvrier qualifié et un ouvrier non qualifié.

Taux comparatifs masculins de mortalité prématurée (24-54 ans) par CSP

Précisons notre observation afin de déterminer ce qui peut expliquer de tels écarts en termes d'espérance de vie et de mortalité.

Tableau 2 : Taux comparatifs masculins de mortalité prématurée (25-54 ans) par CSP

Taux pour 100 000 habitants	Ouvriers - Employés	Cadres supérieurs - Prof. libérales
Toutes causes	365,9	127,3
Cardiopathies ischémiques	23,8	9,7
Maladies cérébro-vasculaires	10,5	3,0
Cancers du poumon	30,8	8,9
Cancers VADS	32,3	3,0
Suicides	39,3	13,7

Source : Atlas de la santé en France, 1999

Ce tableau tiré de l'Atlas de la santé en France de 1999 présente les taux comparatifs de mortalité prématurée des hommes dans la tranche d'âge 24-54 ans. Nous constatons que les inégalités de santé entre les ouvriers et les cadres supérieurs sont présentes quelle que soit la cause de mortalité ou de morbidité. C'est le cas des maladies cardiovasculaires et des cancers, qui sont les deux plus

grandes causes de mortalité, mais aussi des suicides. Les écarts d'exposition professionnelle entre ces CSP sont importants et les différentiels de comportements individuels (tabagisme...) ne peuvent expliquer qu'en partie les différentiels de mortalité. Les mêmes observations sont faites sur des données plus récentes⁴. Toutes les études sur les conditions de travail montrent, dans les CSP les plus touchées au plan de la santé, un cumul de conditions de travail dures et objectives, comme celles témoignant de la pénibilité physique, auxquelles s'associent des facteurs de risques psychosociaux, pesant probablement d'autant plus sur le risque d'effets ultérieurs sur la santé physique et mentale.

Pénibilité et réduction de l'espérance de vie

La réduction de l'espérance de vie ou la mortalité différentielle ont été principalement étudiées jusqu'ici selon les CSP. Cela ajoute de la complexité à notre propos, car le terme de CSP cache des métiers divers et des conditions de travail multiples, d'un emploi à l'autre ou au sein d'un même métier. Ce terme cache aussi des trajectoires de vie, des itinéraires professionnels, des critères socioéconomiques et des comportements individuels à risque différents. Derrière la notion de conditions de travail pénibles, d'autres critères sont importants et devraient faire l'objet d'études, notamment ceux tenant aux parcours professionnels en eux-mêmes, où le poids de la précarité est par exemple à prendre en compte pour juger des effets à long terme.

Conditions de travail pénibles et risques à long terme

Les études sur les conditions de travail, et notamment les études européennes, dégagent trois types de conditions de travail pénibles susceptibles de provoquer des risques à long terme sur la santé des salariés, avec un niveau de preuve actuel solide concernant le lien travail - santé.

- Le premier type regroupe toutes les exigences physiques dans le travail. Il s'agit de la manutention, du port de charges, des exigences posturales et des cadences et rythmes imposés (travail à la chaîne...).
- Le deuxième type de conditions englobe les horaires atypiques, le travail de nuit et les horaires alternants.
- Le troisième type de contraintes, environnementales concerne les expositions professionnelles aux agents toxiques ayant des effets différés, notamment les expositions aux agents cancérogènes.

Travaux pénibles

Pourquoi ces conditions de travail ont-elles été mises en avant, notamment dans la négociation sociale sur la pénibilité ? Tout d'abord, elles représentent des pénibilités objectives, quantifiables et palpables, davantage, par exemple, que les facteurs de risques psychosociaux.

Ces pénibilités sont fréquentes dans la population active et chez les travailleurs vieillissants. Par ailleurs et surtout, leurs effets sont bien lisibles sur l'espérance de vie sans incapacité. Elles génèrent des effets à long terme reconnus et mesurables qui correspondent aux principales causes de mortalité, en premier lieu maladies cardiovasculaires et cancers.

À présent, portons notre regard sur les exigences physiques qui constituent le premier groupe de conditions de travail pénibles. D'une façon générale en milieu de travail, les exigences physiques se conjuguent les unes aux autres. Par exemple, une personne soumise à la manutention et au port de charges est très souvent exposée à des exigences posturales et à des cadences ou rythmes imposés.

Les effets en résultant sont possibles à la fois à court, moyen et long terme

Pendant la vie active, la pénibilité physique est génératrice de maladies professionnelles, les troubles musculosquelettiques et les pathologies du rachis lombaire arrivant largement en tête et touchant les actifs jeunes comme les plus âgés. Nous allons y revenir, *via* les conséquences des contraintes de rythme et de manutention.

À moyen terme, nous observons des phénomènes d'usure précoce. Les secteurs du bâtiment et des travaux publics recensent ainsi chez les ouvriers de nombreux cas d'arthrose prématurée. Des phénomènes d'usure précoce musculaire, articulaire, et neurologique sont rapportés dans un bon nombre d'études concernant le BTP, mais aussi dans d'autres secteurs d'activité, voire dans des professions très particulières, comme celle des danseurs professionnels par exemple. Ils peuvent être à l'origine de l'exclusion du travail, notamment *via* l'invalidité, pour de nombreux travailleurs vieillissants.

Travail à la chaîne ou cadences imposées

Le travail à la chaîne ou sous cadences imposées rassemble des contraintes qui interagissent et aboutissent à une hyper-sollicitation biomécanique des membres supérieurs. Le risque de TMS en résulte

4 - Cambois E., Laborde C., Robine J.M., La « double peine » des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte, Population et sociétés, n° 441, Janvier 2008.

tant est accru par l'exposition fréquente à des cofacteurs, comme les vibrations mécaniques du fait de la manipulation d'outils vibrants, et les facteurs psychosociaux du travail tels qu'ils sont définis dans les modèles épidémiologiques.

Cadences imposées, travail à la chaîne : conséquences sur la santé

Les conséquences des pathologies sur la santé sont donc essentiellement les troubles musculo-squelettiques, systématisés ou non. Ils sont liés à une combinaison de facteurs professionnels, variant selon la localisation des TMS. Comme déjà indiqué, les conséquences ne se situent pas uniquement dans le long terme, et c'est toute la difficulté de cette approche. Toutes les conditions de travail pénibles évoquées sont susceptibles d'avoir des effets d'usure (long terme) et des effets immédiats ou légèrement retardés pendant la vie professionnelle. Les effets immédiats sont fréquemment incapacitants et excluants durant l'activité professionnelle. Aujourd'hui, nous dénombrons plus de 35 000 TMS reconnus chaque année comme maladies professionnelles.

Nous disposons de statistiques plus complètes pour l'année 2004. On comptait alors plus de 28 000 troubles musculo-squelettiques ayant entraîné un arrêt de travail. Plus de 16 000 TMS correspondaient à une durée d'exposition aux exigences physiques de plus de dix ans. Plus de 9 000 TMS entraînaient une incapacité permanente, avec un taux extrêmement variable (entre 1 et 100 %). Enfin, le nombre de journées perdues par incapacité temporaire s'élevait à plus de 5 millions. Au regard de ces données, nous pouvons mettre en balance le coût de la prévention et celui de la non prévention. À noter qu'une part significative des plus jeunes travailleurs est atteinte, en plus d'une grande partie des travailleurs âgés de plus de 50 ans. Dans ce contexte, il paraît illogique de dissocier dans le débat sur la pénibilité les nécessités d'intervention sur le travail et d'amélioration des conditions de travail des aspects de compensation de ce premier type de pénibilité.

Concernant les pathologies du rachis (lombalgies...) liées principalement à la manutention de charges lourdes, est retrouvée la même problématique d'effets à long terme et d'effets significativement incapacitants pendant la vie professionnelle, et cela à des âges plutôt jeunes. La pathologie rachidienne est la première cause d'invalidité dans la population des moins de 45 ans.

Les données épidémiologiques du consensus européen sur la lombalgie commune mettent en avant la pénibilité physique : manutention de charges lourdes (exemple : porter une charge de plus de cinq kilogrammes plus de deux heures par jour ou plus de deux fois par minute), postures (flexions, inclinaisons du tronc), exposition du corps entier aux vibrations mécaniques. Sont également mis en avant le rôle de l'âge se surajoutant aux facteurs de risque professionnels et des facteurs psychosociaux (insatisfaction au travail). Des scores de risque lombalgique peuvent être construits à partir de la quantification de ces différents facteurs de risque.

Les statistiques de la CNAMTS font apparaître, pour l'année 2004, 2 700 affections reconnues ayant entraîné un arrêt, avec une exposition longue (plus de 10 ans) pour une majorité de cas. Un certain nombre de personnes sont en incapacité permanente, et le nombre de journées perdues par incapacité temporaire est assez conséquent. Ces affections concernent une majorité de personnes ayant moins de 50 ans. Cela nous renvoie à nouveau aux questions de la gestion et de la prévention des pathologies pendant la vie professionnelle, au-delà de l'idée de compensation par départs en retraite anticipés.

Le cumul de déficiences de l'appareil moteur, lié dans toutes ces situations au cumul d'exigences physiques soutenues et durables dans le travail, peut se traduire enfin par une usure physique globale à plus long terme, après retrait de la vie active.

Effets différés de la pénibilité physique

Des données existent dans la littérature permettant d'étayer la relation entre facteurs de pénibilité et usure physique à moyen ou long terme. L'enquête ESTEV⁵ illustre bien l'importance du poids des contraintes physiques subies durablement dans le passé. A. Touranchet et al. ont construit un critère composite de pénibilité physique comportant différents éléments d'exposition professionnelle. Leur étude a mis en relation les troubles de mobilité physique et les douleurs de l'appareil moteur cinq ans plus tard, avec une relation dose-effet (RDE) augmentant selon le nombre de facteurs de pénibilité.

5 - TOURANCHET A., DERRIENNIC F., DE STAMPA M., Rôle de l'âge et des conditions de travail sur l'apparition et la disparition des troubles de la mobilité physique entre 1990 et 1995 dans l'enquête ESTEV, In Travail, Santé, Vieillesse - Relations et évolutions, Toulouse, Octarès Éd., Collection Colloques, 2001 : 125-133.

Effets à long terme d'une « pénibilité physique durable »

D'autres études ont pu mettre en évidence des problèmes d'usure ou de cumul de déficiences. L'enquête réalisée par Bourget-Devouassoux et Serge Volkoff en 1991⁶ reste d'actualité. Elle montre clairement la relation entre la dégradation de l'état de santé, mesurée par des indicateurs de morbidité et d'incapacité, et les formes de pénibilité physique ou de pénibilité globale. Dans cette étude, les efforts physiques étaient associés aux nuisances physiques ou chimiques subies par des ouvriers soumis à ce type de conditions de travail.

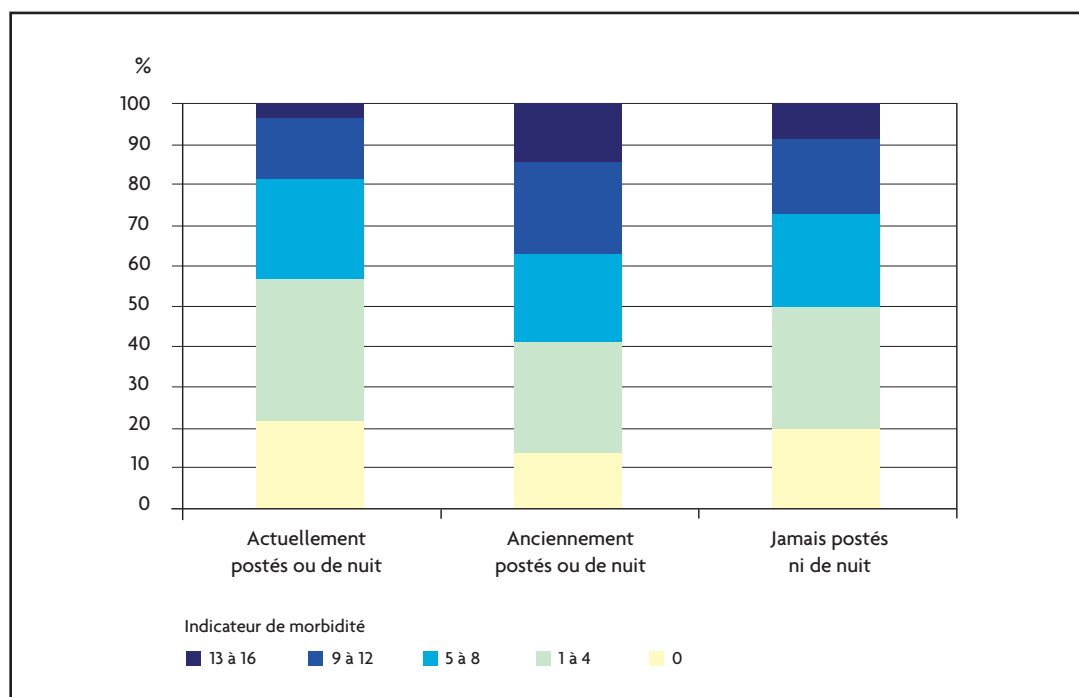
Pour ce qui concerne le secteur du BTP, un certain nombre d'enquêtes ont montré la relation entre le cumul de facteurs de pénibilité physique et des incapacités locomotrices précoces ou différées à des âges plus avancés. Il s'agit par exemple des pathologies de l'épaule, cause fréquente d'inaptitude dans le bâtiment.

Travail de nuit, travail posté

Passons au deuxième type de contrainte dans le cadre d'une pénibilité objective mesurable : le travail de nuit et le travail posté. Nous disposons d'un grand nombre d'études, particulièrement sur les troubles du sommeil et les effets à court terme, avec des résultats parfois paradoxaux (meilleure santé des travailleurs de nuit). Effectivement, les études transversales ne peuvent s'affranchir du biais particulièrement présent ici important que sont les effets de sélection par la santé (départ des travailleurs malades ou ne pouvant s'adapter à court terme au travail posté). Néanmoins, et cela est retrouvé dans les études longitudinales, des effets à long terme sur la santé sont observés dans des groupes de salariés exposés durablement.

L'enquête citée ci-dessus (Volkoff, 1991) a utilisé un indicateur d'incapacité permanente correspondant à une quantification de mobilité ou d'autonomie dans les différents actes de la vie courante. Elle a également utilisé un indicateur de morbidité établi en fonction de la présence de maladies chroniques ou de symptômes perçus sur une période de trois semaines, d'hospitalisations intervenues dans les douze mois précédant l'enquête, ou d'interruptions d'activités.

Graphique 2 : Morbidité et travail posté ou de nuit (ouvriers hommes, 40-64 ans)



Source : Bourget-Devouassoux, Volkoff, 1991

Dans la tranche des ouvriers de 40 à 64 ans, nous observons ainsi le lien entre l'indicateur de morbidité et le travail, de même pour l'indicateur d'incapacité. Au final, les travailleurs anciennement postés ou de nuit sont ceux qui paient le plus lourd tribut en termes de santé. L'effet travailleur sain est

6 - BOURGET-DEVOUASSOUX J. & VOLKOFF S., Bilans de santé des carrières d'ouvriers, Économie et statistiques, 1991, 242 : 83-93.

présent, avec une meilleure santé apparente des travailleurs de nuit ou postés au moment de l'enquête, mais avec un effet différé à long terme chez ceux qui ont travaillé durablement en travail de nuit ou en posté.

Effets à court et long termes

Les troubles à court terme sont bien connus : troubles du sommeil, troubles digestifs, fatigue... Ils n'entraînent pas en général d'incapacité de travail suffisamment importante pour avoir des effets excluants du travail à très court terme. À moyen terme, les effets de sélection par la santé durant la vie professionnelle sont indéniables.

Pour ce qui concerne le long terme, nous disposons d'un niveau de preuve suffisamment solide sur la relation entre ce type de contraintes de travail et les risques cardiovasculaires, notamment sur le plan coronarien (risque d'infarctus du myocarde ou autres maladies coronariennes). La relation est étayée sur le plan physiopathogénique par de nombreuses études mécanistiques. L'augmentation du risque coronarien peut être liée à des perturbations du système nerveux autonome ou du système endocrinien et/ou à une augmentation des facteurs de risques cardiovasculaires classiques : hypertension artérielle, surpoids, obésité, insulino-résistance, problèmes lipidiques chez les travailleurs de nuit.

Critères actuels de pénibilité pour une cessation anticipée d'activité

Actuellement, certaines branches professionnelles utilisent le critère de pénibilité suivant pour une cessation anticipée de l'activité : avoir travaillé 15 ans au moins 200 nuits par an. Ce seuil limite significativement le nombre de personnes concernées. Selon les données de SUMER (2003) et l'étude ultérieure réalisée sur les critères de pénibilité par le Centre d'Étude de l'Emploi⁷, 19 % des salariés étaient en partie en travail de nuit entre 21 heures et 6 heures. Le travail de nuit entre minuit et 5 heures ne concerne plus que 9 % des salariés. Parmi ces derniers, seulement un sur six travaille 200 nuits par an. En résumé, le nombre de personnes concernées est très variable suivant la limite fixée.

Les études épidémiologiques apportent un niveau de preuve suffisant pour indiquer un retentissement significatif sur la morbi-mortalité cardiovasculaire. Cependant, il n'existe pas de relation dose-effet clairement établie entre la durée cumulée du travail posté ou de nuit par année et les risques cardiovasculaires à long terme mise en avant par la littérature scientifique. Le seuil de 15 ans, résultat d'une négociation sociale reste arbitraire. Des durées de 10 ans sont liées à une augmentation du risque dans certaines études.

Exposition aux produits toxiques

Les enquêtes sur les conditions de travail ou plus spécifiques sur les expositions chimiques ont confirmé que les niveaux d'exposition aux produits toxiques sont globalement plus faibles aujourd'hui qu'il y a 20 ou 30 ans. Cette inflexion est due aux progrès technologiques, à la prévention des risques professionnels et à la réglementation sur l'évaluation des risques chimiques mise en place progressivement. Néanmoins, nous constatons une forte variabilité entre les entreprises et des situations, restant fréquentes, de forts niveaux d'exposition à des polluants multiples, notamment dans les petites entreprises où les moyens de mesures préventives et d'application de ces mesures sont plus limités.

Effets sur la santé

À court terme, nous rencontrons majoritairement des pathologies irritantes ou allergiques, notamment respiratoires, parfois invalidantes et excluantes du travail. Plus de la moitié des asthmes professionnels ont ainsi des conséquences délétères sur l'avenir professionnel des salariés concernés. Les effets à long terme sont dominés par le risque cancérogène. Nous manquons enfin de visibilité sociale sur d'autres effets comme les effets reprotoxiques possibles à court, moyen ou long terme.

Les cancers professionnels constituent un effet différé de la pénibilité, car la majorité des cancers survient après l'âge de 65 ans, avec un temps de latence souvent très long par rapport au début de l'exposition professionnelle. Ce temps peut atteindre 40 ans pour le mésothéliome, par exemple.

Selon les données de SUMER et d'autres sources, l'exposition à des cancérogènes avérés concerne plusieurs centaines de milliers de salariés.

7 - YILMAZ E., « Pénibilité du travail : évaluation statistique », Centre d'Études de l'Emploi, 01/2006, 85 pages (collection Document de travail, n° 55).

La part attribuable à des facteurs professionnels varie en fonction de la localisation cancéreuse. Les données de l'InVS⁸ sur les cancers professionnels font état d'un nombre annuel de cas attribuables à des facteurs professionnels variant entre 3 700 (hypothèse basse) et 8 000 (hypothèse haute). Les pathologies concernées sont les cancers du poumon, les leucoses, les cancers de la vessie ou les cancers naso-sinusiens. Cette étude ne prend donc pas en compte d'autres cancers éventuels.

Étant donnée la longueur du temps de latence, les cancers sont fréquemment découverts à l'âge de la retraite. Dans le but de compenser le fait d'avoir été exposé à ce type de risque, il faut alors rechercher les informations sur les expositions en amont dans les parcours professionnels et les trajectoires. Il s'agit donc de faire de l'évaluation rétrospective d'exposition avec les outils adéquats. Les études d'investigation systématique des expositions professionnelles dans les cancers du poumon font ainsi état de 20 à 25 % de cas déclarables en maladie professionnelle, voir plus dans certaines régions.

Les études épidémiologiques cherchant à établir des relations entre expositions professionnelles et cancers sont construites pour estimer des relations dose-réponse ou dose-effet utiles à l'affirmation de liens de causalité éventuels. Il s'agit donc de choisir des critères d'exposition adaptés concernant :

- la probabilité d'avoir été exposé à un agent cancérigène dans la vie professionnelle ;
- le niveau d'exposition, qui peut être estimé soit quantitativement (métrologie atmosphérique ou/et biologique), soit semi-quantitativement ;
- la fréquence d'exposition (quotidienne, hebdomadaire, cumulée en années ou mois...).

À partir de tout ce travail préalable, des scores d'exposition sont établis pour permettre de faire émerger des relations dose-effet.

Dans la pratique, il y a peu d'agents toxiques pour lesquels la relation dose-effet est connue.

Dans le cadre d'un objectif d'estimation de « pénibilité », des critères simplifiés sont à proposer. Ceux-ci peuvent être, par exemple, la durée d'exposition à l'agent cancérigène (en années) en fonction d'un niveau estimé.

Durées d'exposition

Beaucoup d'études montrent que les personnes ayant été exposées pendant 5 ans au moins à des agents cancérigènes à des niveaux moyens ou forts d'exposition ont fréquemment un excès de risque significatif de cancers ultérieurs. Parfois, les durées sont moindres, par exemple lorsqu'il s'agit d'expositions massives comme dans le cas de l'amiante. Dans les tableaux de maladies professionnelles du régime général ou du régime agricole, les durées d'exposition exigées pour retenir l'origine professionnelle d'un cancer sont globalement de plus de 10 ans, et parfois de 5 ans. Ces seuils relèvent de la négociation sociale et ne sont pas uniquement fondés sur des critères scientifiques valides.

Niveaux d'exposition

En ce qui concerne les taux d'exposition, la variabilité est forte, car elle dépend de l'évolution des procédés de travail et des moyens de prévention. Des matrices emploi-exposition, notamment pour l'amiante, permettent d'indiquer les niveaux d'exposition pour les personnes qui ont pu être exposées pendant une certaine période. Toutefois, le nombre de ces matrices est relativement limité. Dans les différentes expérimentations actuelles sur certains types de cancer comme le cancer du poumon, on essaie de reconstituer des parcours professionnels avec une évaluation rétrospective des expositions. Ce travail est piloté par des comités d'experts composés d'hygiénistes industriels, de médecins du travail, d'ingénieurs et de préventeurs qui ont une connaissance des expositions passées dans les entreprises. On en déduit des classes de niveau d'exposition (faible, moyen fort...).

Poids des parcours professionnels

Des conditions de travail pénibles, objectives et mesurables sont donc susceptibles d'avoir des effets différés sur la santé et pourraient être prises en compte dans la négociation sur les critères de compensation. Cependant, il est évident que ces contraintes de travail ont une interaction permanente avec d'autres facteurs de risque pour les effets à long terme sur la santé, liés aux trajectoires professionnelles et de vie.

Tous les facteurs d'instabilité, de précarité des parcours peuvent peser sur la santé.

8 - IMBERNON E., Estimation du nombre de cas de certains cancers attribuables à des facteurs professionnels en France. Rapport, Institut de veille sanitaire, 2003.

Les périodes de chômage ont par exemple un poids fort sur la santé différée et sur l'usure professionnelle. Il existe également d'autres types de précarité liée au travail : précarité contractuelle, travail en sous-traitance, temps partiel imposé... interagissant avec les conditions de travail.

Les effets se situent à court, moyen et long terme, que cela soit en termes de maladie professionnelle, d'invalidité, de pathologie incapacitante pendant la vie professionnelle, d'usure et de vieillissement différentiel, ou d'effets pathologiques différés (morbi-mortalité). Le retentissement sur le travail est également net, avec effets de sélection par la santé, d'exclusion du travail et des problèmes de gestion de fin de vie active pour les travailleurs plus âgés. Par conséquent, la négociation sur les compensations apportées pour ces catégories impactées est complètement indissociable de la prise en compte des conditions de travail.

Durées d'exposition à risque ?

Les négociations sur la pénibilité mettent en avant la nécessité de mise en place de critères pragmatiques, comme des durées d'exposition à un risque. C'est un travail complexe, car la relation entre travail, âge et santé est multifactorielle, comme l'illustrent bien les pathologies professionnelles fréquentes, TMS et lombalgies notamment. Au niveau individuel, on ne peut pas faire l'économie d'interroger *a posteriori* les parcours les parcours *a posteriori* avec la nécessité de prise en compte des effets de sélection par la santé et des processus de régulation variant en fonction de l'âge. À une échelle macroscopique, il est souhaitable d'individualiser des indicateurs simplifiés de pénibilité. Ces derniers pourraient être centrés sur la durée cumulée de plusieurs expositions pénibles ayant des effets sur l'espérance de vie ou la qualité de vie au grand âge.

Un certain nombre de catégories socioprofessionnelles cumulent les différents types de pénibilités, et non pas uniquement les pénibilités dures et objectivables que j'ai évoquées. L'intervention suivante va donner des indications chiffrées significatives sur ce cumul des pénibilités.

Les enquêtes sur la santé et le travail : de nouvelles perspectives sur la « pénibilité »

Entre la conception extensive du sens commun de la pénibilité et la définition plus limitative qui en est donnée par le rapport Struillou, les enquêtes de la DARES ouvrent des perspectives différentes. Elles donnent aussi à voir les articulations entre les différents enjeux et les différents registres d'argumentation : selon la manière dont est construite la définition de la pénibilité (exposition à des risques, contraintes de travail, perception de la situation de travail...), les questions soulevées ne sont pas équivalentes.

Ainsi, l'enquête SUMER (Surveillance Médicale des Risques), réalisée auprès de 50 000 salariés par des médecins du travail, permet depuis 15 ans de suivre l'exposition aux principaux risques du travail : expositions aux contraintes physiques (port de charge, gestes répétitifs...), aux substances chimiques ou biologiques, à des rythmes de travail contraignants (longues journées, travail de nuit...). Ce sont là, pour une large part, les types d'expositions retenus pour la définition de la pénibilité dans le rapport Struillou¹. Mais, notamment en ce qui concerne les facteurs « organisationnels » le champ est un peu plus large (il inclut notamment des éléments comme la nécessité d'interrompre une tâche pour en effectuer une autre non prévue, ou les risques d'agression de la part du public).

En 2003, lors de la troisième passation de l'enquête SUMER, l'approche des liens entre santé et travail a été complétée, sur le versant des risques psychosociaux, par l'introduction d'un questionnaire (basé sur le modèle du stress de Karasek) rempli par la moitié des personnes constituant l'échantillon de l'enquête. Cette approche offre un point de vue complémentaire sur les enjeux de conditions de travail, dans un environnement caractérisé par des évolutions rapides, où les questions de stress et de risques psychosociaux deviennent un sujet central de préoccupation. Bien évidemment, dans ce domaine, la question de la démarche (notamment en termes d'objectivation des facteurs, de mesure, d'identification des liens de causalité) se pose dans des termes encore plus complexes que dans les autres champs de la santé au travail - puisque le vécu, le ressenti, le subjectif sont en eux-mêmes producteurs d'effets, que ce soit sur le comportement de la personne ou sur son état de santé.

Sur la base de cette double source de l'enquête SUMER (questionnaire médical et auto-questionnaire), les analyses secondaires ont permis de construire une typologie de l'ensemble de la population salariale en 5 groupes relativement homogènes en fonction de configurations de « pénibilité » associées à leur travail. Il est à noter que l'emploi du terme « pénibilité » est ici à entendre plus au sens de « contraintes spécifiques de travail » associées à certains métiers, et non plus comme l'exposition à des situations pouvant réduire l'espérance de vie en bonne santé. En effet, les types de contraintes et risques recensés sont beaucoup plus larges - tout en incluant les expositions retenues par le rapport Struillou². Dans la perspective d'une meilleure connaissance des « processus d'usure et itinéraires professionnels », il pourrait y avoir un réel intérêt à suivre ces types de « populations » dans la durée, pour observer les évolutions effectives des personnes, en termes de santé et de parcours - notamment, le nombre d'années de travail dans chacune des catégories, les « circulations » entre catégories, voire vers d'autres « statuts », comme chômeurs, inactifs, etc.

1 - Cf. communication de G. Lasfargues supra.

2 - Celles-ci se retrouvent particulièrement dans les configurations constitutives des catégories 3 et 5, qui représentent près d'un tiers des salariés.

Comme l'indique Th. Coutrot, une nouvelle enquête sur la santé et les itinéraires professionnels offrira bientôt de nombreuses réponses à ces questions relatives aux processus de construction et d'altération de la santé au travail³, et leurs liens avec l'évolution professionnelle des personnes.

En attendant, l'Enquête Santé 2003 offre un regard complémentaire sur les liens entre santé, travail et âge, au travers d'une question qui devrait prendre une place croissante dans les débats sociaux dans les années à venir en France : les sorties d'emploi des 50-60 ans. En 2003, 25 % des salariés de cette tranche d'âge sont soit en retraite (ou préretraite), soit chômeurs ou inactifs. Les résultats de cette enquête font ressortir que les seniors chômeurs ou inactifs se distinguent par leur moins bon état de santé : 45 % d'entre eux déclarent souffrir d'une limitation physique, contre 37 % des seniors en emploi et 25 % des retraités précoces et préretraités⁴. Il nous semble particulièrement intéressant, pour notre propos, de noter que les « évincés » qui déclarent une santé médiocre ne se distinguent pas tant par l'exposition à telle ou telle pénibilité prise individuellement, mais surtout par un cumul de plusieurs pénibilités pendant plusieurs années au cours de leur carrière⁵. Les questions de cumul et de combinatoire ne sont donc pas secondaires dans la compréhension des liens entre santé et travail.

Ces résultats posent clairement les enjeux sociaux des processus d'usure et des itinéraires professionnels : la question de l'équité dans la définition de l'âge de départ en retraite peut se définir par rapport à l'espérance de vie en bonne santé. Mais d'autres enjeux pourraient aussi être valablement pris en compte dans les réflexions autour de la pénibilité (en termes de compensation et de prévention) comme, par exemple, l'employabilité des seniors, et la possibilité effective, pour chacun, de faire une carrière complète.

3 - Sur la population salariée, 25 % considèrent que leurs conditions de travail ont un impact négatif sur leur santé, 20 % un impact positif (source : Enquête SUMER 2003).

4 - Cf. Premières Infos Premières Synthèses n°03.1, Janvier 2008, DARES www.travail-solidarite.gouv.fr/etudes-recherche-statistiques-dares/etudes-recherche/publications-dares/premieres-informations-premieres-syntheses/2008-031-penibilite-du-travail-sortie-precoce-emploi-7220.html

5 - Ibid., notamment graphique 10, p. 6.

Pénibilité et itinéraires professionnels

Thomas Coutrot

Responsable du département conditions de travail et relations professionnelle,
Direction de l'Animation et de la Recherche des Études et des Statistiques (DARES)

« Est pénible tout ce qui donne de la peine ou de la fatigue. » Cette définition tirée du dictionnaire illustré renvoie à la question évoquée précédemment : parlons-nous de fatigue physique, ou incluons-nous dans la pénibilité la fatigue mentale ou psychique ? Qu'advient-il des dangers qui ne sont pas pénibles ? Gérard Lasfragues a évoqué l'amiante. Certes, respirer des poussières n'est pas très agréable, mais cela est sans rapport avec la vraie nature du danger encouru.

Par ailleurs, le débat social se polarise considérablement autour de la question de la compensation. Lorsque nous parlons de compenser la pénibilité, parlons-nous de compenser l'exposition à un risque, ou bien la mauvaise santé due au risque subi ? Ce sont deux approches tout à fait différentes sur lesquelles il n'existe pas encore de consensus.

Il y a eu quelques tentatives de précision des concepts dans le rapport d'Yves Struillou en 2003 pour le Conseil d'orientation des retraites (COR), intitulé « Pénibilité et Retraite ». Yves Struillou aboutit à une définition qui semble faire consensus encore aujourd'hui : « La pénibilité est l'exposition à un risque professionnel qui réduit de manière irréversible et grave la capacité d'un individu à mener une vie professionnelle et extraprofessionnelle normale ». Nous pourrions traduire cela en disant que la pénibilité réduit l'espérance de vie sans incapacité (durée de vie pendant laquelle on mène une vie professionnelle et extraprofessionnelle normale). Cette définition de consensus permet de poser la question de la mesure et de l'objectivation des critères permettant d'évaluer si une personne est ou a été exposée aux divers types de pénibilité.

L'évolution des risques professionnels : les enquêtes SUMER

J'appuie mon propos concernant la mesure sur les données issues de l'enquête SUMER. Cette dernière a été conçue par la DARES (Direction de l'Animation de la Recherche, des Études et des Statistiques, ministère du Travail) et l'Inspection médicale du travail de la DGT (Direction Générale du Travail). Elle a été menée en 2003 par un réseau de plus de 1 800 médecins du travail volontaires auprès des salariés reçus en visite médicale. Les médecins ont procédé par tirage au sort des salariés en visite. Il s'agissait de faire passer un questionnaire technique très approfondi de plus de 45 minutes. Le salarié devait décrire de façon précise son exposition aux risques liés à son poste de travail, que ce soit les risques organisationnels, physiques, chimiques ou biologiques. Le souci du détail était de mise. Ainsi, les risques chimiques étaient quantifiés non pas grâce à des appareils de mesure mais par les déclarations du salarié et par l'expertise du médecin sur l'intensité et la durée des expositions aux produits chimiques. Au total, 50 000 salariés ont été interrogés. De plus, un auto-questionnaire sur le vécu du travail a été présenté à la moitié de cet échantillon. Ce travail subsidiaire, que je présenterai ultérieurement, permet de décrire et de quantifier les risques psychosociaux.

Les expositions aux pénibilités physiques évoluent favorablement

Au regard des résultats en termes d'évolution des expositions mesurées entre l'enquête de 1994 et celle de 2003, nous observons d'abord que les pénibilités physiques sont en légère diminution, notamment en ce qui concerne les pénibilités les plus dures, correspondant à des durées d'exposition importantes. Ce n'est pas le cas pour ce qui concerne les durées très courtes, pour lesquelles nous constatons une légère augmentation. Par exemple, rester debout plus de 20 heures par semaine ou subir des contraintes posturales, comme travailler à genoux ou les bras en l'air plus de 2 heures par semaine, ou encore les gestes répétitifs plus de dix heures par semaine, sont autant de contraintes lourdes ayant plutôt régressé sur la période de 10 ans. Ce n'est pas le cas en revanche pour la manutention manuelle de charges et pour les vibrations transmises aux membres supérieurs.

L'indicateur synthétique de pénibilité physique est en baisse dans toutes les catégories

L'indicateur synthétique de pénibilité physique est le pourcentage de salariés soumis à l'une des cinq pénibilités décrites précédemment. Il a plutôt diminué entre 1994 et 2003. Les catégories les moins exposées sont les cadres supérieurs et les professions intermédiaires, qui constatent une baisse de pénibilité très nette.

La baisse de la pénibilité est minime pour les employés du commerce et des services et les ouvriers

La baisse de l'exposition pour la catégorie des ouvriers non qualifiés est beaucoup moins prononcée, voire nulle. Résumée dans un graphique, la variation de l'indicateur sur la même période est de plus de vingt points pour les cadres supérieurs et employés administratifs. Elle reste très faible pour les employés de services et les ouvriers qualifiés, et ne n'est pas du tout visible pour les ouvriers non qualifiés. Les trois dernières catégories sont justement les plus exposées à ce type de pénibilité.

Les expositions aux produits chimiques augmentent surtout pour les ouvriers

Passons à l'exposition aux produits chimiques. Gérard Lasfargues l'a évoquée précédemment, notamment en ce qui concerne les agents chimiques cancérigènes. Il y a une tendance à la hausse de la proportion de personnes exposées à ces produits. Une fois de plus, le pourcentage de salariés exposés est très différent d'une catégorie socioprofessionnelle à l'autre. L'augmentation est faible concernant les personnels encadrants ou les employés administratifs. En revanche, nous observons une nette augmentation concernant les ouvriers qualifiés et non qualifiés. Plus de 65 % des ouvriers non qualifiés sont exposés à au moins un produit chimique dans la semaine précédant l'enquête. Globalement, l'exposition à l'amiante subit un recul, notamment dans le secteur de la réparation automobile qui était l'un des secteurs les plus touchés. Le recul est moins net dans le BTP, où une proportion significative des employés reste exposée aux poussières d'amiante du fait des interventions sur des chantiers déjà amiantés. En revanche, nous constatons une forte augmentation de l'exposition aux fibres céramiques. Celles-ci remplacent l'amiante dans de nombreuses applications, et leurs propriétés cancérigènes sont encore peu connues.

La pénibilité organisationnelle

Abordons à présent les facteurs de pénibilité organisationnelle.

Les durées longues de travail reculent

La durée du travail a clairement subi une amélioration. Autrement dit, il y a eu une réduction nette de la proportion de salariés exposés à des durées longues. C'est l'effet manifeste des lois et des processus de réduction de la durée du travail. En revanche, les autres aspects organisationnels n'ont pas évolué de façon très favorable.

Le travail de nuit est en hausse pour les ouvriers

Le travail de nuit est un facteur scientifiquement établi de dégradation de la santé à long terme, y compris en ce qui concerne les cancers. Or, il est plutôt en voie d'expansion, notamment chez les ouvriers, et plus particulièrement pour les ouvrières. Ce sont elles qui ont connu la plus forte augmentation du travail de nuit.

Un travail de plus en plus haché

Ensuite, nous observons une organisation du travail où l'irruption des contraintes marchandes, la pression du client, la multiplication des objectifs simultanés et la polyvalence ont pour conséquence que le travail est de plus en plus haché. J'ai dégagé un seul indicateur : la proportion de salariés devant fréquemment interrompre une tâche pour en effectuer une autre non prévue. Cette proportion augmente dans toutes les catégories socioprofessionnelles de façon assez forte entre 1994 et 2003. À noter que ce n'est pas toujours un facteur de perturbation pour les salariés. En effet, certains d'entre eux considèrent que cela rend le travail plus intéressant. Cela reste toutefois un facteur d'intensification du travail.

Des rapports de plus en plus tendus avec le public

Un autre facteur de contrainte organisationnelle tendant à se développer réside dans le contact avec le public et les risques liés. L'indicateur sur lequel je m'appuie mesure la proportion de salariés qui se sentent exposés à un risque d'agression physique de la part du public. Ce pourcentage augmente fortement. Il est évidemment élevé parmi les catégories qui sont les plus exposées au public, c'est-à-dire les employés de commerces et de services. Cependant, il augmente également de manière significative dans une catégorie peu exposée comme celle des ouvriers. Dans une étude publiée récemment, nous avons pu montrer que les agressions de la part du public sont fortement liées à des dysfonctionnements de l'organisation du travail. Ainsi, les salariés en contact avec le public et dont l'organisation du travail est chaotique ou mal régulée, qui ont donc du mal à satisfaire la demande

du public, sont significativement plus exposés à des agressions. C'est le cas, par exemple, des salariés qui reçoivent des ordres contradictoires de la part de leur hiérarchie, ou des salariés qui cumulent des contraintes de rythme, de délai courts et de qualité auxquelles ils ont du mal à faire face. Cela crée vraisemblablement plus que de l'irritation chez un certain nombre de clients et d'usagers.

Au total, les inégalités d'exposition aux risques professionnels tendent à se renforcer

Globalement, lorsque nous observons ces différents critères (physiques, chimiques ou organisationnels) sur la période récente, nous constatons une relative aggravation des inégalités d'exposition aux risques professionnels. Autrement dit, les risques tendent à se concentrer sur les populations qui étaient déjà les plus exposées. Cela est démontré aussi bien en termes de risques physiques qu'en termes de risques chimiques et organisationnels. L'indicateur sur les contraintes de rythme de travail montre que la proportion des salariés subissant au moins deux contraintes de rythme de travail a augmenté plus rapidement chez les ouvriers et les employés des services que dans la moyenne de la population. Cette donnée doit être mise en rapport avec la question des inégalités en termes de santé, de morbidité et d'espérance de vie, évoquée précédemment par Gérard Lasfargues. Nous savons que ces inégalités n'ont pas tendance à régresser, mais plutôt à augmenter chez les hommes au cours des années 1990. Nous attendons maintenant des chiffres plus récents.

Pénibilité physique, pénibilité mentale : opposition ou cumul ?

Jusqu'à présent, nous avons étudié les évolutions des différents types de pénibilité. Entrons maintenant dans une analyse plus globale sur les cumuls des pénibilités au niveau des postes de travail. C'est un type d'analyse qui connaît un certain succès à l'ANACT et qui correspond assez bien à l'analyse en termes d'unités de travail. Il s'agit de distinguer des types de situations de travail qui se caractérisent par des combinaisons de pénibilités relativement homogènes. Elles forment un contexte de situations de travail et des risques spécifiques. La relation que je souhaite souligner est celle de l'articulation entre pénibilité physique et organisationnelle d'un côté, et pénibilité mentale et risques psychosociaux de l'autre. On a souvent l'idée que le stress est une affaire de cols blancs, de cadres, et que la pénibilité physique est un problème d'ouvriers ou d'employés de service et de commerce. Les données du questionnaire montrent que ce n'est pas nécessairement le cas, et que la vision spontanée doit donc être relativisée. En réalité, on observe plutôt un cumul des pénibilités.

Nous avons sélectionné vingt indicateurs de risques s'articulant autour des pénibilités physiques, des horaires atypiques et des contraintes de rythme de travail. Pour ce qui concerne les facteurs psychosociaux, nous avons choisi les aspects liés aux tensions avec le public et au manque d'autonomie. Grâce à un algorithme mathématique nous avons effectué une classification automatique des individus. 24 000 salariés ont répondu à l'auto-questionnaire, ce qui a permis de recueillir leur point de vue sur la situation de travail. La classification permet de regrouper les salariés en familles homogènes du point de vue des pénibilités subies.

Cinq familles de pénibilités se distinguent

Nous pouvons distinguer cinq familles de pénibilité. Bien entendu, cette typologie n'a rien d'absolu, car nous aurions pu prendre d'autres indicateurs. Elle permet toutefois d'illustrer l'intérêt de l'approche en termes de situation de travail ou d'unité de travail.

Catégorie 1 : les « cols blancs » (36 %). La première famille est celle des « cols blancs ». Elle représente 36 % de l'ensemble des salariés. Les risques spécifiques subis sont l'interruption fréquente du travail, le travail sur écran plus de 20 heures par semaine et des longues durées de travail. Ce sont surtout des cadres, des ingénieurs et des employés administratifs. De manière plus détaillée, cette catégorie est divisée en deux sous-catégories : les managers et les employés administratifs. Les managers sont des cadres supérieurs et des ingénieurs auxquels s'ajoute le critère de marges de manœuvre importantes. Les marges de manœuvre dans le travail des employés administratifs sont nettement plus faibles, et même plus faibles que la moyenne de la population. Il est donc possible de faire une analyse plus fine que celle que je vous présente aujourd'hui.

Catégorie 2 : les « contraints » (17 %). La deuxième catégorie regroupe les « travailleurs contraints », soit 17 % des salariés, notamment présents dans le secteur privé et les hôpitaux. Les risques particuliers qui caractérisent cette situation de travail sont le fait de ne pas pouvoir interrompre son travail, le travail de nuit, le travail en équipe, le fait de devoir rendre compte en permanence de son activité (à la hiérarchie ou à un système de reporting), de ne pas pouvoir régler seul les incidents qui se produisent, et de fortes contraintes de cumul de rythmes de travail (hiérarchie et systèmes techniques et informatiques). Les professions les plus caractéristiques sont les chauffeurs, les infirmières et les ouvriers qualifiés dans la grande industrie. Ce sont donc des professions très diverses où l'on peut pourtant retrouver le même type de combinaison de contraintes.

Catégorie 3 : les « travailleurs de force » (27 %). La troisième catégorie est celle que nous avons baptisée « travailleurs de force ». Elle représente 27 % du champ d'observation de l'enquête. Les risques spécifiques subis sont les vibrations, les intempéries, les postures pénibles, les déplacements fatigants, la manutention de charges et le bruit. Il s'agit donc des pénibilités physiques les plus dures et les plus traditionnelles, traditionnellement associées au travail de l'ouvrier de l'industrie et du bâtiment. Cette situation de travail concerne également les employés de la manutention et des services directs aux particuliers (hôtellerie et restauration).

Catégorie 4 : les « obligés du public » (15 %). La quatrième catégorie que nous avons dégagée est celle des « obligés du public », soit 15 % de la population totale. Comme le nom l'indique, les risques sont liés aux contacts avec le public. Ce sont les risques d'agression, de tension, les durées longues et un travail haché qu'on ne peut arrêter soi-même (on subit des interruptions provenant de l'extérieur). Les employés du commerce, les infirmières, les personnels de services aux particuliers et les employés administratifs sont surreprésentés dans cette catégorie.

Catégorie 5 : les « zolas » (5 %) (les plus exposés). La dernière catégorie est celle des « zolas », c'est-à-dire des salariés qui cumulent un nombre impressionnant de contraintes et de pénibilités. Ils ne sont que 5 %. C'est la plus petite famille, mais également celle qui a la situation la plus difficile. On y retrouve tous les risques et contraintes. Il s'agit plus particulièrement d'ouvriers de la métallurgie, du textile et de l'industrie agroalimentaire. Beaucoup d'entre eux travaillent dans de grands établissements, parfois en sous-traitance. Petite digression : la négociation sociale se focalise beaucoup sur la situation des PME en matière de conditions de travail. Or, les enquêtes montrent que ce n'est pas dans les petites entreprises que la situation est la pire. Les accidents du travail et les expositions aux risques professionnels sont particulièrement élevés dans les entreprises moyennes (entre 200 et 1 000 salariés). Les grandes entreprises ont, quant à elles, des systèmes de prévention et de CHSCT (Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail) permettant de diminuer ces risques. Dans les toutes petites entreprises, les régulations des problèmes sont informelles du fait de la proximité entre le chef d'entreprise et les salariés. En résumé, la catégorie des « zolas » est surreprésentée dans les moyennes entreprises.

Quels liens avec les risques psychosociaux ?

Utilisons à présent le modèle de Karasek afin d'étudier les risques psychosociaux. Grâce au questionnaire adressé aux salariés, nous avons pu renseigner le questionnaire de Karasek.

« Demande psychologique » au travail

Il s'agit de caractériser la « demande psychologique » au travail en trois dimensions : rapidité (pression temporelle), complexité (ordres contradictoires et quantité de travail), morcellement et imprévisibilité.

« Latitude décisionnelle »

Nous avons étudié la « latitude décisionnelle », avec trois dimensions également : marges de manœuvre, utilisation des compétences et possibilité de développement des compétences.

« Soutien social »

Enfin, nous avons mesuré le « soutien social », c'est-à-dire le soutien des collègues et des chefs.

Le modèle de Karasek

En rappel très bref du modèle de Karasek, le *Job Strain* (stress professionnel) est l'association d'une forte demande psychologique et d'une faible latitude décisionnelle, aggravée par un faible soutien social. Les conséquences ne sont pas uniquement des plaintes et un mal-être au travail. Ce sont également des troubles cardio-vasculaires et musculo-squelettiques, ainsi que des pathologies mentales.

Observons les différentes dimensions des risques psychosociaux en fonction des familles précédemment définies.

Demande psychologique : la pression du public

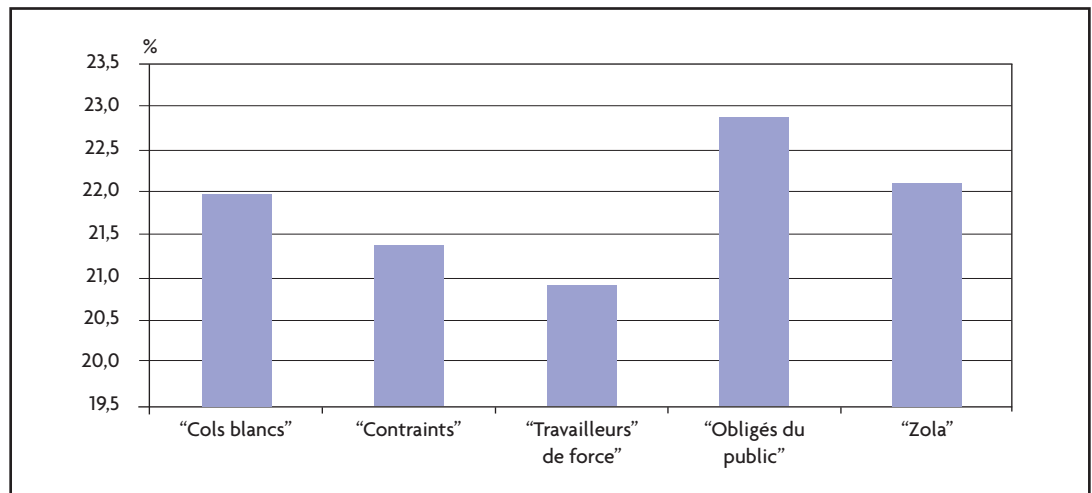
En ce qui concerne la demande psychologique, nous constatons que les cols blancs sont parmi les catégories ayant une forte demande psychologique. C'est encore plus vrai pour les managers, la sous-catégorie la plus qualifiée des cols blancs. Toutefois, c'est davantage du côté des obligés du public, c'est-à-dire les personnes qui travaillent en contact permanent avec le public et notamment soumises aux interruptions permanentes et à la pression de la demande, que nous trouvons la demande psychologique la plus élevée.

Latitude décisionnelle : les cols blancs en pointe

En ce qui concerne la latitude décisionnelle, ce sont encore une fois les cols blancs et plus particulièrement les managers qui bénéficient de la plus forte latitude. De l'autre côté de l'échelle, les travailleurs contraints sont ceux qui ont une plus faible latitude décisionnelle (c'est une tautologie),

ainsi que la catégorie des zolas, qui est encore plus largement privée de marges de manœuvre et de latitude décisionnelle.

Graphique 1 : Latitude décisionnelle - Demande psychologique (moyenne du score)



Source : Sumer 2003, Dares-DGT

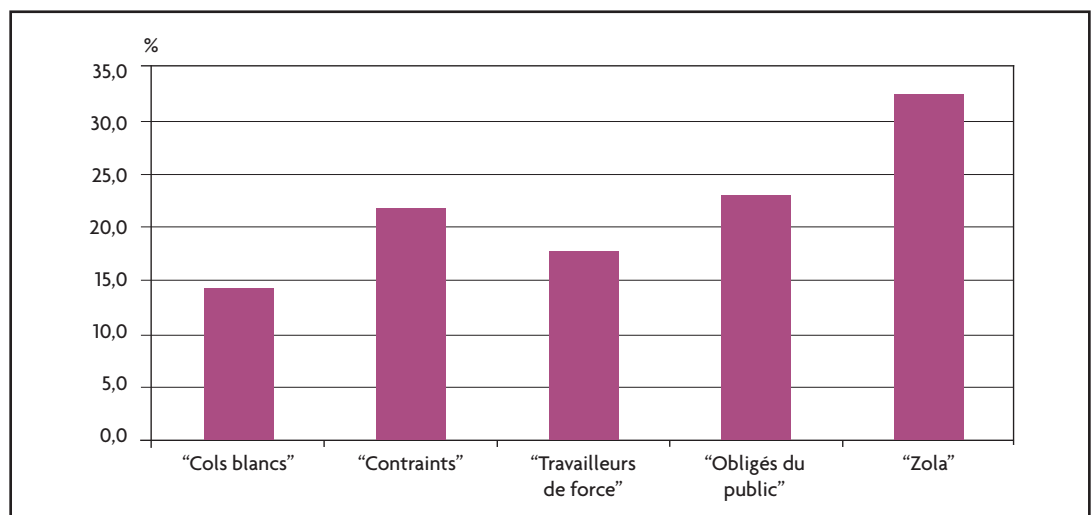
Soutien social : peu de différenciations collectives

Il y a peu de différenciation sur le soutien social entre les familles de situations de travail. C'est également le cas au niveau des catégories socioprofessionnelles. Les moyennes par CSP ou par secteurs sont assez proches les unes des autres. Pour ce qui concerne cette dimension, les différences se retrouveront dans les situations plus fines et plus locales. Il existe une exception à cela : la petite catégorie des zolas, qui subit plus souvent un plus faible soutien social et un isolement sur le lieu de travail.

Stress professionnel : les plus touchés ne sont pas ceux qu'on croit

À présent, combinons la demande psychologique et la latitude décisionnelle pour déterminer la fréquence du *Job Strain* dans les différentes familles. Les cols blancs sont les moins exposés au stress professionnel, alors que les travailleurs contraints, les obligés du public et surtout les zolas sont clairement surexposés à la situation de *Job Strain*. Nous avons ici une infirmation du sens commun qui veut que le stress concerne essentiellement les catégories de qualification supérieure. Il y a donc un vrai décalage entre les représentations sociales et les constats épidémiologiques.

Graphique 2 : Fréquence du *job strain* par catégorie



Source : Sumer 2003, Dares-DGT

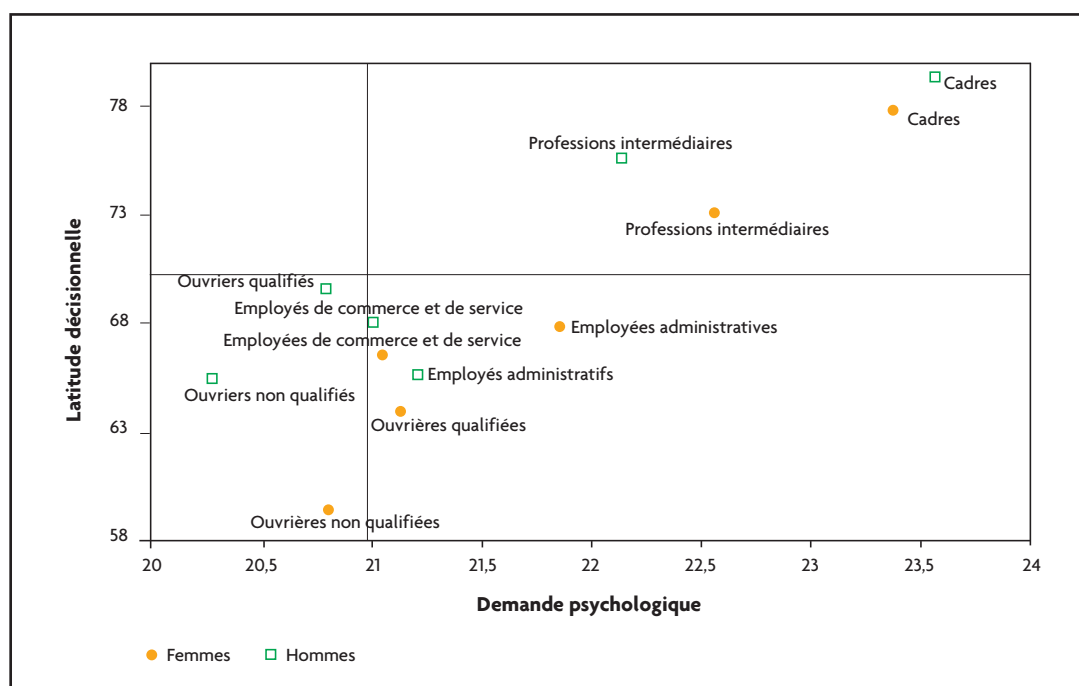
L'enquête SUMER vient confirmer ces résultats sur le stress professionnel. En effet, en posant la question « Votre travail est-il stressant ? », nous obtenons les réponses attendues : les cadres se déclarent beaucoup plus stressés que les ouvriers. À la question « Votre travail est-il fatigant ? », les cadres se prononcent beaucoup moins dans l'affirmative que les ouvriers. Tout cela correspond aux représentations et au sens commun.

Le paysage change complètement lorsque nous observons les risques psychosociaux objectivés par le biais d'un questionnaire tel que celui de Karasek. Ce ne sont pas ceux qui se disent les plus stressés qui sont les plus exposés au *Job Strain*. Notez le décalage entre le discours et les représentations sociales dominantes d'une part, et les expositions et leurs conséquences telles que les modèles épidémiologiques les décrivent d'autre part. Gérard Lasfargues rappelait précédemment que, pour ce qui concerne les troubles mentaux ou cardiovasculaires, les prévalences de pathologies sont beaucoup plus élevées dans les catégories les moins qualifiées. Ce sont pourtant des conséquences connues des risques psychosociaux. Il y a donc bien un décalage entre les représentations sociales et les expositions objectivées.

Job Strain selon la CSP et la famille professionnelle

Nous pouvons affiner notre étude en établissant une matrice du *Job Strain* selon les CSP et en ajoutant l'aspect sexué. Les cadres sont la seule catégorie où les hommes sont soumis à une plus forte demande psychologique que les femmes. Dans toutes les autres catégories, les femmes sont globalement plus exposées au *Job Strain* que les hommes. Cela correspond à ce que nous connaissons sur les maladies professionnelles. En effet, les TMS reconnues concernent très majoritairement des femmes. Les enquêtes épidémiologiques montrent que les femmes sont davantage touchées par les TMS, au-delà même des maladies reconnues.

Graphique 3 : Demande psychologique et latitude décisionnelle selon la CSP et le genre



Source : Sumer 2003, Dares-DGT

Tout ce qui vient d'être dit constitue une observation une année donnée. Il est plus complexe d'observer les trajectoires, c'est-à-dire l'évolution des données entre deux enquêtes. Il s'agit d'observer comment les trajectoires professionnelles impactent la santé en liaison avec les pénibilités. Il faut donc mettre en œuvre des enquêtes plus sophistiquées.

Trajectoires et pénibilités : quelques enseignements de l'enquête Santé 2003

Quelques éléments tirés de l'enquête Santé 2003 permettent d'éclairer ce point. L'enquête vise à décrire la santé des personnes et leur comportement de recours aux soins. À la demande de la DARES, un questionnaire sur les conditions de travail y a été introduit. Cela concernait les conditions subies au moment de l'enquête et durant la vie professionnelle (durées d'exposition aux pénibilités).

Les pénibilités subies par les « seniors » au cours de leur carrière

Nous avons effectué notre analyse sur les « seniors », c'est-à-dire les 50-59 ans. Ces derniers pouvaient soit être en situation d'emploi, soit être sortis de l'emploi. Bien entendu, les retraités et chômeurs nous ont renseignés sur leurs durées d'exposition passées. En termes quantitatifs, les items dominants sont le port de charges lourdes, les postures pénibles et fatigantes et les horaires atypiques. Les horaires atypiques correspondent au travail posté, au fait de se lever tôt et se coucher

tard, et au travail du soir. Les durées d'exposition atteignent souvent plus de 20 ans, notamment pour ce qui concerne l'exposition à des postures physiques.

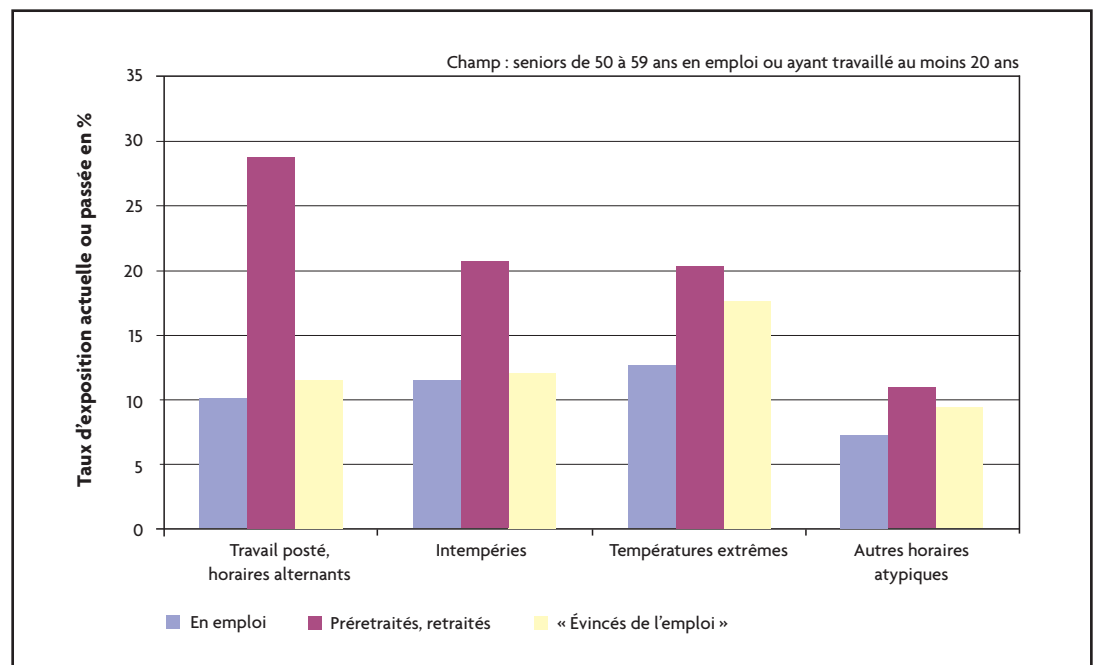
Un quart des seniors (55-59 ans) sont sortis de l'emploi

Au moment de l'enquête, en 2003, un quart des seniors sont sortis de l'emploi. Pour une part, il s'agit de retraités ou préretraités et, pour l'autre part, ce sont les évincés, chômeurs ou inactifs, dont certains ont une invalidité ou une incapacité reconnue. Dès lors, nous nous sommes intéressés aux expositions qu'avaient subies ces personnes dans le passé en fonction de l'emploi actuel : les personnes toujours en situation d'emploi ont-elles pu y rester parce qu'elles ont subi peu de pénibilité dans le passé ? Les personnes qui ont été évincées de l'emploi ont-elles subi une exposition particulièrement longue à la pénibilité, pour ne plus pouvoir rester sur le marché du travail ?

Les retraités précoces et préretraités ont été surexposés au travail posté

De fait certaines pénibilités sont typiques des retraités précoces ou des préretraités. Les personnes de 50 à 59 ans en retraite ou en préretraite ont été davantage exposées au travail posté, aux horaires alternants, aux horaires atypiques, aux intempéries et aux températures extrêmes. Ce sont en grande partie d'anciens fonctionnaires ou salariés de grandes entreprises publiques. Globalement, il s'agit de personnes ayant bénéficié des régimes spéciaux et de retraites anticipées qui visaient à compenser en partie l'exposition à ces astreintes. À noter qu'avoir été exposé à ces types de pénibilité ne permet pas de partir plus tôt en retraite dans le secteur privé ; ainsi le secteur financier a fait partir de nombreux salariés en pré-retraite mais pour des questions de sureffectifs, pas de pénibilité.

Graphique 4 : Principales expositions pour les retraités précoces



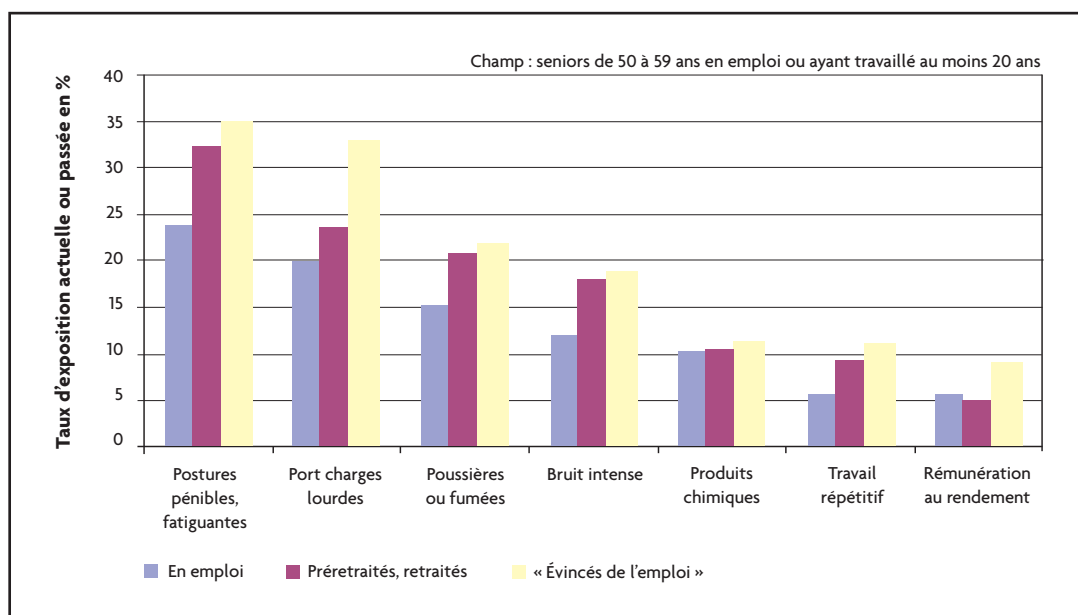
Source : enquête Santé 2003 Insee, calculs Dares

Les seniors évincés de l'emploi ont été surexposés aux pénibilités physiques

Les pénibilités physiques, pour leur part, sont nettement plus importantes pour les personnes qui sont aujourd'hui des « évincés de l'emploi » : ce sont des chômeurs ou des inactifs, qui n'ont pas encore pu prendre leur retraite, mais qui ont perdu leur emploi après une longue carrière professionnelle. Ils ont été nettement plus exposés à l'ensemble des pénibilités physiques que retrace le questionnaire de l'enquête Santé. Il y a donc un réel lien entre le fait d'avoir été exposé à des pénibilités physiques pendant plus de 10 ans (critère de durée qui a été retenu) et le non emploi.

Dans le secteur public, c'est le fait d'avoir été exposé à des pénibilités physiques qui permet d'avoir une retraite précoce. C'est (c'était) un élément constitutif des règles de régimes spéciaux. Ce n'est pas le cas du secteur privé. Lorsque nous effectuons une analyse similaire, nous ne dégageons pas de lien statistiquement significatif entre les pénibilités et les départs anticipés à la retraite dans le privé. En revanche, nous observons que la santé des personnes « évincées de l'emploi » (chômeurs et autres inactifs de plus de 50 ans) est nettement dégradée par rapport à la santé des autres seniors, qu'ils soient en emploi ou (pré)retraités.

Graphique 5 : Principales expositions pour les « évincés de l'emploi »

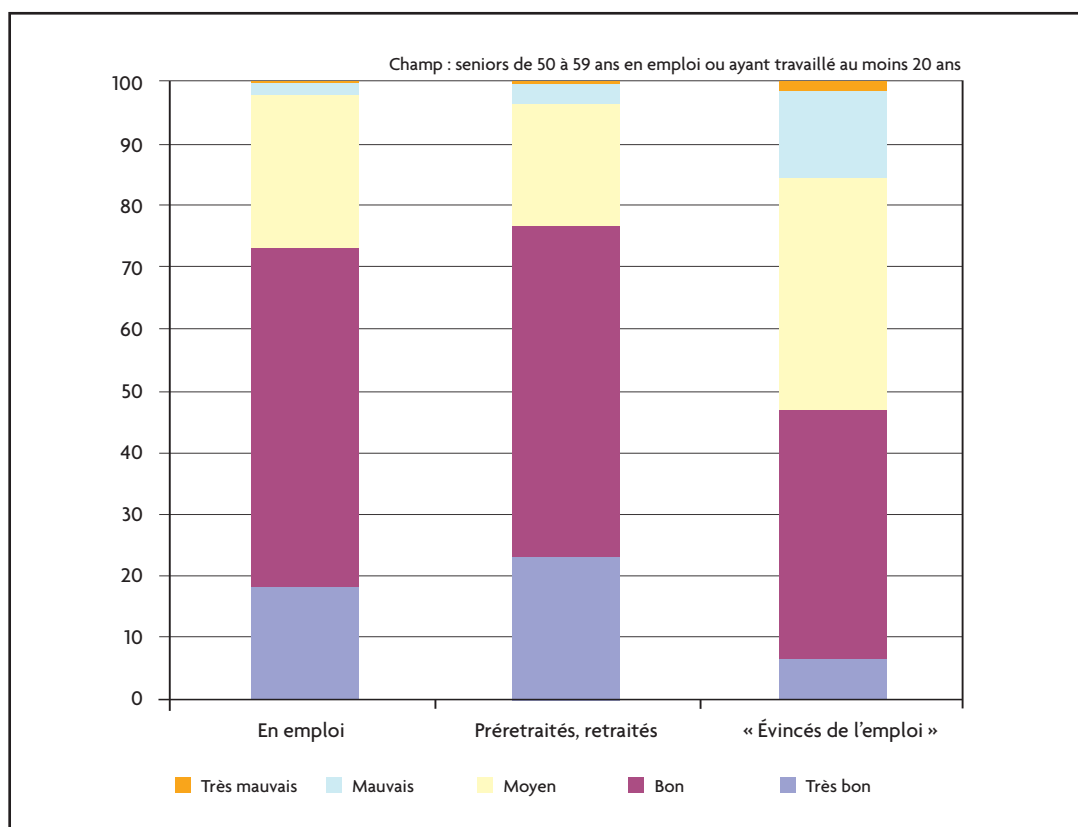


Source : enquête Santé 2003 Insee, calculs Dares

Les seniors évincés de l'emploi sont plutôt en mauvaise santé

La proportion des personnes qui se disent en « mauvaise santé » ou en « santé moyenne » est beaucoup plus forte parmi les salariés « évincés de l'emploi » de plus de 50 ans. Nous avons pu établir que cette mauvaise santé des seniors évincés de l'emploi peut être attribuée, pour une bonne part, aux expositions et plus particulièrement aux cumuls d'expositions subies durant la vie professionnelle. Les personnes ayant subi deux ou trois pénibilités physiques explicitées précédemment pendant plus de 10 ans ont une plus grande probabilité d'être en mauvaise santé et d'avoir été évincés du travail que les autres.

Graphique 6 : États de santé déclarés des seniors selon leur situation actuelle



Source : Enquête Santé 2003 Insee, calculs Dares

Globalement, il existe deux manières de sortir du marché du travail en fonction des pénibilités subies. Il y a d'abord la manière du secteur public, où l'on va plutôt sortir en bonne santé de façon précoce, grâce à des règles qui visent à compenser les pénibilités subies. Dans le secteur privé, quand on a subi de nombreuses pénibilités, on va plutôt sortir en mauvaise santé, vers le chômage ou l'inactivité. On peut se retrouver dans des statuts de chômeur indemnisé ou d'invalide, ou même parfois sans statut particulier.

Santé mentale et parcours emploi-chômage

Gérard Lasfargues a évoqué les études qui montrent le lien entre la santé et la précarité des parcours sur le marché du travail. Pour sa part, l'enquête Santé 2003 a démontré la prévalence des problèmes de santé mentale en fonction de certaines variables caractéristiques du parcours professionnel. Par exemple, selon une étude de l'InVS, les hommes ayant passé plus de douze mois au chômage sont près de 22 % à avoir une santé mentale dégradée (24 % chez les hommes et 21 % chez les femmes), contre 11 % pour ceux qui ne sont pas du tout passés par le chômage au cours de leur vie professionnelle. Il est difficile de déterminer le sens du lien de causalité : les personnes sont-elles au chômage parce qu'elles ont des problèmes de santé, ou ont-elles des problèmes de santé parce qu'elles sont au chômage ? Cela peut aller dans les deux sens. Ce type d'étude ne fait qu'établir le lien sans démontrer la causalité. À l'étranger, il existe des études épidémiologiques longitudinales, suivant les personnes dans le temps, qui montrent que le fait d'entrer dans le chômage dégrade l'état de santé mentale.

Les promesses de nouvelles enquêtes

En fait, une étude est en cours afin d'étudier plus précisément ces causalités. Nous avons mis au point avec la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques) et l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Études Économiques) une enquête sur la santé et les itinéraires professionnels. Celle-ci va nous permettre de répondre aux questions de la construction de la santé et des atteintes à la santé. Elle étudiera les itinéraires professionnels, notamment en termes de conditions de travail, de passage par le chômage, de situation de précarité et d'interruption de carrière. Nous avons interrogé 14 000 personnes de toutes situations (emploi, chômage et inactifs), entre 20 et 74 ans.

Nous leur demandons un récapitulatif des trajectoires professionnelles en termes de travail-emploi. Nous les questionnons également sur des éléments de santé en lien ou non avec leur travail. Nous avons mis en place un traitement statistique affiné pour permettre de répondre au sens de la causalité entre santé mentale et chômage. Nous avons prévu un suivi longitudinal (un nouveau questionnement) de ces personnes lors d'un deuxième entretien en 2010.

Nous pourrions ainsi mieux quantifier les impacts des événements de carrière (les ruptures, par exemple) sur la santé. Nous pourrions également analyser comment les personnes s'accommodent de leurs problèmes de santé pour continuer à travailler. Ces problèmes de santé n'étant pas nécessairement liés au travail, ils peuvent toutefois menacer la continuité de leur vie professionnelle.

Grâce à cette enquête, nous espérons ainsi pouvoir vous apporter bientôt une présentation plus complète et convaincante sur les questions de trajectoires professionnelles et de santé.

Lecture transversale de la Partie 1

Pourquoi et comment articuler conditions de travail et conditions d'emploi dans l'analyse des parcours professionnels ?

Annie Jolivet

Chercheuse Institut de recherches économiques et sociales (IRES)

Pour appréhender les processus d'altération et de construction de la santé au cours de la vie professionnelle, trois dimensions doivent être prises en compte : les conditions de travail tout d'abord (individuelles, collectives mais aussi liées à l'organisation du travail), les capacités individuelles (compétences, capacités physiques, engagement/désengagement du travail, etc.) mais aussi les conditions d'emploi (statut d'emploi, rémunération, mode de subordination, lieu et durée d'emploi, etc.). Articuler les conditions d'emploi et les conditions de travail apparaît indispensable à l'analyse des parcours professionnels, en particulier lorsqu'il s'agit de prendre en compte et/ou de prévenir les phénomènes d'usure et les atteintes à la santé.

Des conditions de travail réelles « modulées » selon les conditions d'emploi

L'usure, qu'elle se traduise par des atteintes à la santé, des troubles infra-pathologiques ou des difficultés dans le travail, est clairement reliée à l'exposition à certaines conditions de travail (cf. la contribution de G. Lasfargues dans ce numéro et Larfargues 2005). Cette exposition dépend de l'activité réelle, ce qui implique de prendre en compte les conditions d'exercice de l'activité. Aux conditions de travail (ambiances physiques, contraintes temporelles, physiques, cognitives, ...) s'ajoutent alors des déterminants liés à la situation économique de l'entreprise et à sa politique/pratique en matière de ressources humaines.

Plusieurs études mettent en évidence des conditions de travail différentes selon le statut de l'emploi. Le taux de lésions professionnelles est ainsi beaucoup plus élevé parmi les salariés à statut précaire. Les jeunes (salariés, stagiaires, apprentis) et les travailleurs extérieurs ou intérimaires sont particulièrement exposés (*Santé et Travail* 2001 ; DEBAS-LETOURNEUX et THEBAUD-MONY 2001). Ils ont en effet plus de difficulté à acquérir de l'expérience, en particulier en ce qui concerne les savoirs de prévention, et disposent de marges de manœuvre plus réduites dans leur activité (y compris via la possibilité d'exercer un droit de retrait des situations dangereuses), d'un « soutien social » (par les collègues, l'encadrement) qui peut être plus faible. L'analyse des risques d'exposition des travailleurs dans le nucléaire a également révélé une gestion fortement différenciée selon le statut du travailleur (THEBAUD-MONY 2000) : l'essentiel des expositions aux radiations touche les travailleurs extérieurs, employés par des sous-traitants chargés de la maintenance des installations. Leur degré d'exposition détermine alors le renouvellement de leur contrat ou de leur mission.

Le statut d'emploi peut aussi permettre de moduler ses conditions de travail. Dans le cas de services de soins à domicile, des études réalisées au Québec n'avaient pas *a priori* retenu la variable statut d'emploi. Or, pour se mettre à l'abri des conditions de travail exigeantes dans le réseau de santé, aggravées par le manque d'effectifs, des infirmières expérimentées et plus âgées choisissent de travailler comme salarié précaire dans des agences privées de soins à domicile. Ce choix coûteux (rémunération supérieure mais perte des avantages sociaux, difficultés d'acquisition et de reconnaissance de l'expérience, perte de marges de manœuvre notamment) a pour principal avantage de permettre aux infirmières de refuser tout travail en dehors de leurs heures de disponibilité (CLOUTIER et alii 2005).

Enfin, le statut d'emploi s'accompagne d'un ensemble de droits et de règles relatifs non seulement à la protection de l'emploi mais aussi à la formation, à la rémunération, etc. Les règles de rémunération en particulier interfèrent souvent dans la décision individuelle de se mettre ou non à l'abri du travail de nuit ou du travail en équipes alternantes. La perte de salaire peut en effet être trop forte pour être acceptable financièrement. S'il existe une compensation salariale, l'effet de détérioration de l'état de santé peut ainsi être masqué par l'effet d'incitation au travail d'une meilleure rémunération. Une autre possibilité de se mettre à l'abri de conditions de travail éprouvantes est le congé pour maladie. Les travaux dans ce domaine, assez rares (cf. AFSA et GIVORD 2006), indiquent d'une part une forte corrélation entre dans l'appréciation subjective des risques d'accidents du travail et l'absentéisme, d'autre part un lien entre absence pour maladie et statut d'emploi (les salariés sous contrat à durée déterminée sont plus souvent absents que les salariés à contrat temporaire).

La segmentation actuelle des emplois, au sein des entreprises (entre salariés permanents et salariés plus ou moins précaires et extériorisés) et entre entreprises (entre PME et grandes entreprises), traduit un état donné de la division sociale du travail et des risques. Influencée par les transformations profondes des conditions économiques et du marché du travail, elle est évolutive et doit donc être intégrée dans l'analyse des déterminants de l'usure professionnelle.

Usure et trajectoire socio-professionnelle

La façon dont l'usure s'inscrit dans le parcours d'un individu soulève simultanément deux questions : quel parcours professionnel se dessine en cas d'usure, quelle usure résulte du parcours professionnel ?

L'usure au travail, qu'elle résulte d'une exposition à certaines conditions de travail (vieillesse « par » le travail) ou de l'évolution défavorable des caractéristiques de l'emploi occupé, des normes de production (à l'origine d'un vieillissement « par rapport » au travail), joue un rôle important dans les processus de sélection-exclusion. À partir de l'enquête ESTEV¹, Francis DERRIENNIC et alii (2003) mettent en évidence que la probabilité d'être sorti de son emploi entre 52 et 57 ans est plus élevée lorsqu'on a été exposé à des pénibilités physiques dans son parcours professionnel. L'impact de l'exposition passée aux conditions de travail physiquement pénibles est aussi élevé que l'exposition actuelle. À partir d'entretiens avec 30 chômeurs âgés, Isabelle TARTY-BRIAND (2004) développe une grille de lecture de leur santé prenant en compte l'ensemble de leur trajectoire professionnelle, y compris leurs conditions de travail passées. Elle montre que les expositions passées sont l'un des déterminants des processus d'éloignement de l'emploi, quoique souvent occultées.

Là aussi les caractéristiques de l'emploi occupé ont un impact sur la trajectoire en cas d'usure. En cas de sortie anticipée définitive, le mode de sortie est très dépendant de conditions institutionnelles telles que la durée de cotisation validée à l'assurance-vieillesse, les modalités de sortie utilisées habituellement dans le secteur d'activité, l'accès à des dispositifs ponctuels (pré retraite) ou permanents (retraite précoce, validation des années d'exposition à certaines conditions de travail dans la fonction publique ou certaines grandes entreprises) voire des âges de départ à la retraite plus ou moins précoces. Parmi les familles professionnelles caractérisées par des âges de départ relativement élevés, on trouve ainsi des métiers « féminins » cumulant faible qualifications, carrières discontinues et durée d'activité validée insuffisante pour s'assurer une retraite décente (CHARDON et ESTRADÉ 2007).

Si l'usure conduit au chômage, être au chômage ne met pas à l'abri d'une forme d'usure. À l'usure liée au travail s'ajoute en effet une détérioration de la santé propre à la situation de chômeur. Si la santé s'améliore dans un premier temps, en raison de la mise à l'abri des conditions de travail antérieures, elle se détériore ensuite avec la durée du chômage. Indépendamment des conditions de travail et de la profession, la surmortalité des chômeurs a été clairement établie (MESRINE 2000). Or le retour à l'emploi est particulièrement difficile pour les personnes présentant des atteintes à la santé et des inaptitudes.

Conditions d'emploi et invisibilité de l'usure

Enfin, les conditions d'emploi contribuent à la relative invisibilité de l'usure professionnelle. Comme le notent Michel GOLLAC et Serge VOLKOFF (2006a), le repérage et la mesure des liens entre état de santé et conditions de travail posent des difficultés méthodologiques ou techniques souvent

1 - Enquête Santé, Travail Et Vieillesse, réalisée en 1990 auprès de 21 378 salariés hommes et femmes de 37 à 52 ans, puis rééditée deux fois auprès des mêmes salariés.

complexes : liens multifactoriels, sens de la causalité pas toujours établi, lien étroit avec certains aspects de la vie hors travail, effets différés, mécanismes de sélection (en particulier l'effet du travailleur sain : ceux qui restent sont ceux qui « tiennent »). Ainsi, la rotation du personnel exposé à des conditions difficiles, les mobilités au sein de l'entreprise ou hors de l'entreprise, les cessations anticipées d'activité, l'absentéisme masquent l'impact des conditions de travail. Le transfert de certaines exigences ou de certains risques à des salariés à statut précaire, ou vers des entreprises sous-traitantes rend également l'usure liée au travail peu ou pas visible. La nature de la division du travail, la différenciation des conditions d'emploi interfèrent donc là aussi.

Le déni, la sous-estimation de l'impact des conditions de travail sont monnaie courante. Ainsi les chômeurs âgés considèrent souvent que leur état de santé résulte avant tout de leur vieillissement, ils ne mettent pas systématiquement en cause leurs conditions de travail passées (TARTY-BRIAND 2004). La perception des pénibilités et des risques est subjective. Hommes et femmes par exemple ne sont pas sensibles aux mêmes conditions de travail. Alors que les hommes tendent à sous-estimer l'impact des caractéristiques du travail « masculines », c'est-à-dire plus répandues parmi les travailleurs masculins (travail de nuit, exposition au bruit, aux toxiques, aux radiations, aux vibrations, aux températures extrêmes, manipulation de charges lourdes), alors que les femmes sont moins sensibles aux risques liés aux relations directes avec des clients (GOLLAC et VOLKOFF, 2006b). Symétriquement, la reconnaissance institutionnelle, d'une part de l'importance d'une atteinte à la santé, d'autre part du lien avec le travail, est loin d'être systématique. Dans le cas des accidents du travail, la déclaration est aléatoire, la reconnaissance est très restrictive, et la survenue de l'accident très liée aux modes d'organisation du travail et à la nature des liens de subordination (DEBAS-LETOURNEUX et THEBAUD-MONY 2001).

Les conditions d'emploi peuvent « objectiver » les conditions de travail exigeantes mais aussi pérenniser leur invisibilité. L'existence d'une compensation financière a ainsi des effets ambivalents : si elle contribue à « objectiver » le caractère pénalisant d'une condition de travail (par exemple les horaires de nuit) et permet de repérer les salariés qui y sont exposés, elle contribue également à son acceptation et rend plus difficiles les actions visant à réduire ou supprimer l'exposition à cette condition de travail.

Enfin, la mutualisation des coûts (entre entreprises), leur externalisation (*via* des dispositifs de pré-retraite, de chômage, d'invalidité, d'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles) contribuent également à masquer le coût réel des conditions de travail. Intégrer les coûts économiques liés à la santé et à la sécurité du travail reste complexe, comme le montre la synthèse publiée par Maurice GOSSELIN (2005).

Références bibliographiques

- AFSA C., GIVORD P. (2006), « Le rôle des conditions de travail dans les absences pour maladie », Document de travail de la Direction des Études et Synthèses économiques, G 2006/07, INSEE, 41 p.
- CHARDON O., ESTRADE M.-A. (2007), Les métiers en 2015, Rapport du groupe « Prospective des métiers et qualifications », Direction de l'animation et de la recherche des études et des statistiques et Centre d'analyse stratégique, Collection « Qualifications & prospective », 179 p.
- CLOUTIER E., BOURDOUXHE M., LEDOUX E., DAVID H., GAGNON I., OUELLET F., TEIGER C. (2005), « Effets du statut d'emploi sur la santé et la sécurité au travail : le cas des auxiliaires sociales et familiales et des infirmières de soins à domicile au Québec », Pistes, vol. 17, n° 2 (www.pistes.uqam.ca).
- DEBAS-LETOURNEUX V., THEBAUD-MONY A. (2001), « Les angles morts de la connaissance des accidents du travail », Travail et Emploi, n° 88, octobre, pp. 25-42.
- DERIENNIC F., SAUREL-CUBIZOLLES M.-J., MONTFORT C. (2003), « Santé, conditions de travail et cessation d'activité des salariés âgés », Travail et Emploi, n° 96, octobre.
- GOLLAC M., VOLKOFF S. (2006a), « La santé au travail et ses masques », pp. 4-17, in « Santé et travail. Déni, visibilité, mesure », Actes de la recherche en sciences sociales, n° 163, juin, 107 p.
- GOLLAC M., VOLKOFF S. (2006b), « La perception subjective du travail : rôle des identités de genre et des conditions d'emploi (quelques éléments d'analyse statistique) », Document de travail du Centre d'Études de l'Emploi, n° 69, octobre, 22 p.

- GOSSELIN M. (2005), « La gestion des coûts de la santé et de la sécurité du travail en entreprise : une recension des écrits », Pistes, vol. 17, n° 2 (www.pistes.uqam.ca).
- LASFARGUES G., en collaboration avec A.-F. MOLINIE et S. VOLKOFF (2005), « Départs en retraite et travaux pénibles : l'usage des connaissances scientifiques sur le travail et ses risques à long terme pour la santé », Rapport de recherche, n° 19, Centre d'Études de l'emploi, 38 p.
- MESRINE A. (2000), « La surmortalité des chômeurs : un effet catalyseur du chômage ? », Economie et Statistiques, n° 334, pp. 33-48.
- Santé et Travail (2000), dossier « Jeunes travailleurs : la galère », n° 33, pp. 21-51.
- TARTY-BRIAND I. (2004), « Du travail au chômage : la place des enjeux de santé dans l'exclusion chez des chômeurs "âgés" », Pistes, vol. 6, n° 1, mai. (article téléchargeable sur www.pistes.uqam.ca)
- THEBAUD-MONY A. (2000), L'industrie nucléaire. Sous-traitance et servitude, Collection « questions en santé publique », INSERM-EDK.

Partie 2

Usure professionnelle et itinéraires : une approche par les populations et les processus

De multiples enseignements à tirer des enquêtes épidémiologiques et de la prévention des troubles musculo-squelettiques

Pour aborder la question de la relation entre les risques d'altération de la santé et le travail, les troubles musculo-squelettiques 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...

La lecture de l'article d'Annie Touranchet nous donne à voir comment 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 par les populations des questions qui nous intéressent, que ces populations soient 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, peu connus ou émergents).

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.

Tableau 1 : TMS et âge
selon Selon Gérard Lasfargues, Départs en retraite et travaux pénibles, avril 2005

Age (ans)	< 50	50 à 59	60 à 64	≥ 65	Total
Tableau 57	13 293	6 383	137	11	19 824
Tous tableaux	18 318	10 989	1 505	3 123	34 100

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.

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'œuvre 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 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 conditions de travail sur la santé - connaissance qui constitue une étape importante dans le développement de politiques de prévention de l'usure professionnelle. Mais, comme le montrent les articles de Christian Torres et Annie Thébaud-Mony, pour exploiter pleinement ces résultats, d'autres démarches complémentaires - comme la clinique du travail et de l'activité - sont nécessaires pour comprendre et agir sur les processus de construction et d'altération de la santé.

TMS chez les salariés de plus de 50 ans : résultats de la surveillance épidémiologique des TMS dans les entreprises des Pays de la Loire en 2002 et 2003¹

Annie Touranchet

Médecin Inspecteur Régional du Travail et de la Main-d'œuvre, Direction Régionale
du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle des Pays de la Loire

Introduction

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 [1].

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 [2] 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 » [3, 4] 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 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.

Méthodes

La surveillance épidémiologique est basée sur un réseau sentinelle de 80 médecins du travail volontaires, représentant 18 % des médecins du travail de la région des Pays de la Loire. Au total, 2 685 salariés (1 566 hommes et 1 119 femmes, âge moyen = 38,2 ffl 0,2 ans) ont été inclus par tirage au sort en 2002 et 2003. La distribution des sujets en fonction de l'âge est comparable à celle des actifs de la région pour les deux sexes, les plus de 50 ans représentant 17 % des hommes et 16 % des femmes. L'échantillon est globalement représentatif des salariés des entreprises privées et publiques des Pays de la Loire [5].

Évaluation de la morbidité ostéo-articulaire

Les symptômes musculo-squelettiques non spécifiques des membres et du rachis sont recueillis à l'aide d'un auto-questionnaire dérivé du questionnaire « Scandinave » [6]. Les six principaux TMS des membres supérieurs sont diagnostiqués cliniquement par les médecins du travail.

1 - Étude réalisée par Yves ROQUELAURE du Laboratoire Ergonomie et Santé au Travail, CHU, Angers ; Annie TOURANCHET et 80 médecins du travail de la région des Pays de la Loire.

L'examen clinique, réalisé en fonction de la symptomatologie rapportée pour les 12 derniers mois, applique la démarche rigoureuse de diagnostic du consensus européen « Saltsa » pour la surveillance épidémiologique des TMS [3, 4] (cf figure 1)

Figure 1 : Protocole de diagnostic de la démarche SALTA

<p>Examen clinique codifié selon le protocole SALTSA (Sluiter et al., 2001)</p> <p>1. Analyse des symptômes : douleur, gêne, inconfort, courbature, etc.</p> <p>a. Absence de symptômes : <i>arrêt de l'examen</i> b. Présence de symptômes : <i>poursuite examen</i></p> <p>2. Recherche des TMS en fonction de la localisation des symptômes</p> <p>3. Arbre diagnostic en 2 phases :</p> <p>a. Recherche forme latente ou symptomatique b. Recherche forme avérée : réalisation de manœuvre(s) clinique(s) standardisée(s)</p>	<p><i>Ce protocole décrit les manœuvres cliniques standardisées et les arbres décisionnels pour le diagnostic des 6 principaux TMS des membres supérieurs (syndrome de la coiffe des rotateurs de l'épaule, épicondylite latérale, tendinites des fléchisseurs ou des extenseurs des doigts, téno-synovite de De Quervain, syndrome du canal carpien, syndrome du tunnel cubital). Tous les médecins du réseau ont été préalablement formés à la théorie et à la pratique de la démarche SALTSA.</i></p>
---	--

Évaluation de l'exposition professionnelle et des antécédents médicaux

Elle s'effectue à l'aide d'un auto-questionnaire portant sur les facteurs biomécaniques (répétitivité, force, postures extrêmes) et psychosociaux (demande psychologique, soutien social au travail) de risque de TMS [3, 5]. Les trois dimensions psychosociales, à savoir la demande mentale, la latitude décisionnelle et le soutien social au travail, sont évaluées à l'aide du « Job Content Questionnaire » (JCQ) de Karasek, dans sa version validée en français [7].

Analyse des données

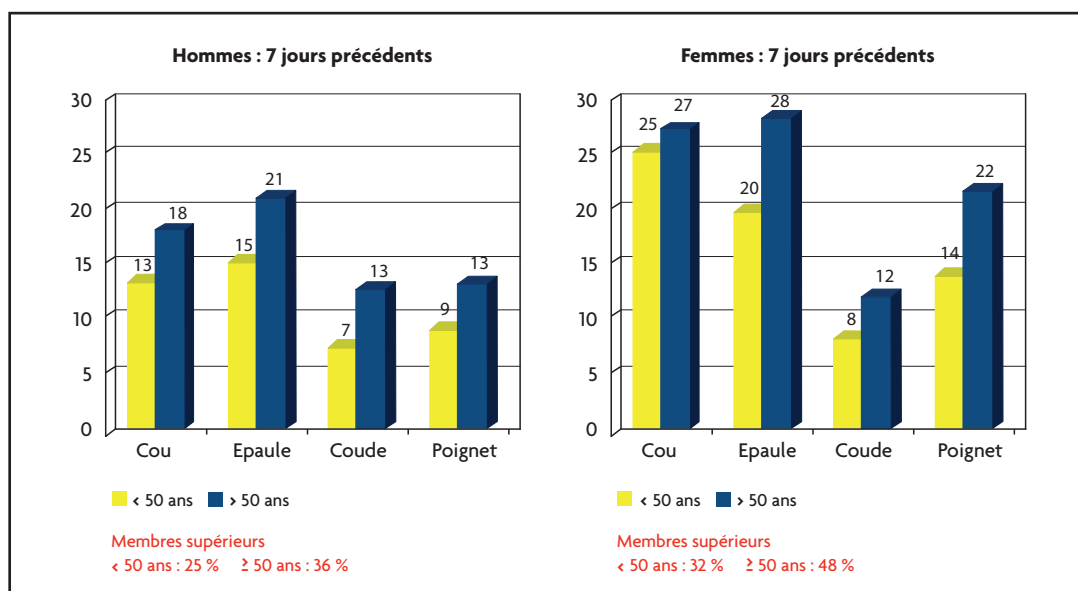
La prévalence des symptômes et des pathologies est calculée par sujet. Les taux spécifiques de prévalence en fonction de l'âge, des secteurs d'activité et des professions sont calculés pour chaque sexe. Les facteurs biomécaniques et organisationnels de TMS ont pour la plupart été étudiés à l'aide de variables qualitatives à quatre classes (échelle de Likert). Ces variables ont été dichotomisées en prenant comme référence la modalité la plus sévère (toujours, tout à fait). Les scores de demande psychologique, de soutien sociale et de latitude décisionnelle ont été calculés et interprétés selon les recommandations de Niedhammer [7]. Des scores d'exposition au risque de TMS ont été calculés selon les recommandations du consensus « Saltsa » par sommation du nombre de facteurs de risque [4]. L'exposition professionnelle est classée faible ou en « zone verte », modérée ou en « zone jaune » et élevée ou en « zone rouge » selon que le salarié est respectivement exposé à aucun, un ou au moins deux facteurs de risque. L'exposition aux facteurs de risque biomécaniques et psychosociaux de TMS mis en évidence dans un travail préalable [8].

Résultats

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 MS 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 (cf. figure 2).

Figure 2 : 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 (tableau 1). 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).

Tableau 1 : Prévalence des troubles musculo-squelettiques des membres supérieurs par genre

Prévalence (%)	Hommes	Femmes
Tendinite coiffe des rotateurs	6,8	9,0
Epicondylite latérale	2,2	2,7
Syndrome du tunnel cubital	0,6	0,8
Syndrome du canal carpien	2,3	4,0
Tendinite de De Quervain	0,7	2,1
Tendinites F/E des doigts	0,8	0,5
Au moins un des six TMS	11,3	15,1
Au moins deux des six TMS	2,0	2,2

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 % et 22 % chez les femmes lorsque l'ancienneté augmente respectivement de moins de 1 an, à 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 ($p < 0.05$). Comme le montrent les tableaux 3 et 4, 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).

Tableau 2 : Prévalence des troubles musculo-squelettiques des membres supérieurs par âge et genre

Prévalence (%)	Hommes (n = 1566)	Femmes (n = 1119)
20-29 ans	4,6	5,3
30-39 ans	6,8	12,4
40-49 ans	15,5	19,5
50-59 ans	21,5	25,7
Ensemble	11,3	15,1

Tableau 3 : Prévalence des troubles musculo-squelettiques des membres supérieurs par trouble, âge et genre

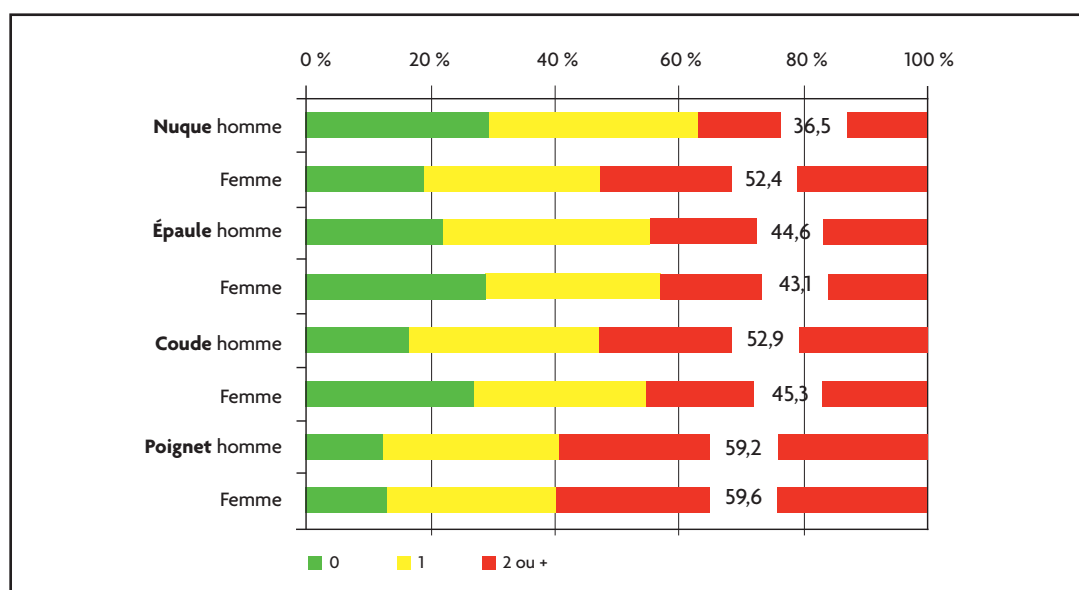
Prévalence (%)	Hommes		Femmes	
	< 50 ans	> 50 ans	< 50 ans	> 50 ans
Tendinite coiffe des rotateurs	5,6	12,2	7,8	15,1
Epicondylite latérale	1,5	5,6	2,3	5,0
Syndrome du tunnel cubital	0,7	0	0,9	0,6
Syndrome du canal carpien	1,7	4,8	3,2	7,8
Tendinite de De Quervain	0,5	1,9	1,6	4,5
Tendinites F/E des doigts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

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 (fig. 3).

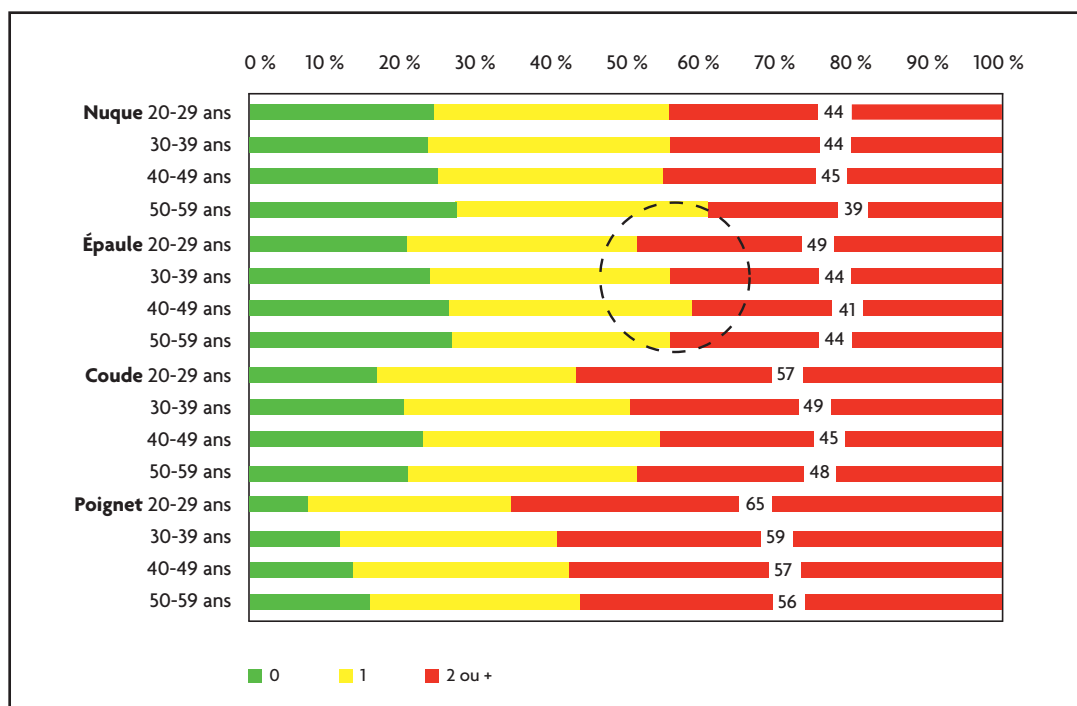
La majorité de salariés des deux sexes est fortement exposée aux facteurs de risque de TMS, biomécaniques, psychosociaux et organisationnels.

Figure 3 : Une exposition élevée : plus d'un salarié sur 2



L'intensité de l'exposition aux facteurs de risque de TMS du membre supérieur (nuque exceptée) varie avec l'âge.

Figure 4 : Facteurs de risque de TMS et 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 qu'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 » (tableau 4). 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 moindre degré, 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.

Tableau 4 : Exposition aux facteurs de risque de TMS

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

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 [6, 9, 10, 11] ou en population générale [12]. Néanmoins, il est toujours difficile de faire la part des choses entre l'avancée en âge et le cumul des expositions professionnelles [13], 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% de deux TMS ou plus. Cette accumulation d'affections périarticulaires chez les salariés vieillissant diminue probablement leurs capacités fonctionnelles et augmente le risque d'incapacité de travail et de licenciement [14].

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 [10, 11, 15] et européennes [16]. 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 [6]. 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 « vieillissant » 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.

Les médecins du travail étaient mesdames et messieurs les docteurs Abonnat, Banon, Bardet, Benetti, Becquemie, Bertin, Bertrand, Bidron, Biton, Bizouarne, Boisse, Bonamy, Bonneau, Bouguer, Bouguer-Diquelou, Bourut-Lacouture, Breton, Caillon, Cesbron, Chisacoff, Chotard, Compain, Coquin-Geogec, Cordes, Couet, Coutand, Daniellou, Darcy, Davenas, De Lescure, Delansalut, Dupas, Evano, Fontaine, Frampas-Chotard, Guiller, Guillimin, Harinte, Harrigan, Hervio, Hirigoyen, Jahan, Joliveau, Jube, Kalfon, Laine-Colin, Laventure, Le Dizet, Lechevalier, Leclerc, Ledenvic, Leroux, Leroy-Maguer, Levrard, Levy, Logeay, Lucas, Mallet, Martin, Mazoyer, Meritet, Michel, Migne-Cousseau, Moisan, Page, Patillot, Pinaud, Pineau, Pizzala, Plessis, Plouhinec, Raffray, Roussel, Russu, Saboureault, Schindwein, Soulard, Thomson, Treillard, Tripodi.

Références

- [1] Leclerc A., Ha C., Roquelaure Y., Goldberg M La situation épidémiologique des troubles musculo-squelettiques: des définitions et des méthodes différentes, mais un même constat Numéro thématique : La surveillance épidémiologique des troubles musculo-squelettiques. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire 2005 ; 44-45 : 218-19.
- [2] Ha C., Roquelaure Y., Touranchet A., Leclerc A., Imbernon E., Goldberg M. Le réseau de surveillance épidémiologique des TMS dans les Pays de la Loire : objectifs et méthodologie générale. Numéro thématique : La surveillance épidémiologique des troubles musculo-squelettiques. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire 2005 ; 44-45 : 219-21.
- [3] Sluiter JK, Rest KM, Frings-Dresen MHW. Criteria document for evaluating the work-relatedness of upper extremity musculoskeletal disorders. Scand J Work Environ Health 2001; 27 suppl 1:1-102.
- [4] Meyer J-P, Frings-Dresen M, Buckle P, Delaruelle D, Privet L, Roquelaure Y. Consensus clinique pour le repérage des formes précoces de TMS. Troubles musculo-squelettiques du membre supérieur. Arch Mal Prof 2002;63:32-45
- [5] Roquelaure Y., Ha C., Leclerc A., Touranchet A., Sauteron M., Imbernon E., Goldberg M. Surveillance des principaux troubles musculo-squelettiques et de l'exposition au risque dans les entreprises en 2002 et 2003. Numéro thématique : La surveillance épidémiologique des troubles musculo-squelettiques. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire 2005 ; 44-45 : 224-6.
- [6] Hagberg M, Silverstein B, Wells R, et al. Work related musculoskeletal disorders (WMSDs): a reference book for prevention. London: Taylor & Francis, 1995.
- [7] Niedhammer I. Psychometric properties of the French version of the Karasek Job Content Questionnaire : a study of the scales of decision latitude, psychological demands, social support, and physical demands in the GAZEL cohort. Int Arch Occup Environ Health 2002;75: 129-144.

- [8] Roquelaure Y, Ha C, Touranchet A et coll. Troubles musculosquelettiques du membre supérieur, stress et organisation du travail : résultats de la surveillance épidémiologique des TMS dans les Pays de la Loire en 2002. In B Fouquet, G Lasfargues, Y Roquelaure et C Hérisson « Santé mentale, appareil locomoteur, pathologie professionnelle », Masson, Paris, 2005.
- [9] Leclerc A., Landre MF., Chastang JF., Niedhammer I., Roquelaure Y. A longitudinal study on upper limb disorders in repetitive work. *Scand J Work Environ Health* 2001;27 : 268-278.(2).
- [10] Silverstein B, Viikari-Juntura E, Kalat J. Use of the prevention index to identify industries at high risk of work-related musculoskeletal disorders of the neck, back, and upper extremities in Washington State, 1990-1998. *Am J Ind Med* 2002;41:149-69.
- [11] Tanaka S, Wild DK, Seligman PJ, Halperin WE, Behrens VJ, Putz-Andersson V. Prevalence of work-related of self-reported carpal tunnel syndrome among U.S. workers: analysis of the occupational health supplement data of 1988 national health interview survey. *Am J Ind Med* 1995;27:451-70.
- [12] Walker-Bone K, Palmer KT, Reading I, Coggon D, Cooper C. Prevalence and impact of musculoskeletal disorders of the upper limb in the general population. *Arthritis Rheum* 2004;51:642-51.
- [13] Krause N, Rugulies R, Ragland D, Syme SL. Physical workload, ergonomic problems, and incidence of low back injury: a 7.5-year prospective study of San Francisco transit operators. *Am J Indust Med* 2004;46:570-85.
- [14] Roquelaure Y., Cren S., Rousseau F., Touranchet A., Dano C., Fanello S., Penneau-Fontbonne D. Work status after workers'compensation claims for upper limb musculoskeletal disorders. *Occup Environ Med* 2004 ; 61 : 79-81.
- [15] National research council. The National Academy of Sciences. Musculoskeletal Disorders and the Workplace: Low back and Upper Extremity musculoskeletal disorders. National Academy Press, Washington, DC, 2001.
- [16] Paoli P, Merllié D. Troisième enquête sur les conditions de travail : dix ans de conditions de travail dans l'Union européenne. European foundation for the improvement of living and working conditions, Dublin, 2000.
<http://www.eurofound.eu.int/publications/files/EF0121EN>

Les cancers professionnels : à la croisée d'enjeux scientifiques, économiques, politiques et sociaux

Dans cette contribution, à travers la problématique des cancers professionnels, Annie Thébaud-Mony ouvre de nombreuses questions à la croisée des enjeux scientifiques, politiques, économiques et sociaux.

Sur le plan scientifique, contrairement à certaines représentations dominantes, les connaissances sur la cancérogenèse donnent à voir un processus long et complexe, dans lequel il est difficile d'établir un lien de causalité simple entre un facteur (l'exposition à un carcinogène) et la pathologie déclarée. Une question centrale concerne notamment les phénomènes de synergie entre les expositions à différentes substances, et leur effet démultiplicateur sur les risques de cancer.

Cette question s'avère d'autant plus importante que le nombre de substances chimiques est en augmentation constante - au niveau européen, plus de 100 000 substances chimiques étaient répertoriées en décembre 2005¹. Et l'évaluation de la toxicité (analyses toxicologiques, biologiques, expérimentations, étude épidémiologique) se fait à un rythme beaucoup moins rapide que celui de l'introduction de nouvelles substances. Les débats récents, au niveau européen, sur la directive REACH, illustrent bien l'étroite intrication d'enjeux de différente nature dans ce domaine.

De la même manière, au niveau français, alors que la part des cancers d'origine professionnelle est estimée représenter entre 4 % et 8,5 % du total des pathologies déclarées², seulement 0,5 % d'entre elles sont effectivement reconnues en maladie professionnelle. Dans son article, Annie Thébaud-Mony analyse les différentes causes de cette situation : elles ne relèvent pas du seul domaine de la connaissance scientifique, mais bien de multiples enjeux, tant au niveau de l'évaluation toxique des substances industrielles que de la construction des tableaux de maladies professionnelles - ou des conditions de reconnaissance comme maladie professionnelle. Il est notamment intéressant de noter que, si les différentes sources scientifiques soulignent le caractère multifactoriel des cancers, dans la reconnaissance comme maladie professionnelle, le modèle de référence reste celui de l'association entre une pathologie et l'exposition à *un* cancérigène sur une longue durée.

Dans son article, Annie Thébaud-Mony, présente aussi les démarches, menées dans le cadre du GISCOP, pour la reconnaissance en maladie professionnelle d'un certain nombre de cas de cancer. L'analyse de ces cas ouvre en outre sur d'autres éléments d'analyse de la problématique, notamment quant au parcours professionnel des personnes concernées - et ce qu'ils donnent à voir en termes de division sociale de risques. En effet, les itinéraires des personnes suivies se distinguent par l'ampleur des différentes formes de précarité et de « mobilités descendantes ». Le lien entre « processus d'usure » et « itinéraires professionnel » (en termes de conditions de travail et d'emploi) suit ici une ligne d'autant plus problématique que, dans la majorité des cas, les personnes reconnues comme exposées par les experts ne bénéficient finalement pas d'une prise en charge pour maladie professionnelle. Les obstacles rencontrés relèvent principalement de deux ordres :

- la logique des systèmes de reconnaissance (qui ne permet pas de prendre en compte les multiples expositions simultanées ou successives) ;
- l'absence de dispositifs de suivi des expositions réelles des personnes tout au long de leur carrière.

1 - En 1981, la réglementation européenne a établi une liste close de substances chimiques dites « existantes » (100 000 produits) ; depuis cette date, toute autre substance introduite sur le marché est qualifiée de « nouvelle » (4 000 à fin 2005).

2 - Source : Dossier « Risques cancérigènes en milieu professionnel » sur le site de l'INRS (www.inrs.fr).

En d'autres termes, les conditions définies pour accéder aux dispositifs de « réparation » ou de « compensation » portent l'empreinte du modèle d'emploi industriel qui tend aujourd'hui à disparaître : une carrière continue, avec un nombre restreint de postes différents, et des conditions d'emploi qui garantissent une certaine prise en charge des questions de santé (suivi par un médecin du travail, présence d'un CHSCT...). Or, ces conditions s'avèrent très restrictives pour les personnes confrontées à des parcours professionnels discontinus, des statuts d'emploi précaires - qui plus est, ce sont souvent celles-ci qui sont prioritairement exposées aux risques de différente nature³.

L'exemple des cancers, présenté ici, pose donc de manière particulièrement aiguë la question du lien entre les champs scientifiques, politiques et sociaux évoqués en introduction à cet ouvrage. En effet, si la complexité des liens entre santé et travail implique que les dispositifs sociaux conçus à un moment donné (notamment en termes de compensation et de réparation) soient nécessairement incomplets, comment est-il possible de s'assurer que cette incomplétude n'entraîne pas des injustices sociales trop grandes à moyen terme ?

3 - Cf. les travaux sur la sous-traitance dans l'industrie nucléaire.

La division sociale des risques professionnels et des atteintes à la santé liées au travail

L'exemple des cancers professionnels

Annie Thébaud-Mony¹

Directrice de recherche à l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), directrice du Groupement d'intérêt scientifique sur les cancers d'origine professionnelle (GIS COP93)

Selon la représentation dominante de la plupart des maladies, les cancers professionnels sont le plus souvent associés à un seul facteur de risque, selon le modèle de relation entre une cause et un seul effet. La visibilité sociale de ces cancers liés au travail est restreinte aux cas reconnus en maladie professionnelle. L'absence de recensement systématique des expositions professionnelles aux cancérogènes et de leur prise en compte dans les registres de cancer fait obstacle à des estimations fondées sur la réalité des cas et des expositions. De l'avis même de leurs auteurs, les estimations publiées par l'Institut de veille sanitaire² sont probablement très inférieures au nombre de cancers attribuables au travail, soit au minimum plusieurs dizaines de milliers de cas par an.

Ce texte a pour objectif d'interroger cette situation au regard d'une démarche d'enquête menée en Seine-Saint-Denis depuis 5 ans, démarche qui s'appuie sur une reconstitution systématique des parcours professionnels des patients atteints de cancer. Dans une première partie, il s'agit tout d'abord de déterminer quelles sont les sources officielles de production de connaissance sur les cancers professionnels au regard des spécificités de cette maladie et d'identifier les conditions d'une autre production de connaissance. La seconde partie présente l'enquête et ses résultats, ces derniers permettant de mettre en évidence l'évolution de la division sociale du travail et des risques à travers les récits des patients atteints de cancer. Enfin la troisième partie s'attache à montrer comment les obstacles à la reconnaissance en maladie professionnelle sont liés à cette évolution tout en renforçant chaque jour davantage l'invisibilité des cancers d'origine professionnelle.

Connaître et reconnaître les cancers professionnels : à partir de quelle production de connaissances ?

En l'absence de registres nationaux de cancer en France, les données officielles se fondent sur l'enregistrement des causes de décès et sur une estimation de l'incidence annuelle des nouveaux cas de cancer. Entre 1980 et 2000, le nombre de nouveaux cas par an est passé de 150 000 à 280 000, le nombre de décès annuels de 125 000 à 280 000³. La France détient le record européen de mortalité masculine précoce par cancer avant 65 ans. Le cancer est une maladie particulièrement inégalitaire. Le taux annuel de mortalité précoce par cancer (avant 65 ans) est quatre fois plus élevé chez les ouvriers que chez les cadres et professions libérales. Ces inégalités s'expliqueraient par une différenciation sociale des comportements individuels (tabagisme et alcoolisme) et/ou par facteurs génétiques (Est-ce le travail qui est dangereux ou les travailleurs qui sont « génétiquement » vulnérables au cancer ?). Or l'écart de consommation de tabac par individu, respectivement chez les ouvriers par rapport aux cadres, est sans commune mesure par rapport à l'écart de mortalité. En outre la consommation de tabac a constamment baissé depuis vingt ans. Enfin les

1 - Sociologue, Université Paris 13, Bobigny, thebaud@vjf.inserm.fr

2 - http://www.invs.sante.fr/publications/2003/cancers_pro/index.html

3 - Pour apprécier l'ampleur, la croissance et la gravité de l'épidémie de cancer au regard d'autres maladies graves faisant l'objet de programmes particuliers en santé publique, on peut citer l'évolution de l'épidémie de SIDA - entre 1995 et 2006, le nombre de nouveaux cas annuels de SIDA est passé de 36 814 à 1200 (<http://www.invs.sante.fr>) - et le nombre cumulé de malades atteints de mucoviscidose en France, soit 6 000.

recherches génétiques engagées depuis plus de dix ans peinent à valider l'hypothèse d'une origine majoritairement ou exclusivement génétique du cancer.

Pour sortir du cadre de ces représentations dominantes, il suffit de se situer en référence aux connaissances acquises depuis longtemps sur les mécanismes de cancérogénèse. Celles-ci montrent que, loin d'être lié à un événement unique qui en ferait la conséquence exclusive du tabagisme ou d'une exposition à un cancérogène professionnel, comme l'amiante par exemple, le cancer est un processus. Celui-ci est long (il faut souvent plusieurs décennies entre la première atteinte cellulaire et l'apparition des symptômes) et complexe (plusieurs événements peuvent avoir un effet sur le processus cancéreux et le cancer se développe en plusieurs étapes). Ces caractéristiques du cancer sont source de difficultés dans l'identification des facteurs de risque associés à la survenue du cancer. Des disciplines telles que la toxicologie, la biologie et l'épidémiologie peuvent contribuer, chacune pour leur compte, à éclairer l'influence de certains facteurs, en biologie cellulaire, en expérimentation animale, puis en observant les corrélations statistiques entre cancer et exposition à telle ou telle substance. Cependant toutes se heurtent à cette limite incontournable de la connaissance des liens de causalité : les tumeurs cancéreuses n'ont aucune spécificité liée à l'exposition. Un malade atteint de cancer de poumon ne présentera pas des symptômes différents s'il a été exposé à l'amiante, à des fumées de combustion, à des poussières ou autres substances cancérogènes liées à ce type de cancer, ou s'il a fumé.

À l'exception de quelques localisations très spécifiques⁴, personne ne peut dire avec certitude dans le cas d'un individu atteint de cancer quelle est - de toutes les substances au contact desquelles il a pu se trouver - celle qui est à l'origine du cancer dont souffre cette personne. L'hypothèse la plus plausible est que s'il y a plusieurs expositions, le cumul entraîne des effets de synergie susceptibles de démultiplier le risque de cancer pour les personnes exposées.

Tenant compte de ces caractéristiques du cancer, les cancers professionnels sont soumis à une triple invisibilité. La première est « l'ignorance toxique »⁵. La production mondiale de substances toxiques est passée d'un million de tonnes en 1930 à 400 millions aujourd'hui. Mais selon l'Agence américaine de protection de l'environnement (EPA), seulement 7 % des substances introduites dans la production industrielle ont fait l'objet d'une recherche de toxicité dont les données sont disponibles. À cela il faut ajouter le fait que la toxicologie industrielle est une discipline en voie de disparition dans le cadre de la recherche publique indépendante de l'industrie. S'y ajoute le fait que les risques toxiques ne sont pris en considération que dans la mesure où la méthode statistique a permis d'établir une « probabilité » significative de leurs effets, c'est-à-dire, bien souvent, des décennies après leur introduction dans la production industrielle.

En second lieu, l'invisibilité physique des cancérogènes tient au fait que le plus souvent ils échappent à la perception des travailleurs (poussières impondérables, rayonnements invisibles, produits dont la toxicité ne peut s'appréhender dans le domaine sensible). Leur mise en évidence suppose des outils de mesure complexes qui ne relèvent pas de la responsabilité des salariés mais de celle des employeurs. Cette invisibilité physique contribue à l'absence de conscience du risque chez les travailleurs qui la plupart du temps ne sont pas informés des propriétés toxiques des produits et procédés inscrits dans leur activité de travail. Cette invisibilité physique est renforcée par le non-respect des règles du code du travail, notamment les obligations de l'employeur en matière d'évaluation des risques et de délivrance d'une attestation d'exposition à tout salarié ayant été exposé à un cancérogène.

Enfin la visibilité officielle des cancers professionnels repose sur le nombre annuel de victimes de tels cancers, reconnus en maladie professionnelle, ce qui produit une invisibilité sociale liée au caractère très restrictif de la réparation des cancers professionnels et à l'importante sous-déclaration de ces maladies par les victimes de cancer susceptibles d'être reconnues en maladie professionnelle. Les chiffres sont éloquentes. Là où des milliers de patients atteints de cancer, anciennement exposés à des cancérogènes au cours de leur vie professionnelle, devraient obtenir réparation, la CNAM-TS n'en a reconnu que 2059 en 2005 dont 85 % en référence à l'amiante. Ces chiffres témoignent de l'influence du mouvement social de défense des victimes de l'amiante sur une meilleure reconnaissance de ces dernières mais - a contrario - ils montrent aussi qu'en l'absence d'un tel mou-

4 - Le cancer de l'enveloppe de la plèvre, du péritoine et du péricarde apparaît comme un cancer spécifique de l'exposition à l'amiante. Ceci reste sujet à caution puisqu'un premier cas de mésothéliome chez une personne ayant été exposée aux fibres céramiques aurait fait l'objet - récemment - d'une reconnaissance en maladie professionnelle.

5 - J-P Teissonnière, « Les risques invisibles », Semaine Sociale Lamy, 17 octobre 2005.

vement la réparation demeure à un niveau dérisoire par rapport à ce qu'on pourrait attendre. L'invisibilité sociale est totale pour les victimes de cancer professionnel des autres régimes d'assurance-maladie, pour lesquels il n'existe pas de recensement statistique régulièrement publié. Il s'agit de la fonction publique, du régime agricole, des travailleurs indépendants et autres régimes spéciaux.

Parcours professionnels et histoires d'exposition

Dans un département particulièrement touché par le cancer - la Seine-Saint-Denis - le GISCO⁹³ développe une démarche de recherche pluridisciplinaire et pluri-institutionnelle ayant pour objectif la production de connaissance sur les expositions professionnelles aux cancérogènes de patients atteints de cancer et sur les conditions d'application de la réglementation en matière de reconnaissance et de prévention des cancers professionnels⁶.

Depuis mars 2002, une enquête permanente est menée dans trois hôpitaux de la Seine-Saint-Denis (CHU Avicennes, hôpital de Monfermeil, Hôpital Robert Ballanger à Aulnay-sous-bois. Elle concerne les nouveaux patients atteints de cancer résidant en Seine-Saint-Denis, pour des localisations ou des pathologies susceptibles d'être en rapport avec une ou des expositions professionnelles (cancers respiratoires, urinaires, hématologiques). Pour chacun de ces patients, une reconstitution approfondie de son parcours professionnel est faite au cours d'un entretien, soit à domicile soit à l'hôpital.

La démarche de reconstitution d'un parcours professionnel ayant pour finalité l'identification d'expositions professionnelles aux cancérogènes est complexe. Comme le soulignent Christian Baudelot et Michel Gollac : « *Le travail n'est pas une catégorie universelle et abstraite. Il n'existe que dans des formes historiques et sociales particulières, propres à un moment donné du développement d'une société* »⁷. Retracer des parcours professionnels s'inscrivant en moyenne dans les 30 à 60 dernières années, c'est observer comment s'inscrivent ces parcours dans des périodes successives marquées par des transformations profondes : celles de l'organisation de la production industrielle - et dans celle-ci les formes d'utilisation des produits cancérogènes -, celles du contenu même du travail, des outils et de leurs usages, celles des rapports sociaux de travail, celles des politiques publiques qui encadrent l'emploi et la santé au travail. Depuis la fin des années 1970 en particulier, la précarisation sociale issue de stratégies combinées de recours à la flexibilité, au travail temporaire et à la sous-traitance a profondément bouleversé les formes de division sociale du travail et des risques⁸.

Identifier l'exposition professionnelle à des substances cancérogènes suppose tout d'abord d'accéder à l'histoire de l'activité de travail d'un sujet sur toute la durée de sa vie professionnelle, en référence aux transformations du travail, des politiques publiques et des pratiques en matière d'hygiène et sécurité. Il s'agit ensuite de dégager de cette histoire les conditions dans lesquelles cette personne a été exposée professionnellement à des risques cancérogènes. Cette démarche a pour outil essentiel le retour du travailleur sur sa propre expérience. En effet, sur des périodes comprises entre 20 et 50 ans, il est le seul à pouvoir reconstituer son activité de travail au fil du temps, même s'il n'a pas connaissance des risques cancérogènes encourus qui échappent plus ou moins totalement à la perception et sur lesquels aucune information ne lui a été donnée.

Entre mars 2002 et août 2007, 944 patients ont été signalés à l'équipe de recherche et 684 parcours professionnels ont pu être reconstitués. Dans la population d'étude, 82 % sont des hommes et 18 % des femmes. L'âge moyen est de 62.4 ans et 46 % des patients ont moins de 60 ans. Un tiers d'entre ces derniers occupait un emploi lors de l'apparition du cancer.

L'analyse des parcours-travail des patients interviewés a permis d'établir une typologie de ces parcours en quatre types⁹. Pour un tiers des patients interviewés au cours des deux premières années d'enquête les parcours présentent une continuité de l'activité de travail pour des personnes ayant travaillé presque exclusivement dans la même entreprise ou de façon stable dans deux emplois dif-

6 - Le GISCO⁹³ est soutenu par la DGT du Ministère du travail, le conseil général de la Seine-Saint-Denis, la Ligue contre le cancer, l'AMET, la METRANEP, la DRTEFP Ile de France, l'INRS, la CRAMIF, la CPAM⁹³.

7 - Christian Baudelot et Michel Gollac, *Travailler pour être heureux ? Le bonheur et le travail en France*, Paris, Fayard, 2003, p. 19.

8 - Béatrice Appay et Annie Thébaud-Mony (dir) *Précarisation sociale, travail, santé*. IRESO, INSERM-CNRS, Paris, 1997 ; Thomas Coutrot, *Critique de l'organisation du travail*, La Découverte, coll. « Repères », Paris, 1999.

9 - Annie Thébaud-Mony, Laura Boujasson, Michael Levy, Catherine Lepetit, Parvine Goulamaly, Hélène Carteron et Michèle Vincenti, « Parcours-travail et cancers professionnels. Recherche-action en Seine-Saint-Denis (France) », *Revue PISTES* (Perspectives interdisciplinaires sur la santé et le travail, Université du Québec à Montréal), 1 (5), mai 2003.

férents¹⁰. Pour tous les autres, les parcours professionnels témoignent de discontinuités dans l'emploi et l'activité. Moins d'un quart de ces derniers s'inscrit dans un processus de mobilité ascendante. Les trois quarts restants ont vécu des parcours discontinus sans gain de qualification, mais aussi parfois entrecoupés de périodes de chômage et de réinsertion dans des emplois moins qualifiés que les précédents. Une autre caractéristique de ces parcours est, pour la majeure partie des patients, leur inscription dans les fonctions annexes à la production - maintenance, nettoyage, entretien, démolition -, fonctions qui ne sont nullement obsolètes aujourd'hui et qui évoluent relativement peu techniquement, rendant hautement probable la persistance, dans ces activités, d'exposition à des substances cancérigènes¹¹. La différenciation des parcours professionnels ainsi que la diversité des « métiers », des activités, des lieux de travail conditionnent également une diversification des histoires d'exposition aux cancérigènes professionnels.

Ces parcours reconstitués ne permettent pas en soi d'accéder à l'exposition aux cancérigènes professionnels. Un groupe d'experts a été constitué afin de procéder à une expertise collective de l'exposition professionnelle aux cancérigènes dans les parcours des personnes de l'étude. Ce groupe d'experts comporte des toxicologues qui apportent une connaissance scientifique sur les substances cancérigènes industrielles, des ingénieurs de prévention (INRS, CRAM) qui ont une expérience de l'utilisation des produits cancérigènes et de son évolution dans les procédés et ambiances de travail, des médecins du travail qui allient la surveillance individuelle des travailleurs et une certaine connaissance des postes de travail en Seine-Saint-Denis, des secrétaires de CHSCT ayant une expérience de l'activité de travail exposée aux cancérigènes dans le cadre de leur mandat. Ainsi une qualification systématique de l'exposition aux cancérigènes permet aussi de tracer l'histoire de l'exposition professionnelle aux cancérigènes subies par les patients.

Graphique 1 : Un parcours - Mourad (53 ans) atteint de cancer des sinus

1973 - 1985 : usines Citroën	
Usine assemblage : ouvrier métallurgiste polyvalent (soudure, nettoyage de pièces, balayage, nettoyage atelier peinture.	Fumées de soudage, Benzène Poussières métalliques Fumées d'essence et diesel
Fonderie : ouvrier fondeur (entrer et sortir les pièces métalliques des fours).	Silice, amiante, HAP
Usine de montage : ouvrier soudeur (soudage sur chaîne de montage de véhicules déjà montés).	Fumées de soudage
1986 - 1990 : sous-traitance gardiennage garage EDF/GDF, intérim BPT	Fumées essence et diesel
1990 - 2003 : sous-traitance nettoyage Air France Nettoyage-décapage des avions (peinture, trains d'atterrissage) sous hangar.	Chlorure de méthylène, Chromates

Source : GISCO93, Université Paris XIII, Bobigny

L'analyse des histoires d'exposition ainsi reconstituées à partir de l'activité de travail a permis de dégager deux caractéristiques importantes de l'exposition professionnelle aux cancérigènes. Tout d'abord, celle-ci concerne une proportion élevée de patients : 80 % des hommes et 60 % des femmes. En second lieu, dans 90 % des cas, il s'agit d'une exposition, simultanée ou successive à plusieurs substances cancérigènes professionnelles. Les expositions subies sont majoritairement moyennes ou fortes. La durée moyenne d'exposition est de 29 ans et la plupart des postes de travail décrits ne disposaient d'aucun dispositif de protection. Aucun patient n'a reçu d'attestation d'exposition.

10 - Annie Thébaud-Mony *et al.*, mai 2003, *op. cit.*

11 - L'amiante fournit un bon exemple de la persistance des expositions professionnelles aux cancérigènes. Il y a environ 75 kg d'amiante par habitant en France dont une grande partie dans les bâtiments. Toute opération de rénovation commence par de la démolition. Dans de très nombreux cas l'amiante est présent dans les faux-plafonds, les gaines techniques, les calorifugeages de tuyau, etc.

Les secteurs d'activité les plus concernés sont la construction/BTP, la métallurgie et le travail des métaux, l'industrie et la réparation automobiles, l'imprimerie et de nombreux autres secteurs industriels, la santé et les services dont le nettoyage (secteur d'activité dans lequel aucune épidémiologie n'a, jusqu'à présent - recherché les excès de cancer).

Reconnaissance et invisibilité des cancers professionnels

Graphique 2 : Les données de la reconnaissance dans l'enquête GISCOPE93

Patients ayant eu une reconstitution du parcours professionnel	684
% de patients exposés	84 % (n = 572)
% de CMI chez les exposés	54 % (n = 31)
Déclaration	n = 166
Reconnaissance	n = 112
Refus	n = 26
En attente	n = 28

Source : GISCOPE93, Université Paris 13, Bobigny

Le tableau ci-dessus présente les résultats quantitatifs du suivi de la déclaration et de la reconnaissance en maladie professionnelle. Ce suivi a permis de mettre en évidence la construction des écarts entre patients exposés et patients reconnus en identifiant les principaux facteurs de construction de ces écarts. Ainsi, 54 % seulement des patients pour lesquels les experts ont mis en évidence l'exposition professionnelle aux cancérogènes ont reçu un certificat médical initial de maladie professionnelle (CMI). Ceux qui n'en ont pas reçu ont un parcours professionnel et des expositions trop éloignés des critères de reconnaissance, qu'il s'agisse des tableaux de maladie professionnelle ou du système complémentaire (CRRMP¹²). Le modèle de référence est celui d'une relation entre un cancérogène et des travaux s'inscrivant dans une durée longue d'emploi dans la même activité. Or le nombre moyen d'emplois par patient est de 6 et nombreux sont ceux dont l'exposition s'inscrit en sous-traitance ou en intérim, rendant difficile voire impossible une vérification de l'exposition par les inspecteurs de la Cnam.

C'est d'ailleurs ce que montre l'enquête administrative menée sur l'exposition de Mourad (dont le parcours est présenté plus haut). Il a connu trois grandes périodes d'emploi, la première dans l'automobile (1973/1985), la seconde en intérim dans le gardiennage (1986/1990), la troisième dans une entreprise de nettoyage des avions sous-traitante d'Air-France (1990/2003). Le DRH de l'entreprise automobile indique à l'inspecteur CPAM que « *ce salarié ne figure pas dans la base informatique* », donc qu'il ne peut donner aucune information sur son exposition. Aucune entreprise n'est repérable pour la seconde période. Quant à la troisième période, après avoir envisagé de demander les autorisations nécessaires pour pénétrer en zone de travail de l'entreprise sous-traitante dans les hangars d'Air-France situés en zone aéroportuaire, l'inspecteur a renoncé faute de temps. Il a eu un entretien téléphonique avec le dernier employeur (l'entreprise sous-traitante ayant changé plusieurs fois de raison sociale). Ce dernier a donné les informations suivantes : Mourad assurait le nettoyage des avions 70 % du temps à l'air libre, 30 % du temps dans les hangars. Selon le contrat passé avec le donneur d'ordre, les locaux répondent aux normes de sécurité. Les produits sont référencés par des organismes de certification. Des équipements de protection individuelle sont mis à disposition des salariés sur demande. Mourad n'a pas exprimé de demande à ce sujet. En écho à l'imprécision de cette enquête administrative, le CRRMP a conclu : « *Pour Monsieur M..., l'absence de confirmation d'exposition aux substances [rattachées à la survenue des cancers naso-sinusiens] ne permet pas de retenir un lien direct et essentiel entre l'activité professionnelle et la pathologie déclarée* ».

Une partie importante des patients ayant reçu un CMI n'a pas déclaré la maladie professionnelle. Cet écart est révélateur d'obstacles et d'inégalités moins immédiats à comprendre, en particulier, le décalage entre la gravité de ce qui se joue - la souffrance, la mort - et le fait de demander une « répa-

12 - Commission régionale de reconnaissance des maladies professionnelles.

ration » monétaire ; les inégalités de capital culturel qui rendent plus ou moins inaccessibles à des ouvriers malades les institutions médicales et médico-sociales, mais aussi les organisations syndicales et associatives susceptibles d'apporter un soutien pour engager une procédure souvent qualifiée de « parcours du combattant ».

Enfin le faible nombre de patients reconnus par rapport à ceux qui ont subi une exposition professionnelle à des cancérogènes témoigne de ces deux premiers écarts mais aussi du décalage existant entre les critères de reconnaissance et la réalité de l'activité de travail exposée au cancérogènes. Ainsi, par exemple, dans le système de reconnaissance, rien ne permet de prendre en compte la polyexposition simultanée ou successive à plusieurs cancérogènes.

Conclusion

Dans le cadre d'une production de connaissance sur les cancers professionnels en référence aux transformations de l'organisation du travail, la connaissance longitudinale des parcours professionnels permet d'inscrire la survenue du cancer dans une histoire qui prend en compte les différentes périodes d'exposition professionnelle à des cancérogènes dans les parcours travail des personnes atteintes. Cette démarche donne également accès à l'articulation entre ces histoires singulières (les parcours professionnels des patients) et des évolutions structurelles qui déterminent les formes actuelles de division du travail et des risques, notamment à travers la sous-traitance et l'intérim. C'est aussi à travers le suivi longitudinal de la déclaration et de la reconnaissance que peuvent émerger les obstacles à une juste réparation des cancers liés au travail. Enfin les connaissances produites sur l'activité de travail exposée aux cancérogènes sont également nécessaires pour identifier les facteurs d'effectivité ou d'ineffectivité des règles de prévention de cette maladie grave, qui suppose de faire cesser tout contact entre les salariés et les substances en cause.

Lecture transversale de la Partie 2

De la construction à l'altération de la santé : le passage par l'activité du sujet

À travers la présentation d'un cas clinique détaillé, Christian Torres introduit dans nos débats un niveau de compréhension des dynamiques de construction et/ou d'altération de la santé au travail encore plus subtil et plus complexe.

Dès le début sont pointées les limites d'une approche de la maladie par la seule recherche d'un facteur objectivable : si un taux anormal de transaminases ne peut pas être expliqué par l'utilisation de solvant au travail, on lui cherchera alors une autre cause elle aussi objectivable comme, par exemple, une consommation excessive d'alcool (réelle ou supposée). Mais, comme nous l'indique l'auteur par ailleurs¹ : « *pour comprendre les enjeux du travail en matière de santé, il ne suffit pas de considérer les causes de la pathologie, il faut prendre en compte les réponses que le travailleur déploie face aux sollicitations de son environnement* ».

En d'autres termes, la compréhension des liens entre santé et travail ne peut pas faire l'économie d'un passage par l'activité du sujet. Celle-ci se manifeste déjà dans ce que Christian Torres appelle « *l'intelligence du corps* » : si « *le mouvement à un rôle essentiel dans la perception de l'espace* », c'est parce que la perception n'est pas un processus passif de réception d'information, c'est le résultat d'une action, d'une intention tournée vers l'organisation de la perception, l'organisation d'un monde. Cette manière de poser la perception et la relation du sujet au monde, si elle comporte une dimension philosophique, elle s'appuie aussi sur des travaux scientifiques approfondis, notamment dans le champ des « sciences de la cognition »².

Dans cette activité de construction d'un monde, d'un monde partagé avec les autres³, le travail joue un rôle central - dans nos sociétés contemporaines. Travailler, ce n'est pas seulement, produire des biens et services, c'est aussi produire un monde et, par là se construire soi-même comme sujet. Et, c'est d'abord en tant que tel, en tant qu'activité reliant le sujet à lui-même et aux autres (au moyen des objets et des actions de transformation sur ceux-ci), que le travail est aussi un opérateur de santé. Cette place centrale de l'activité du sujet, et de sa relation au monde, dans la construction de la santé rejoint la définition qu'en donne Y. Clot (en s'appuyant sur les travaux de G. Canguilhem) : « *Loin d'être une donnée naturelle, la santé est un pouvoir d'action sur soi et sur le monde gagné auprès des autres. Elle se rattache à l'activité vitale d'un sujet, à ce qu'il réussit ou non à mobiliser de son activité à lui dans l'univers des activités d'autrui et, inversement, à ce qu'il parvient ou pas à engager des activités d'autrui dans son monde à lui.* »⁴

Dans cette perspective, comme le montre le cas clinique ci-après, le passage d'un processus de construction de la santé à son altération, lente ou brutale, peut se faire indépendamment d'un facteur causal « objectif ». Il suffit que manquent les conditions objectives de la construction. Ce qui est « objectivement » imperceptible peut être vécu subjectivement comme une altération radicale. C'est exactement ce qui se passe pour Monsieur V. : à la suite d'une mutation dans un autre service,

1 - Davezies P., Deveaux A., Torres C., Repères pour une clinique médicale du travail Vol 67 - N° 2 - Mai 2006 p. 119 - 125 Masson éditeur, Paris, 2006.

2 - Sur ces questions, voir les travaux d'Alain Berthoz, et notamment son dernier ouvrage avec J.-L. Petit : « Phénoménologie et physiologie de l'action », Odile Jacob, Paris, 2006.

3 - Comme le rappelle Hannah Arendt, l'homme n'est pas seulement un animal qui vit en société (comme les fourmis ou les abeilles), c'est un animal qui produit de la société pour vivre (cf. « Condition de l'homme moderne »).

4 - Clot Y. : « Le normal et le pathologique en psychologie du travail » in Le Blanc G. (Éd.) : « Lectures de Canguilhem, le normal et le pathologique », ENS Éditions, 2000.

« toute la fonction du travail dans ses dimensions de maintien et de production de la santé s'est trouvée altérée ». Et, sa pathologie, qui était restée jusqu'alors « cliniquement muette » a connu une flambee sous la forme d'une myopathie FSH. La présentation détaillée des processus physiologiques impliqués dans ce cas précis donne, par ailleurs, à voir la complexité des fonctionnements biologiques à l'œuvre.

Par ailleurs, cet exemple nous permet d'aller encore plus loin dans l'analyse des places respectives des facteurs « objectivables » et de l'activité propre du sujet, dans le travail et les conditions de sa réalisation. En effet, la mutation dans un autre service, que Monsieur V. a vécue comme une sanction injuste, était plutôt conçue de manière positive par sa hiérarchie. Car celle-ci a en fait mal interprété son mode de fonctionnement cognitif en situation de travail : sur la base d'indices « objectifs » (le comportement visible), on a induit un « profil de compétence » (sans doute conforme à des standards généraux), sans jamais associer le sujet à l'analyse de son geste et de ce qu'il mobilise pour le réaliser⁵.

Les questions soulevées par l'exposé de ce cas clinique renvoient à des débats et controverses scientifiques complexes, et qui risquent de rester ouverts pendant encore de nombreuses années.

Mais pour le praticien, et notamment l'intervenant en entreprise sur l'amélioration des conditions de travail, ce cas trace des perspectives de réflexion très riches sur les « processus d'usure et itinéraires professionnels ». Comme l'indique Christian Torres, les démarches de prévention passent notamment par l'instauration « d'espaces de discussion et d'élaboration » de l'expérience, espaces de « controverses professionnelles » (Y. Clot), espaces pour « parler », « perlaborer » les problèmes (G. Herreros, cf. infra).

5 - Analyse qui n'est jamais simple, mais pour laquelle il existe néanmoins des méthodes comme par exemple l'auto-confrontation croisée (cf. Y. Clot, La fonction psychologique du travail, PUF, Paris, 2006).

Itinéraires professionnels et atteintes à la santé

Intérêt de la clinique médicale du travail

Dr Christian Torres
Médecin du travail

Les questions d'usure et d'itinéraires professionnels sont, le plus souvent, abordées macroscopiquement sous la forme d'approches statistiques. Pour les praticiens de terrain, ces données, qui sont éloignées du contexte de l'entreprise et des situations concrètes de travail, sont peu opérantes pour engager des actions de prévention. Nous proposons, à travers l'histoire de Monsieur V., de montrer l'intérêt de l'approche des itinéraires professionnels par une clinique médicale du travail¹ attentive à l'ancrage corporel des dispositifs techniques. Approche qui permet de comprendre le rôle des changements organisationnels dans la genèse de certaines affections et, le cas échéant, de proposer des actions de prévention.

Illustration clinique : Monsieur V

Après avoir obtenu son CAP de mécanicien poids lourds, Monsieur V a travaillé pendant trois ans dans une succursale d'engins agricoles. En 1979, à son retour du service militaire, il passe et réussit le concours de mécanicien PL dans cette grande entreprise de transports en commun.

De 1979 à 1984, il est affecté à la station service du dépôt de bus. Il est alors chargé de l'entretien courant des véhicules. En 1984, sur les recommandations de son chef d'équipe, il intègre l'équipe des diésélistes de l'atelier central. Remarqué par sa hiérarchie pour ses compétences en matière de réparation des moteurs diésels, il devient, en 1989, responsable de l'équipe chargée du dépannage des autobus.

Pendant cette période, où il est chargé de l'équipe de dépannage, je l'ai examiné à plusieurs reprises. À cette époque, il présentait une élévation modérée des transaminases². L'hypothèse d'une souffrance hépatique par exposition aux solvants est évoquée. En effet, au cours de son activité professionnelle Monsieur V. utilisait une « fontaine à solvants » pour nettoyer les pièces mécaniques avec du perchloréthylène. Mais cette hypothèse d'une hépatite toxique au perchloréthylène a rapidement été éliminée en raison d'une absence de corrélation entre exposition au solvant et élévation des transaminases. La ponction biopsie du foie, réalisée en septembre 1998, s'est révélée normale. Il a été conclu à une élévation inexplicite des transaminases. Une surveillance biologique annuelle montrera une élévation légère et stable de ce paramètre biologique. À cette époque Monsieur V. était un homme plutôt gai, épanoui, parfois jovial. Ces traits de caractère conduiront le gastroentérologue à évoquer une consommation excessive d'alcool inavouée comme étiologie à cette élévation modérée des transaminases.

À plusieurs reprises, Monsieur V. nous accompagnera dans son atelier lors des activités de « tiers temps »³. Sa connaissance du métier sera toujours une précieuse source d'informations. Régulièrement, il nous préviendra de l'introduction de nouveaux procédés ou des changements de produits chimiques dans son atelier. Très attaché à la prévention des risques professionnels, il nous facilitera toujours l'accès à son service.

En 1999, pour réduire les effectifs des ateliers, la Direction décide de mutualiser les équipes maintenance et dépannage. Plusieurs emplois du garage sont supprimés. Les salariés du garage sont reçus par leur manager et le DRH pour établir leur profil de compétences. Avec ces profils, les directions des autres services sont invitées à sélectionner les salariés qui viendront rejoindre leur équipe. Dans le cadre de cette action, Monsieur V. est sélectionné par le Directeur du Service Informatique en rai-

1 - Davezies P., Deveaux A., Torres C., Repères pour une clinique médicale du travail Vol 67 - n° 2 - Mai 2006 p. 119 - 125 Masson éditeur, Paris, 2006.

2 - Il s'agit de paramètres biologiques qui explorent la fonction hépatique et, dans une moindre mesure, les lésions musculaires.

3 - Temps consacré par le médecin du travail pour les actions en milieu de travail.

son de ses qualités professionnelles. En effet, Monsieur V. est fréquemment cité comme étant une référence dans le domaine du dépannage. Ses compétences sont reconnues par ses collègues et sa hiérarchie. Il est régulièrement sollicité pour intervenir dans les sessions de formation des diésélistes qui intègrent l'entreprise.

Il sera donc muté (janvier 2000), contre son gré, dans une activité informatique pour laquelle il n'a aucune affinité aux motifs qu'il est un professionnel remarquable dans le domaine de la réparation des moteurs diésels. Cette mutation lui est présentée comme une opportunité. Il lui est signifié qu'il fait partie d'un premier groupe de six salariés d'un domaine technique à être redéployés ; il aura donc la possibilité de choisir son poste au service informatique alors que les suivants seront affectés d'office dans les activités les moins intéressantes. Ce n'est pas ainsi qu'il ressent cette décision, il considère que son investissement comme responsable de l'équipe dépannage le dessert et il éprouve le sentiment d'avoir été injustement sanctionné. Injustice d'autant plus grande que l'histoire montrera que, contrairement à ce qui lui avait été annoncé, il sera le seul mécanicien à être affecté dans un service informatique.

Sept ans après cet événement, cette mutation lui paraît encore irrationnelle, incompréhensible. Elle demeure une blessure toujours aussi vive qui altère ses repères et ses cadres de pensée, perturbe sa vie et lui provoque régulièrement des insomnies. Il est toujours en quête d'une interprétation possible. Il ne cesse d'envisager toutes les hypothèses y compris la volonté intentionnelle d'un tiers, à qui « il faisait de l'ombre », de l'écarter de cette activité pour des intérêts personnels.

À son arrivée au service « informatique et gestion », il a exercé une activité de soutien auprès d'utilisateurs d'un nouveau logiciel de distributeurs de tickets. Sans aucune formation ni possibilité de soutien de ses collègues, il va se trouver en situation d'échec pour répondre aux appels des utilisateurs. De ce fait, cette activité lui est rapidement retirée. Il poursuit sa carrière, toujours au service informatique, dans le domaine de la gestion des temps de parcours. Il trouve cette activité intéressante. Rétrospectivement, il pense que le travail qu'il produisait avait une utilité limitée, que cette fonction avait surtout été créée dans l'organisation du service informatique afin d'obtenir la certification iso 9000. Il en veut pour preuve que cette activité a presque disparu après que le service ait obtenu la certification.

En 2001, à l'occasion d'une nouvelle évolution de l'organisation, il est affecté au service d'information en temps réel des usagers. Puis en juin 2004, après une nouvelle restructuration, il est nommé « expert » dans un groupe de gestion des abonnements. Dans ces activités, il ne se sentira jamais à l'aise. En effet, Monsieur V. indique qu'il lui est difficile de travailler à partir d'un apprentissage théorique. Il dit avoir une « mauvaise mémoire » et qu'il lui est plus facile d'apprendre « par l'expérience, en vivant la situation ». Or, il a peu d'expérience dans les domaines de l'informatique et de la gestion. Pour traiter les problèmes, il doit se référer à des processus écrits qu'il a des difficultés à mémoriser. Il dit n'avoir « d'expert que le nom » et que, bien souvent, les collègues qu'il est censé soutenir en savent plus que lui.

Devant notre interrogation sur ses difficultés mnésiques, Monsieur V. précise que, quand il était affecté dans une activité technique, il ne raisonnait pas comme ses collègues. À partir de ses expériences antérieures et de la prise de quelques éléments d'information, il avait développé un raisonnement de type hypothético-déductif qui lui permettait d'établir rapidement l'origine de la panne. C'est ainsi qu'il a pu devenir un virtuose dans le dépannage des moteurs diésels. À chaque incident, il déroulait rapidement son raisonnement et pouvait établir, en un temps record, un diagnostic. Il avait l'impression que ses collègues « perdait du temps » en cherchant intuitivement l'origine des pannes.

À la suite de sa mutation au service « informatique et gestion », il a présenté une asthénie, des douleurs des épaules dans un contexte anxio-dépressif réactionnel à son changement de travail. En 2001, devant l'élévation des transaminases et l'apparition d'une fonte musculaire, une pathologie musculaire est évoquée. Le Docteur G. posera, en 2004, le diagnostic de dystrophie musculaire facio-scapulo-humérale⁴ (FSH) ou myopathie de Landouzy-Dejerine.

Monsieur V. a donc présenté une décompensation d'une myopathie FSH à la suite d'un événement traumatisant dans sa vie professionnelle. Alors qu'il était très investi et reconnu dans une activité technique, il a été muté autoritairement dans un poste du service « informatique et gestion ». Cette décision, dont la rationalité lui paraît toujours énigmatique, n'a pas seulement désavoué son engagement professionnel ; c'est tout le sens de sa vie qui s'en est trouvé perturbé. Cet épisode aurait pu

4 - Il s'agit d'une maladie neuromusculaire, causée par une anomalie génétique. Elle est classée dans les dystrophies musculaires ou myopathies. Elle se présente sous la forme d'une perte progressive et aléatoire de volume et de force des muscles de la région facio-scapulo-humérale.

être résolu si son nouveau travail lui avait offert des espaces d'exploration et de recherche dans lesquels il aurait pu s'épanouir et ainsi retrouver un équilibre. Mais, au contraire, ce changement de poste de travail s'est accompagné d'une perte de son autonomie décisionnelle et d'un appauvrissement de son activité. Soulignons que ce nouveau travail l'a surtout empêché d'utiliser ses compétences et d'en développer de nouvelles. Or les épidémiologistes⁵ ont montré que tous ces facteurs, qui ont fait défaut depuis son changement d'activité, sont déterminants dans la préservation de la santé. C'est donc toute la fonction du travail dans ses dimensions de maintien et de production de la santé qui s'est trouvée altérée à la suite de cette mutation au service « informatique et gestion ».

D'un point de vue physiopathologique, la dystrophie musculaire facio-scapulo-humérale est due à une anomalie génétique située sur le chromosome 4. De récentes études⁶ ont montré une altération dans l'expression de nombreuses protéines impliquées dans la fonction mitochondriale et dans la protection contre le stress oxydatif⁷ des muscles de ces malades. Or, il a été démontré que le stress psychologique était fortement associé à une diminution de la capacité anti-oxydante⁸. Cette diminution semblant être plus élevée pour le stress lié au travail que pour le stress lié à la vie privée⁹. On peut donc supposer que sous l'effet du stress professionnel lié à son changement d'activité, la balance oxydation/anti-oxydation, qui était dans un équilibre précaire chez Monsieur V. a été déstabilisée, ce qui a entraîné un dommage oxydatif et une dégénérescence des fibres musculaires.

Au delà de cette tentative d'explication mécaniciste physico-chimique par un déséquilibre du stress oxydatif, on peut s'interroger sur l'éventualité d'un lien entre sa pathologie, son développement cognitif particulier (raisonnement plutôt qu'intuition) et la mesure organisationnelle qui a provoqué une flambée de sa maladie jusque là cliniquement muette (à l'exception de l'élévation modérée des transaminases).

En effet, « au-delà de leurs fonctions motrices, les muscles sont aussi une chair sensible, un vaste organe des sens distribué dans la totalité du corps. Nos muscles devront dès lors être considérés à la fois comme des organes moteurs et comme des organes des sens, comme les acteurs mais aussi les spectateurs du corps »¹⁰. Certains faits neurobiologiques récents attestent que cette sensibilité proprioceptive¹¹ joue un rôle fondateur pour l'intelligence du corps. « Les informations proprioceptives, nées de l'action même, sont le principal et premier opérateur de la conscience du mouvement... elles participent alors à des fonctions mentales de niveau élevé, fonctions qui émergent clairement au répertoire des activités cognitives »¹².

En outre, les travaux sur la perception prothésisée ont démontré que le mouvement a un rôle essentiel dans la constitution de l'espace perceptif. « On ne perçoit véritablement que ce qui part du registre de ses propres actions. Loin d'être réception passive de stimuli suivie d'un traitement computationnel qui aboutirait à la représentation interne d'objets ou d'événements extérieurs, la perception est inséparable de l'activité du sujet... »¹³. Ces apports de la physiologie de l'action et de la perception - qui établissent un lien entre mouvement, perception et développement cognitif - nous permettent de mieux comprendre l'histoire clinique de Monsieur V.

On peut donc avancer l'hypothèse que la pathologie de Monsieur V., alors qu'elle était encore à un stade infra-clinique, a influencé le développement de ses fonctions cognitives. Du fait de son atteinte musculaire, on peut supposer que très tôt il a présenté un déficit de sa proprioception qui a

5 - R. Karasek, T. Theorell (1990). *Healthy work. Stress, productivity and the reconstruction of working life*. Basic Book, New York.

6 - D. Laoudj-Chevinesse, G. Carnac, C. Bisbal, G. Hugon, S. Bouillot, C. Desnuelle, Y. Vassetzky et A. Fernandez : *Increased levels of adenine nucleotide translocator 1 protein and response to oxidative stress are early events in facioscapulohumeral muscular dystrophy muscle*. Journal of Molecular Medicine.83(3):216-24, 2005 Mar.

7 - Au sein de la cellule, il existe un équilibre dynamique entre les systèmes de défense anti-oxydant et la production de radicaux libres. Un déséquilibre de cette balance en faveur des composés pro-oxydants conduit à un état de stress oxydant pouvant être associé ou conduire à de très nombreuses affections.

8 - Møller P., Wallin H., Knudsen L.E. *Oxidative stress associated with exercise, psychological stress and life-style factors*. Chemico-Biological Interactions 102 (1996) 17-36.

9 - Lehucher-Michel M.P., Lesgards J.F., Durand P., Lanteaume A., Prost M. Diminution de la capacité anti-oxydante associée au stress psychologique Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement Vol 64 - N° 7-8 -Décembre 2003 p. 520 - 521 © Masson, Paris, 2003.

10 - ROLL J.P. - *Physiologie de la kinesthèse La proprioception musculaire : sixième sens ou sens premier ?* Intellectica, 2003, 36-37, pp. 49-66.

11 - Sensibilité mécanique de l'appareil moteur, distribuée dans la totalité des muscles et profondément enfouie en leur sein.

12 - ROLL J.P. - *Physiologie de la kinesthèse La proprioception musculaire : sixième sens ou sens premier ?* Intellectica, 2003, 36-37, pp. 49-66.

13 - Havelange V. - *De l'outil à la médiation constitutive : pour une réévaluation phénoménologique, biologique et anthropologique de la technique ; Arob@se volume 1, pp. 8-45, 2005 page 38.*

influencé son « sentir »¹⁴ des situations de travail. Pour compenser cette insuffisance d'informations proprioceptives, il a vraisemblablement mis en place des mécanismes de compensation en sur-développant ses capacités de raisonnement hypothético-déductif. Au fil de son expérience, il a intégré avec précision les schèmes de fonctionnement des moteurs diésels. Dans les situations de dépannage, il réagissait alors différemment de ses collègues, son activité était déportée vers la prise d'informations sur l'état du système qui lui permettaient de cheminer dans l'arbre décisionnel intériorisé.

Pour ses responsables, Monsieur V. apparaissait comme ayant un fonctionnement cognitif particulier, plus intellectualisé que celui de ses collègues. C'est probablement ce qui les a amenés à penser qu'il s'adapterait bien à une activité plus à distance de la technique. Malheureusement, ce qui apparaissait de l'extérieur comme une prise de distance vis-à-vis du dispositif est probablement l'inverse. Pour compenser son déficit proprioceptif, Monsieur V. avait vraisemblablement construit un rapport très intime à la dynamique interne des dispositifs. Ce qui semblait être une distanciation par rapport aux objets techniques n'était autre qu'une plus grande proximité, qu'une intégration poussée des traces des activités antérieures sous la forme de schèmes de fonctionnement qui liaient dynamique interne du dispositif et modalités d'intervention.

Son itinéraire professionnel aurait pu effectivement déboucher sur le développement de capacités conceptuelles et donc sur des compétences réflexives suffisamment abstraites et générales pour être transposables d'une activité à une autre. Cela aurait nécessité des espaces de discussion et d'élaboration d'une expérience encore très ancrée dans la matérialité des situations. Ces espaces ont vraisemblablement fait défaut en raison de la singularité de Monsieur V. Ses collègues, qui n'avaient pas de déficit kinesthésique, n'étaient pas incités à une élaboration cognitive. Cette absence d'espaces d'élaboration et de généralisation a sans doute empêché la transposition de l'expérience de diéseliste de Monsieur V. dans une autre activité.

Lorsque Monsieur V. a été muté au service « informatique et gestion », il est arrivé avec des structures cognitives étroitement liées à une situation qui n'était plus pertinente. L'encadrement, qui a vraisemblablement surestimé ses capacités d'abstraction l'a affecté, sans aucune formation, dans une première activité où il a été rapidement en échec. Dans les postes qu'il occupera par la suite, il ne se sentira jamais à l'aise en raison de ses « difficultés à mémoriser ». On peut avancer l'hypothèse que Monsieur V., ne disposant plus des schèmes sensorimoteurs qui lui aurait permis une perception globale de sa nouvelle activité, a été contraint de mémoriser des informations dont les liens ne lui paraissent pas évidents. Dans ce contexte, la sollicitation de ses capacités mnésiques a été tellement importante que son développement, dans cette nouvelle activité, s'en est trouvé compromis. À cela, il conviendrait aussi d'ajouter les souffrances liées à sa maladie qui ont accru ses difficultés professionnelles.

En somme, la mutation en 1999 de Monsieur V. au service « informatique et gestion » a ruiné le processus de compensation de sa dystrophie musculaire FSH qui était jusque-là infra-pathologique. Son développement cognitif particulier, conditionné par son déficit kinesthésique, n'a pas pu être transposé à sa nouvelle situation professionnelle. Subitement, tous les efforts qu'il avait déployés pour pallier sa fragilité se sont trouvés anéantis. Ce stress professionnel a fait flamber sa pathologie qui, jusque là, était restée muette.

Après avoir aidé Monsieur V. à comprendre son histoire professionnelle et, compte tenu de son état de santé qui lui impose de changer régulièrement de position, nous sommes convenus de demander un changement de poste. L'investigation clinique a permis d'orienter ce reclassement vers une activité moins sédentaire qui se prête mieux à une reprise de son ancienne expérience.

Cette analyse clinique d'une décompensation survenue à la suite de la réorganisation d'un service, nous a aussi amené à préconiser des actions de prévention collectives. Nous avons conseillé, lors des restructurations, de mettre en place des dispositifs de formation destinés à soutenir la généralisation des compétences des salariés afin qu'ils puissent les transposer dans leur nouvelle activité.

À travers cet exemple tiré de notre pratique, nous avons voulu montrer que l'abord clinique, par un travail avec les agents au plus près de leur activité et dans ses dimensions les plus concrètes permet d'appréhender singulièrement les itinéraires professionnels, de soutenir des actions de prévention et d'aider les salariés qui pâtissent de leur travail. C'est peut-être là que pourrait se situer la place originale du médecin du travail.

14 - Davezies P., Deveaux A., Torres C. *Repères pour une clinique médicale du travail* Vol 67 - n° 2 - Mai 2006 p. 119 - 125
Masson éditeur, Paris, 2006.

Partie 3

Pénibilité et usure professionnelle : quelques repères pour l'action

Évaluation de la pénibilité liée au travail : de la compréhension à l'action

Depuis 2003, les travaux engagés par le réseau de l'ANACT sur la prévention de la pénibilité s'ouvrent sur des questions formulées dans des termes qui cherchent à mieux comprendre les processus par lesquels le travail et ses conditions de réalisation, et qui peuvent contribuer à la construction ou l'altération de la santé, tout au long de la vie professionnelle.

Le réseau ANACT, en prenant en considération la persistance de situations de travail pénibles, le développement des demandes de branches, mais aussi les évolutions démographiques et leurs conséquences a lancé une réflexion destinée à élaborer une « démarche d'identification et d'objectivation des facteurs de pénibilité »¹.

L'article suivant présente la synthèse des résultats de cette étude, réalisée par les cabinets de conseils en ergonomie Ecart et Freigneaux, avec l'appui du laboratoire Travail et Cognition de l'Université de Toulouse Le Mirail. L'objectif de cette réflexion était « d'aboutir à une démarche visant à formaliser les relations entre certaines caractéristiques du travail des secteurs industriel et tertiaire et l'évolution des capacités fonctionnelles des salariés, tout en tenant compte de l'avancée en âge de ces derniers ». Cette démarche a combiné des objectifs de synthèse de connaissances et d'intervention sur les situations rencontrées dans les entreprises choisies pour l'étude.

Nous nous intéresserons ici particulièrement aux conclusions en matière d'intervention sur la pénibilité. En effet, la participation d'intervenants du réseau ANACT aux actions dans les entreprises retenues pour l'étude et les échanges avec les consultants et chercheurs, nous ont aussi permis de tirer des enseignements intéressants sur les démarches d'intervention dans ce domaine.

En premier lieu, les demandes des entreprises ne sont pas nécessairement déclarées directement en termes de pénibilité ou d'usure professionnelle. Les entrées sont bien souvent partielles : troubles musculo-squelettiques, démotivation, risques psychosociaux, gestion de la deuxième partie de carrière, charge de travail... Ainsi, pour que la formulation des questions par l'entreprise permette une prise en compte globale des enjeux de pénibilité, d'usure et de parcours professionnels l'intervenant est conduit à réaliser un véritable travail de problématisation avec les acteurs.

Cette posture est la plus difficile à tenir, puisque ce n'est pas celle-ci qui est attendue par nos interlocuteurs. En effet, l'enjeu devient de faire naître les débats et les controverses alors qu'il est attendu de l'intervenant qu'il soit le garant de la justesse de la définition voire de la mesure de la pénibilité.

Sur ce travail de problématisation, en référence avec ce qui a été abordé précédemment, nous pouvons dire que la pénibilité ne peut pas être considérée comme un concept scientifique. Cette notion nous engage alors à nous intéresser au processus de sa production comme construit social.

Les négociations engagées par les partenaires sociaux en 2005 peuvent ainsi nous apporter un premier enseignement sur la façon dont les acteurs sociaux (et y compris les acteurs internes aux entreprises) se saisissent de cet objet. Les différentes interventions de l'étude-action nous montrent en particulier que l'intervenant en prévention se situe lui aussi dans une logique de « construction sociale » de la notion de pénibilité. Il se place quasiment dans la même posture que le législateur en

1 - Selon les termes de l'appel à propositions publié par l'ANACT en septembre 2004 pour « la réalisation d'une étude sur : Évaluation de la pénibilité liée au travail : élaboration d'une démarche d'identification et d'objectivation des facteurs de pénibilité ».

2003 et les partenaires sociaux par la suite, c'est-à-dire faire de la pénibilité un objet de dialogue social. Quelle que soit la demande exprimée par les entreprises, qu'elle soit directement ou indirectement exprimée sur la pénibilité, le succès de l'accompagnement ainsi que celui de la démarche de prévention sont conditionnés à une étape de définition par l'entreprise de SA pénibilité.

Les terrains de l'étude-action et en particulier les premières étapes de réalisation des pré-diagnos-tics ont en effet permis de repérer l'indispensable passage par une définition de la pénibilité comme compromis social « instantané », autrement dit, les acteurs de l'entreprise doivent partager leurs représentations des différents registres de pénibilité qu'elle soit ressentie ou non, et avérée ou non.

Le deuxième retour d'expérience que nous retenons de cette étude action nous apprend que cette définition n'est valable qu'à un instant particulier et doit être considérée comme provisoire.

En effet, la pénibilité des conditions de travail évolue en fonction des changements organisationnels, de l'introduction de nouvelles technologies, de la création de nouvelles activités et de nouveaux métiers... Par ailleurs, les évolutions sociétales se traduisent aussi par un changement des rapports individuels et collectifs au travail.

Pour conclure sur cette étude, si la démarche de prévention de la pénibilité ou de l'usure professionnelle a été parfois rapprochée de celle de prévention des risques professionnels, on peut aussi lui reconnaître des spécificités :

- l'exigence d'un passage par une étape de définition ;
- l'amplification de la difficulté à articuler les approches individuelles et collectives ;
- le besoin d'un passage par l'histoire des individus et de l'entreprise pour comprendre et agir sur l'usure.

Comprendre, reconnaître et agir sur la pénibilité

Pascale Freigneaux

Conseil en ergonomie

Bedra Bedr, Pierre Richard

Cabinet-conseil ECART

Béatrice Barthe¹

Enseignant chercheur au Laboratoire CLLE - LTC

(Laboratoire Travail & Cognition) de l'Université de Toulouse II - le Mirail

Objectifs de l'étude action et démarche mise en œuvre

Trois grands objectifs étaient assignés à l'étude action (1) faire l'état de l'art sur la pénibilité au travail, (2) réaliser des analyses approfondies de situations génératrices de pénibilité dans les entreprises cibles (3) et transférer les enseignements issus de ces analyses dans une visée de généralisation.

Pour répondre à ces objectifs, la démarche mise en œuvre s'est appuyée sur quatre étapes.

La première étape a consisté à réaliser un état des connaissances et à dégager des premiers éléments de réflexion sur la pénibilité au travail à partir des débats paritaires en cours, de concepts scientifiques proches tels que la charge de travail, l'usure professionnelle, le stress professionnel, des résultats d'enquêtes nationales et européennes en rapport avec la pénibilité (enquêtes IPSIE, ESTEV, VISAT, DARES...) et des méthodes existantes de cotation ou d'évaluation de la pénibilité.

Cette première étape a permis l'élaboration d'un cadre synthétique de repérage des facteurs de pénibilité, de leur positionnement dans les situations de travail et de leurs effets, avec un focus sur l'activité de travail.

La seconde étape s'est appuyée sur ce cadre d'analyse pour construire les points de vigilance d'une intervention sur la pénibilité, et faire apparaître les liens entre facteurs identifiés, acteurs impliqués, pistes de transformation des situations de travail.

La troisième étape s'est attachée, sur la base de cette même grille de lecture, à repérer les facteurs de pénibilité dans des situations locales, dans quatre entreprises cibles. L'analyse a été suivie de propositions d'actions et l'ensemble de la démarche a été restitué à chaque entreprise contribuant à l'étude action. Les entreprises ont été choisies par le réseau ANACT. Deux entreprises du secteur des services (service de long séjour et centre d'appels) et deux entreprises du secteur industriel (secteur agroalimentaire et montage d'équipements électriques) ont ainsi été retenues. Leur demande initiale n'était pas formulée en termes de pénibilité mais pouvait être rattachée à cette problématique. Ainsi, les questions posées par les entreprises étaient énoncées en termes de risques psychosociaux, évaluation des risques professionnels, prévention des troubles musculo-squelettiques, charge de travail.

La quatrième étape a consisté à identifier les éléments récurrents dans les entreprises et de tirer des enseignements sur la pénibilité, tant au niveau de la vie de l'entreprise (contexte d'intervention, enjeux et sorties de l'intervention, construction du cadre d'analyse et d'action) qu'au niveau du dispositif d'analyse et d'action.

1 - Ont aussi participé au travail relaté dans cette publication, 4 autres chercheurs et enseignants chercheurs du Laboratoire CLLE - LTC (Laboratoire Travail & Cognition) de l'Université de Toulouse II - le Mirail : Claudette MARINE, Jean-Claude MARQUIE, Nadine CASCINO et Jean-Marie CELLIER.

Cadre d'analyse de la pénibilité liée au travail

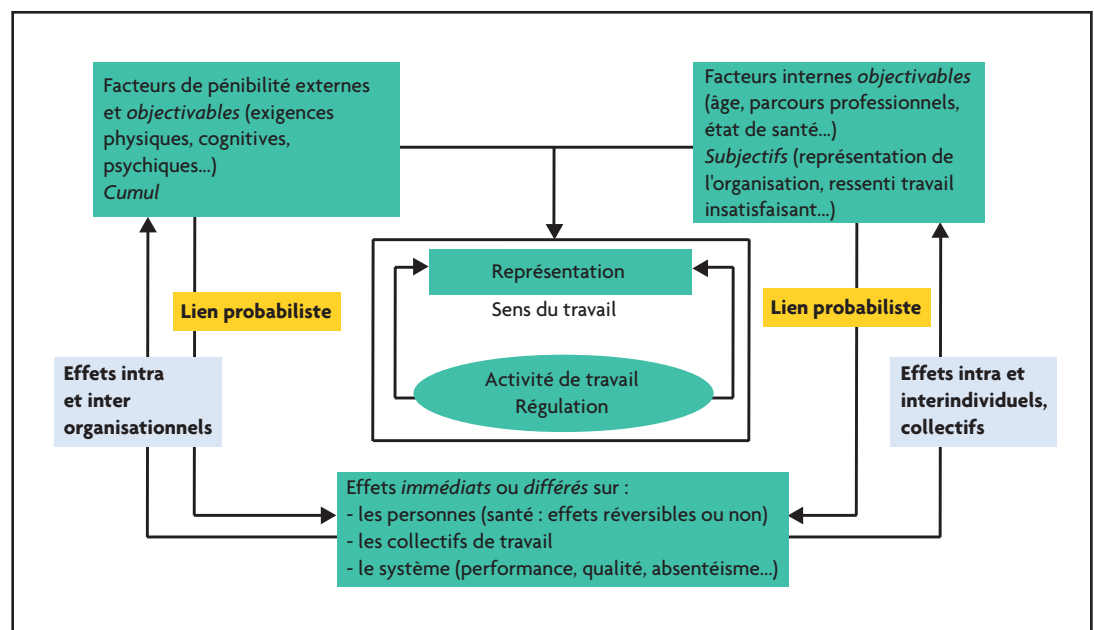
L'étude action sur l'évaluation de la pénibilité liée au travail s'est déroulée entre 2005 et 2006. Le choix a été de mettre en place un dispositif permettant de travailler à la fois sur la question des facteurs de pénibilité au travail en lien avec l'état actuel des connaissances scientifiques et à la fois sur des facteurs de transformation de situations potentiellement génératrices de pénibilité dans les entreprises associées. L'étude action est ainsi le résultat de la collaboration entre 5 enseignants chercheurs et chercheurs du Laboratoire CLLE - LTC (Laboratoire Travail & Cognition) de l'Université de Toulouse II - le Mirail, 3 conseils en ergonomie et le réseau ANACT (ANACT et 3 ARACT).

Le terme de « pénibilité » au travail est le fruit d'une construction sociale. Il est peu utilisé et donc défini dans la littérature scientifique. Cependant, considérant que la pénibilité se construit à partir des contraintes d'une situation de travail, mais également des possibilités d'actions ou non des personnes concernées par ces contraintes, elle peut alors être rapprochée des concepts de charge de travail ou de stress professionnel.

Deux facettes de la pénibilité se côtoient : la pénibilité avec risque d'atteinte à la santé et la pénibilité ressentie sans risque identifié (au moins en l'état des connaissances scientifiques disponibles). Le parti pris est que l'analyse de la pénibilité au travail nécessite une approche ergonomique c'est-à-dire systémique, contextuelle, centrée sur l'activité de l'homme (ou de la femme) en situation de travail (cf. figure 1). Au delà, d'un positionnement théorique général, le cadre d'analyse proposé envisage les liens complexes entre les caractéristiques des situations de travail et les effets négatifs qu'elles provoquent de façon objectivable ou vécue, à court ou à moyen terme, de façon réversible ou non chez les individus et les collectifs de travail.

Il constitue une toile de fond permettant, certes d'analyser les contours complexes de la pénibilité, mais également d'aboutir à des actions de prévention de la pénibilité au travail. Ainsi, c'est l'intervention qui va guider et cibler l'analyse de la pénibilité au travail donnant lieu à des possibilités d'action.

Figure 1 : Cadre d'analyse de la pénibilité au travail



Les facteurs externes de pénibilité sont des conditions de réalisation du travail qui ont des effets directs (cas des expositions professionnelles chimiques toxiques ou organiques) ou indirects sur la santé des opérateurs. Ils sont pour certains repérables au niveau des branches professionnelles (contraintes de temps, travail de nuit, port de charges lourdes, produits toxiques...), d'autres sont identifiés dans la littérature scientifique (relation avec un public, autonomie, interruptions...). Certains ont des effets à eux seuls, d'autres provoquent des atteintes à la santé de par leur interaction, leur combinaison ou leur addition.

Les facteurs externes de pénibilité sont repérables par l'analyse des exigences des tâches au niveau physique, cognitif et psychique. Ils constituent des signaux d'alerte pour approcher la pénibilité et permettent de poser des hypothèses qui seront vérifiées par la suite, lors de l'analyse de l'activité réelle de travail. En effet, le lien entre des facteurs externes (par exemple, travail répétitif) et des conséquences (par exemple, troubles musculosquelettiques) est de nature probabiliste et non automatique. En fonction d'éléments tels que l'organisation du travail, la durée d'exposition, les régulations mises en œuvre par les individus et les collectifs, les facteurs externes auront des effets ou non : l'objectivation des facteurs de pénibilité et de leurs effets n'est pas d'ordre mécanique ni linéaire.

Ainsi, dans l'une des entreprises ayant participé à l'étude action, le travail est répétitif, effectué sous forte contrainte temporelle (décomposition des temps en secondes), dans un environnement difficile (froid, humidité, lumière artificielle), contraignant au niveau postural, avec de faibles exigences cognitives. De plus, l'organisation du travail interdit le recours au collectif, l'organisation temporelle est source de nombreuses modifications par rapport au planning prévisionnel, les opérateurs sont peu polyvalents sur d'autres ateliers... Le cumul de ces facteurs laisse penser, avant même toute analyse approfondie de l'activité de travail, qu'il s'agit d'un travail présentant des facteurs de pénibilité.

Les facteurs internes de pénibilité sont pour partie objectivables (âges, parcours professionnels...) et pour partie subjectifs (représentation de l'organisation, ressenti). Ce sont des facteurs qui s'articulent aux caractéristiques individuelles ou collectives des personnes. L'approche démographique au travail constitue un moyen d'allumer des avertisseurs, d'élaborer des hypothèses sur les types de facteurs de pénibilité présents dans la situation locale. Les indicateurs individuels ou collectifs de santé remplissent la même fonction.

Les facteurs internes prennent également en compte ce que l'individu et le collectif ont construit dans le temps : compétences, systèmes de valeurs associées au travail, représentations du travail et de sa pénibilité.

Ils décrivent les spécificités des individus et donc la variabilité de leurs atouts et de leurs faiblesses par rapport à la gestion des différents facteurs de pénibilité : handicap, parcours professionnel (chaotique, fragmenté, en progression, en régression...), parcours de formation (ou non) : formation initiale, formations continues.

Ils expliquent les ajustements complexes entre la vie au travail et hors travail : facteurs personnels certes mais qui restent extérieurs à l'analyse réalisable en intervention mais aussi les systèmes de ressources et de contraintes entre des lieux différents de la vie sociale qui permettent ou non aux individus et aux collectifs de faire des ajustements, de gérer les facteurs de pénibilité inhérents à chacun de ces lieux.

Dans l'une des entreprises impliquées dans l'étude action, une représentation partagée du travail porte sur le planning : bien que contraignant au niveau des rythmes de travail qu'il induit (horaires, alternance entre vacations de matin, d'après-midi et de journées coupées), il permet aux salariés d'organiser, de façon stable et prévisible, leur vie hors travail. En effet, les personnes sont assurées de ne pas être rappelées au travail pendant leurs congés. Toute action sur le planning visant à équilibrer l'organisation temporelle est vécue comme un risque de perte d'un ajustement avec la vie hors travail, comme un risque de toucher à une organisation du travail fondée sur un équilibre précaire.

La combinaison de ces deux types de facteurs (internes et externes) joue sur la représentation que l'opérateur a de sa situation de travail sur le sens accordé à son travail. Elle conduit à la mise en œuvre d'une activité de travail particulière, contextualisée.

En outre, la combinaison des facteurs internes et externes expliquent ou permettent de pronostiquer l'usure professionnelle (parcours professionnel exposé à des facteurs externes difficiles d'un point de vue des conditions de travail et pendant une longue durée).

Tout comme pour les facteurs externes de pénibilité, le lien entre facteurs et effets est de type probabiliste. Les hypothèses émises seront validées dans la suite de l'intervention.

L'activité de travail, réellement mise en œuvre par le ou les personnes, dépend des facteurs précédents. L'activité de travail, par les processus physiques, psychiques et mentaux sollicités dans la réalisation des tâches, va également constituer une médiation entre les facteurs de pénibilité et ses effets. La variabilité du travail au cours du temps (situations normales ou apparition d'aléas,

tâches répétitives ou situations de résolution de problèmes complexes), associée à la variabilité des opérateurs (rythmes biologiques, fluctuation de la vigilance et de performance) vont générer une activité susceptible de créer ou non des situations pénibles. Les possibilités de régulation (possibilité d'agir individuellement ou collectivement) vont être capitales pour diminuer (ou augmenter) l'impact des facteurs de pénibilité sur la santé, sur les collectifs de travail et/ou sur l'efficacité du système.

L'activité est indissociable de la représentation individuelle et collective du travail : la représentation précède l'activité (système d'attentes, « image » mentale de la réalité). Elle est modifiée continuellement en fonction de ce qui se passe réellement dans le travail et du sens qu'on lui accorde. La pénibilité ressentie par les personnes est en partie fonction de cette représentation fluctuante de son propre travail liée à l'activité et en partie liée aux facteurs de pénibilité : les facteurs externes et les facteurs internes.

L'analyse de l'activité menée dans l'une des entreprises cible montre que les opératrices d'un atelier préfèrent être affectées sur le même type de poste et ne recherchent pas la polyvalence : la maîtrise du geste permet de dégager des marges de manœuvre temporelles et par conséquent de prendre des pauses régulières pour rompre avec la monotonie et la répétitivité. De plus, les opératrices ayant produit la quantité voulue, arrêtent le travail avant l'heure théorique de fin de poste.

Cette organisation est potentiellement source de Troubles musculosquelettiques, elle rigidifie l'organisation du travail, favorise l'usure professionnelle et introduit un déficit d'équité entre les salariées expérimentées - qui se reposent plus souvent et finissent leur travail avant l'heure - et celles qui viennent en remplacement dans l'atelier (salariées novices), avec des effets négatifs sur le collectif de travail.

Les flèches de rétro-action soulignent la place des individus et des collectifs au travail : l'activité de travail engendre des résultats dont l'opérateur fait une évaluation constante. Là aussi, il s'agit de perception de résultats, donc autant d'évaluation objective, quantifiable, mesurable notamment par le biais d'indicateurs de production que d'évaluation subjective (sentiment d'avoir accompli correctement son travail ou non, d'être reconnu pour cela ou non).

La comparaison entre ce que l'on cherche à obtenir (objectif initial) et ce que l'on obtient incite à des réajustements de l'objectif initial ou des moyens pour y parvenir (processus de régulation). Ainsi, un opérateur va chercher à faire baisser les exigences physiques ou cognitives des tâches qui lui sont confiées ou bien il va faire varier les conditions de réalisation de son travail (en changeant de mode opératoire, en faisant porter les efforts sur d'autres parties du corps...).

Par conséquent, il agit sur les facteurs de pénibilité externes et/ou sur les facteurs de pénibilité internes (par exemple, dégradation de son état de santé pouvant aller jusqu'à des situations invalidantes ou handicapantes, vieillissement pathologique ou à l'inverse, développement de ses compétences). Ces régulations peuvent être individuelles ou collectives, mises en œuvre régulièrement ou non en fonction des classes de situations rencontrées et de l'état interne instantané des personnes. Elles peuvent avoir des effets positifs ou négatifs sur différents plans (de la santé, des relations sociales dans l'entreprise, de la qualité ou de la sécurité), sur différents niveaux de charge (physique, psychique, mentale), sur différents niveaux de temporalité (effets immédiats ou différés).

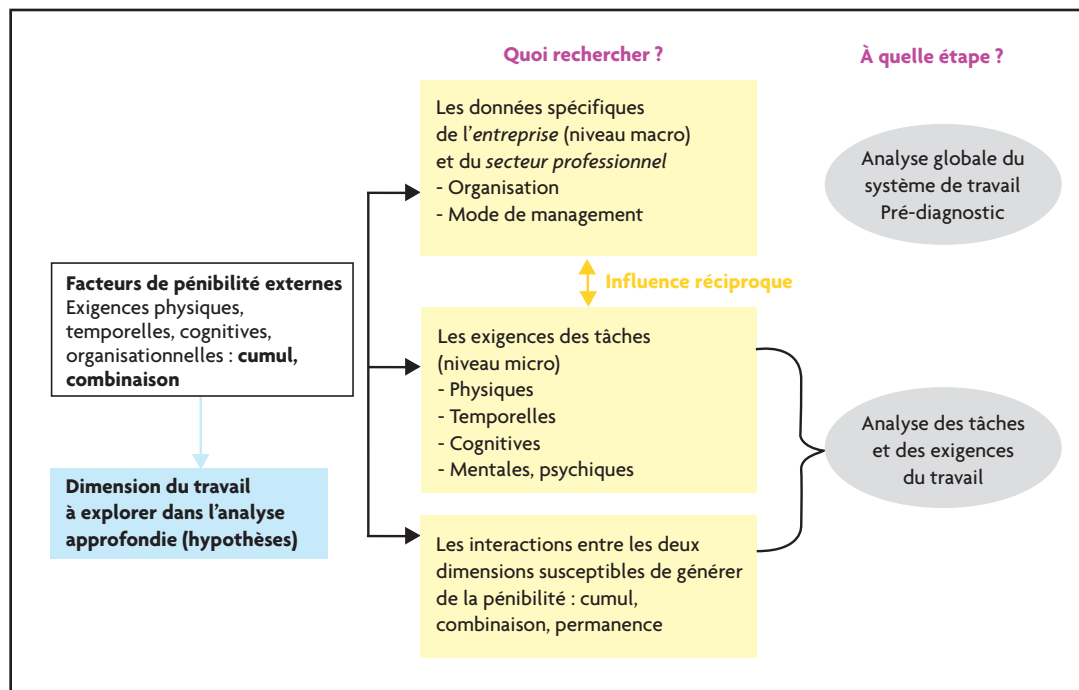
Il est important de noter que les arbitrages réalisés en continu par les personnes peuvent diminuer la pénibilité, l'accroître ou la déplacer : sur d'autres temporalités (les effets négatifs du travail seront ressentis à plus long terme), sur d'autres collectifs, sur d'autres registres (diminution de la charge physique mais augmentation de la charge psychique), sur d'autres sphères (pénibilité ressentie dans la vie hors travail au niveau des relations sociales et familiales).

Dans l'une des entreprises intégrées dans l'étude action, les salariées cherchent à gagner du temps lors des toilettes des résidents. Elles cherchent ainsi à se prémunir contre des aléas afin d'être en mesure de faire face à une surcharge de travail supplémentaire éventuelle tout en respectant les contraintes temporelles (respect du timing de fin des toilettes pour enchaîner sur le repas) et à préserver un moment de pause ensemble. Si peu d'aléas arrivent, les AS et ASH finissent les toilettes avant le temps imparti.

Une telle organisation provoque des effets sur la relation avec les personnes âgées : les gestes de toilette sont essentiellement techniques. De ce fait, le travail perd du sens pour le personnel hospitalier, le sentiment de mal faire son travail domine.

Ce schéma intégrateur permet de visualiser les points clés à rechercher pour comprendre et agir sur la pénibilité. Ainsi, pour chaque élément du schéma (par exemple sur la figure 2, recherche des facteurs de pénibilité externes) nous avons défini les types d'informations à rechercher et les étapes de l'intervention correspondantes. Suivant les types d'entreprises (taille, secteur d'activités...), ces sources d'informations peuvent différer, c'est pourquoi il ne s'agit pas d'une check-list mais plutôt de points de repères, de guides pour l'action.

Figure 2 : Recherche des facteurs de pénibilité externes



Comprendre la pénibilité : nécessité de passer par l'activité de travail

L'approche de la pénibilité dans l'entreprise n'est pas une démarche simple. D'une part, parce que les enjeux sociaux visibles dans les négociations sur les retraites sont aussi présents, sous différentes modalités, dans la vie de l'entreprise et ses relations sociales. D'autre part, parce que l'objectivation des facteurs de pénibilité et de leurs effets n'est pas d'ordre mécanique et linéaire.

L'activité de travail comme creuset de la pénibilité

Le travail réalisé est un construit des opérateurs : il n'est jamais complètement défini par les systèmes techniques et organisationnels. Construction du travail et construction de la Santé sont liés dans l'activité de travail, les opérateurs utilisant les marges de manœuvre en fonction des modalités d'action qu'ils élaborent en lien avec leurs propres représentations du travail.

Globalement, on peut observer que les rigidités de tout type sont source d'« actions empêchées » tant sur le plan de l'efficacité du travail que sur le plan des régulations ; ceci induit déplacement, redistribution ou cumul des facteurs de pénibilité.

Dans les situations observées, les régulations individuelles ou au niveau du collectif réel de travail mises en œuvre visent à rechercher constamment de la souplesse d'organisation à plusieurs niveaux : maîtrise du temps constitution ou reconstitution d'un collectif ou plus globalement, maîtrise du système de travail (des actions, de l'environnement, des compétences...).

Déplacement de la pénibilité

Les régulations observées dans l'activité de travail n'agissent pas toujours en réduction de la pénibilité. Il peut se produire des déplacements de la pénibilité :

- sur d'autres personnes, d'autres collectifs ou d'autres services, par exemple des transferts de tâches entre salariés et/ou des services ;
- sur d'autres registres : suivant les régulations mises en œuvre, la pénibilité générée par les différents niveaux de charge (physique, psychique, mentale) peut changer de nature ou se cumuler ;

- sur d'autres temporalités : le fait de travailler vite, observé systématiquement dans des contextes différents, permet de gérer la difficulté immédiatement perçue mais renforce les contraintes, ce qui peut avoir des effets à plus long terme (usure professionnelle, augmentation des risques professionnels, insatisfaction au travail notamment dans les relations de service...).

Pénibilité locale, contingente

Les interventions menées dans le cadre de l'étude action le montrent à l'évidence : les situations particulières génèrent une pénibilité « objectivée » et ressentie dont la cohérence reconstruite n'est valable qu'à un niveau local : non seulement les facteurs sont divers et de forces différentes (bien que repérables dans un schéma global de la pénibilité) mais leurs effets imprévus (au moins partiellement) croisent deux dimensions :

- la dimension temporelle : elle dépasse la situation observée à un instant T et induit une approche diachronique introduisant l'usure professionnelle ;
- la dimension de l'action des acteurs : la pénibilité du travail, sa représentation sociale, les registres sur lesquels elle joue sont les paramètres d'un jeu collectif construit à travers les relations sociales et les relations de travail. De ce fait, l'effet (individuel et collectif) des facteurs de pénibilité va être modulé, réduit, augmenté par les représentations qu'en ont les acteurs, les actions qu'ils mettent en œuvre pour le « réguler » à travers des stratégies opératoires qui n'apparaîtront qu'à travers une approche de l'activité réelle de travail.

La compréhension clinique des facteurs de pénibilité passe par une analyse qui met en relation les différents éléments constitutifs de situations particulières, fait apparaître des effets prévisibles (structurellement ou statistiquement) mais surtout des recompositions d'effets internes ou externes au travail, immédiats ou à plus long terme, ressentis ou non.

Reconnaître la pénibilité : nécessité d'une inscription temporelle et sociale

La pénibilité n'est pas une réalité en soi, isolée socialement, circonscrite temporellement. La dimension temporelle des effets de la pénibilité dépasse la situation immédiate : non seulement parce que les effets ne sont ni ressentis ni effectifs sur le moment mais évidemment parce que la situation présente hérite d'effets de situations antérieures. Est donc induite une approche diachronique ouvrant sur la dimension de l'usure professionnelle ; de ce point de vue, l'appréhension des parcours professionnels devient centrale y compris sous l'angle de situations de travail vécues dans des collectifs aux configurations et aux effets divers.

Des indices

Les indicateurs classiques de « dysfonctionnements » (absentéisme, accidents, maladies professionnelles - ou non -...), la reconstitution de parcours professionnels sont des indices pertinents pour la compréhension de la pénibilité « locale » et « instantanée ». Mais ces indicateurs sont souvent difficiles à récolter : les données sont dispersées ou au contraire trop agglomérées ne permettant pas de caractériser les effets locaux de l'unité de travail concernée. Souvent même ces indicateurs seraient à reconstruire, ce qui est assez incompatible avec le volume temporel d'une intervention.

Il en est de même pour la reconstitution des parcours professionnels : outre la difficulté à les reconstruire sur la parole et le seul souvenir des personnes concernées, le recueil des traces et des indices divers constitue une analyse en soi là encore difficilement compatible avec les contraintes temporelles d'une intervention.

Les enjeux sociaux de l'intervention : deux temps

Au niveau des acteurs de l'entreprise, les enjeux apparaissent à deux niveaux temporels :

- à court terme, recherche d'un résultat (être en capacité de finaliser le document unique d'évaluation des risques professionnels, mener des actions immédiates sur les postes de travail, sur l'organisation du travail, répondre à l'augmentation des accidents ou de la charge de travail...);
- à long terme, inscrire la démarche sur la pénibilité dans la durée (transférer des enseignements dans un contexte plus large dans le temps et le lieu), inscrire cette question dans la négociation avec les IPRP, dans les choix de management, dans la conception du matériel dans l'organisation de la production...

Ces enjeux portés par des acteurs divers ne sont pas forcément concordants ou hiérarchisés de la même façon : la construction sociale de l'intervention et de ses modalités sera marquée par la force et les contradictions (au moins apparentes) de ces enjeux.

Agir sur la pénibilité : nécessité de mettre en œuvre une démarche d'intervention

Entre démarche de compréhension et démarche d'action

La démarche d'intervention crée un lien entre facteurs de pénibilité identifiés, les acteurs mis en jeu, les pistes de transformation. Il ne s'agit pas de faire une étude et d'en appliquer les résultats sinon les recommandations : il s'agit de créer les conditions d'identification des facteurs de pénibilité (analyse des documents, de l'activité, des entretiens...) et, en même temps, de repérer ou de créer les leviers et les capacités d'action nécessaires pour élaborer et mettre en œuvre des actions de transformation ou de conception. Cette double nécessité n'est pas sans effet sur la construction sociale de la pénibilité « locale » avec ses richesses mais aussi ses zones d'ombre.

Dans une intervention, il s'agit à la fois de :

- construire et objectiver les caractéristiques d'une pénibilité locale, temporellement située ;
- mobiliser un système d'acteurs autour d'un registre de pénibilité identifié et reconnu socialement ;
- construire de l'action de transformation.

Une demande initiale souvent « loin » de la pénibilité

La demande initiale de l'entreprise est le plus souvent étrangère à un questionnement sur la pénibilité : d'où la nécessité de construire une problématique locale de la pénibilité qui s'articule avec les actions en cours ou envisagées. Le contexte dans lequel se construit l'intervention est évidemment un paramètre que l'analyse de la demande et le pré-diagnostic vont tenter de saisir au mieux.

De ce point de vue, et en lien avec la compréhension des composantes de l'usure professionnelle, la reconstitution de l'histoire et des événements marquants (actions collectives, syndicales ou non, restructurations, changement de management, implantation de nouveaux processus de production, modifications de la clientèle ou des caractéristiques des usagers, création et actions du CHSCT, évolutions de la branche et impacts locaux...) fait apparaître les facteurs affectant le fonctionnement de l'entreprise et impactant les facteurs de pénibilité et leur représentation.

Ces informations vont aussi permettre, au-delà de la compréhension des facteurs de pénibilité, de construire une lecture de cette pénibilité « locale » qui l'intègre comme un paramètre de la situation actuelle et comme une « cible » à associer aux objectifs développés dans des projets ou des évolutions en cours.

L'intervention doit inclure l'ensemble des acteurs

Les divers interlocuteurs sont différenciés au cours de l'action en fonction de l'avancement du projet, du statut des réunions (réunions de travail, de validation ou de restitution), des caractéristiques des projets en cours (au niveau de l'établissement, au niveau du groupe), du souhait ou non de démultiplier la démarche sur d'autres parties de l'entreprise.

On voit bien, à travers la diversité évoquée, qu'il n'y a pas un modèle à appliquer mais une construction spécifique à chaque action, combinant de façon originale les différents paramètres y compris les interlocuteurs. Cependant, il apparaît que d'une façon ou d'une autre, certains acteurs sont incontournables au niveau du déclenchement, de la mise en œuvre de l'analyse et de l'intervention, de la poursuite dans le temps des objectifs de réalisation décidés en fin d'intervention : groupe de travail, actions à réaliser, intégration dans des projets, fonction de veille...

De ce fait, certains incontournables se dégagent :

- Une action menée à plusieurs niveaux :
 - direction
 - encadrement
 - encadrement de proximité
 - opérateurs
 - représentants des salariés (CHSCT, CE...)
 - compétences telles que médecin du travail, ingénieur sécurité, autres... qui, par leur approche pluridisciplinaire, peuvent aider l'entreprise à développer son analyse des facteurs externes de pénibilité (au niveau du pré-diagnostic par exemple).
- Des allers et retours entre des instances de décision pour mettre en place la démarche et définir des actions et le terrain pour analyser finement les facteurs de pénibilité en fonction des conditions de réalisation du travail et proposer des pistes d'action.

Des pistes d'action diverses

L'implantation des interventions sur la pénibilité dans le cours de la vie de l'entreprise a été saisie par différents paramètres liés au début de l'intervention (contexte, enjeux...) mais elle l'est aussi par les « sorties » c'est-à-dire les pistes d'action : celles-ci visualisent, au moins partiellement, les « effets »

de l'intervention sur la problématique de la pénibilité telle qu'elle s'est déplacée ou transformée dans l'entreprise. L'intervention et sa dynamique jouent sur la place et le contenu de la pénibilité au carrefour des enjeux et des représentations : il y a bien construction d'une problématique locale plus ou moins explicite et reconnue liée aux actions envisagées. Il est donc indispensable de les relier à leur impact projeté sur les facteurs de pénibilité repérés dans l'analyse.

Plusieurs champs sont concernés par ces pistes d'action :

Conception du système de travail

Au niveau de la conception ou de la reconception globale des systèmes de travail, des choix multiples touchant aux conditions de réalisation du travail sont opérés et visent à :

- alléger les exigences du travail liées au poste et à son insertion réfléchie et articulée dans un processus ;
- diminuer le cumul des facteurs de pénibilité à l'instant "t" de l'activité de travail, y compris à travers les souplesses apportées à l'organisation des tâches.

Ils impactent principalement :

- les facteurs externes liés aux exigences du travail ;
- le cumul de facteurs de pénibilité visibles dans l'activité réelle (rigidité, fracture du collectif et de la coopération, augmentation des risques...) ;
- les facteurs internes (vieillesse et usure professionnelle) liés aux trajectoires professionnelles internes et externes et à l'ancienneté au poste.

Ils visent à générer des situations de travail co-construites avec les opérateurs, permettant de développer des régulations individuelles ET collectives, de renforcer la souplesse de l'organisation pour faire varier les exigences de la tâche, d'augmenter les marges de manœuvre, de réduire les risques et de faciliter le maintien des travailleurs vieillissants.

Organisation du travail

L'organisation du travail tend, dans la perspective d'une réduction des facteurs de pénibilité, à favoriser les régulations de la charge de travail et donc à prévenir des effets immédiats et à moyen terme, à réintégrer le travail dans un processus complexe de coopération, à diminuer l'impact des facteurs externes en créant des conditions d'activité ouvrant vers des régulations et des possibilités de coopération.

Organisation spatiale

Elle traite des questions d'espace et donc des conditions de réalisation du travail au niveau individuel et collectif (proximité ou non des postes de travail, déplacements...) et tend à favoriser la réalisation du travail en diminuant les facteurs de pénibilité par une réduction de la charge physique (port de charges, manutentions...), par l'organisation des coopérations, par la conception des postes et des espaces (déplacements) entre les postes.

Organisation du temps de travail

Elle concerne, en termes de planning, de procédures, d'horaires, ce qui est de l'ordre du temps de travail (au poste, pour réaliser telle tâche, le travail de jour et de nuit, les coupés, les remplacements, les repos, les pauses, l'amplitude horaire...). Elle tend à réaliser une articulation plus favorable, entre le temps de travail, les rythmes biologiques et sociaux, les résultats de production, l'expérience, le vécu du travail.

Évaluation des risques professionnels

Elle constitue une piste d'action qui réintègre la question des risques professionnels dans les différentes dimensions du travail : physiques, cognitives, temporelles, sociales.

Elle fait le lien entre la question des risques professionnels, leurs conséquences à court terme (accident) et la prise en compte de la pénibilité, ayant des impacts sur le plus long terme (usure, TMS).

Conduite de projet d'action

Cette piste d'action est intéressante à double titre :

- D'une part, elle se relie à celle de la conception (ou la reconception) d'un système de travail en la réintégrant dans un projet construit, explicité concernant des acteurs porteurs de logiques différentes sinon contradictoires qui sont convoqués pour réaliser un travail, une production, un service... mais aussi pour construire les conditions de réalisation du travail prenant en compte l'impact de facteurs de pénibilité identifiés. De ce fait, elle permet des co-conceptions intégrant la prise en compte de la pénibilité liée à l'activité de travail dans des contextes et avec des techniques nouvelles (prévention intégrée).

- Elle permet de conduire un projet dans lequel différentes compétences sont mobilisées y compris celles touchant à la santé, qu'elles soient techniques en terme médical ou de risques, qu'elles soient vécues et exprimées à travers la parole des opérateurs divers.

Conduite de projet touchant aux parcours professionnels et aux trajectoires individuelles

Cette piste concerne le parcours professionnel et les trajectoires individuelles induisant non seulement l'accumulation d'expériences (compétences) mais aussi les effets cumulés du travail (usure professionnelle). Elle permet aussi de préciser les contours de la pénibilité au travail dans une branche professionnelle en y déterminant les facteurs externes ou internes spécifiques et leurs effets à moyen et long terme.

Elle demande, pour être mise en œuvre sérieusement, de développer des outils spécifiques qui prennent en compte la durée et l'antériorité (histoire, parcours professionnels, expositions multiples, construction de l'identité au travail, développement des compétences...).

Les notions de pénibilité et usure : pas à pas

Comme nous avons pu le voir tout au long de cet ouvrage, les débats sur les effets à long terme du travail et des conditions de travail sur la santé des personnes se situent à la croisée de nombreux enjeux de diverses natures. C'est le mouvement même d'articulation et d'argumentation de ces enjeux que G. Herreros, nous invite à considérer en eux-mêmes. Car, ce qui, à un moment donné, dans une société, vient à être considéré comme une évidence par tous - comme une « norme » - résulte généralement d'un processus de construction combinant des éléments hétérogènes¹. Et ce processus aboutit à des configurations propres à chaque société, à chaque époque. Ces configurations semblent relever de l'évidence, du « naturel » pour ceux qui se situent à l'intérieur du système, mais elles donnent à voir beaucoup des processus sociaux à l'œuvre pour celui qui « fait un pas de côté », qui se décale pour regarder ces configurations de manière « latérale ».

Et pour G. Herreros, les questions de « pénibilité » et « d'usure » donnent beaucoup à voir des contradictions et des ambiguïtés dans les rapports que notre société moderne entretient avec le risque, la santé, et aussi la production d'énoncés ou de « normes » scientifiques. Il souligne, notamment, l'importance de ne pas entretenir un rapport de transcendance avec « La Science », parce qu'elle est elle-même le produit de dispositifs sociaux propres à une société², et parce qu'elle ne constitue qu'un angle d'éclairage des questions dont elle traite. Comme le montrent de nombreux débats par ailleurs³, les questions ne sont jamais seulement scientifiques, elles sont toujours aussi politiques, sociales, économiques, éthiques... Et le propre d'une société démocratique, c'est de permettre la mise en débat de ces questions sur ces différents registres. Pour que ces débats soient riches et ouverts, il est important de disposer, à la fois, d'éclairages très diversifiés et de dispositifs de « traduction⁴ » qui assurent une circulation fluide entre les approches. C'est, entre autres, dans cette perspective qu'est conçu le présent ouvrage, par le choix de la mise en dialogue d'approches très différentes des questions de « pénibilité » - ce qui correspond, par construction, à la position du réseau de l'ANACT dans le champ social français.

Dans le champ qui nous concerne ici, G. Herreros, précise notamment que : « aucun point d'équilibre sur ce qui est admissible ou inadmissible dans les conditions de travail n'est le résultat d'une évidence ». En d'autres termes, aussi désagréable que cela puisse être, il n'y a pas de vérité surplombante : nous sommes entre nous. Et c'est entre nous, par le débat et la controverse entre toutes les parties prenantes⁵, qu'un accord, une référence partagée peuvent être produits. Mais quand cet accord, toujours incomplet, toujours à redéfinir, tend à se transformer en « norme » immuable, c'est la dynamique même du social qui est mise « en souffrance » : les problèmes vécus par les individus sont de plus en plus en décalage avec les cadres de représentation, avec les différents dispositifs de prise en charge ou de résolution de problèmes.

1 - L'évolution récente du rapport aux questions d'environnement dans nos sociétés offre un exemple intéressant d'un tel processus hétérogène de construction d'une nouvelle norme (cf. développements infra dans l'article de G. Herreros).

2 - Sur ces questions, voir notamment : Calon M., Latour B. (éd.), « La science telle qu'elle se fait », La Découverte, 1991, Paris ; mais aussi : Kuhn T.-S., « La structure des révolutions scientifiques », Flammarion, Paris.

3 - Notamment dans le domaine de la génétique, qu'il s'agisse des questions de bioéthique ou d'OGM...

4 - Au sens de la sociologie de la traduction, c'est-à-dire comme ce qui permet « d'établir un lien intelligible entre des activités hétérogènes. »

5 - Scientifiques, experts, partenaires sociaux, institutionnels, salariés, employeurs, intervenants en entreprise, mais aussi citoyens...

Ce type de blocage peut s'observer au niveau d'une société au sens large, comme au niveau d'une collectivité plus restreinte (une entreprise, ou un établissement scolaire, selon l'exemple présenté ci-après). Et, dans ce contexte, G. Herreros souligne que « l'urgence n'est pas dans on ne sait quelle démonstration scientifique des tensions qu'engendre l'activité quotidienne mais bien plutôt dans l'énonciation de ce qui est enduré par chacun ; condition sine qua non pour qu'une controverse locale permette une transformation de la situation. » Il est de fait que, dans de nombreuses situations d'intervention, notamment sur les questions de pénibilité, la priorité ne sera pas de chercher à apporter une réponse au problème tel qu'il est formulé *a priori* par l'un ou plusieurs acteurs, mais de créer un espace pour que les difficultés, les désaccords puissent être énoncés, discutés, par les différentes parties prenantes. Ce qui permettra que chacun accède à une représentation de ce qui fait problème aux uns et aux autres et que soit construit un projet d'action commun. Dans ce contexte, le rôle de l'intervenant n'est pas tant de chercher une solution au problème qui lui est soumis que de contribuer à la création de ces « forums hybrides », d'animer et d'alimenter des processus de dialogue, de mise en liens, de « traduction », et de soutenir la construction d'une problématique qui permette aux acteurs de construire une réponse appropriée aux enjeux.

À la différence de la plupart des contributeurs de cet ouvrage, je ne suis pas un spécialiste des questions relatives à l'usure au travail. Cependant, pratiquant l'intervention en organisation (G. Herreros, 2000, 2002), je suis sans cesse confronté à ces situations qui renvoient à l'usure, à la pénibilité ou encore à la souffrance quotidienne, banale et destructrice à la fois, banalement destructrice des situations de travail. C'est donc en appui sur mon activité de sociologue d'intervention que je voudrais livrer quelques réflexions. Tout d'abord, j'aborderai sous l'angle terminologique la question de la pénibilité et de l'usure : comment « traduire » ces notions ? Mon développement proposera ensuite quelques remarques que je qualifie de « latérales » en ce qu'elles peuvent sembler éloignées de la thématique ; elles permettent pourtant de la mettre en perspective : il n'y a d'usure et de pénibilité que construites socialement ! Dans un troisième temps j'évoquerai une situation d'intervention réalisée récemment dans un établissement scolaire où l'usure nous semblait affleurer de toute part sans pouvoir nécessairement ni être mesurée, ni être dite. Je terminerai en suggérant que la tâche de l'intervenant¹ consiste à créer une situation permettant à la fois de rendre visible et exprimable la pénibilité de la configuration professionnelle, condition nécessaire, si non suffisante, à l'amélioration des conditions de travail.

Glissements sémantiques et traductions

Un rapide regard sur le dictionnaire historique de la langue française (A. Rey, 2000), permet de constater que la notion d'usure peut, sans difficulté, être associée à celle d'usurier (celui qui exploite impunément autrui) ou d'usufruit (celui qui a la jouissance d'un bien). Dans les deux cas, se profile une richesse qui s'utilise et dont quelqu'un tire parti. Appliquées au monde du travail, ces remarques pourraient déboucher sur des questions du type : qui détient l'usufruit du travail ? Qui sont et que font les usuriers ?

Ce n'est pas vers cet horizon sémantique que se dirigent les débats classiques autour de l'usure au travail. La notion est plutôt associée à celle de pénibilité. Cela a bien sûr pour conséquence pratique d'écarter les raisonnements radicaux sur le bien fondé de la pratique des usuriers et sur la nature des usufruits, mais aussi et surtout cela fournit une ouverture : la pénibilité se comprend comme une *exposition à un risque* (au travail). Du coup on débouche sur des préoccupations d'évaluation : peut-on, ou non, mesurer la pénibilité ? Des indicateurs (objectifs) peuvent-ils être établis ? Peut-on la compenser, prévenir ladite pénibilité ?

Glisser de l'usure à la pénibilité, présente des avantages. Si on ne peut pas empêcher l'usure (liée à la vie elle-même, au temps qui passe - « tout s'use, tout passe ») on peut, par contre, cerner la pénibilité et, à défaut de la prévenir, la compenser. Cette compensation peut être salariale, porter sur un allègement de la durée du travail ou sur la rotation des postes... Le raisonnement est pragmatique. Si l'on ne peut rien contre l'usure (ni contre l'usurier qui capte l'usufruit), en revanche, la pénibilité (une fois mesurée) peut se gérer.

Aux côtés des réflexions portant sur la compensation de la pénibilité, existe également le registre de la prévention : « si on prévient l'usure, on pourra rendre possible l'allongement des carrières » entend-on ici et là. Le propos est cohérent avec les débats actuels sur l'allongement des durées de cotisations pour tous et, plus généralement, avec la thématique du « travailler plus ». Ainsi, repérer la pénibilité, tenter de la prévenir, c'est se donner les moyens de ralentir l'usure et... de renforcer la place accordée au travail.

1 - Qu'il soit chargé de mission ANACT ou autre.

Ces différentes orientations du débat, que l'on retrouve plus ou moins étayées au fil de cet ouvrage, ne sont autres que des « traductions » (M. Serres, 1968). Mais « traduire c'est trahir ! » nous disent les philosophes. Selon que soit retenue telle ou telle appréhension des termes d'usure et de pénibilité on débouche sur des questions qui ne sont pas équivalentes. Ainsi, « comment faire reculer les conditions de travail qui occasionnent des atteintes à la santé ? », ne me semble pas une interrogation équivalente à « comment compenser les conséquences de la pénibilité ? », ni à celle qui questionne « comment prévenir l'usure pour rendre possible l'allongement des carrières ? ».

Quelles « trahisons » sont à l'œuvre au travers de ces différentes « traductions » ? Je me contenterai de poser la question !

Connexions latérales

Convaincu que la fonction des sciences sociales (surtout lorsqu'elles sont confrontées à l'univers du travail) consiste à provoquer des déplacements, des rapprochements, en reconfigurant les questions qui lui sont adressées², je voudrais proposer trois digressions. Elles paraîtront peut-être hors sujet (elles le sont en apparence), mais un « hors sujet » peut avoir la même fonction que les voyages en dehors de chez soi. Ils permettent, au retour, d'appréhender autrement ce qui avait été laissé au départ. Le détour renforce souvent le regard, je propose donc quelques considérations sur « la société du risque », la question de l'expertise et de la production scientifique et la vision anthropologique de la santé.

À propos de la société du risque

Ulrich Beck (2003), sociologue et philosophe allemand contemporain, évoque depuis les années quatre-vingt la dynamique des sociétés modernes prises dans un double mouvement. D'un côté le développement des richesses et des innovations, fait entrer les sociétés dans un inconnu qu'accompagnent incertitudes et risques, de l'autre la volonté de maîtrise rationnelle de toutes les situations s'exacerbe comme jamais et le risque en lui-même n'est pas toléré. Mue par des pulsions démiurgiques (éradiquer l'incertain) et par le désir d'une multiplication infinie des richesses, la société moderne tente de contrôler, de prévenir, mais aussi de partager les risques. Le « fameux » principe de précaution est né de ce mouvement contradictoire des sociétés modernes. Mais qu'implique-t-il au juste ? Ne rien faire ? Réparer lorsque le risque est devenu catastrophe ? Beck suggère que le principe de précaution réside dans une sorte de fusion entre le politique et le scientifique ; l'un sans l'autre condamne la modernité à la paralysie ou à l'asphyxie. Le monde restera incertain, quoi qu'il en soit mais de nouvelles frontières entre l'espace politique et l'espace scientifique s'imposent pour gérer la société du risque.

Par extension, ce raisonnement peut trouver des applications dans le champ du travail. Éradiquer le risque (d'usure ou de pénibilité) reste improbable, mais le principe de précaution peut s'appliquer. Là où la présomption de risque est forte, signalée comme forte par ceux qui le vivent, alors des dispositifs d'observation et de contrôle (recherches, enquêtes, observatoires...) doivent faire partie intégrante des principes de gouvernance. Nous ne sommes plus, avec ce raisonnement, ni dans la compensation, ni dans la prévention, mais dans la précaution ; elle suppose une redéfinition des positions et de relations respectives entre l'expertise et le politique.

Articuler la science et le politique pour repenser la gouvernance ne doit pas pour autant conduire à une surévaluation de la démarche scientifique, c'est ce que nous souffle les sociologues de sciences qui veulent donner sa place à l'expertise savante, mais « rien que sa place ».

Remettre à leur place expertise et production scientifique

L'expertise scientifique est fortement mise à contribution sur la question des risques liés au travail. Au travers d'enquêtes de toutes natures (le présent ouvrage en donne de solides illustrations), des experts de disciplines diverses avancent le résultat de leurs travaux pour indiquer que telle ou telle configuration de travail est génératrice de risques, d'usure prématurée, de dangers pour la santé des salariés, voire des usagers. L'importance de ces experts est incontestable mais peut-on attendre d'eux qu'ils réussissent, par leurs démonstrations, à clore les controverses ouvertes sur ce qui relève ou non de la pénibilité ou de l'usure excessive ? Il est permis d'en douter. Si l'on se réfère, par exemple, aux échanges contradictoires qui ont eu lieu sur la question de la dangerosité de l'amiante, le constat est frappant. Alors même que des chercheurs soutenaient le caractère cancérogène

2 - Pour le dire autrement, c'est en ne répondant pas directement à l'interrogation dont il est destinataire que le sociologue ou l'anthropologue parvient à prendre vraiment en compte la préoccupation de celui qui le sollicite.

de l'amiante, des autorités médicales patentées continuaient d'affirmer que celle-ci ne présentait pas de risque particulier. De même aujourd'hui, le débat entre experts climatologues donne à voir ce type d'échanges. La banquise fond, des variations climatiques apparaissent, mais il se trouve encore des experts pour ne voir aucun lien entre ces bouleversements à l'activité humaine. Les exemples de ce genre ne manquent pas. Aussi, il est permis de douter que les experts, à eux-seuls, puissent faire valoir une position venant s'imposer, de fait, aux politiques. La science (et avec elle les scientifiques) n'est jamais en mesure de faire valoir sa vision au moyen de simples démonstrations. En effet, outre le fait que le point de vue scientifique unanime est assez aléatoire comme nous venons de le souligner - *a fortiori* sur des questions nouvelles -, il convient de noter, avec les sociologues des sciences (M. Callon, B. Latour, 1991), que les énoncés scientifiques se fabriquent toujours au travers de controverses qui dépassent largement les frontières des seuls laboratoires de recherche. Selon ce point de vue, les controverses scientifiques mêlent toujours, aux débats appuyés sur des données d'enquête et des travaux de laboratoires, des suggestions techniques (quels outils ont été utilisés), des considérations économiques (de quels financements a-t-on disposé ?), des confrontations politiques (quels sont les réseaux en présence et leurs intérêts respectifs ?), des convictions morales - les chercheurs ne sont pas des robots et ont aussi des croyances. Du coup, les démonstrations savantes qui résultent de ces débats apparaissent avant tout comme des productions sociales. Elles n'en sont pas moins savantes, mais elles demeurent également sociales. Cette vision « défétichisée » de la science (qui n'apparaît plus comme se fabriquant exclusivement entre les murs immaculés de laboratoires qui resteraient à l'abri des pressions et des influences du monde extérieur), a des conséquences simples. D'une part, il ne sert à rien de sacraliser la connaissance scientifique (lui accordant des vertus de pureté auxquelles elle ne peut prétendre). D'autre part, il ne faut pas attendre des seuls savants ou experts les réponses aux questions que l'on se pose. Leurs voix sont essentielles, mais elles ne peuvent prétendre couvrir le tumulte socio-politique, duquel elles participent d'ailleurs. Dès lors, ce qui importe, c'est d'alimenter le plus possible, en diversité, les controverses qui font la société. De la pluralité des prises de parole, de leurs divergences éventuelles, de « la multiplicité des êtres mobilisés », dépend l'étayage des controverses et donc leur hypothétique rendement. Pour rendre compte de cette idée, M. Callon et ses collègues (2001) utilisent la notion de « forums hybrides ». Ces assemblées mêlent savants, usagers, politiques, entreprises... et constituent des scènes desquelles peuvent surgir aussi bien des décisions, des orientations d'action que des découvertes. Elles sont un visage possible, une incarnation, du principe de précaution évoqué plus haut.

Déclinée dans le champ qui nous intéresse ici et qui est centré sur la réflexion permettant d'agir contre les risques d'usure et de pénibilité liés au travail, cette conception permet d'accorder toute sa place à la recherche scientifique mais rien que sa place. Ce n'est pas de la seule activité des savants (serait-elle homogène - ce qui n'est pas le cas) dont émergeront les solutions permettant de lutter contre l'essor des troubles musculo-squelettiques, contre le renforcement des risques psycho-sociaux, contre la multiplication des expositions aux dangers, contre l'inflation des productions contaminantes et bien d'autres nocivités de ce genre. C'est du nombre et de la diversité des participants qui se trouvent pris dans les controverses portant sur ce type de questions qu'émergeront les nouveaux équilibres sociaux qui rendent tolérables ou intolérables tels ou tels risques. C'est du foisonnement des « forums hybrides », où connaissances et expériences multiples se mêlent sans qu'*a priori* une cognition l'emporte sur l'autre, que l'on peut attendre des actions raisonnées (ne répondant donc pas à une rationalité unique) sur ces questions de l'usure au travail. Il y a là une posture épistémologique forte (liée au courant sociologique connu sous le nom de « programme fort » promu par D. Bloor - 1982) ; il consiste à « remettre à sa place » la science, les savants et les experts. Pour définir ce qui est acceptable ou non dans le champ des conditions de travail, on ne peut faire l'économie de controverses où, aux côtés des décideurs et des experts, les salariés et les usagers prennent la place qui leur revient. La subjectivité de ces derniers n'est pas moins objective que l'objectivité des premiers dont on sait, par ailleurs, qu'elle n'est pas non plus exempte de subjectivité.

Le regard des anthropologues de la santé : le risque comme construction

Les anthropologues de la santé ne cessent de préciser que la norme sanitaire n'existe pas dans l'absolu. Elle est un construit social qui varie dans l'espace et le temps. Ainsi, par exemple, la majorité des pays d'Afrique noire verrait comme un progrès le fait que l'âge moyen de la mortalité soit allongé à 50 ans (nombre de ces pays ayant une mortalité moyenne se situant à un âge bien inférieur à celui-ci). De même, les marieuses de l'île de Djerba, en Tunisie, qui gavent les futures jeunes mariées quelques semaines avant la cérémonie du mariage, s'employant à les engraisser pour des raisons esthétiques et symboliques, véhiculent (ainsi que les familles qui s'adressent à elles) une conception

du beau et du bien-être qui ne s'encombre guère de considérations sanitaires. Quel est le taux de cholestérol des futures épouses, quelles sont les conséquences de cette obésité provoquée ? Autant de questions qui n'ont, dans ce cadre, pas de sens³ !

Ces détours permettent de rappeler que la norme sanitaire se construit dans l'espace et le temps, à partir de caractéristiques culturelles et historiques. Il en est de même pour la question des risques au travail. Du coup, œuvrer à la mise en place de précautions pour prévenir les risques ou compenser la pénibilité, suppose, là encore, l'animation de controverses généralisées, desquelles surgiront des normes d'acceptabilité. Aucun point d'équilibre sur ce qui est admissible ou inadmissible dans les conditions de travail n'est le résultat d'une évidence. Sur cet aspect, comme sur d'autres, ce sont les constructions sociales, et les controverses qui les rendent possibles, qui définissent les critères de recevabilité d'un fait. Comme nous l'avons indiqué précédemment, les participants de ces controverses sont multiples : pouvoirs publics, entreprises, salariés, usagers, scientifiques, experts... Parmi eux, les praticiens de l'intervention en organisation (les « tiers intervenants ») ont un rôle spécifique à jouer. Sollicités par les entreprises sur des sujets les plus divers (la qualité, le changement organisationnel, les relations professionnelles...), ils sont régulièrement confrontés à la pénibilité, l'usure et, plus généralement, aux conditions de travail difficiles. Il leur incombe alors d'œuvrer à la mise en place de ces scènes de controverses desquelles peuvent surgir la « visibilité » et la prise en compte des phénomènes d'usure et de pénibilité.

Le rôle de l'intervention : une situation empirique

L'usure, la pénibilité au travail, se rencontrent dans les situations les plus diverses. Bien sûr, on pense le plus souvent, et assez spontanément, aux postes difficiles que l'on trouve dans les secteurs industriels et partout où les activités de manutention sont importantes, mais on peut aussi y être confronté dans des milieux de travail situés, en apparence, aux antipodes de ce genre de contexte. Je voudrais, en guise d'illustration, évoquer une intervention réalisée en milieu scolaire ; la pénibilité, l'usure, les risques y apparaissent comme un élément central du travail. Dans ce cas de figure, l'urgence n'est pas dans on ne sait quelle démonstration scientifique des tensions qu'engendre l'activité quotidienne mais bien plutôt dans l'énonciation de ce qui est enduré par chacun ; condition *sine qua non* pour qu'une controverse locale permette une transformation de la situation.

Le contexte d'un lycée professionnel

Pour un observateur non informé, il n'est guère imaginable qu'un lycée professionnel de l'Éducation Nationale puisse donner à voir des situations dégradées au point qu'un tel endroit, lieu par excellence de transmission des savoirs, en deviennent un espace de vie et de travail à risques et à forte pénibilité. C'est pourtant la configuration à laquelle je me suis retrouvé confronté au cours d'une intervention réalisée durant l'année 2005.

Sollicité par une équipe de direction qui souhaitait mettre en place un projet d'établissement dans un lycée professionnel d'une grosse agglomération urbaine, je m'engageais dans la réalisation préalable d'un diagnostic de situation. Au travers de la cinquantaine d'entretiens réalisés avec l'ensemble des acteurs de l'établissements (enseignants, élèves, personnels techniques et administratifs, équipe de direction), m'ont été livrés des récits « cauchemardesques » de la situation. Du côté des enseignants, que ce soit de jeunes recrues ou des professeurs chevronnés, c'est un quotidien fait d'angoisses et de tensions qui est dépeint. « *Jamais je ne tourne le dos pour écrire au tableau, je crains trop de recevoir des projectiles* ». « *Je ferme la porte de ma classe à clef lorsque mes élèves sont entrés car à tout moment des perturbateurs peuvent faire irruption. L'an dernier une fusée tirant des feux d'artifice a été lancée dans les couloirs, cela aurait pu blesser gravement l'un d'entre nous* ». « *Un de nos collègues a été agressé en atelier, un élève a incendié la blouse qu'il portait ; il a juste eu le temps de la retirer avant d'être immolé* ». « *J'ai reçu des boules de neige dans ma classe ce Noël lorsque j'étais au tableau ; le problème c'est que dans les boules de neige il y avait des vis en métal...* ». « *Un de nos collègues a récemment servi de cible ; des élèves lui ont jeté une pierre de taille volumineuse à la figure. Si le projectile avait atteint son but cela aurait été très grave* ». La liste des agressions dont les enseignants de cet établissement font état pourrait être allongée sans difficulté. Elle est relayée par des propos peu amènes concernant la direction du Lycée. « *La directrice ne nous écoute pas. Lorsque nous lui racontons nos difficultés, elle prétend que nous ne sommes pas pédagogiquement compétents* ». « *Lorsque nous excluons de classe un élève en raison de son*

3 - Ce rite est connu sous le nom de la *Hajda* (F. Laplantine, 1995).

comportement, il nous revient assez souvent dans les dix minutes qui suivent la directrice ou la conseillère d'éducation le renvoyant en classe. À ce moment là, nous sommes totalement déjugés ». « Quand nous réussissons à obtenir un conseil de discipline, ce qui n'est pas chose simple même lorsque les faits sont graves, il n'est pas rare de voir l'élève blanchi ou sanctionné marginalement. Nous ne savons plus quoi faire ».

À côté de propos traduisant la peur ou l'inquiétude, se rencontre la manifestation d'un sentiment d'impuissance et de non reconnaissance. Dès lors, on ne compte plus les arrêts maladie, les demandes de mutations (le plus souvent refusées), les conflits et les tensions de toute nature (cessation d'activité subite au nom du « droit de retrait » pour cause de dangers, pétitions dénonçant l'incurie de la direction...). Aux yeux des enseignants, pour l'essentiel, la responsabilité de cette situation est imputable aux élèves, bien sûr, mais aussi à la direction jugée incompétente et laxiste. Se rendre au travail, chaque jour, charrie un cortège d'appréhensions pour nombre d'entre eux.

Évidemment, le fort malaise des professeurs est relayé par celui des élèves dont les témoignages traduisent des difficultés d'une autre nature mais tout aussi difficiles à vivre. « *Les enseignants ne nous respectent pas* ». « *Ce n'est pas un lycée c'est une prison. On ne peut pas porter une casquette même dans la cour* ». « *Nous sommes séparés en groupes de niveaux soit disant, mais en fait ce sont des groupes ethniques ; les arabes d'un côté et les autres de l'autre* ». « *On ne peut pas apprendre ici ! On va rater notre diplôme* ». « *Quand on sort de ce lycée on n'a pas une bonne réputation ; moi je suis là parce que l'on m'a refusé ailleurs* ». Là encore l'absence de reconnaissance, la discrimination, l'impuissance, la certitude d'être sur la voie de l'échec sans pouvoir y échapper, sont des sentiments qui encadrent l'activité quotidienne des élèves.

Du côté de l'équipe de direction, le propos traduit un grand désarroi. Les responsables en place se plaignent de la pression de l'autorité de tutelle qui veut des résultats aux examens et le moins d'exclusions possibles de l'établissement ; « *Ils ont des consignes au Rectorat. Ils veulent que nos chiffres aux examens ne baissent pas. En plus, si on exclut les gamins, ceux-ci se retrouvent désœuvrés dans le quartier et ce n'est pas bon. On nous enjoint de limiter ces cas de figure* ». Les enseignants sont critiqués dans leur refus de participation au projet d'établissement « *Ils viennent donner leurs cours, excluent les gamins qui posent problème et rentrent chez eux. Parfois, avec les exclusions et l'absentéisme, les prof n'ont que 5 ou 6 élèves par classe et même comme cela ils n'y arrivent pas ; c'est pas possible* ». « *Ils ne sont pas pédagogiques. On a fait venir des gens d'un centre de recherche en pédagogie pour qu'ils puissent avoir une aide extérieure cela n'a pas marché. Ils refusent de progresser* ». Du côté des élèves, le discours est plus clément. « *Ils ne sont pas faciles mais ce sont des jeunes gentils pour la plupart, en dehors de quelques caïds qui ont des problèmes de justice ; s'ils n'étaient pas dans l'établissement, ils seraient en prison pour certains* ». Au final, la plupart des membres de l'équipe de direction demandent leurs mutations, (elles aussi refusées) ; les congés maladie se succèdent, avec une mention spéciale pour le directeur adjoint en dépression nerveuse chronique.

Les personnels administratifs et techniques, quant à eux, vivent repliés sur leurs groupes, se tenant éloignés des différents autres catégories de professionnels et des élèves. Chez eux, le sentiment de non reconnaissance domine. « *Les profs ne font rien pour empêcher que les élèves ne dégradent les locaux. Quelqu'un crache par terre sous les yeux du prof... il fait comme s'il n'avait rien vu ; c'est à nous de ramasser* ». « *La directrice ne sait pas dire "c'est bien". À la longue c'est décourageant* ».

Dans ce lycée, la pénibilité, l'usure, l'importance du risque, se trouvent déposées dans la subjectivité des acteurs. Difficilement consignables dans des indicateurs ou au travers d'instruments de mesure, les sentiments de peur, d'angoisse, de frustration, de non-reconnaissance, d'impuissance, d'échec, n'en sont pas moins objectifs. Il y a ici, comme nous le soulignons plus haut, une objectivité de cette subjectivité. Dans une telle configuration, l'urgence n'est pas tant dans la recherche de données, de faits, indiscutables permettant de statuer sur la pénibilité de la situation (attitude que l'on retrouve du côté des autorités de tutelle qui attendent des « preuves » tangibles attestant de la gravité de la situation pour pouvoir accorder des moyens spéciaux), mais bien plutôt dans la « visibilisation », l'énonciation collective de cette situation. C'est ce à quoi l'intervenant doit s'employer.

L'intervention : organiser les controverses

La conduite d'entretiens individuels, tout d'abord, permet au plus grand nombre de trouver un espace, une scène pour exprimer une tension quotidienne qui se vit sans plus jamais se dire, et qui, ainsi, se fixe, se fige à la manière d'une plaie interne. Bien sûr, « parler » un problème ce n'est pas le résoudre, mais en même temps, élaborer un discours et une réflexion sur ledit problème, « perlabo-

rer » comme le disent psychanalystes et psychosociologues, c'est ouvrir la voie à un travail sur la résolution de celui-ci. Ainsi, nombreuses sont les situations d'entretien qui, après s'être ouvertes sur une réticence bien légitime à exprimer les difficultés de l'activité quotidienne, se terminaient sur un flot de récits et d'émotions, traduisant à la fois un certain « soulagement » d'avoir pu parler et aussi l'espoir que « quelque chose puisse sortir de tout cela » (notamment du diagnostic lié à l'intervention). Cette phase débouche évidemment sur des confrontations au cours desquelles les logiques collectives se donnent à voir, se justifient les unes au regard des autres. Ici la controverse bat son plein ! L'intervenant, présentant les contraintes et la subjectivité de chacun des acteurs collectifs en présence, propose une autre lecture de la situation que celle qui prévaut habituellement chez les uns et les autres.

Ces scènes de controverses ne sont pas simples à organiser. Dans le cas relaté ici, par exemple, les enseignants ont d'abord refusé la confrontation collective avec les lycéens « *nous savons ce qu'ils ont à dire, on les voit tous les jours* » ; de même la direction reculait devant la perspective d'une rencontre avec les enseignants « *nous n'avons pas de temps à consacrer à cela l'emploi du temps est trop chargé* ». Il est pourtant vital, pour un déblocage hypothétique des possibilités d'agir, que ce type de scènes soient organisées. Ce sont elles qui mettent en travail l'organisation et les acteurs qui la font. Ce sont elles qui peuvent permettre que le banal, le normal, le quotidien, l'évidence, ce qui fait partie de « l'état des choses », ce qui est donné comme « intangible », puisse être interrogé et, si nécessaire, transformé. En l'occurrence, dans le cas qui nous occupe ici, les controverses devaient déboucher sur l'énonciation de la pénibilité (terme qui est probablement un euphémisme pour la situation décrite) de la situation. La possibilité d'entreprendre une action quelconque allant dans le sens de l'amélioration des conditions du travail (ou de l'activité), passe par la construction collective de l'idée que la situation n'est pas supportable. C'est en ce sens que ce que l'on nomme l'usure ou la pénibilité relève d'une construction sociale.

À l'échelle de cet établissement scolaire, il convenait de construire collectivement l'idée que la situation était « usante » pour tous et que chacun, avec les meilleures intentions du monde, contribuaient à enfermer le fonctionnement du lycée dans un cercle vicieux. La difficulté à déplacer les positions et les regards de chacun conduisit à un travail par étapes ; de nombreux travaux en sous-groupes séparés (les professeurs, la direction, les élèves...) furent d'abord organisés, avant que ne puissent être croisées entre elles les différentes catégories d'acteurs.

Tout au long de l'intervention, la question de la mise en place du projet d'établissement, laquelle constituait la commande initiale, fut largement occultée. Elle fut retrouvée au terme de l'intervention. Le projet pouvait se décliner *via* des actions qui chercheraient à définir de nouvelles règles internes de fonctionnement, à établir de nouvelles relations entre acteurs. Le travail sur le projet ne devenait alors possible (après plus d'un an d'intervention) que parce que la situation avait été problématisée différemment. Du constat dressé par la direction et selon lequel les enseignants étaient démobilisés ou incapables de s'impliquer dans un projet, nous en étions arrivés à l'idée que les conditions de l'activité étaient à ce point dégradées qu'aucune action collective n'était possible. Chacun étant renvoyé à des stratégies individuelles pour tenir face à la pénibilité de la situation, c'est le collectif lui-même qui avait disparu.

De cet exemple émergent des constats que nous croyons généralisables à toute forme d'intervention : libérer la parole, dégager l'existence de collectifs, provoquer leurs reconnaissances respectives, fusse dans la conflictualité, organiser des controverses, dégager des communs, reproblématiser la situation de départ et ainsi reconfigurer le contexte de l'action. Il n'est pas rare qu'en engageant une intervention sur un thème quelconque, ce soient la question des conditions de travail, de leur pénibilité, des risques qu'elles engendrent, qui finisse par surgir.

Quelques remarques sur la pratique d'intervention

La pénibilité au travail peut se mesurer dans bien des situations et nombre des articles de ce document en donnent l'illustration. À partir d'enquêtes épidémiologiques, d'analyses monographiques, de données statistiques, de données de laboratoires, on peut tenter de montrer que l'idée de pénibilité, de la juste ou de l'injuste charge de travail, est objectivable. Mais différentes contributions de cet ouvrage nous laissent voir aussi, que la loi peut être en retard sur la science, que les considérations économiques peuvent entraîner des décisions plaçant à la marge la considération sur la charge de travail, que l'innovation peut être soutenue sans réserve, y compris par des savants, sans que l'on sache encore sur quels types d'incertitudes lesdites innovations peuvent déboucher... En bref et en résumé, apparaît l'idée que les principes de justice sur ce qui est admissible, ou pas,

notamment sur la question des charges de travail, sont pluriels. Il n'y a pas de registre qui vaille pour tous et qui constituerait une sorte de régime supérieur qui aurait des vertus universelles. La science et sa prétendue objectivité ne donne que des réponses partielles et provisoires, que K Popper (1973) nommait en son temps « des erreurs en sursis ». Le droit aussi peut être essentiel, mais il marque toujours un temps de retard sur les rapports sociaux. L'économie offre la primauté d'un raisonnement en termes de rentabilité qui, bien que compréhensible, n'accorde pas beaucoup d'écho à la logique de la pénibilité. La technique a également son régime de justification ; il est déposé dans les objets qui incarnent des contraintes dont on ne peut faire abstraction en un tour de main...

La construction sociale des « normes » de pénibilité au travail passe par une controverse généralisée entre ces différents principes de justice (L. Boltanski, L. Thévenot, 1991).

Il ne sert à rien d'espérer qu'un registre (le scientifique par exemple) finisse par s'imposer aux autres par la seule force d'évidence qu'il contiendrait. Sur la base de ce constat, nous voudrions suggérer aux praticiens de l'intervention de ne pas attendre de réponses susceptibles de faire autorité (sur les questions des conditions de travail comme sur toutes autres) en provenance d'un unique régime de justice. Pour introduire une innovation un changement quelconque dans une organisation et donc, par exemple, une transformation des conditions de travail au nom d'une nécessaire prévention des risques qu'il engendre, c'est à une « construction collective locale » que l'intervenant doit essayer d'œuvrer. De la production de « communs » (par exemple partager une même vision de la situation, définir dans les mêmes termes la nature de tel ou tel problème, accepter une norme sur la recevabilité ou l'acceptabilité d'une pratique, recourir à un outil selon les mêmes usages...) dépend la dite production collective. Ces communs sont eux-mêmes le résultat de controverses. De l'intensité de la controverse, de son étayage résulte la richesse des communs produits. Le caractère hybride des collectifs qui sont agités par les controverses, leur grande diversité, conditionne à son tour assez largement la liste des communs susceptibles d'être fabriqués. Ce chaînage, cet attachement (diagnostic à controverses → collectifs - ou forums - hybrides → communs à construction sociale du changement), pour sommaire et schématique qu'il soit, rend compte de ce qui caractérise la pratique de l'intervenant. Pour œuvrer à la mise en place de cette dynamique, le praticien de l'intervention mobilise non seulement les savoirs experts qui sont les siens, mais aussi ses convictions, ses objectifs ; il est, lui aussi, tiraillé par la pluralité des régimes de justice. Ce n'est pas un handicap mais bien au contraire un atout dès lors qu'il assume cette pluralité.

Ce qui est « juste » n'est jamais donné (ni par la science, ni par l'économie, ni par la politique, ni par la technique, ni par le droit...) ; le « juste » est le résultat d'une construction. Il en est ainsi des risques au travail comme de tout autre fait social. Les normes de l'usure acceptable, de la pénibilité recevable, des risques supportables, sont sans cesse à fabriquer. Les acteurs participant de cette fabrication sont nombreux, chacun faisant valoir son point de vue, c'est-à-dire la vue (toujours subjective) qui est la sienne, depuis un point (toujours objectif) particulier. L'accord de tous avec tous (le consensus) est fortement improbable en raison même de la pluralité des situations occupées par chacun. Seules les controverses portent la possibilité d'un compromis (provisoire) entre les différentes conceptions du « juste » portées par les uns et les autres. C'est sur ce point que porte la pratique du « tiers intervenant », du praticien de l'intervention en organisation. Il ne vient pas dire, depuis une expertise quelconque, ce qu'est la bonne norme, « le juste » ; il suscite, anime, organise, les controverses. C'est probablement là qu'est sa valeur ajoutée

Bibliographie

- Beck U., (2003), *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*, Paris, Flammarion-Champs.
- Bloor D., (1982, 1^{re} édition 1976), *Sociologie de la logique : les limites de l'épistémologie*, Paris, Pandora.
- Boltanski L., Thévenot L., (1991), *De la Justification, Les économies de la grandeur*, Paris Gallimard.
- Callon M., Lascoumes P., Barthe Y. (2001), *Agir dans un monde incertain, Essai sur la démocratie technique*, Paris, le Seuil.
- Callon M., Latour B., (1991), *La science telle qu'elle se fait*, Paris, La découverte.
- Herreros G. (2000), « La sociologie d'intervention et l'engagement du sociologue : la radicalisation de quelques principes », in *Implication et engagement* sous la direction de P. Fritsch, Lyon, Pul.

- Herreros G., (2002), *Pour une sociologie d'intervention*, éditions Eres, Toulouse.
- Laplantine F. (1995), *L'Anthropologie*, Paris, Payot.
- Latour B., (1993), *Petite leçons de sociologie des sciences*, Paris, Seuil, collection point.
- Popper K., (1973, 1^{re} édition 1959), *La logique de la découverte scientifique*, Préface de J.Monod, Payot.
- Rey A., (sous la direction de) (2000), *Le Robert, Dictionnaire historique de la langue française*, trois tomes, Paris, Robert.
- Serres M., (1974) *La traduction*, Hermès III, éditions de minuit.

Conclusion

Quelle définition de la pénibilité pour prévenir l'usure ?

Au terme de cet itinéraire entre différentes approches des questions de santé au travail, le paysage peut sembler singulièrement complexe. Dans ce domaine, tout un chacun - qu'il soit scientifique, institutionnel, partenaire social, salarié, ou autre - souhaiterait pouvoir trouver une base fixe, une assise ferme, sur laquelle établir une connaissance certaine et des droits équitables. Mais, les connaissances développées et validées d'une manière large dans ce champ n'offrent qu'un point d'accord plus ou moins limité et temporaire. Elles sont d'emblée traversées par de nombreuses questions, tant au niveau scientifique (notamment quant aux difficultés de la modélisation des systèmes de causalités), qu'au plan social (comment assurer une certaine équité des dispositifs, dans un contexte où les conditions effectives de réalisation du travail évoluent rapidement).

Une définition par les acteurs du champs d'action

Ainsi, qu'il s'agisse de prévention, de compensation ou de réparation, qu'on se situe au niveau d'une entreprise, d'une branche, ou de négociations interprofessionnelles, toute action sur les questions de « pénibilité » et d'« usure » passe par une phase préalable de construction de la problématique, par les acteurs. Ce sont les parties prenantes à la négociation (avec l'appui éventuel des « experts »), qui doivent, dans chaque cas, définir le champ et les liens qu'elles choisissent d'éclairer et ceux qu'elles laissent, au moins temporairement, dans l'ombre. Les négociations nationales sur les retraites montrent les différentes étapes de cette démarche de limitation du champ : le rapport Struillou¹ propose une certaine définition de la pénibilité (par ses effets et par les types de causalités recevables), sur la base de laquelle les partenaires sociaux négocient (en faisant éventuellement évoluer les modalités de définition des situations effectivement retenues). Ce processus aboutira à une certaine formulation de la question, pertinente par rapport aux enjeux et aux objectifs que se seront donnés les acteurs. Mais elle n'épuisera pas à elle seule l'ensemble des questions posées par les effets du travail et des conditions de travail sur la santé des personnes. Celles-ci se poseront de manière de plus en plus prégnante avec le recul de l'âge de départ en retraite. C'est sur le registre des conditions de travail permettant l'allongement des carrières professionnelles que l'ANACT et son réseau sont positionnés par l'État et les partenaires sociaux.

Dans ce domaine, un vaste champ d'action reste à investir sous l'angle de la prévention de l'usure, au plus près des situations de travail. Car, c'est à ce niveau que peuvent être appréhendées les dynamiques effectives par lesquelles l'activité du sujet lui permet de construire sa santé ou, au contraire, contribue à l'altérer - de manière réversible ou non. C'est aussi le niveau adéquat de réflexion sur les itinéraires professionnels : quels sont les effets de l'activité passée dans l'activité présente et dans les possibilités d'évolution future ? Comment construire des parcours professionnels qui ne conduisent pas les salariés dans des impasses, voire à l'exclusion du travail à moyen terme ? Répondre à toutes ces questions passe par un certain « métissage » des approches du travail pour tisser ensemble les enjeux de compétences, de carrières, de santé, de performance économique, de réalisation effective du travail...

1 - Cf. introduction et article de Gérard Lasfargues, supra.

Une démarche d'intervention spécifique

La construction sociale de la problématique

Comme nous le montrent à voir les articles traitant de l'intervention en entreprise sur les questions de prévention de l'usure professionnelle, la première phase de toute démarche consiste à créer un espace de dialogue, une « scène de controverses », entre les différentes parties prenantes. C'est dans la rencontre entre les différents points de vue sur le travail, entre les différents registres d'argumentation - et de « justice² » - qu'une définition, toujours locale, toujours provisoire, de la problématique de pénibilité pourra être construite, notamment en fonction des finalités qu'on se donne : s'agit-il de traiter prioritairement des conditions de travail dans un atelier ou un métier où l'effectif est très resserré sur une tranche d'âge ? Ou de définir des parcours professionnels qui permettent la prévention de l'usure professionnelle ? Ou de maintenir en emploi des personnes ayant occupés des postes particulièrement pénibles ? Etc. C'est à partir de cette définition locale de ce qui pose problème en termes de conditions de travail (et d'effets sur la santé et les parcours professionnels) qu'il sera possible de réaliser des investigations plus précises sur les situations de travail - investigations qui viendront en retour alimenter le travail de production d'une représentation commune de la question.

Les différents registres de la prévention

Face à la difficulté d'appréhender l'ensemble des processus de construction et d'altération de la santé, les acteurs sociaux sont donc conduits à opérer une réduction du champ, qui laisse nécessairement de côté un certain nombre d'enjeux³.

Dans ce contexte, la demande sociale telle que nous pouvons la percevoir à l'ANACT, au-delà de la négociation nationale, se situe à deux niveaux :

- des demandes de branches ou de secteurs professionnels qui portent sur la prévention de l'usure et le maintien dans l'emploi de salariés âgés et/ou à restriction ;
- des demandes d'entreprises qui se formulent en termes de démonstration du caractère pénible de certaines activités de travail, et de recherche des modalités de prévention de l'usure prématurée.

Des demandes de branches

Depuis 2003, les interventions réalisées par le réseau de l'ANACT auprès des branches et des secteurs professionnels⁴ portant sur la pénibilité, visaient, selon les cas, à aider :

- à l'identification des critères et situations qui seront retenus dans la définition « locale⁵ » de la pénibilité ;
- à la gestion de la situation actuelle (maintien dans l'emploi des salariés actuels, qu'ils soient seniors, ou de classes d'âges intermédiaires, voire jeunes dans certains cas d'usure précoce) ;
- et/ou à l'anticipation des situations futures (prévention de l'usure et gestion des parcours professionnels des plus jeunes).

Des demandes d'entreprises

Un premier niveau de retour d'expériences permet de repérer trois types d'interventions au niveau de l'entreprise :

- les interventions pour lesquelles les entreprises expriment un besoin de diagnostic et d'accompagnement directement relatif à l'expression d'une pénibilité. Ces demandes sont régulièrement formulées en termes d'attentes d'expertise pour objectiver la réalité du phénomène (outils de cotation, cartographie des postes pénibles...) ;
- les interventions pour lesquelles les entreprises expriment un besoin relatif à des phénomènes d'usure avérée (TMS, risques psycho-sociaux, maintien en emploi). La notion d'usure avérée est ici à entendre au sens de « déclaration de symptômes graves et irréversibles », mais aussi de symptômes de troubles infra pathologiques (fatigue...) ;
- les interventions situées plus en amont, quand l'usure n'est pas (encore) avérée, pour lesquelles les entreprises demandent un accompagnement de prévention *a priori* (à l'occasion d'un changement d'organisation, par exemple).

2 - Cf. Article de Gilles Herreros, supra.

3 - Ce que fait explicitement le rapport Struillou, dans le choix du critère d'espérance de vie sans incapacité, et dans l'indication des limites de nos connaissances (cf. citation supra).

4 - Par exemple, les secteurs des courses hippiques, des déménageurs, de la collecte des déchets (intervention co-réalisée avec le CREAPT)...

5 - Cf. article de Pascale Freigneaux, Pierre Richard et Béatrice Barthe, supra.

Par ailleurs, que ce soit au niveau de l'entreprise ou de la branche, ces interventions intègrent les trois dimensions habituelles de la prévention que sont :

- la prévention primaire, qui concerne les personnes exposées ou qui le seront mais ne présentant pas de signes d'affectation de leur santé (apparemment « en bonne santé ») ;
- la prévention secondaire, qui porte sur les personnes « fragilisées » (premiers symptômes, plaintes...);
- la prévention tertiaire, qui s'adresse aux personnes présentant des atteintes pathologiques (aiguës, ou chroniques...), où il s'agit d'éviter l'exclusion de l'emploi des personnes.

En effet, quel que soit le type de prévention sur lequel porte la demande initiale, dans les faits, l'intervenant rencontre simultanément ces différents types de situations dans les populations analysées. Et, dans le domaine de la prévention de l'usure (comme dans celui de la gestion du handicap et du maintien dans l'emploi⁶), pour mettre en place une politique efficiente à moyen terme il est nécessaire d'agir sur ces différents registres.

Lors de ces interventions, plusieurs outils sont utilisés pour caractériser les contraintes spécifiques du travail et les enjeux démographiques de la branche, du secteur ou de l'entreprise (cf. encadré).

Quelques outils méthodologiques spécifiques

Ces interventions nécessitent d'utiliser un certain nombre d'outils spécifiques au traitement de la question du lien âge, santé, travail.

- **Analyses des données**, à la fois pour renseigner les indicateurs tels que la morbidité différentielle ou l'espérance de vie sans incapacité, mais aussi apprécier ces données au regard de connaissances recueillies par la littérature scientifique (effets sur la santé des horaires de nuit...);
- **Analyse démographique du travail**, pour repérer les exclusions ou sélections du travail en cours de vie active (départs et entrées observés au regard des conditions de travail et de l'âge). En effet, depuis longtemps, des études d'ergonomes, de sociologues et de psychologues en entreprises ont montré des relations entre les caractéristiques du travail et les âges de ceux qui occupent un poste. Ces résultats, et leur interprétation en termes de mécanismes de sélection liés à l'âge et aux exigences du travail, ont jeté les bases de ce que le CREAPT a nommé « démographie du travail ». L'idée principale est que les affectations aux postes de la main-d'œuvre à tel ou tel âge sont très souvent liées aux exigences du travail, qui déterminent en partie la possibilité (et le souhait) d'accéder à une situation de travail donnée, d'y demeurer, ou de s'en éloigner. Ainsi, analyser les structures d'âges, les changements de situations, les relations entre l'âge et les exigences du travail, la place des différentes contraintes de travail dans les parcours professionnels peut permettre à l'intervenant et à l'entreprise de se poser la question de la pénibilité autrement⁷.
- **Observations et entretiens** permettant de caractériser les évolutions passées des conditions de travail, les pénibilités restantes, mais aussi de repérer par l'analyse des activités de travail les déterminants des pénibilités, et les conditions d'expositions aux risques d'usure.

L'ensemble des informations recueillies et des analyses effectuées permet à la fois de caractériser les pénibilités, les risques d'usure, mais aussi de mettre en place avec le secteur et les entreprises concernées des démarches de prévention adaptées aux situations spécifiques.

Cependant, comme le montre l'article d'Annie Thébaud-Mony, la reconstitution des itinéraires professionnels et des différentes expositions associées, pose de nombreuses questions méthodologiques, notamment quant à la remémoration des situations, des objets, des vécus par les salariés et autres acteurs. La mise en place de véritables dispositifs de traçabilité des expositions des salariés aux risques professionnels tout au long de leur parcours apporterait de nettes améliorations dans ce domaine.

6 - Cf. E. Escrivá : « Agir sur les situations de Handicap - le maintien dans l'emploi », Éditions ANACT, 2004, et la revue Travail et Changement n° 292

(www.anact.fr/portal/page/portal/AnactWeb/NOTINPW_PAGES_TRANSVERSES/5_mediathèque/M_03_TEC)

7 - Ripeurs : la pénibilité d'un métier passée au crible, in Travail et Changement n° 294, Février-Mars 2004, Bimestriel du Réseau ANACT et aussi « Montrer » la pénibilité : le parcours professionnel des éboueurs, in Les Actes de la recherche en sciences sociales, n° 163, 2006, p. 62-71.

Quel que soit l'objet de l'intervention et le type de demande (branche ou entreprise), la démarche ne peut pas faire l'économie d'une phase de problématisation de la question par les différents acteurs concernés. Dans cette phase, l'apport d'éléments d'expertise joue un rôle important. Mais, quel que soit le registre d'argumentation mobilisé par les uns ou les autres (scientifique, politique, économique, social)⁸, aucun ne s'impose aux autres par ses qualités intrinsèques. La formulation qui fera accord entre les acteurs résulte d'une construction sociale, construction dans laquelle interviennent les représentations, les valeurs, les rapports de force, etc.

De fait, il est important dans cette phase de clarifier les finalités, et les principes (politiques ou éthiques)⁹ généraux auxquels on cherche à répondre. Et pour cela, il est nécessaire que la construction de la problématique s'appuie sur le travail de véritables lieux d'échanges et de débats¹⁰ associant différents acteurs : direction des ressources humaines, direction générale, salariés, direction de la production, représentants du personnel (DP, CHSCT...), médecin du travail... En effet, comme nous l'a donné à voir, par exemple, l'article de Christian Torres, chacun de ces acteurs, au-delà des fonctions qui lui sont assignées, peut avoir un regard riche et complémentaire sur les questions de santé, de parcours, d'activités de travail et même de performance. Dans le cas présenté, le point de vue du médecin du travail aurait pu apporter un éclairage intéressant aux personnes en charge des ressources humaines.

Dans chaque cas, le niveau de problématisation et de prise en compte des enjeux va varier en fonction de la constitution de ces lieux de débats, des ressources d'expertise, de la capacité des participants à élaborer des solutions partagées... La qualité de ces ressources est en grande partie dépendante des moyens attribués pour nourrir ces débats (temps accordé pour les échanges au niveau de l'entreprise, politiques de santé au travail et dispositifs publics...).

Dans cette démarche, il est important que ce qui résulte d'un construit social à un moment donné puisse faire l'objet d'une remise en débat par les acteurs, et que les questions laissées « hors champ » ne soient pas définitivement exclues de toute possibilité de prise en charge ultérieure. En effet, pour garantir la pertinence et l'équité du dispositif dans la durée, il est nécessaire de s'assurer que ce qui est un construit à un moment donné ne devienne pas une vérité immuable.

Dans cette perspective, le rôle de l'intervenant est d'inciter les acteurs à conclure sur un projet d'amélioration continue de la démarche de prévention pour aller toujours plus en amont, comme la conception des systèmes de travail, par exemple.

8 - Cf notamment les articles de Serge Volkoff, Thomas Coutrot, Annie Jolivet et Annie Touranchet, supra.

9 - Héliardot V. « Mutations du monde du travail et renouvellement des pénibilités », Communication au Forum Santé-Travail, 16 mai 2006, Toulouse.

10 - cf les « forums hybrides » dans l'article de Gilles Herreros.



**Agence Nationale pour l'Amélioration
des Conditions de Travail**

4, quai des Etroits - 69321 LYON Cedex 05

Téléphone : 04 72 56 13 13 - Télécopie : 04 78 37 96 90

Internet : www.anact.fr