INCIDENCES DES CONDITIONS DE TRAVAIL SUR LA SANTÉ

par

Denise PROVENT

chargée d'études au ministère du Travail et de la Participation

Présentation d'un dossier préparé pour le VIIIe Plan

En 1975, un premier bilan concernant les conditions de travail des salariés avait été réalisé dans le cadre des travaux préparatoires à l'élaboration du VIIe Plan. Le problème des conditions de travail s'était en effet posé sur le plan social au début des années soixante-dix à travers la remise en cause de l'organisation du travail et les revendications nouvelles qui se sont exprimées sur la qualité de la vie. Nous avions alors tenté de définir la nature des transformations observées dans le fonctionnement du système productif, les contraintes matérielles, sociales, temporelles, ainsi que les nouvelles formes de nuisances et de risques engendrés par l'évolution technique et organisationnelle. L'évaluation de leurs effets sur la santé de la population qui constituait seulement un des aspects du dossier était appréhendée au moyen des données brutes disponibles que nous avions rassemblées.

Dans l'élaboration du dossier pour la préparation du VIIIe Plan concernant l'incidence des conditions de travail sur la santé et les modes de vie, nous avons été amenés d'une part à constituer une documentation autour d'un certain nombre de thèmes privilégiés en raison des problèmes sociaux qu'ils posent dès à présent, et d'autre part à mener une démarche critique à l'égard des données statistiques existantes qui servent actuellement de référence.

La documentation réunie autour des thèmes retenus (1) comporte en particulier une synthèse des études qualitatives les plus marquantes, des données statistiques situant l'ampleur de la question ainsi que son évolution passée, des données législatives et conventionnelles, enfin des exemples d'aménagement ou des recommandations visant à améliorer la situation. Nous présenterons plus loin dans ce texte, de manière succincte, les principaux résultats de notre exploration.

Outre cette démarche de synthèse autour de problèmes dont l'importance risque de s'accentuer dans les prochaines années, il nous a paru nécessaire d'interroger les sources existantes avec le souci d'un éclairage possible, à partir des données disponibles, d'une politique de prévention professionnelle. Nous avons été ainsi conduits à procéder à une étude critique des statistiques existantes et à faire apparaître les limites de leur utilisation dans l'optique choisie. Le dernier volet de notre travail s'est efforcé de déterminer les conditions de développement d'une politique de prévention professionnelle et de proposer des actions à mettre en œuvre.

I. — LES LIMITES D'UTILISATION DES SOURCES EXISTANTES

Ce qui est apparu en premier lieu dans notre recherche de sources statistiques, c'est la carence des données au niveau national pour tenter de connaître les situations différentielles de la population salariée ou active à l'égard des différents types de pathologies ou de risques — ne serait-ce que de manière grossière et approximative, par catégories socioprofessionnelles ou par activités économiques.

(1) Ces thèmes concernent :
— le contrôle sanitaire et la prévention des accidents du travail chez les travailleurs précarisés;
— les effets du travail par équipes successives sur les comportements et la santé des travailleurs postés;
— l'organisation du travail et la santé mentale;
— les conditions du travail et le vieillissement;
— les conditions du travail et la maternité;
— le reclassement des handicapés physiques;
— l'absentéisme;
— les institutions concernant la protection sanitaire, la prévention des risques et l'amélioration des conditions de travail.

Les enquêtes annuelles du ministère de la Santé recensent dans les établissements hospitaliers publics les maladies diagnostiquées, mais les pathologies constatées sont traitées en soi, indépendamment des caractéristiques socioprofessionnelles des malades.

Un problème identique se pose pour certaines statistiques publiées par la Caisse nationale d'assurance maladie dont l'exploitation pourrait cependant présenter un intérêt certain pour l'objet qui nous intéresse dans la mesure où elles concernent la population salariée : les diagnostics effectués à l'occasion des examens de contrôle des salariés en longue maladie (art. L 293 du Code de Sécurité sociale) et des causes invalidantes constatées lors de l'admission en invalidité.

Les seules sources disponibles sur la situation différentielle des catégories socioprofessionnelles à l'égard de la mortalité et de la morbidité résultent d'une part de l'exploitation des données démographiques et des causes déclarées de décès établies lors des recensements de population et d'autre part des enquêtes pluri-annuelles auprès d'échantillons limités : soit de ménages dans l'enquête effectuée par le CREDOC et l'INSEE sur la consommation médicale des Français (la dernière date de 1970 ; la prochaine est prévue pour 1980), soit de médecins exerçant sur le mode libéral à l'initiative de l'Institut européen de documentation et de recherche sur les maladies (dernière enquête 1973).

Par contre, lorsque la mise en relation avec les caractéristiques sociologiques et professionnelles est réalisée (catégorie socioprofessionnelle, qualification, activité économique), les publications statistiques sont difficilement utilisables pour évaluer une évolution objective. Il en est ainsi pour les statistiques d'accidents du travail qui posent des problèmes d'interprétation importants lorsqu'on veut suivre d'une année sur l'autre leur évolution réelle aussi bien à travers les données brutes qu'à l'aide des indices de fréquence et de gravité établis par la CNAM.

Les statistiques d'accidents que publie la CNAM répondent en effet à une définition très restrictive que l'on a tendance à ignorer dans les commentaires courants qui en sont faits. Ne sont publiés en effet que les seuls accidents **déclarés,** qui ont donné lieu à un **arrêt d'un jour et plus au-delà du jour de l'accident du travail** et qui ont été **indemnisés au cours de l'exercice financier** sans s'être obligatoirement produits au cours de l'année.

Par suite, ces statistiques n'apportent qu'une connaissance partielle et déformée qui peut difficilement guider une politique de prévention et ceci pour un certain nombre de raisons fondamentales :

● Nous ne disposons d'aucune information sur les conditions dans lesquelles sont prises les décisions de déclaration des accidents et sur les conditions dans lesquelles ils donnent lieu ou non à arrêt et à indemnisation. Nous savons que de nombreux facteurs psychologiques, sociaux, économiques interviennent dans ces décisions qui sont souvent le résultat d'un enjeu complexe, mais nous ignorons tout de leur variation. Ce qui est considéré comme accident varie certainement selon les branches d'activité économique et la composition du personnel employé (qui peut avoir une incidence sur l'attitude à l'égard de la blessure). Des facteurs conjoncturels et aussi culturels interfèrent dans la demande en réparation. Un salarié peut hésiter à déclarer un accident, soit dans la crainte de perdre un emploi, soit dans l'éventualité de perdre des primes de sécurité, soit encore qu'il mesure mal les séquelles possibles de l'accident.

D'autre part, le nombre de jours indemnisés, qui donne des indications dans les statistiques de la CNAM sur le degré de gravité d'un accident peut varier avec la pression de la demande et la propension plus ou moins grande des médecins à la prendre en considération.

● Les accidents n'ayant jamais donné lieu à un arrêt — et dont le nombre est équivalent à celui des accidents avec arrêt — ne figurent pas dans les publications. Sur le plan de la prévention, ils exigent cependant d'être analysés, le degré de gravité d'un accident dépendant d'un facteur de hasard difficile à évaluer.

● Les taux de fréquence et de gravité que publie chaque année la CNAM ne peuvent servir d'indicateur pour suivre d'une année sur l'autre l'évolution du risque dans les divers secteurs ainsi que l'a démontré J. Wisniewski (2).

De nombreuses interférences affectent ces taux et indices qui traitent des accidents indemnisés au cours de l'exercice financier et non des accidents intervenus durant l'année de référence : les statistiques de la CNAM sont en effet des **statistiques de gestion** où interfèrent les variations de l'activité des caisses dans les délais de procédures et de comptabilisation (changement de personnel, grèves, retards dans les transmissions, interprétations divergentes des textes...) ainsi que l'évolution des comportements sociaux (accroissement de la demande en réparation ayant une incidence sur les taux de fréquence et de gravité) et les fluctuations économiques du nombre d'heures travaillées au cours de l'année.

● Étant des statistiques de gestion de la réparation, elles n'offrent que des éléments d'information insuffisants sur les caractéristiques professionnelles des accidentés, les circonstances de l'accident et le contexte de travail où l'accident s'est produit. Traiter « en soi » l'accident, abstraitement, indépendamment de son contexte, de ses caractéristiques concrètes et de celles de ses intervenants, ne peut être d'aucune utilité pour une politique de prévention qui s'attache à la recherche des causalités.

---

(2) « Taux et indices de fréquence et de gravité », J. Wisniewski, Cahiers des comités de prévention du B.T.P., mai 1979.

Les observations précédentes sur la valeur et les limites des données statistiques dont nous disposons pour tenter d'évaluer l'incidence des conditions de travail sur la santé de la population active, permettent de prendre conscience de la carence des connaissances en la matière. Une telle situation reflète la priorité accordée au plan national à la réparation dans le domaine de la pathologie professionnelle. Ce choix ne laisse la possibilité d'agir qu'après coup pour pallier les situations les plus criantes, d'agir sous la pression de l'opinion émue par les accidents graves ou l'extension brusque de certaines pathologies (mouvements sociaux autour de l'amiante, par exemple) ou bien encore à l'initiative de médecins du travail, d'inspecteurs du travail ou d'ingénieurs de la CNAM alertés par des problèmes locaux.

II. — LES ÉLÉMENTS DE CONNAISSANCE

Quels éléments de connaissance quant aux effets des conditions de travail sur la santé de la population active ou salariée peut-on extraire de ces différentes sources, compte tenu des réserves exprimées précédemment.

● Les accidents du travail.

On a observé depuis 1975 une baisse continue tant des accidents avec arrêt que des accidents graves et des décès :

	1975	1976	1977
AT avec arrêt.....	1 113 124	1 072 345	1 025 968
AT graves.....	118 996	116 650	112 146
Décès.....	1 986	1 907	1 709
Journées perdues par IT (en milliers).	30 792	29 920	28 497

Cette tendance ne peut toutefois être interprétée spontanément comme correspondant à une amélioration de la sécurité sur les lieux de travail. Comme le laissent apparaître les trois courbes ci-jointes calculées sur longue période, cette diminution est en relation pour une part importante mais qu'il n'est pas possible de préciser :

— avec la réduction du taux de croissance de la production (graphique I);

— avec la baisse de la durée du travail liée à l'évolution de la législation et aux accords contractuels (moindre temps d'exposition aux risques, moindre fatigue). Le graphique II corrobore l'existence d'une telle relation;

— avec l'évolution structurelle de la population où la part des effectifs ouvriers les plus exposés aux risques est en diminution constante. Ils représentaient en effet 66,4 % des salariés en 1955; 64,1 % en 1965; 56,4 % en 1975 pour les secteurs privés et semi-publics non agricoles (graphique III).

● Les maladies professionnelles.

Établies dans une optique de législation assurantielle, ces maladies désignent un nombre limité d'affections définies et fixées selon une codification précise des symptômes et des travaux exercés. Elles peuvent être prises en charge dans un délai, après la fin d'exposition au risque, qui limite la présomption d'origine. Ce tableau est évolutif. La déclaration de « maladies à caractère professionnel » auprès de l'inspection du travail, par tout médecin présumant une origine professionnelle aux pathologies qu'il est amené à constater, a pour but d'en faciliter la révision.

Les exemples sont nombreux de cas d'atteinte par des agents physiques ou des produits nocifs manipulés dans le travail, qui ne sont pas reconnus comme ayant une origine professionnelle parce qu'ils ne répondent pas strictement aux critères définis dans le tableau des maladies professionnelles.

De plus, les affections en relation avec le travail sont loin d'être toutes prises en compte parce qu'étant d'expression clinique banale en début d'affection ou même ultérieurement, il est difficile d'établir la preuve d'une liaison avec l'activité professionnelle. Tels sont par exemple les maux et ulcères gastro-intestinaux ou les troubles du sommeil chez les travailleurs en continu ou de nuit, les dépressions psychosomatiques dues au travail sous cadence, les bronchites chroniques ou l'asthme ayant pour origine la pollution professionnelle, certains cancers en relation avec des substances industrielles.

En 1976, 7 453 cas de maladies professionnelles étaient recensés **pour l'ensemble des régimes de sécurité sociale** (y compris la SNCF et le régime minier) ainsi que 774 cas de maladies à caractère professionnel. Parmi les maladies professionnelles 3 475 étaient des pneumoconioses (affections pulmonaires provoquées par l'inhalation de poussières métalliques ou minérales). Venaient ensuite les dermatoses (37 % des maladies professionnelles).

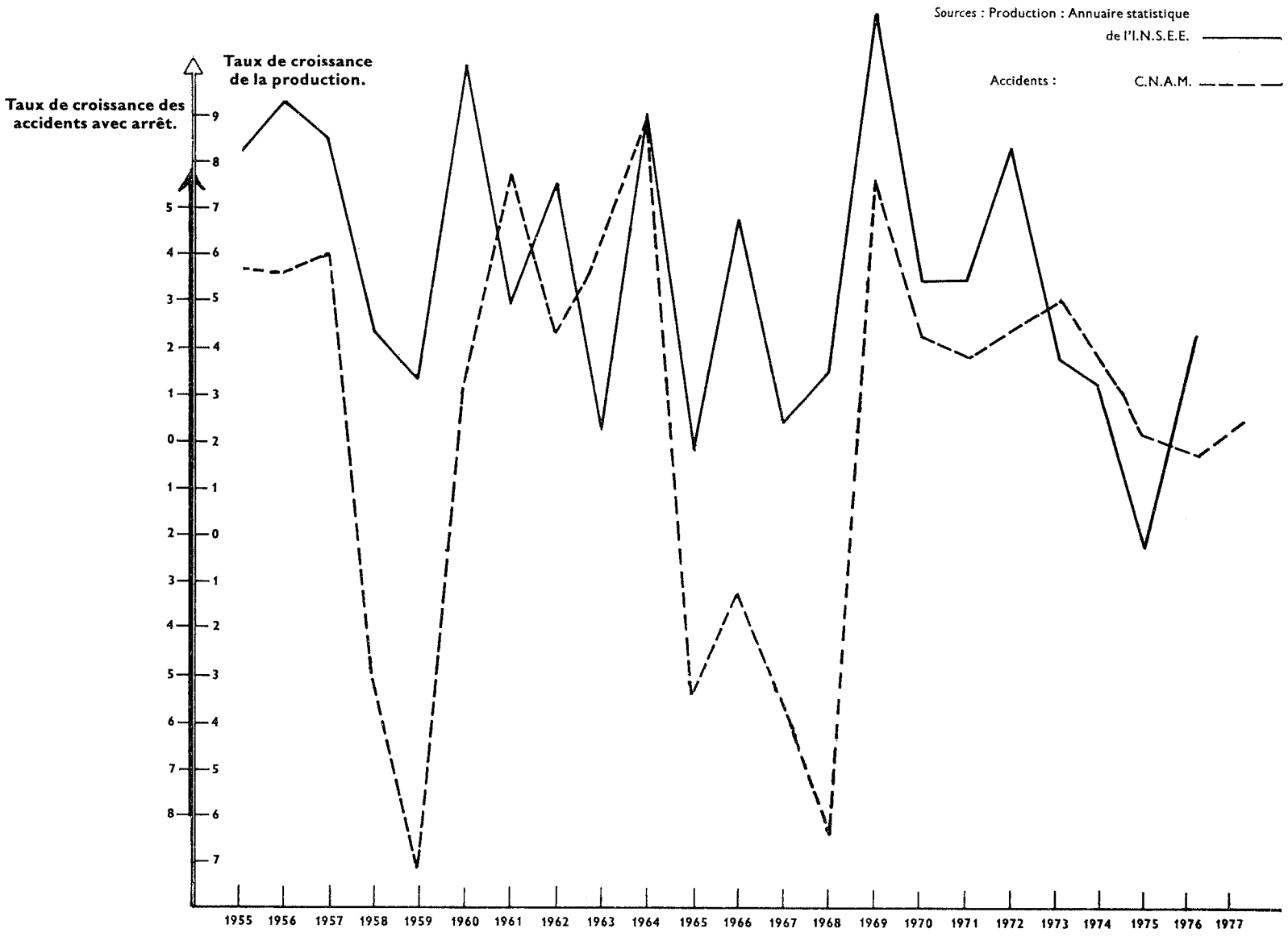
Ces deux types d'affections de la peau et des voies respiratoires constituaient également dans les déclarations de maladies à caractère professionnel les deux principaux types de pathologie signalés. Étaient par ailleurs en nette progression les hépatites virales (sept fois plus de cas qu'en 1968) et les affections causées par le bruit (trois fois plus en 1976 qu'en 1968).

Si l'on fait une analyse globale de l'évolution tous tableaux confondus depuis 1963 **pour le seul régime général,** on constate (tableau I) :

— que les maladies professionnelles donnent lieu de manière constante à la même proportion d'attribution de rentes d'incapacité permanente;

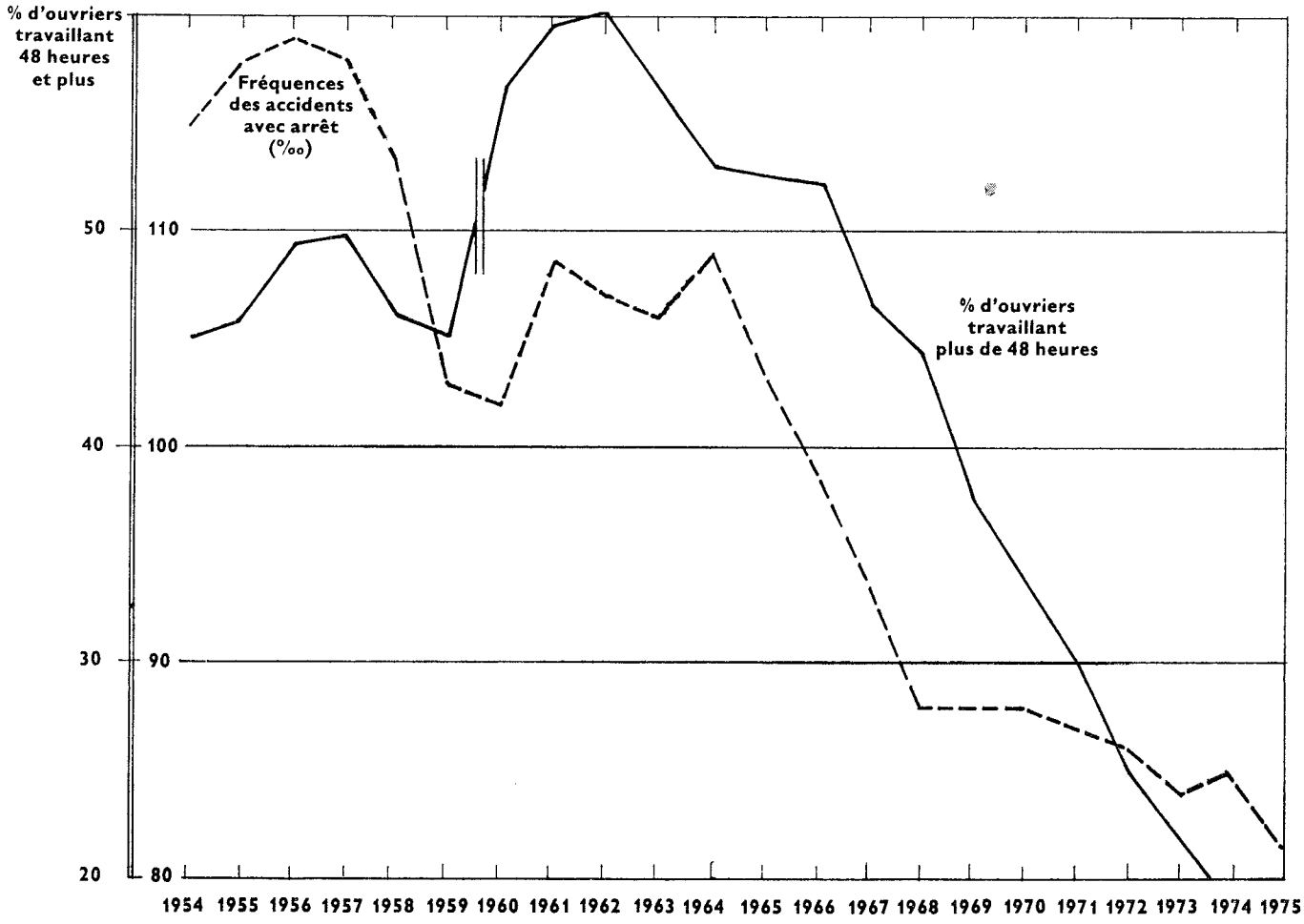
GRAPHIQUE I

Evolution comparée du taux de croissance de la production et du taux de croissance du nombre d'accidents.



GRAPHIQUE II

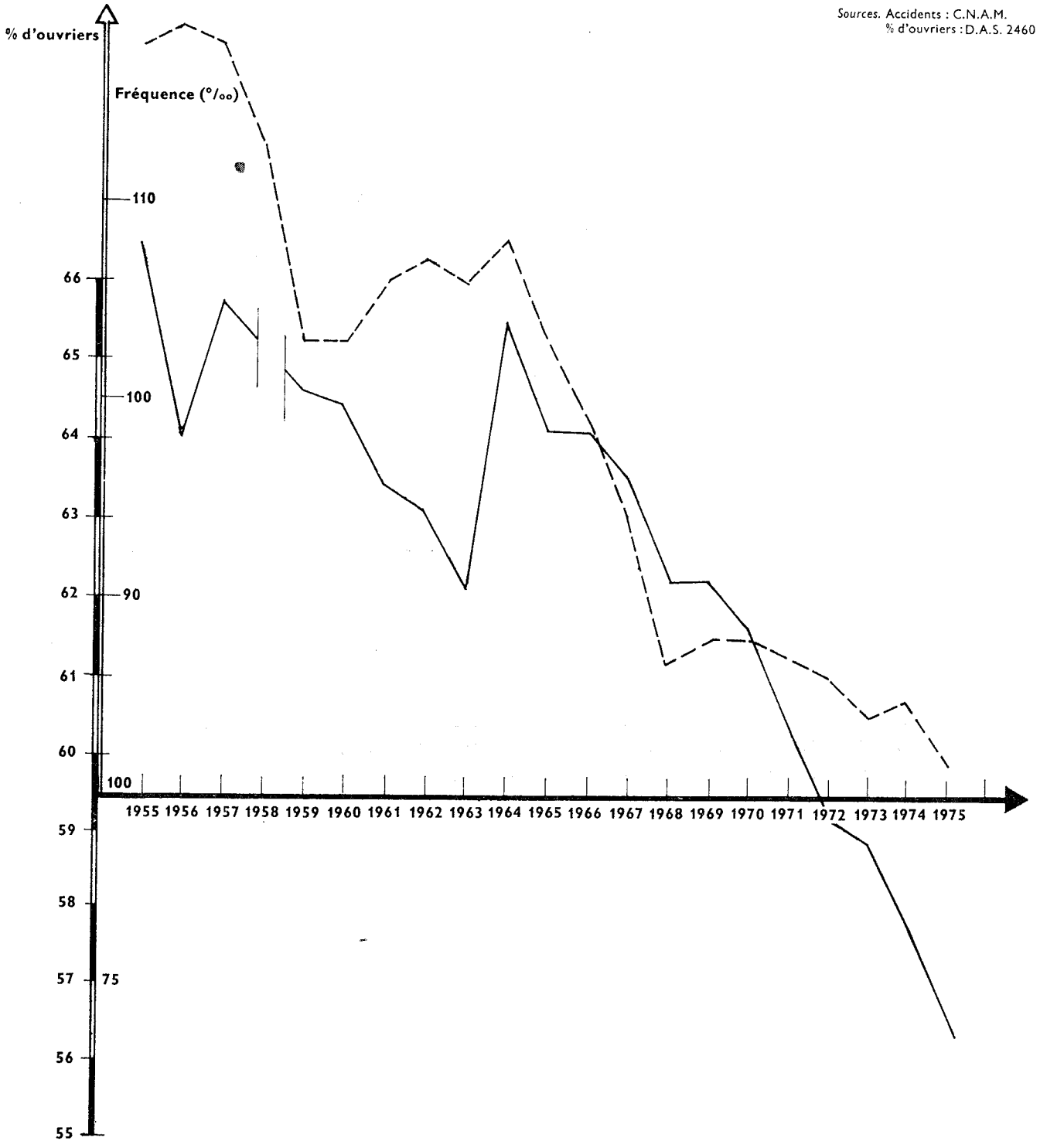
Evolution comparée de la fréquence des accidents avec arrêt et du pourcentage d'ouvriers travaillant plus de 48 heures.



Sources. Accidents : C.N.A.M.; % d'ouvriers travaillant plus de 48 heures : Ministère du travail et de la participation.

GRAPHIQUE III

Évolution comparée du pourcentage d'ouvriers dans la population salariée et de la fréquence des accidents avec arrêt.



Sources. Accidents : C.N.A.M.
% d'ouvriers : D.A.S. 2460

— que le taux moyen de ces rentes décroît régulièrement jusqu'en 1975 pour remonter brusquement en 1976 et 1977;

— qu'on ne peut dégager de tendance nette de croissance ou de décroissance du nombre de cas mortels avant attribution de rente.

On observe également que 90 % des cas de maladies professionnelles qui se sont avérés mortels avant attribution de rente, s'inscrivent dans le cadre de quelques tableaux où une amélioration de la prévention technique et de la surveillance médicale serait primordiale. Il s'agit des salariés exposés à la silicose, au benzolisme, aux rayons X, au saturnisme, à l'asbestose, aux amines aromatiques — auxquels viennent s'ajouter dans les tableaux plus récents l'hépatite virale, la sidérose et le chlorure de vinyle.

Enfin les 2/3 des maladies professionnelles recensées depuis 1963 sont le fait d'affections dermatologiques qui donnent lieu généralement à l'attribution de rentes dont les taux moyens fictifs d'incapacité professionnelle permanente sont faibles et généralement inférieurs à 10 %.

TABLEAU I

Évolution du nombre de maladies professionnelles constatées de 1968 à 1977

Nature des maladies professionnelles	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977
Nombre de maladies constatées.	4 124	4 061	3 972	4 349	4 330	4 580	4 658	4 579	4 703	4 111
Suite des maladies										
Nombre d'incapacités permanentes.	1 727	1 660	1 627	1 628	1 771	1 681	1 720	1 686	1 899	1 822
Nombre de décès (1). . . .	27	36	21	28	21	18	25	18	35	34
Nombre de journées perdues par incapacité temporaire.	277 061	320 462	321 952	342 674	340 430	330 541	355 451	363 182	350 156	291 478
Somme des taux d'incapacité permanente.	35 085	31 863	30 441	29 033	28 570	27 585	28 238	25 829	31 570	30 231

(1) Non compris les décès intervenus après attribution des rentes et qui s'élèvent pour les années 1976 et 1977, respectivement à 172 et 151. Pour les années antérieures, la statistique de ces décès n'a pas été établie.

Source : CNAM.

● **La pathologie générale et l'accès aux soins.**

Les types d'affections les plus fréquemment recensées dans les statistiques de maladies professionnelles, apparaissent être le fait des catégories ouvrières dans l'enquête réalisée par l'IDREM (3) en 1973 auprès de médecins exerçant sur le mode libéral. C'est une des rares enquêtes permettant un regroupement des diagnostics analysés par CSP.

Relativement à l'ensemble de la pathologie diagnostiquée (voir tableau II), les ouvriers y apparaissent plus touchés que la moyenne de l'ensemble des hommes actifs pour les traumatismes, les affections respiratoires, les maladies du système ostéo-articulaire, les affections de la peau. Ils le sont moins pour les maladies cardio-vasculaires (maladies de sédentaires). Ils ne sont pas à l'abri des troubles mentaux.

D'après les résultats de cette enquête comparée à celle du CREDOC sur la consommation médicale des Français, il semble que les catégories ouvrières aient recours moins souvent à la médecine libérale qu'à la médecine hospitalière. La dernière enquête sur ce thème réalisée en 1970-1971 par le CREDOC et l'INSEE et publiée en 1977 établit un certain nombre de points essentiels quant à l'accès différentiel aux soins qui résultent de l'analyse du nombre de ces consultations en médecine hospitalière ou privée et des dépenses médicales au cours d'une année. Il en ressort que parmi les actifs :

— se « soignent peu » les agriculteurs exploitants malgré la généralisation du régime agricole de sécurité sociale, et ensuite les ouvriers. Ceux-ci se soignent notamment beaucoup moins que les employés, catégorie au niveau de vie assez voisin;

(3) Institut Européen de Documentation et de Recherche sur les maladies.

TABLEAU II

Répartition comparée de l'ensemble des actifs hommes et des ouvriers hommes selon les diagnostics effectués

(Enquête effectuée par l'IDREM en 1973).

	Ensemble des actifs hommes	Ouvriers hommes
Affections respiratoires	16,9	17,3
Sénilité, symptômes, états mal définis	12,1	12,0
Traumatismes	8,6	14,5
Affections digestives (non compris la cirrhose)	8,9	8,3
Affections cardio-vasculaires	12,4	8,6
Affections de la peau	3,7	4,2
Maladies du système ostéomusculaire	7,5	8,9
Troubles mentaux (non compris alcoolisme)	6,1	4,6
Alcoolisme	1,3	2,2
Maladies de l'œil	3,1	2,4
Maladies du système nerveux	4,1	4,0
Maladies endocriniennes et métaboliques	4,7	3,3
Total (y compris autres maladies)	100,0	100,0
Nombre de diagnostics correspondant	37 473	13 613

Source : D'après un tableau publié dans « Statistiques et commentaires » de *Santé et Sécurité sociale*, n° 4 A, 1979.

— se « soignent le plus » les cadres supérieurs et les professions libérales. Ces couches bénéficient beaucoup plus que les autres de consultations de spécialistes (4).

Enfin, dernière source d'informations relatives à la pathologie générale, les données publiées par la CNAM sur les salariés en longue maladie et les admissions en invalidité font apparaître des éléments intéressants (tableaux III et IV).

TABLEAU III

Évolution des entrées en invalidité pour maladies mentales des assurés sociaux

Champ : France entière.

Année	Nombre d'entrées en invalidité pour troubles mentaux	% dans l'ensemble des entrées invalidantes
1960	3 415	12,1
1965	5 731	15,0
1970	9 062	21,7
1975	12 579	23,0
1976	14 368	25,9

Source : CNAM.

TABLEAU IV

Nombre de malades ayant fait l'objet de l'examen prévu à l'article L 293 du code de Sécurité sociale (1976) (Longues maladies)

Morbidités	Nombre d'assurés	%
C 27. Psychoses et troubles mentaux non psychotiques	79 539	16,1
1. Psychoses		
2. Névroses et troubles de la personnalité		
3. Alcoolisme		
4. Dépendance à l'égard des drogues.		
TOTAL GÉNÉRAL	494 274	100

Source : CNAM.

(4) Le recours aux soins dépend de la perception de la maladie par les individus. Cette perception est liée à la nature de la profession exercée (l'exercice d'une activité manuelle rend plus difficile la perception, l'identification des sensations morbides notamment lorsque apparaît un état de fatigue et surtout si la durée et l'intensité du travail sont dictées par un mode de rémunération; à l'inverse, lorsque l'importance du travail manuel décroît, l'attention portée au corps augmente) au niveau d'instruction et à la consommation médicale passée. Elle varie selon les groupes sociaux. Les maladies fonctionnelles se rencontrent surtout chez ceux qui sont les plus aptes à énoncer leurs sensations morbides (acquisition du vocabulaire et de la nosologie permettant de faire reconnaître leur maladie) [cf. Luc Boltanski, « Les usages sociaux du corps », *Annales*, janvier-février 1971].

En l'état actuel de faible élaboration des données, où ne sont distingués que les assurés et les ayants droit, on peut relever l'importance des troubles mentaux parmi les salariés relevant du régime général : on dénombre en effet pour l'année 1976, 79 500 assurés qui en sont atteints sur 494 000 assurés en longue maladie. L'évolution des taux d'admission pour cette même cause reflète une progression inquiétante puisque ces taux passent de 12 % en 1960 à 26 % en 1976 des entrées invalidantes. Il s'élève même à plus de 30 % dans de nombreuses régions (Nantes, Lyon, Marseille, Dijon, Clermont-Ferrand).

● **L'absentéisme.**

L'analyse de l'évolution de l'absentéisme à travers le nombre d'indemnités journalières versées par la Sécurité sociale (voir les graphiques IV, V, VI et le tableau V), et en particulier le nombre de jours d'absence par salarié révèle que contrairement aux idées reçues, l'absentéisme décroît depuis dix ans passant de 26,2 jours par salarié en 1967 à 22,7 en 1975.

Si l'on prend en compte uniquement les indemnités versées en raison de maladies qui peuvent être considérées dans certains cas comme source d'abus, la baisse est encore plus significative, le nombre moyen d'indemnités journalières pour maladie par salarié passant de 21,3 à 16,5 de 1967 à 1977.

TABLEAU V

Nombre d'indemnités journalières versées par la Sécurité sociale pour la période 1968-1978

(Millions de journées).

Années	Maladie a	Maladie (– de 3 mois) d	Maternité b	Accidents du travail c	Total $(a+b+c)$	Nombre de salariés	$\frac{a}{c}$	$\frac{d}{c}$	$\frac{a+b+c}{c}$
1968.....	225,3	96	22	34,5	281,8	11,7	19,3	8,2	24,1
1969.....	216,1	100,9	23	35,5	274,6	12,3	17,6	8,2	22,3
1970.....	215,7	106,5	25,8	36,1	277,6	12,6	17,1	8,5	22,0
1971.....	211,4	107,3	29,2	36,6	277,2	12,8	16,5	8,4	21,7
1972.....	219,6	113,9	30,2	36,6	286,4	13,1	16,8	8,7	21,9
1973.....	224,3	121,3	31,3	38,2	293,8	13,5	16,6	9,0	21,8
1974.....	227,4	123,2	30,5	39,7	297,6	13,6	16,7	9,1	21,9
1975.....	238,5	132,1	29,8	40	308,3	13,6	17,5	9,7	22,7
1976.....	230,9	128,4	29,5	37,9	298,3	13,6	17,0	9,4	21,9
1977.....	223,4	125	31,2	37,4	292,0	13,7	16,3	9,1	21,3
1978.....	224,5	129	32,9	37,5	294,9	13,7	16,4	9,4	21,5

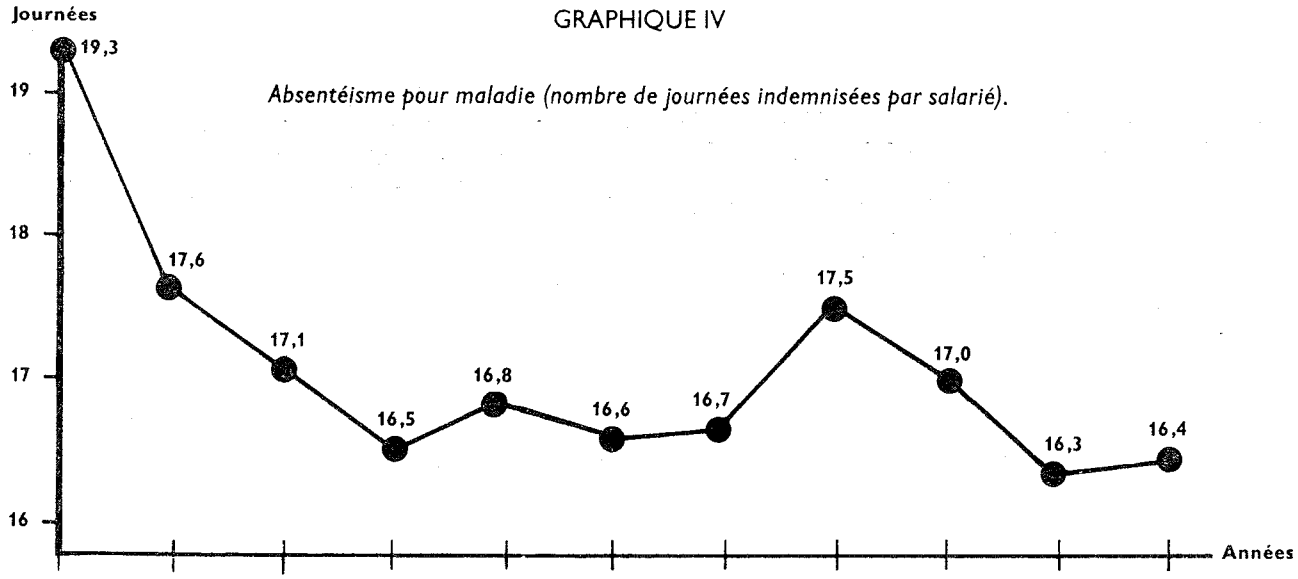
Source : Caisse nationale d'assurance maladie.

Il convient de noter toutefois que les arrêts de travail de courte durée ne sont pas enregistrés et qu'ils constituent une part non négligeable des arrêts de travail dont les effets sur la désorganisation de la production sont d'autant plus importants que l'entreprise a atteint un haut degré capitalistique. Cette forme d'absentéisme prend alors un sens nouveau qu'il convient de décrypter suivant les entreprises : forme volontaire et sauvage de réduction de la durée du travail, « soupape de sécurité » permettant de retrouver un équilibre et de reprendre le travail comme le laissent apparaître certaines études (5).

(5) Le chapitre « Craquer-tenir » dans *Vécu des conditions de travail et santé mentale*, Adres 1978, recherche réalisée sous la direction du Dr Pollack et de D. Sabourin.

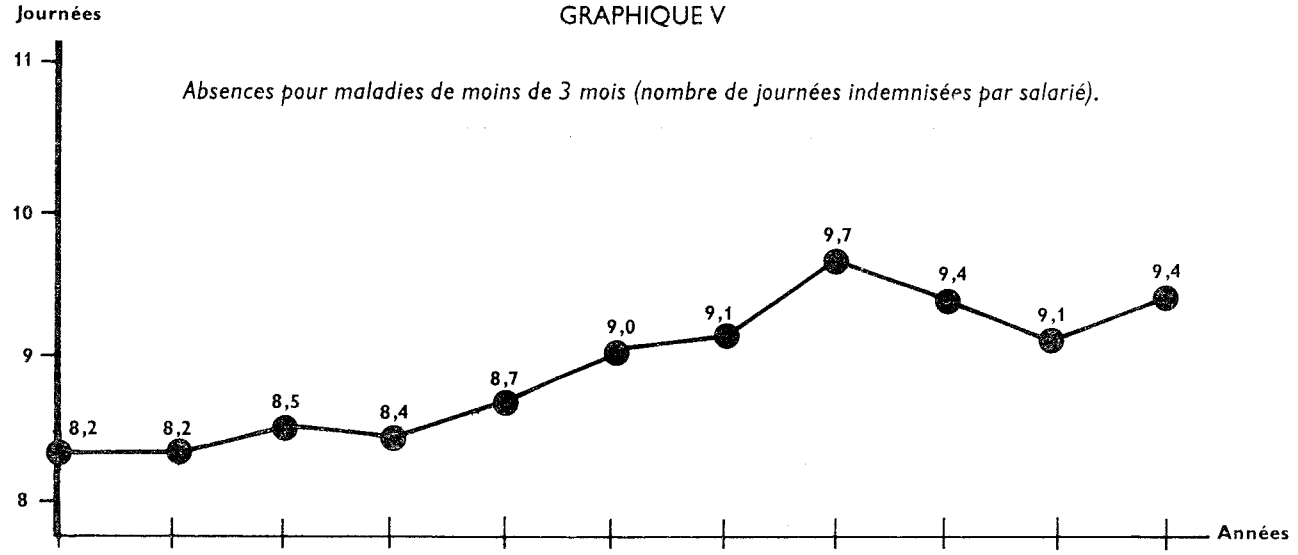
GRAPHIQUE IV

Absentéisme pour maladie (nombre de journées indemnisées par salarié).



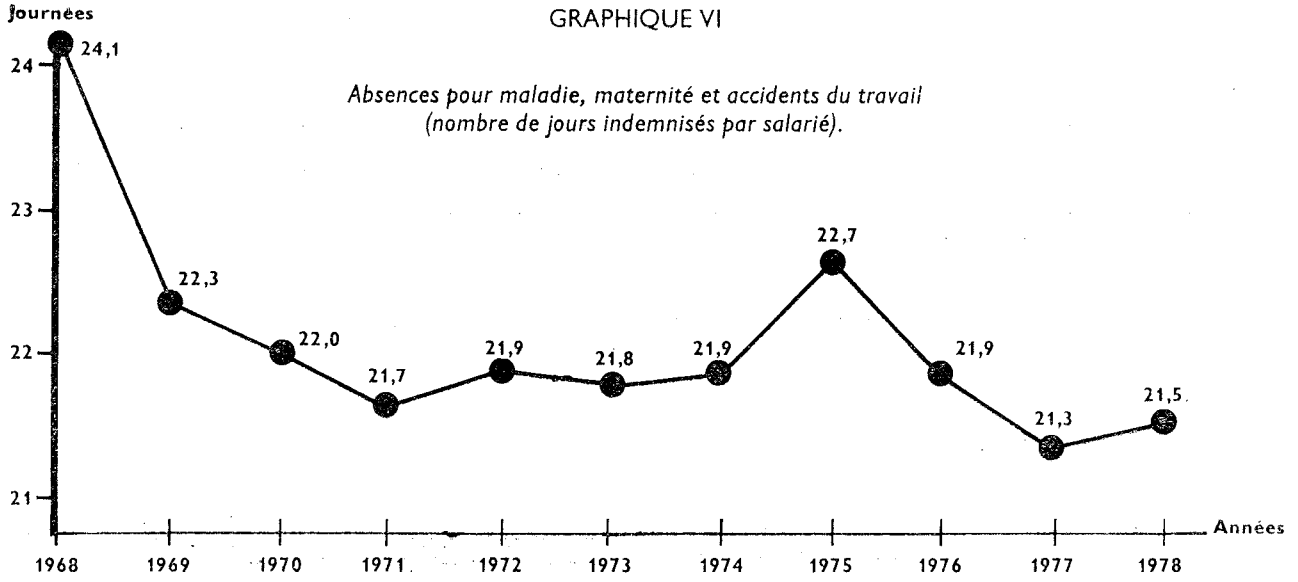
GRAPHIQUE V

Absences pour maladies de moins de 3 mois (nombre de journées indemnisées par salarié).



GRAPHIQUE VI

Absences pour maladie, maternité et accidents du travail (nombre de jours indemnisés par salarié).



• La mortalité.

Outre ces informations sur la morbidité de la population salariée, des données plus connues sur la mortalité par CSP résultant de l'exploitation des données démographiques (et des causes de décès déclarées) établies lors des recensements, ont été réactualisées en 1977 par l'INSEE (6).

Autour des années 1969-1970, l'écart entre les quotients moyens de mortalité pour les hommes de 45 à 54 ans s'est encore accusé depuis la précédente décennie : il est 3,4 fois plus élevé chez les manœuvres que chez les instituteurs (+ 0,4 %).

Par causes de décès déclarées (tableau VI), il est 6 fois plus élevé dans les décès par accidents, 10 à 13 fois plus dans les décès par alcoolisme et par tuberculose chez les manœuvres que pour les couches sociales à activité intellectuelle (instituteurs, cadres supérieurs et professions libérales).

Les morts par cancer se sont accrues pour toutes les couches de la population depuis les années 1955-1960. Mais elles touchent 2 fois plus souvent les ouvriers qualifiés que les cadres supérieurs et professions libérales, les OS, et les manœuvres ayant un quotient de mortalité par cancer plus élevé encore.

Les maladies cardiaques touchent moins inégalement toutes les couches de la population, l'écart étant plus faible entre les catégories extrêmes.

Le quotient de mortalité par suicide des manœuvres et salariés agricoles s'élève également à plus du double de la moyenne nationale. Ces catégories sont plus que d'autres en situation d'isolement social.

Il existe une surmortalité des hommes par rapport aux femmes qui pourtant, lorsqu'elles travaillent, subissent la même règle que les hommes selon leur CSP : celles qui sont manœuvres ou OS ont une moindre espérance de vie.

Telles sont les quelques indications que l'on peut dégager des données actuellement disponibles. Si de nombreuses variables autres que professionnelles jouent sans aucun doute un rôle non négligeable : sensibilité individuelle à certaines substances, influence culturelle et attitude à l'égard des soins, etc., il est non moins vraisemblable qu'une part importante de la morbidité et de la mortalité différentielle a des causes professionnelles non reconnues jusqu'à présent du fait que de nombreuses maladies se traduisent par des symptômes communs.

(6) Guy Desplanques, « La mortalité des adultes suivant le milieu social 1955-1971 », *Les Collections de l'INSEE*, D 44.

TABLEAU VI

Quotients de mortalité annuels pour les hommes âgés de 45 à 54 ans par catégorie socio-professionnelle selon la cause de décès (1966-1971)

Pour 100 000.

Catégorie socio-professionnelle	Maladies cardiaques	Cancers	Suicides	Accidents	Tuberculose	Alcoolisme et cirrhoses du foie	Autres causes, causes non déclarées ou non déterminées Total	Total
00. Agriculteurs exploitants	159,2	180,5	72,2	104,5	14,5	87,4	154,6	773
10. Salariés agricoles	156,8	210,8	98,1	236,4	19,9	132,0	191,0	1 045
29. Artisans et commerçants	181,4	195,9	41,2	91,7	12,0	91,9	166,8	781
39. Cadres supérieurs, professions libérales	132,3	127,1	18,7	66,4	3,9	20,8	106,8	476
42. Instituteurs	124,7	109,4	16,7	47,4	2,8	28,6	95,5	425
43. Techniciens	158,3	174,7	21,5	62,8	7,8	36,6	143,4	605
44-45. Cadres moyens	171,3	171,1	24,9	71,4	9,3	41,6	150,6	640
51-52. Employés	168,3	222,9	27,3	81,6	10,3	88,2	185,4	734
60-61-62. Ouvriers qualifiés, contremaîtres	160,3	253,7	38,2	126,7	16,0	100,3	185,8	881
63-64. Ouvriers spécialisés	173,2	274,6	49,3	156,4	14,9	128,2	203,3	1 000
68. Manœuvres	183,6	291,9	93,7	290,5	36,7	227,2	319,3	1 443
81. Clergé	153,1	105,4	8,7	85,2	10,1	11,6	142,9	517
France entière	**177,0**	**221,6**	**43,55**	**117,2**	**23,4**	**114,1**	**217,2**	**914**

Source : « La mortalité des adultes suivant le milieu social 1955-1971 », *Les Collections de l'INSEE*, D 44.

0 254146 P 09

III. — LES PROBLÈMES SOCIAUX LES PLUS IMPORTANTS QUI RISQUENT DE SE POSER EN MATIÈRE DE PRÉVENTION DANS LES ANNÉES A VENIR.

En dehors de l'exploitation des statistiques concernant le rapport travail-santé, nous avons été amenés à rassembler des données plus étoffées et plus qualitatives autour d'un certain nombre de thèmes intéressants :

— soit de très larges couches de la population: organisation du travail et santé mentale, conditions de travail et vieillissement, absentéisme;

— soit des catégories plus particulières mais qui posent toutefois des problèmes massifs : travailleurs postés ou de nuit, travailleurs précarisés, femmes salariées enceintes, handicapés.

Dans cette note de présentation générale, nous ne ferons que rappeler brièvement les principaux résultats de notre exploration.

• Conditions de travail et santé mentale.

L'existence de troubles mentaux ayant pour origine la situation de travail est discutée. Il est en effet difficile de faire le partage entre les troubles qui procèdent des conditions d'exercice des emplois, et ceux qui émanent de la structure de la personnalité. Il est toutefois des conduites pathologiques, des désadaptations dont les liens avec les conditions de travail sont réels.

1. Celles où l'origine professionnelle des troubles comportementaux est la mieux établie concernent le travail répétitif sous cadence, qu'il s'agisse des emplois taylorisés de l'industrie ou du tertiaire. La fatigue nerveuse et mentale y revêt l'ampleur d'un phénomène de masse. Elle est souvent contenue au prix d'efforts douloureux et cachés. Les salariés qui poursuivent leur travail étant souvent hantés par la crainte de devoir s'arrêter et de ne plus pouvoir reprendre le rythme exigé. Cette fatigue nerveuse peut mener au surmenage et à l'épuisement psychosomatique. Ses effets retentissent sur l'ensemble de la vie personnelle, familiale et sociale. Nous avons, dans le dossier, fait une synthèse et donné des extraits des principales recherches réalisées récemment sur cette question. Elles révèlent la nécessité, lorsque l'on étudie les incidences des conditions de travail sur la santé de procéder à une analyse coordonnée de leurs conséquences physiologiques, psychologiques et psychosociologiques sur l'ensemble de la vie dans et hors travail des sujets qui y sont soumis.

L'enquête complémentaire à l'enquête « Emploi » d'octobre 1978 sur les conditions de travail menée auprès d'un échantillon représentatif des salariés, permet de mesurer l'ampleur de ce problème :

— 5,9 % des salariés ont déclaré avoir un rythme de travail imposé par la cadence automatique d'une machine (soit plus de 1 million de personnes sur 17,5 millions de salariés);

— 2,8 % avoir un rythme de travail imposé par le déplacement automatique d'un produit ou d'une pièce (soit environ 390 000 personnes);

— 20,6 % avoir un rythme de travail imposé par des normes de production ou des délais à respecter (en 1 heure ou en 1 journée) — soit 3 600 000 personnes (7).

Nous citons ces chiffres à titre indicatif; ce sont les premières données qui ressortent de l'enquête (voir tableaux VII, VIII et IX).

(7) L'enquête pouvait donner plusieurs réponses à la question concernant les contraintes de rythme.

TABLEAU VII

Proportion de salariés ayant un rythme de travail imposé par la cadence automatique d'une machine

Dans l'ensemble des salariés	5,9 %	Hommes	6,5 %	Femmes	4,9 %
Parmi les ouvriers qualifiés	8,8 %	Hommes	8,5 %	Femmes	11,2 %
Parmi les ouvriers spécialisés	18,1 %	Hommes	14,8 %	Femmes	25,7 %
Parmi les manœuvres	12,9 %	Hommes	16,4 %	Femmes	8,7 %

Parmi les 5,9 % (de l'ensemble des salariés) qui ont indiqué cette contrainte, 1,6 % font en même temps partie des salariés ayant déclaré « travailler à la chaîne ». Restent donc 4,3 % (de l'ensemble des salariés) qui ont cette contrainte mais ne travaillent pas « à la chaîne ».

Source : Enquête « Emploi », octobre 1978, ASRW 5 et 6.

TABLEAUX VIII ET IX

Proportion de salariés ayant un rythme de travail imposé par le déplacement automatique d'un produit ou d'une pièce

Dans l'ensemble des salariés	2,8 %	Hommes	2,5 %	Femmes	2,7 %
Parmi les ouvriers qualifiés	3,9 %	Hommes	3,6 %	Femmes	6,3 %
Parmi les ouvriers spécialisés	10,0 %	Hommes	7,1 %	Femmes	16,5 %
Parmi les manœuvres	6,7 %	Hommes	7,9 %	Femmes	5,2 %

Parmi les 2,8 % de l'ensemble des salariés qui ont indiqué cette contrainte, 1,5 % font en même temps partie des salariés ayant déclaré « travailler à la chaîne ». Reste donc 1,3 % (de l'ensemble des salariés) qui ont cette contrainte mais ne travaillent pas « à la chaîne ».

Source : Enquête « Emploi », octobre 1978, ASRW 3 et 4.

Proportion de salariés ayant un rythme de travail imposé par des normes de production, ou des délais à respecter (en une heure, ou une journée)

Dans l'ensemble des salariés	20,6 %	Hommes	23,3 %	Femmes	16,5 %
Parmi les ingénieurs	24,2 %	Hommes	24,1 %	Femmes	(24,5 %)
Parmi les techniciens	24,5 %	Hommes	24,0 %	Femmes	27,2 %
Parmi les contremaîtres	33,8 %	Hommes	33,4 %	Femmes	(41,1 %)
Parmi les ouvriers qualifiés	34,0 %	Hommes	33,5 %	Femmes	37,1 %
Parmi les ouvriers spécialisés	31,9 %	Hommes	27,3 %	Femmes	42,6 %
Parmi les manœuvres	23,6 %	Hommes	23,7 %	Femmes	23,6 %

Source : Enquête « Emploi », octobre 1978, ASRW 11.

2. Cependant le problème que pose la santé mentale en rapport avec le travail ne se limite pas aux situations de travail sous cadence. La charge de travail telle qu'elle est vécue par les salariés comprend outre les contraintes d'activités physique et intellectuelle pour la réalisation d'une tâche, les dimensions affectives qui ont été jusqu'ici généralement négligées et qui peuvent être traduites par les termes de motivation/satisfaction, désir/frustration, angoisse/insécurité, agressivité/hiérarchie, relations interindividuelles/vie de groupe, autonomie/responsabilité... Charges physique et mentale peuvent être plus ou moins bien tolérées suivant les satisfactions ou insatisfactions que les salariés retirent de leur travail. Or, une grande majorité d'emplois d'exécution est dépouillée de toute possibilité d'accomplissement personnel et aussi d'échanges interpersonnels en cours de réalisation d'un travail (29,6 % des salariés dans l'enquête « Emploi » d'octobre 1978 disent avoir un empêchement quelconque pour parler avec leurs collègues de travail en raison du bruit élevé, poste isolé, interdiction de parler, port de protection, ou autres exigences de travail (voir tableaux X et XI).

Il peut, par suite, s'établir un équilibre économique coûteux pour les individus, où insatisfaction et frustration conduisent à un état de tension interne élevé qui peut aboutir à des symptômes psychosomatiques et psychiatriques ou bien des comportements qui désorganisent la production (arrêts de travail intempestifs, débrayages et conflits, sabotage, turn over).

TABLEAU X

Proportion de salariés ayant un empêchement quelconque pour parler avec des collègues de travail (dans chaque catégorie)

(bruit trop élevé, ou poste isolé, ou interdiction de parler, ou port de protections, ou exigences du travail, ou autres raisons)

	Tous sexes	Hommes	Femmes
	%	%	%
10. Salariés agricoles	22,1	25,0	(9,0) *
32. Professeurs, professions littéraires et scientifiques	28,0	26,2	30,1
33. Ingénieurs	10,2	9,7	(18,0)
34. Cadres administratifs supérieurs	8,7	9,3	(5,9.)
41. Instituteurs, professions intellectuelles diverses	34,4	30,9	36,5
42. Services médicaux et sociaux	9,2	(9,2)	9,1
43. Techniciens	20,1	19,0	(21,5)
44. Cadres administratifs moyens	14,1	16,3	11,8
51. Employés de bureau	17,8	17,1	18,2
53. Employés de commerce	16,2	17,7	15,3
60. Contremaîtres	37,3	37,8	(28,9)
61. Ouvriers qualifiés	43,0	42,1	45,2
63. Ouvriers spécialisés	51,7	48,9	58,1
68. Manœuvres	38,3	39,4	36,9
70. Gens de maison	35,2	(31,8)	35,3
71. Femmes de ménage	42,5	(–)	42,7
72. Autres personnels de service	13,9	19,2	12,0
82. Armée et police	21,3	20,5	41,6
Toutes catégories	29,6	31,7	26,5

* Dans ce tableau, ainsi que dans les suivants, les pourcentages entre parenthèses correspondent à des effectifs trop peu nombreux pour que leur ventilation soit significative.

Source : Enquête « Emploi », octobre 1978.

TABLEAU XI

Proportion des salariés ayant déclaré ne pas pouvoir entendre quelqu'un qui leur adresse la parole quand ils travaillent

Dans l'ensemble des salariés	3,5 %	Hommes	4,7 %	Femmes	1,8 %
Parmi les salariés agricoles	7,5 %	Hommes	9,2 %	Femmes	(–)
Parmi les contremaîtres	5,3 %	Hommes	5,5 %	Femmes	(3,2 %)
Parmi les ouvriers qualifiés	6,5 %	Hommes	6,9 %	Femmes	2,9 %
Parmi les ouvriers spécialisés	9,1 %	Hommes	9,2 %	Femmes	8,8 %
Parmi les manœuvres	5,6 %	Hommes	7,1 %	Femmes	3,8 %

Au sein de ces 3,5 % de salariés, 2,7 % ont de surcroît déclaré subir de temps en temps des bruits très forts ou très aigus; cette proportion atteint 4,1 % (sur 5,3) chez les contremaîtres, 5,4 % (sur 6,5) chez les OQ, 6,6 % (sur 9,1) chez les OS, et 4,1 % (sur 5,5) chez les manœuvres.

Source : Enquête « Emploi », 1978.

● **Conditions de travail et vieillissement.**

Du fait de la division du travail et de la parcellisation des tâches, les emplois mettant en jeu une activité mentale globale, ou un effort musculaire de tout l'organisme ont tendance à disparaître pour être remplacés par des postes où l'effort physique ou sensoriel a changé de nature dans la mesure où il met en jeu des groupes musculaires limités mais aussi dans la mesure où l'activité mentale se trouve restreinte à la surveillance du contexte étroit de réalisation de ces tâches. La pauvreté du contexte et des tâches peut être à l'origine d'une sclérose des capacités. Par ailleurs, le stress provoqué par les cadences trop intensives induit souvent une accélération du vieillissement.

Les exigences de la production sont parfois telles qu'elles rendent inaptes au maintien dans le poste dès le début du vieillissement des seules fonctions nécessaires à l'accomplissement de la tâche. Or chaque fonction physiologique ou mentale a son rythme d'involution : celui des fonctions visuelles commence très tôt, la force musculaire décline à partir de 30 ans, les tâches rapides et rythmées causent d'importantes difficultés dès l'âge de 50 ans, le travail posté est plus difficilement supporté à partir de 40 ans. La mémoire instantanée se restreint très rapidement avec l'âge dans les tâches complexes. L'âge conserve la rétention des connaissances et de l'expérience, mais altère les possibilités d'apprentissage. La capacité de progrès est conservée mais nécessite plus de temps pour obtenir la compréhension.

Ces phénomènes de vieillissement expliquent pour une bonne part la répartition différentielle par âges des actifs selon les CSP : les ouvriers commencent et terminent plus tôt leur vie professionnelle, l'accès et le retrait de la vie active des autres groupes se trouvent décalés dans le temps, suivant la hiérarchie socioprofessionnelle.

Il serait intéressant de mener des recherches plus fines par activités économiques et par niveaux de qualification. On sait déjà, d'après des études monographiques, que l'éviction des emplois à 40 - 50 ans est fréquente dans la sidérurgie et la construction automobile; la limite d'âge d'embauche est généralement de 30 ans pour les postes d'OS dans l'industrie électronique et le textile, enfin dans la confection les ouvrières de 25 ans assurent en majorité une production moindre qu'à 20 ans, de l'ordre de 15 %.

● **Le travail par équipes successives et le travail de nuit.**

On sait aujourd'hui que les possibilités d'adaptation des individus au travail posté ou au travail de nuit sont déterminées par l'accord qui peut s'établir entre leurs attentes, les données physiologiques et psychologiques dont ils sont tributaires, et leurs conditions de vie. S'ils ont la possibilité de s'appuyer sur les éléments positifs de leurs possibilités physiologiques et de leur situation pour réaliser leur projet, le travail par équipe ou de nuit peut être bien toléré. Sinon, la situation est pour eux intolérable.

On estime actuellement qu'il existe un risque pathologique réel pour une frange importante des travailleurs postés — environ 20 % selon le séminaire de Médecine de novembre 1976 qui s'est tenu à Toulouse-Rangueil.

Les études de physiologie inspirées par l'approche chronobiologique ont montré qu'en situation normale l'organisation temporelle relative des différents rythmes biologiques fait que globalement l'être humain n'est en situation favorable pour accomplir des tâches exigeant attention, vigilance, organisation psychomotrice complexe, qu'un certain nombre d'heures diurnes en vingt-quatre heures. Les tâches à dominante de charge physique sont mieux tolérées que celles à charge mentale dans le travail de nuit, alternant ou en poste fixe.

La souplesse d'adaptation est très variable d'un individu à l'autre et l'âge réduit progressivement cette capacité.

La nature des troubles pathologiques constatés semble bien établie. Les effets de la désorganisation temporelle sur la vie personnelle et sociale sont également reconnus. (Nous renvoyons au dossier pour plus de détails.)

Quelles sont les données récentes apportées par les enquêtes quant à l'ampleur de ce mode d'organisation temporelle du travail. Nous disposons maintenant de deux sources :

● Dans l'enquête du ministère du Travail sur l'activité et les conditions d'emploi de la main-d'œuvre réalisée régulièrement depuis 1957 auprès d'entreprises de 10 salariés et plus, on constate qu'après s'être développé de manière constante jusqu'en 1974, le travail posté a diminué en 1977. Cette diminution concerne aussi bien le nombre d'établissements qui y ont recours (9,7 % en 1974 — 7,4 en 1977) que le nombre d'ouvriers concernés (de 21,9 % en 1974, le pourcentage passe à 20,4 en 1977). Voir le graphique VII.

Le pourcentage d'ouvriers en équipes baisse de 1 à 2 % dans la majorité des secteurs — plus particulièrement dans l'extraction de minerais divers, l'industrie du verre, la fabrication d'instruments de précision, d'optique, l'imprimerie et l'édition (+ 4 % de baisse). Il continue par contre à augmenter sensiblement dans l'industrie du caoutchouc (+ 12,6 %), le pétrole (+ 4,6 %) et l'industrie des produits alimentaires, boissons et tabac (+ 2,3 %).

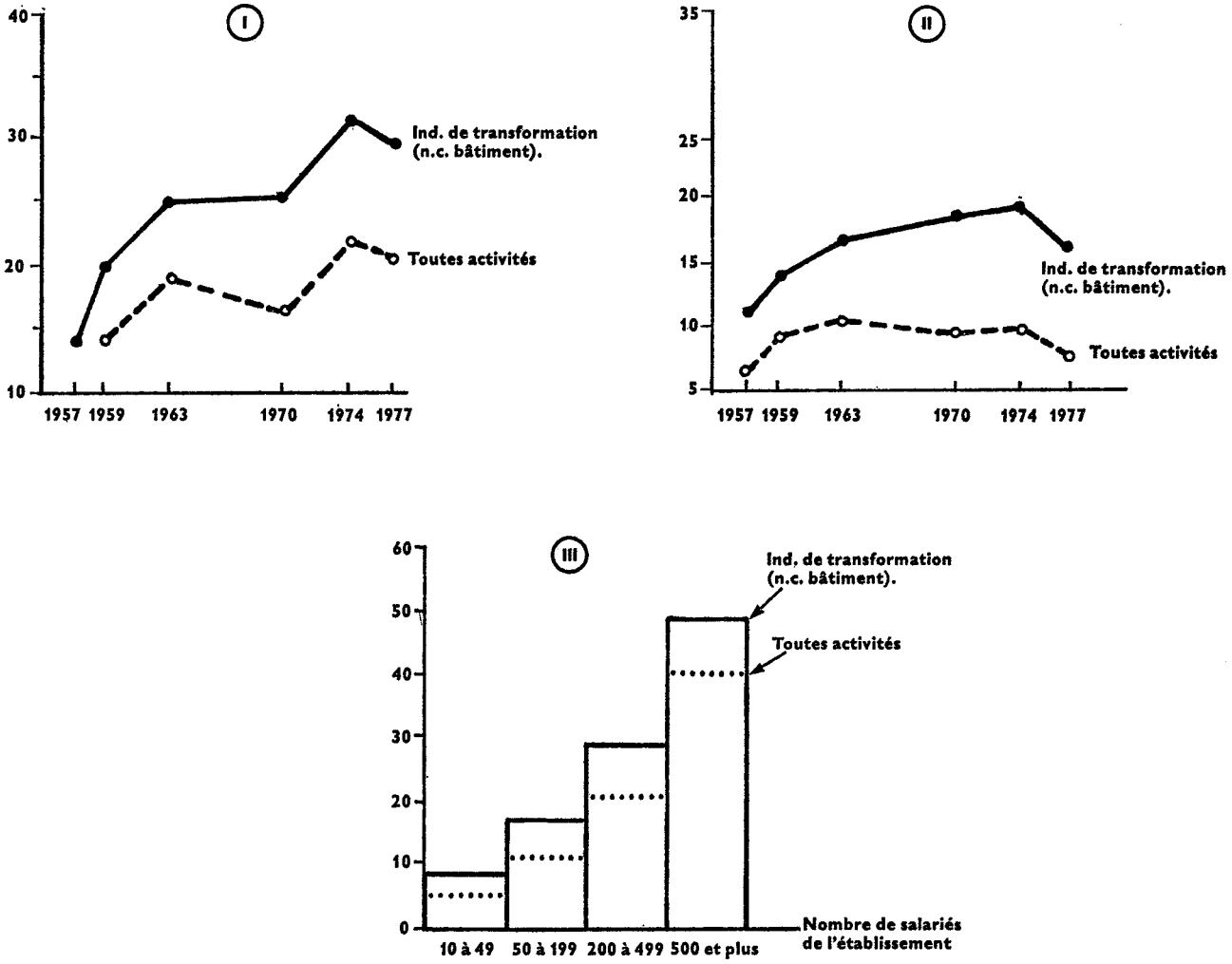
● A partir de l'enquête complémentaire à l'enquête « Emploi » qui permet d'évaluer le travail posté dans les diverses catégories de salariés (tableau XII) on relève une proportion de :

— 5,2 % des salariés travaillant en 2 × 8 (920 000 personnes);

— 2,9 % en 3 × 8 ou plus (soit environ 500 000 personnes).

GRAPHIQUE VII

Travail par équipes successives.



Evolution du travail en équipes de 1957 à 1977.
I - Pourcentage d'ouvriers travaillant en équipes.
II - Pourcentage d'établissements qui utilisent le travail en équipes.
III - Proportion d'ouvriers en équipes en fonction de la taille de l'établissement en 1977.

Source : Ministère du Travail et de la Participation: Supplément à l'enquête sur l'activité et les conditions d'emploi de la main-d'œuvre.

TABLEAU XII

Répartition des salariés selon le type d'horaire de travail par groupe socio-professionnel et sexe

Source : Enquête « Emploi », 1978.

Groupe socio-professionnel	Même horaire tous les jours	Alternant 2 × 8	Alternant 3 × 8 et plus	Différent selon les jours et fixé par l'entreprise	Horaire type à la carte	libre	Total y. c. non déclarés	Effectifs correspondants
							%	(milliers)
1. Salariés agricoles :								
Hommes	73,7	0,5	0,0	14,5	0,4	12,1	100,0	235
Femmes	(57,3)	(0,0)	(0,0)	(28,3)	(1,9)	(7,5)	100,0	51
Total	70,8	0,4	0,0	14,5	0,7	11,2	100,0	286
3. Cadres supérieurs :								
Hommes	45,7	0,3	0,1	17,8	3,3	32,0	100,0	1 230
Femmes	38,7	0,8	0,0	42,6	3,0	14,1	100,0	371
Total	44,1	0,4	0,1	23,7	3,2	27,8	100,0	1 601
4. Cadres moyens :								
Hommes	59,1	1,7	1,2	14,5	4,0	18,7	100,0	1 602
Femmes	63,8	2,8	1,0	20,6	4,7	6,5	100,0	1 382
Total	61,3	2,2	1,1	17,3	4,4	13,1	100,0	2 984
dont :								
42. Services médicaux et sociaux :								
Hommes	(38,4)	(4,8)	(9,5)	(26,6)	(0,0)	(20,6)	100,0	60
Femmes	42,4	9,2	5,1	31,6	1,5	9,8	100,0	251
Total	41,7	8,4	5,9	30,6	1,2	11,9	100,0	311
5. Employés :								
Hommes	68,8	3,1	2,4	11,1	4,4	9,3	100,0	1 233
Femmes	77,1	1,5	0,1	9,9	6,6	4,4	100,0	2 436
Total	74,2	2,0	0,9	10,3	5,9	6,1	100,0	3 579
dont :								
51. Employés de bureau :								
Hommes	74,7	3,8	3,1	9,7	5,2	3,0	100,0	935
Femmes	78,2	1,4	0,2	7,8	8,0	4,1	100,0	1 899
Total	77,0	2,2	1,1	8,4	7,1	3,8	100,0	2 834
53. Employés de commerce :								
Hommes	50,2	1,0	0,3	15,6	2,0	29,3	100,0	298
Femmes	72,4	1,9	0,0	18,9	0,7	5,7	100,0	447
Total	63,5	1,6	0,1	17,6	1,2	15,1	100,0	745
6. Ouvriers :								
Hommes	67,2	9,4	6,9	12,0	0,9	3,0	100,0	5 720
Femmes	73,9	10,2	ε	8,3	2,4	4,7	100,0	1 703
Total	68,7	9,5	5,3	11,2	1,2	3,3	100,0	7 423
dont :								
61. Ouvriers qualifiés :								
Hommes	72,3	7,3	5,8	10,8	0,7	2,6	100,0	2 664
Femmes	76,2	5,2	0,0	6,7	2,8	8,4	100,0	349
Total	72,8	7,1	5,2	10,4	0,9	3,3	100,0	3 013
63. Ouvriers spécialisés :								
Hommes	57,5	13,0	8,2	15,4	0,9	4,0	100,0	1 746
Femmes	72,4	16,6	0,1	4,7	3,0	2,9	100,0	768
Total	62,0	14,1	5,7	12,1	1,5	3,7	100,0	2 514
68. Maneuvres :								
Hommes	68,7	9,1	8,1	11,6	0,5	1	100,0	662
Femmes	75,0	4,4	0,0	13,8	1,0	4,9	100,0	555
Total	71,6	7,0	4,4	12,6	0,7	2,8	100,0	1 217
7. Personnels de service :								
Hommes	60,9	4,6	3,0	20,0	0,7	10,3	100,0	254
Femmes	60,2	4,5	1,7	23,9	0,6	7,8	100,0	1 059
Total	60,4	4,5	1,9	23,2	0,6	8,3	100,0	1 313
dont :								
72. Personnels de service (autres que femmes de ménage et gens de maison) :								
Hommes	60,3	4,7	3,0	20,4	0,7	10,5	100,0	251
Femmes	56,7	7,1	2,7	27,5	0,4	4,8	100,0	670
Total	57,7	6,4	2,8	25,5	0,5	6,3	100,0	921
8. Autres catégories :								
Hommes	45,1	0,3	5,5	34,1	3,3	10,2	100,0	284
Femmes	(36,9)	(5,3)	(0,0)	(57,8)	(0,0)	(0,0)	100,0	19
Total	44,6	0,7	5,2	35,6	3,1	9,5	100,0	303
Toutes catégories :								
Hommes	63,1	5,6	4,4	13,8	2,1	10,1	100,0	10 559
Femmes	68,8	4,3	0,5	15,8	4,0	5,9	100,0	6 932
Total	65,3	5,2	2,9	14,6	2,9	8,4	100,0	17 491

Il s'agit là de chiffres globaux. Ces pourcentages sont supérieurs à la moyenne chez les ouvriers bien évidemment, mais aussi dans les services médicaux et sociaux, seule catégorie où le travail en 3 × 8 et plus soit aussi important pour les femmes que pour les hommes.

Chez les employés, la proportion de travailleurs en 2 × 8 et même en 3 × 8 et plus pour les employés de bureau n'est nullement négligeable. 6,9 % des employés de bureau masculins travaillent en équipes alternantes (soit environ 65 000 personnes).

On constate également dans cette enquête que 4 % des salariés — soit environ 700 000 personnes — travaillent plus de 75 nuits par an. C'est-à-dire qu'ils achèvent ou commencent leur travail dans une plage comprise entre 24 heures et 5 heures; 1,9 % travaillent plus de 100 nuits — soit environ 330 000 personnes. Elles appartiennent surtout au secteur des industries agricoles alimentaires, au transports, aux télécommunications et aux services marchands.

Cette enquête révèle également qu'un nombre très important de salariés, 2 500 000 environ, ont des horaires différents chaque jour fixés par l'entreprise : 5,8 % ont travaillé plus de 75 nuits par an et 10 % plus de 25 dimanches. Ces données laissent pressentir que de vastes franges de la population salariée rencontrent des problèmes analogues à ceux des travailleurs postés.

● Les travailleurs précarisés, le contrôle médical et la protection en matière d'hygiène et de sécurité.

L'extension du travail intérimaire, de la sous-traitance, du travail en régie, pose entre autres problèmes celui de la protection médicale de ces salariés. La précarisation est en effet la multiplication des risques y compris dans le domaine de la santé et de l'intégrité physique. Le problème est d'autant plus grave qu'il s'agit le plus souvent de jeunes travailleurs ainsi que d'une forte minorité de travailleurs à hauts risques.

Dans l'état actuel du fonctionnement du service médical interentreprises et de la division du travail qui s'y manifeste entre médecin de l'entreprise prestataire et médecin de l'entreprise utilisatrice (qui peut être amené à engager sa responsabilité en matière de surveillance particulière pour les travaux de sous-traitance supérieurs à 400 heures), le médecin de l'entreprise de travail temporaire, s'il peut se prononcer sur l'état de santé du salarié au cours de la visite d'embauche, n'est pas en mesure d'apprécier son aptitude au travail faute d'une connaissance précise du poste qu'il est amené à occuper. Les situations de travail varient en effet d'une entreprise à l'autre. La brièveté des missions, qui ont en principe une durée maximum de trois mois, n'est pas compatible avec les textes organisant une surveillance prolongée, qui prévoient une surveillance particulière pour les postes à risques (visite de contrôle deux mois puis six mois après l'affectation).

D'une façon paradoxale il semble que ce soient les catégories les moins exposées, les travailleurs qualifiés, qui bénéficient de la meilleure protection du fait des conditions d'utilisation permettant un contrôle plus régulier : missions plus longues garantissant un meilleur suivi, définitions des tâches ou des postes plus précises.

En ce qui concerne le taux d'accidents du travail chez les temporaires, il semble qu'il soit bien supérieur à celui de la moyenne des salariés : environ le double selon le rapport Cousté. Dans certaines professions à hauts risques, l'inaptitude professionnelle est révélée et sanctionnée par l'accident. Quant aux maladies professionnelles, du fait de l'extrême mobilité de cette main-d'œuvre, l'établissement de la preuve de l'origine professionnelle devient encore plus difficile à établir.

Aussi, qu'il s'agisse des accidents ou des maladies, le processus d'extériorisation de la main-d'œuvre, la précarisation, l'absence de statut, la dépendance vis-à-vis de deux employeurs produisent des effets similaires : utilisation souvent abusive, affectation aux tâches les plus pénibles et les plus dangereuses, contrôle sanitaire et protection en matière d'hygiène et sécurité insuffisante, dilution des responsabilités.

● Conditions de travail et maternité.

La protection de la femme au travail ne pose pas de problèmes différents de ceux posés à l'homme, sauf lorsqu'elle est en état de grossesse. Le risque d'accident de travail ou de maladie professionnelle n'expose alors pas seulement la femme mais le futur enfant et sa santé. Aussi la femme enceinte doit-elle faire l'objet d'une surveillance particulière.

Les recherches menées dans ce domaine ont permis de dégager des conditions de travail qui présentent le plus de risques de prématurité et autres accidents de grossesse :

— le taux de prématurés varie en fonction du nombre d'heures de travail effectué [moins de quarante heures : 2,6 % de prématurés; quarante heures : 5,6 %; plus de quarante heures : 11,1 % — selon N. Mamelle et Ph. Lazar — enquête réalisée en 1978 dans des centres de consultations prénatales] (8);

— il est plus élevé chez les femmes travaillant debout;

— le poids répété de charges entraîne avortements et naissances prématurées;

— les vibrations et trépidations ont un rôle aggravant;

— les radiations ionisantes peuvent provoquer morts *in utero* et malformations;

(8) Répercussion de la charge de travail féminin sur la durée de gestation et le poids à la naissance, DGRST 1978.

— les intoxications professionnelles sont à l'origine d'accidents divers — malformations, avortements, enfants mort-nés, morts dans la première année, hémorragies de la délivrance... — en particulier les solvants, les métaux lourds présentent de graves dangers;

— les infections professionnelles pour les emplois dans les hôpitaux, les laboratoires, les écoles, les industries alimentaires.

Face à ces risques, la protection légale paraît encore bien insuffisante. En particulier le recours au non-signalement de la grossesse autorisé par la loi du 11 juillet 1975 pour éviter toute discrimination à l'embauche, expose le fœtus et l'enfant à des risques graves : bon nombre de solvants ou de produits à action carcinogène sont susceptibles de franchir la barrière placentaire; certains risques infectieux sont aussi redoutables (brucellose, listériose).

Pour 750 000 naissances enregistrées en 1977, on estime que plus de la moitié proviennent de femmes actives salariées (dont 260 000 dans le secteur privé).

IV. LES DIRECTIONS QUI POURRAIENT ÊTRE PRISES POUR DÉVELOPPER LA PRÉVENTION

Depuis un certain nombre d'années, jusqu'à la création du Délégué à la Sécurité et de la Commission supérieure de la prévention des risques professionnels, l'impulsion en matière de prévention au niveau national était progressivement retombée. Actuellement, en dehors des actions entreprises à leur initiative, des recherches engagées à l'INRS où s'est constitué un savoir élaboré, et à l'ANACT qui a reçu la mission d'étudier les causes des accidents du travail, des initiatives se sont multipliées en divers lieux. Instituts de médecine du travail, services médicaux de branches professionnelles ou d'entreprises, associations mutualistes, syndicats de salariés. Mais les efforts restent encore épars. Une tâche importante et complexe est à développer si l'on veut que la prévention professionnelle ne reste pas au seul plan formel des textes et de la réglementation où elle risquerait de s'enliser à nouveau.

Il semble nécessaire de promouvoir une politique large et cohérente, pouvant s'appuyer sur tout un clavier de mesures techniques, réglementaires, participatives, financières, ainsi que sur les moyens de connaissance et de recherche faisant appel à des disciplines variées (médicales, ergonomiques, techniques, sociologiques, économiques). Une politique de prévention doit faire appel à des registres divers tant au niveau de la connaissance que des modalités d'action si elle ne veut pas être vouée à la stérilité.

La fixation des normes, l'homologation des équipements techniques sont des mesures indispensables pour réduire les risques les plus flagrants. Mais la réglementation ne peut à elle seule réduire tous les risques graves : pour les cancers, il n'y a pas de seuil d'exposition aux substances carcinogènes ; en toxicologie, on se fonde sur la connaissance des substances pures pour fixer des valeurs limites maximales alors que les produits utilisés dans l'industrie sont rarement purs et que l'on ignore presque tout des effets de substances associées. D'où la nécessité de développer des recherches épidémiologiques et des analyses en situation réelle du travail.

En ce qui concerne les accidents du travail, lorsque les problèmes techniques et réglementaires de base sont résolus, le taux d'accidents plafonne et il devient nécessaire, pour faire progresser la sécurité, de comprendre la logique de comportement des acteurs sociaux et de rechercher des méthodes participatives associant activement les salariés à la recherche d'une meilleure prévention. Cette recherche permanente doit être intégrée à l'activité professionnelle quotidienne des salariés.

De même, on ne peut prévoir d'organiser un suivi médical rigoureux sans l'accord et la participation active des salariés.

Lorsqu'on veut développer une politique participative de prévention, il est indispensable de rechercher les conditions et les méthodes d'une information objective et efficace des salariés sur les risques professionnels et les moyens à mettre en œuvre pour les réduire, en évitant d'angoisser et d'inquiéter.

Les différents types de connaissance et d'action doivent ainsi s'articuler entre eux de manière complémentaire en intervenant sur des registres divers. La tâche est d'autant plus complexe qu'il est difficile de concilier les exigences parfois contradictoires dans les différents domaines d'intervention. Nous citerons à titre d'exemples certains problèmes évoqués au cours de notre exploration :

● Dans le suivi médical de la population salariée, il y a conflit d'exigences entre la liberté des individus et un suivi médical rigoureux. Ce dernier serait pourtant indispensable, certaines actions pathologiques ne s'exprimant qu'après un temps prolongé d'exposition et de latence. La mobilité de la population ouvrière et l'insuffisance d'informations objectives rétrospectives, le fait qu'elle est soumise à des expositions multiples non connues rendent difficile l'établissement de l'origine professionnelle des maladies. Certaines affections ne se déclarent qu'après la retraite échappant par là même à la médecine du travail.

En Grande-Bretagne, un registre cancer-métiers a été institué dès le début du siècle.

● Au sein de l'entreprise, la difficulté à concilier exigences de la production et prévention se traduit par des compromis tant au niveau des décisions de l'encadrement que du comportement des exécutants : l'ingénieur doit concilier son désir d'assurer la sécurité et celui de ne pas réduire la production ou de ne pas accroître les charges financières en main-d'œuvre ou en équipement d'autant plus qu'il est payé

prioritairement en fonction des objectifs de production; le comportement choisi par l'exécutant est aussi un compromis entre motivations contradictoires : désir de sécurité et désir d'économie d'effort ou encore désir d'assurer un gain maximum. Des enjeux autres que de prévention peuvent se jouer autour de l'introduction d'actions de sécurité dans l'entreprise. Ce qui est recherché peut être un meilleur contrôle de la discipline ou du temps de travail et il semble que les salariés préfèrent opter parfois pour une attitude de risque plutôt que de perdre l'autonomie dont ils peuvent disposer. D'où les limites des politiques de prévention imposées.

● La spécialisation d'un organisme chargé de la sécurité paraît contradictoire avec la mise en œuvre d'une sécurité intégrée dans la mesure où cette spécialisation entraîne une démission des personnes directement concernées dans leur activité quotidienne.

● Une réglementation fixant des normes et doses maxima tolérables en toxicologie doit définir minutieusement les procédures d'analyse, le degré de contamination s'évaluant par des mesures infinitésimales. Mais elle comporte le danger de ne pas être applicable pratiquement en raison de sa lourdeur lorsqu'elle s'étend à de multiples produits.

Ce sont là quelques exemples parmi d'autres montrant la difficulté de la tâche.

Nous évoquerons maintenant pour terminer quelques unes des actions prioritaires proposées dans les travaux du groupe.

1. Nous avons insisté sur la nécessité de développer en matière de connaissance, outre la mise en place d'un système adapté de recueil et d'exploitation des données (par un aménagement dans un premier temps des systèmes existants), un programme de recherches épidémiologiques. Les propositions précises retenues à partir des données que nous avons traitées sont reproduites en annexe.

2. Il nous est apparu qu'une attention devrait être portée dès à présent aux failles et contradictions des diverses législations ou réglementations, à leur non-cohérence avec les objectifs visés :

— ainsi, en ce qui concerne la notion de maladie professionnelle, il paraîtrait indispensable d'adopter un système mixte (préconisé d'ailleurs par la CEE) : les tableaux des maladies professionnelles ne sont pas supprimés mais la possibilité de prise en charge d'une affection imputable au travail dont on peut faire la preuve est reconnue;

— de même la tarification des accidents devrait faire l'objet d'une réforme. J. Wisniewski (9) a en effet démontré la nécessité de revoir la structure interne du calcul des taux de cotisation des entreprises, ces taux ne faisant qu'augmenter en raison du poids de plus en plus considérable des rentes en cours. Aussi le système actuel n'est-il plus incitatif à un effort accru de prévention;

— nous avons signalé plus haut la situation conflictuelle insoluble dans laquelle se trouvent certaines femmes enceintes occupant — ou susceptibles d'occuper — des emplois à risques. Elles n'ont que le choix de ne pas déclarer leur état pour conserver (ou accéder à) l'emploi avec toutes les conséquences néfastes pour l'enfant — ou de se retrouver au chômage;

— dans le même ordre de questions, pour assurer une meilleure protection des travailleurs temporaires, il conviendrait d'organiser un suivi médical plus cohérent, d'interdire leur emploi dans les postes à risques, et d'instituer un partage des cotisations supplémentaires pour accident du travail entre l'utilisateur et l'ETT.

3. Enfin, parmi les autres actions proposées nous retiendrons ici deux types de mesures qu'il nous paraîtrait important de mettre en œuvre au niveau des entreprises :

— l'instauration de cahiers où seraient consignées les **décisions** prises à la suite des réunions de CHS, ainsi que les **raisons** pour lesquelles elles ont été prises et les **étapes** prévues de leur réalisation.

Actuellement, la sécurité n'a pas d'histoire au niveau de l'entreprise et on ne sait pas, par suite, comment l'évaluer. Cette mesure permettrait de constituer des archives et d'avoir ainsi matière à définition d'indicateurs permettant de suivre l'évolution de la sécurité;

— une action de conseil en matière de prévention et de sécurité devrait être engagée en faveur des petites et moyennes industries qui éprouvent des difficultés à introduire dans leur entreprise des méthodes élaborées de prévention. Cette action devrait pouvoir s'appuyer sur des moyens financiers destinés à des prêts afin d'aider ces entreprises à se doter d'équipements plus sûrs et à réduire les risques.

Telles sont les voies qu'il nous paraîtrait particulièrement intéressant de suivre à court terme. Il est bien évident que les diverses mesures évoquées n'auront de signification réelle que si elles s'insèrent dans une politique globale, dynamique et cohérente de prévention.

---

(9) *Le Monde* du 19 décembre 1979, « Les insuffisances du financement des accidents du travail. »

ANNEXE

Propositions pour l'engagement d'un programme de recherches épidémiologiques sur les conditions de travail

A partir de l'exploration des données statistiques réalisée et présentée au chapitre II de l'article ci-avant, il est possible d'avancer les propositions suivantes :

1. Les recherches pourraient porter dans un premier temps et prioritairement **sur des maladies retenues en fonction de critères de gravité et d'extension :**

a. **Les maladies professionnelles codifiées responsables :**

— de 90 % **des cas mortels avant consolidation** de rente (année 1977) silicose, benzolisme, saturnisme, asbestose, sidérose, affections des salariés exposés aux amines aromatiques, au chlorure de vinyle, aux rayons X et ionisants, à l'hépatite virale;

— de 81 % **des incapacités permanentes** recensées en 1977 : silicose, affections causées par le ciment, par les bruits, par les poussières d'amiante, hépatite virale.

b. **Les cancers d'origine professionnelle.**

On constate en effet que les décès par cancer sont 2 à 2,6 fois plus fréquents chez les ouvriers que dans les couches dont le travail est intellectuel (cadres supérieurs et professions libérales, instituteurs).

En 1978, le secrétaire d'État à la Santé américain estimait à 20 % le taux de cancers d'origine professionnelle alors que d'autres personnalités comme le professeur Selikoff proposent des taux plus élevés (50 %).

c. **Les maladies cardio-vasculaires,** première cause de mortalité en France liée à ces facteurs d'environnement dont il conviendrait d'évaluer la part revenant à l'environnement du travail (maladies coronariennes dans l'industrie de la rayonne ; influence du sulfure de carbone dans l'infarctus du myocarde...).

2. Les recherches pourraient être étendues à **des atteintes physiques moins graves, d'expression clinique banale** dues à des agents industriels (bronchites chroniques, allergies de contact, allergies dues aux métaux) ou accentuées par des contraintes de travail (maladies des articulations, des os, des muscles).

3. **Des études concernant les effets sur la santé de certaines conditions de travail** devraient être développées : travail posté, travail à forte charge informationnelle, travail à forte charge émotionnelle (rapport avec le public, responsabilité).

Les recherches épidémiologiques pourraient comporter :

a. **Des approches statistiques.**

● L'étude de l'étendue de telle affection dans une population de travailleurs d'une industrie déterminée;

● L'étude de populations exposées à **tel risque :** poussières (amiante, granit...) toxiques (sulfure de carbone), substances (effets du cadmium sur le rein), infections (hépatite virale, brucellose...). Les recherches porteraient sur la morbidité, les taux de morbidité, la mortalité, les âges de départ de la profession soit dans une branche industrielle déterminée, soit à travers l'ensemble des secteurs;

● L'ensemble d'une branche industrielle auprès de laquelle seraient recensés **tous les produits chimiques utilisés** — et analysées les populations exposées.

b. **Des recherches plus monographiques.**

Par exemple :

— l'étude sur le terrain de professions exposées à des risques de **nature différente :** exposition à des produits toxiques + travail posté + pénibilité physique + bruit;

— ou l'étude de l'interaction de **plusieurs substances toxiques.**

Parallèlement à ces études épidémiologiques, des recherches fondamentales en matière de physiologie et de psychopathologie en rapport avec le travail devraient également être développées de façon prioritaire :

a. Physiologie.

● Étude du **vieillissement** en rapport avec les activités de travail.

● Étude du **sommeil** (ses modalités, ses relations avec la charge de travail, les conséquences de son insuffisance).

● Étude de la **vision** (en raison de l'extension des tâches de surveillance sur écran) en relation avec l'activité mentale.

b. Pathologie mentale.

Les problèmes de santé mentale en liaison avec l'organisation du travail qui sont une cause de souffrance importante qu'il convient de ne pas oublier du fait de leurs taux rapides de progression.