SANTÉ ET CONSOMMATIONS PHARMACEUTIQUES DES TRAVAILLEURS POSTÉS

Les difficultés d'une approche statistique (Enquête Santé – 1980)

par

Anne-Françoise MOLINIÉ*

Les statistiques sur la santé et la consommation médicale permettent-elles d'apprécier les effets du travail posté et du travail de nuit ?

Jusqu'en 1980, la question ne se posait même pas. Les enquêtes sur ces sujets (1960-1970) ne connaissaient les situations de travail qu'à travers les « catégories socio-professionnelles »... c'est-à-dire, d'assez loin. En 1980, l'enquête « sur la santé et les soins médicaux » (INSEE - CREDOC - ministère de la Santé) s'est ouverte sur des domaines nouveaux : durée du travail, horaires, travail en équipes, trajets domicile-travail. Elle offre donc la possibilité de comparer les pathologies et les consommations pharmaceutiques des travailleurs en équipe et/ou de nuit, avec celles des autres salariés. Comparaisons sûrement très biaisées, quand on sait que les problèmes de santé, liés à l'alternance des horaires et au travail de nuit, d'une part provoquent fréquemment l'éviction de ce type de travail des personnes les plus atteintes, et, d'autre part, mettent souvent longtemps à apparaître. Comparaisons à tenter cependant – avons-nous estimé – les biais n'étant peut-être pas toujours aussi importants pour tous les types de pathologies et de consommations ; et les résultats – quels qu'ils soient – pouvant alimenter la réflexion sur la définition d'instruments statistiques adéquats à ces problèmes.

Nous présentons ici les résultats de ce travail, réalisé lors d'un stage au SES par Marylène GAUVIN et Christian ENARD, élèves-attachés de l'INSEE.

Il ne pouvait être question de comparer les postés aux autres salariés pour toutes les « maladies » recensées par l'enquête Santé. La nomenclature (de maladies), établie à partir de la Classification Internationale des Maladies, occupe à elle seule 41 pages dactylographiées ! Il a donc fallu choisir, éliminer, regrouper, dans cette liste impressionnante, pour essayer de reconstituer quelques grands postes (voir annexe 1), en fonction des problèmes de santé mis en évidence par la plupart des études sur le travail en équipes alternantes (voir bibliographie).

Ces regroupements étaient bien difficiles à établir par des utilisateurs ne maîtrisant pas tout le processus de classification, qui conduit des documents de base à ce chiffrement très détaillé.

Pour les consommations pharmaceutiques la nomenclature utilisée a été celle, en 50 postes, des produits classés par « modes d'action thérapeutique » (Code SEMPEX), en privilégiant l'étude de certains postes (voir annexe 2).

Au regard de ces pathologies et de ces consommations médicales, on a comparé plusieurs types de populations :

— les travailleurs en équipes, sans travail de nuit ;

— les travailleurs en équipes, avec travail de nuit ;

Ces deux items figurent explicitement sur le questionnaire et s'opposent aux « horaires fixes ». On n'aurait donc dû recueillir, par cette question, que des salariés en équipes alternantes. Il n'est pas sûr que ce soit tout à fait le cas.

— Les travailleurs de nuit ;

(*) Anne-Françoise MOLINIÉ fait partie de la division « Conditions de travail et relations professionnelles » du Service des études et de la statistique.

Ont été regroupés dans ce poste les salariés « en équipe avec travail de nuit », et tous ceux qui ont déclaré des horaires de travail recouvrant, en totalité ou en partie, la période 0 h - 5 h. Les résultats concernant les salariés « de nuit » seont très proches de ceux sur les salariés « en équipe avec travail de nuit », qui constituent le plus gros des effectifs « de nuit ». Les résultats présentés ici portent sur les seuls ouvriers, (qui constituent les 2/3 des salariés « en équipes avec travail de nuit », ou « travaillant de nuit », et les 3/4 des salariés « en équipe sans travail de nuit ») et seront même limités aux hommes ouvriers, principalement concernés par ces contraintes d'horaires de travail.

PATHOLOGIES ET CONSOMMATIONS PHARMACEUTIQUES

Seuls les problèmes de poids et les problèmes digestifs font apparaître des différences sensibles entre les postés et les autres ouvriers (Tableau 1).

On a recensé des **« problèmes de poids »** pour 13,8 % de l'ensemble des hommes ouvriers ; cette proportion atteint par contre 17,7 % pour les hommes ouvriers postés avec travail de nuit (17,5 % pour les ouvriers en « travail de nuit ») et 15 % pour les postés sans travail de nuit.

TABLEAU 1

Proportion d'ouvriers (hommes) de chaque type d'horaire selon le type de la maladie

	En équipe sans travail de nuit	En équipe avec travail de nuit	Travail de nuit	Ensemble des ouvriers (hommes)
Troubles du poids	15,0	17,7	17,5	13,8
Troubles nerveux	4,3	3,3	2,8	2,6
Migraines	8,7	9,3	8,6	7,8
Troubles cardiaques	0,5	-	-	0,8
Ulcères	2,5	1,4	1,5	2,6
Troubles digestifs	9,2	12,1	10,3	6,4
Troubles intestinaux	0,4	1,6	1,3	0,9
Troubles du sommeil	7,3	5,1	5,6	5,5
Fatigue	3,2	5,2	4,5	3,4

Source : Enquête « santé » 1980 INSEE - Ministère de la Santé - CREDOC.

Parmi les maladies regroupées dans cette catégorie, l' « obésité » explique à elle seule la quasi-totalité des cas (845 cas sur les 873 comptabilisés en « problèmes de poids »). L'importance relative de ce poste vient probablement d'une particularité de la pratique des médecins, chargés du chiffrement des maladies. En général, les maladies sont repérées, soit par une déclaration de la personne enquêtée, lors de la première visite d'enquêteur, en référence à une liste de troubles de santé qui lui est présentée ; soit à l'occasion de consommations médicales, au cours de la période d'enquête. Pour les problèmes d' « obésité », par contre, l'équipe médicale chargée de la codification a mentionné « obésité » pour tous les individus dont le poids était 25 % au-dessus du poids idéal théorique pour leur sexe et taille.

Ceci explique en partie que la proportion d'ouvriers ayant des « problèmes de poids » soit d'un ordre de grandeur supérieur à ce qu'on pourrait attendre d'une simple déclaration des individus eux-mêmes, car ils n'ont pas forcément consulté pour cette pathologie.

Quant aux **« problèmes digestifs »,** ils concernent 6,4 % des hommes ouvriers, mais 12,1 % des ouvriers postés avec travail de nuit (10,3 % des ouvriers de nuit), et 9,2 % des ouvriers postés.

Sur les autres problèmes de santé retenus, les résultats ne permettent en aucun cas d'affirmer des différences significatives. Qui plus est, leur ordre de grandeur paraît extrêmement faible, au regard de ce qu'on connaît par des études monographiques. Il paraît peu vraisemblable que les problèmes intestinaux ne concernent qu'environ 1 % des ouvriers, les problèmes de sommeil environ 5 % (même parmi les postés avec travail de nuit), et la fatigue, 3 à 5 % des ouvriers.

L'étude de la consommation pharmaceutique confirme ces réserves : 4,6 % des hommes ouvriers ont acquis des produits **antidiarrhéiques,** cette proportion atteignant 7,1 % pour ceux qui sont en équipe avec travail de nuit (6,5 % pour les ouvriers de nuit). Ces chiffres sont supérieurs à ceux trouvés pour l'ensemble des problèmes « intestinaux ». Or, la morbidité est avant tout abordée comme « cause » de consommation médicale, et saisie à cette occasion. Le trop grand détail de la nomenclature de maladie n'a peut-être pas permis de repérer simplement ces troubles ; de ce fait, les regroupements construits ne comportent pas toutes les rubriques pouvant être causes de consommation d'un type de médicament.

LES ENQUÊTES DÉCENNALES SUR LA SANTÉ ET LA CONSOMMATION MÉDICALE

L'enquête sur la santé et les soins médicaux de 1980 a été effectuée auprès d'un échantillon de 7.323 ménages (21.000 individus) représentatifs de l'ensemble des ménages ordinaires. Cette enquête a été effectuée par l'I.N.S.E.E., avec la collaboration du C.R.E.D.O.C. Le services des études, de la statistique et de l'information des ministères de la Santé et de la Solidarité et l'I.N.S.E.R.M. ont également participé à sa réalisation (notamment dans le cas de deux extensions régionales en Aquitaine et dans le Nord-Pas-de-Calais) et sont associés à la publication des résultats. L'enquête de 1980 a été réalisée selon les mêmes principes que celle de 1970, afin d'assurer la comparabilité des résultats. Pour certains résultats généraux, la comparaison est possible avec la première enquête de ce type datant de 1960 [1].

L'enquête est répartie sur un an en quatre vagues de douzes semaines chacune de mars 1980 à avril 1981. Chaque ménage est ainsi suivi pendant douze semaines, au cours desquelles il est interrogé cinq fois, de trois semaines en trois semaines, sur sa santé et sa consommation médicale. La technique d'enquête repose sur l'emploi combiné de l'interview et du carnet de comptes. Lors de sa première visite, l'enquêteur interroge le ménage sur la situation de ses membres, leur catégorie socioprofessionnelle et leur état de santé. Il lui remet ensuite un carnet de comptes sur lequel seront consignés tous les « actes » médicaux : visites de médecin, achats de produits pharmaceutiques, soins, examens de laboratoire, etc., ainsi que les motifs médicaux de ces actes. Trois semaines plus tard, l'enquêteur remplit avec le ménage, à l'aide de ce carnet, un questionnaire dit « de ramassage » où les consommations médicales sont reclassées par domaine et précisées.

A la cinquième et dernière visite, sont posées au ménage des questions générales concernant les handicaps, les antécédents médicaux éventuels des membres du ménage, la consommation de tabac, d'alcool, les revenus, etc.

Pendant tout le temps de la collecte, les enquêteurs de l'I.N.S.E.E. sont assistés par une équipe de médecins du C.R.E.D.O.C., qui chiffrent les motifs médicaux de consommation déclarés par les ménages selon un code normalisé (la classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé, neuvième révision). Les médecins interviennent également dans le chiffrement des interventions chirurgicales, des actes effectués au cours d'une séance de médecins, et des analyses et examens de laboratoire, des professions des praticiens consultés par les ménages.

Malgré la lourdeur du questionnaire (une heure pour la visite initiale et la visite finale, trois quarts d'heure pour chacune des trois visites intermédiaires) l'enquête est bien acceptée par les enquêtés : 6 % seulement de refus d'emblée, 12 % d'abandons au total au cours des douze semaines. Les données recueillies sont fiables en règle générale ; on a cependant observé un effet de lassitude et on a pu déceler certaines omissions à caractère systématique, soit par oubli (produits pharmaceutiques d'usage courant), soit volontaires (maladies graves).

En outre, par la technique même de collecte, les résultats ne peuvent être interprétés que dans des limites précises.

Parmi ces limites signalons les principales :

- Les personnes vivant en collectivité — et en particulier en hospices ou maisons de retraite — ainsi que les personnes seules hospitalisées au moment de l'enquête ne figurent pas dans l'échantillon.

- Les dépenses de santé sont imparfaitement saisies : en effet seul le débours au moment de l'acte médical est saisi. Dans le cas de tiers-payant, le débours sera nul. En outre, on ignore le montant du remboursement effectué par les régimes de Sécurité sociale et les mutuelles. Malgré cela, l'enquête-santé reste le seul instrument permettant de connaître les comportements des consommateurs de soins « en ville », c'est-à-dire *recours aux praticiens aux analyses et examens, acquisitions de produits et d'appareils,* en les reliant aux caractéristiques socio-démographiques, aux pathologies et à certaines caractéristiques de l'offre.

La consommation **d'analgésiques**, relativement à toutes les autres consommations de produits, est assez forte (plus du quart des ouvriers), surtout parmi les ouvriers travaillant de nuit (notamment en équipes : un peu plus du tiers des ouvriers).

Pour les autres types de médicaments, les différences entre les ouvriers en équipes et/ou de nuit, et les autres sont faibles et peu significatives ; même si les proportions constatées pour les travailleurs de nuit (notamment en équipe) sont légèrement supérieures dans presque tous les cas.

Certains troubles (fatigue, problèmes de sommeil...) ne donnent pas toujours lieu à consommation médicale ; de plus, même si ils entraînent une prise de médicaments, encore faut-il que l'achat ait eu lieu pendant la période d'enquête pour que la maladie, « cause » de consommation, soit recensée. Or, pour les médicaments d'usage « courant », l'existence de « provisions » doit être assez fréquente.

LA SANTÉ DES POSTÉS ÉCHAPPE-T-ELLE A L'ENQUÊTE ?

Les résultats présentés ici permettent difficilement d'apprécier les consommations pharmaceutiques et, plus encore, l'état de santé des travailleurs postés.

Les obstacles proviennent en partie (comme cela a été souligné précédemment) de certaines caractéristiques de l'enquête :

– saisie de la morbidité à l'occasion de consommations médicales, effectuées pendant la période d'enquête.

– difficulté pour les utilisateurs de l'enquête, à maîtriser le processus qui conduit de l'information initiale à la classification dans une nomenclature extrêmement fine et détaillée. On peut regretter que l'information recueillie, lors de la présentation directe à l'enquêté d'une liste de maladies, ne soit pas conservée ; mais n'apparaisse qu'à travers le filtre de la nomenclature des maladies.

TABLEAU 2

Proportion d'ouvriers (hommes) de chaque type d'horaire selon le type de médicaments consommés

	En équipe sans travail de nuit	En équipe avec travail de nuit	Travail de nuit	Ensemble des ouvriers
Analgésiques	27,6	34,1	31,6	25,7
Antidiarrhéiques	3,4	7,1	6,5	4,6
Antinauséeux, antiémétiques, antivertigineux	2,1	1,9	1,6	1,5
Enzymes et anti-enzymes	2,7	3,8	3,2	2,2
Laxatifs	1,3	2,7	2,3	1,1
Traitement de l'obésité	0,4	-	-	0,3
Produits pychotropes	6,0	5,8	4,9	4,8
Sédatifs et hypnotiques	5,5	4,5	4,3	3,6
Thérapeutique du système cardio-vasculaire	5,3	5,1	4,6	5,4

Source : Enquête « santé » 1980 INSEE - Ministère de la Santé - CREDOC.

Mais il est vrai que l'enquête « santé » n'a pas été conçue dans cette optique, même si elle a intégré des questions sur les conditions de travail. Son objet principal est l'étude de la consommation médicale, l'analyse de la morbidité n'étant qu'un « sous-produit » de cette étude. On est malade à partir du moment où on se soigne, pourrait-on résumer hâtivement. Et les comportements de consommation médicale diffèrent sensiblement selon la catégorie sociale (1). Comparée à la population totale, les ouvriers recourent moins fréquemment aux séances de médecins (4,6 contre 5,2 pour l'ensemble de la population), aux examens et analyses (1,6 contre 1,9) et consomment moins de produits pharmaceutiques (19,7 produits ou appareils, contre 27,3) (2)

Plus fondamentalement, il faut se demander si la nature même de l'enquête Santé est adéquate aux problèmes de santé posés par le travail posté. En effet, elle implique le rapprochement entre des consommations médicales, la morbidité qui en est la « cause », saisies pendant une période de trois mois, et des caractéristiques des individus (CS, conditions de travail, etc.) au cours de cette même période.

Dans le cas du travail posté, cette mise en relation est source de biais fondamentaux, qui limitent énormément la validité des résultats.

Analyser les conséquences sur la santé du travail en équipes alternantes (et du travail de nuit), suppose en effet d'avoir une méthodologie d'enquête qui tienne compte de plusieurs facteurs :

1. Le travail posté entraîne une **sélection** des travailleurs qui y sont soumis : sélection explicite à l'embauche, éliminant des travailleurs présentant des troubles de santé jugés peu compatibles avec le travail posté ; mais aussi, sélection de fait, car les travailleurs qui en souffrent le plus essayent de sortir de ce type de contraintes.

Il est très difficile de retrouver la trace de ceux qui n'ont pas résisté ; les effets de la dégradation de la santé sont souvent beaucoup plus importants chez les « anciens postés », mutés en équipes de jour, que chez les travailleurs actuellement en équipes.

C'est ce qu'avait montré, dès 1959, une enquête réalisée en Angleterre par AANONSEN :

Troubles constatés	% parmi		
	les travailleurs de jours	les travailleurs postés	les anciens postés mutés en travail de jour
Nerveux	13.0	10.0	32.5
Gastriques et digestifs	25.7	26.2	51.5
Cardiaques	2.6	1.1	0.8

Or, l'enquête Santé ne comporte aucune information sur le passé professionnel des personnes interrogées.

2. Certains effets sur la santé ne se font sentir **qu'après plusieurs années** de travail posté.

Les ulcères gastriques ou duodénaux, par exemple, n'apparaissent souvent qu'après 4 à 5 ans de travail posté.

Or, l'ancienneté dans le travail posté ne figure pas dans l'enquête.

3. Les conséquences du travail posté sur la santé ne peuvent être limitées à quelques pathologies précises. C'est probablement **l'état de santé dans son ensemble** qui est atteint par les effets de la

(1) Alain Charraud - Jacqueline Devouassoux - Bernard Morel : la *consommation médicale : évolution et disparité* - in. Données Sociales 1984 - P. 359 à 387.

(2) Ces chiffres sont calculés suivant la CS du chef de ménage, par personne et par an.

désynchronisation des rythmes de l'organisme. Les travailleurs de nuit, ou en équipes alternantes souffrent simultanément d'un grand nombre de troubles. De plus, le travail posté n'est pas la seule contrainte de la situation de travail ; mais il semble qu'il joue un rôle potentialisateur des effets des agressions subies pendant le travail (notamment, bruit, toxiques, efforts physiques). Sans parler de la nature même du travail et de ses exigences...

BIBLIOGRAPHIE SOMMAIRE - TRAVAIL POSTÉ ET SANTÉ

FORET (J.) (1978). - *L'homme en activité et son sommeil* - Le Travail Humain, 41, 43-54.

LILLE (F.), ANDLAUER (P.). - *Rythmes circadiens, sommeil, veille et travail* - in - Précis de Physiologie du Travail (notions d'Ergonomie), J. SCHERRER et Coll. Ed. MASSON.

MUR (J.M.), CAVALIER (C.) (INRS), MIKSTACKI (T.), MONNEAU (J.P.), GUEGUEN (R.) (Centre de médecine préventive de Nancy). - *Les risques du métier pour la santé* - in - Economie Lorraine n° 4 - Juillet-Août 1982 - p. 5-9.

REINBERG (A.), ANDLAUER (P.), VIEUX (N.). - *Tolérance du travail posté : une approche chronobiologique.* - Le Travail Humain, Tome 44, n° 1/1981.

TEIGER (C.), LAVILLE (A.), LORTIE (M.). - *Travailleurs de nuit permanents, rythmes circadiens et mortalité.* - Le Travail Humain, Tome 44, n° 1/1981.

Signalons également une étude comportant un recensement bibliographique important d'ouvrages français et étrangers sur le sujet :

QUEINNEC (Y.), TEIGER (C.), DE TERSSAC (G.). - *Repères pour négocier le travail posté.* - 1984 - Travaux de l'Université de Toulouse - Le Mirail (à paraître).

Et le 19e Congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française (Caen - Novembre 1983) - largement consacré à ces questions.