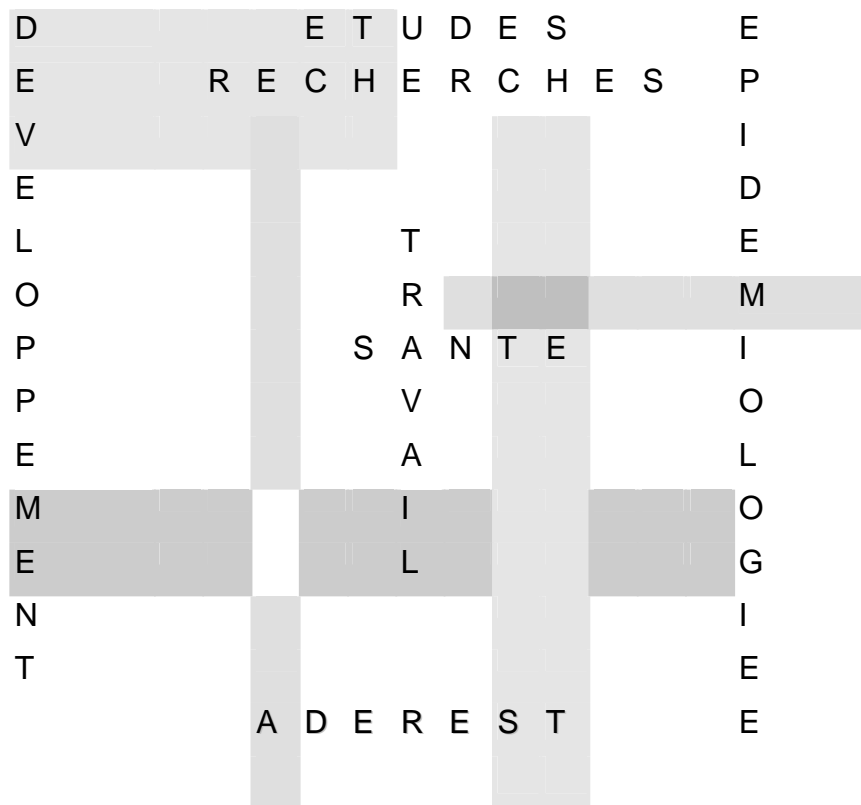


Lettre de l'ADEREST

N° 12



SPECIAL TEMPS TRAVAIL ET SANTE
FEVRIER 2006

La journée du 21 octobre 2005 consacrée au thème : « temps, travail et santé a remporté un vif succès, vous trouverez dans cette lettre les textes des intervenants et la synthèse.

L'année 2006 sera marquée par de nombreuses manifestations qui seront autant de tribunes pour des travaux d'épidémiologie en santé au travail.

Tout d'abord à Lille, où la proverbiale hospitalité des gens du Nord nous promet un colloque ADEREST aussi riche sur le point scientifique que convivial. Contact : Ariane Leroyer aleroyer@auni-lille.fr

Ensuite au congrès de la santé au travail de Lyon où notre association disposera d'un emplacement pour proposer de la documentation.

Enfin l'International Commission on Occupational Health à Milan en juin.

Au niveau national, l'épidémiologie est l'invitée de tous les plans : Plan National Santé Environnement, Plan Cancer et Plan Santé Travail. On ne peut que se féliciter de ce développement de l'épidémiologie. Deux écueils sont à éviter : que les moyens ne soient pas à la hauteur des ambitions affichées, que le champ de la santé au travail soit noyé dans le domaine de l'environnement.

Il serait grave que les atteintes à la santé liées au travail soient moins bien identifiées et que, les entreprises n'assument plus leurs responsabilités en matière de prévention et de réparation.

Notre contribution est irremplaçable : fort d'une évaluation plus précise d'expositions en général plus fortes que dans l'environnement d'une part, du suivi plus régulier et plus approfondi d'une population mieux ciblée d'autre part, nous sommes à même, plus précocement, de faire le lien entre un facteur de risque et une pathologie.

Développer la spécificité de l'épidémiologie en santé au travail est notre défi ! L'ADEREST est la seule association de stature nationale qui valorise ce domaine.

Pour lui donner un plus grand retentissement, le CA de l'ADEREST a le projet de mettre en place un site internet. Nous espérons, à l'aide de cet outil devenu incontournable, mieux remplir les missions écrites dans nos statuts : développer les études et recherches épidémiologiques sur la santé et le travail, et en particulier :

1. les conséquences du travail sur la santé
2. la prévention des maladies et des troubles de la santé liés au travail
3. l'évaluation des actions de prévention dans le domaine de santé et du travail.

La force de notre association passe aussi par le nombre et la mobilisation de ses membres, dont la première mais non la seule obligation est le paiement de la cotisation.

L'année 2005 aura aussi été marquée par la disparition brutale de Maurice AMPHOUX, membre fondateur de l'ADEREST, le souvenir de cet homme aussi compétent que chaleureux restera dans nos cœurs et nous tenons à témoigner à sa famille et à ses proches toute notre sympathie.

François BECKER

Sommaire

• Editorial	2
• Procès Verbal AG 2004	3
• Procès Verbal AG 2005	6
• Organisation du temps de travail Jennifer Bué	9
• Organisation du temps de travail et santé perçue dans l'enquête GERICOTS Sandrine PLOUVIER	14
• Horaires irréguliers, conditions de travail et santé Charles Gadbois	15
• La pression temporelle dans le travail : Quels enjeux pour la santé ? Serge Volkoff	18
• Astreinte cardiovasculaire et ses Implications sur les temps de travail Emmanuelle TURPIN LEGENDRE	21
• Dépressivité et contraintes temporelles au travail dans l'enquête décennale santé 2002-2003 Gaëlle Santin	22
• Synthèse de la journée de l'ADEREST du 21.10.2005 Annie Touranchet	25

Secrétariat ADEREST

Yuriko IWATSUBO
Institut de Veille Sanitaire
Département Santé Travail
12 rue du Val d'Osne
94 415 SAINT MAURICE CEDEX
y.iwatsubo@invs.santé.fr

Comité de Rédaction

François BECKER
f.becker@ast67.org

Conseil d'Administration

François BECKER (Président)
f.becker@ast67.org

Marie-Josèphe SAUREL-CUBIZOLLES
(Vice- Présidente)
saurel@vjf.inserm.fr

Yuriko IWATSUBO (Secrétaire Générale)
y.iwatsubo@invs.santé.fr

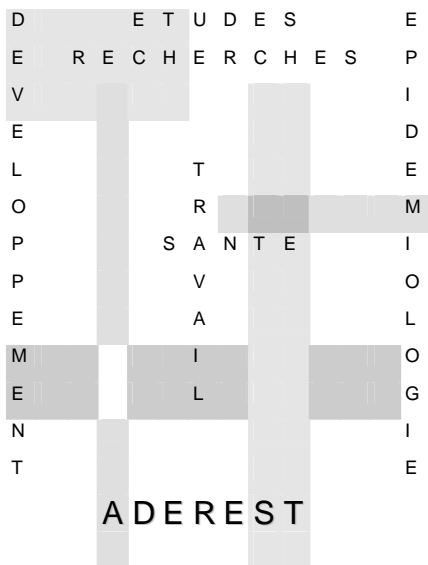
Dominique BEAUMONT (Trésorière)
Dominique.Beaumont@cramif.cnamts.fr

Dominique CHOUANIERE
Dominique.CHOUANIERE@inrs.fr

Christophe PARIS
c.paris@chu-nancy.fr

Annette LECLERC
Annette.Leclerc@st-maurice.inserm.fr

Geneviève MARGUET
Genevieve.marguet@dr-franch.travail.gouv.fr



Saint-Maurice, le 17 janvier 2005

Membres de l'ADEREST

Procès verbal de l'Assemblée Générale de l'ADEREST du 14 septembre 2004

Présents : 32

Ordre du jour :

1. Vote de renouvellement d'un poste au conseil d'administration
2. Demandes d'adhésion
3. Rapport moral
4. Rapport financier
5. Divers

1. Vote de renouvellement d'un poste au conseil d'administration

Trois postes sont à renouveler :

- Poste de François Becker (rééligible en 2004),
- Poste de Yuriko Iwatsubo (rééligible en 2004),
- Poste de Sylvie Cren (non rééligible).

Y Iwatsubo et F Becker ont renouvelé leur candidature. Un nouveau candidat se présente : Dominique Chouanière.

Il y a 2 postes à pourvoir jusqu'en 2008 et un jusqu'en 2007.

Résultats du vote :

- 86 votants sur 164 adhérents
- 86 votes exprimés.

Elus

- F Becker : 84 voix
- D Chouanière : 81 voix
- Y Iwatsubo : 85 voix.

Les postes de F Becker et de Y Iwatsubo sont pourvus jusqu'en 2008. Le poste de D Chouanière est pourvu jusqu'en 2007. Elle est rééligible en 2007.

Dominique Beaumont accepte d'occuper la fonction de trésorier.
Y Iwatsubo accepte d'occuper la fonction de secrétaire général.

2. Demandes d'adhésion

Depuis la dernière Assemblée Générale, l'association a accueilli 4 nouveaux membres :

<i>Nom</i>	<i>Profession</i>	<i>Société</i>	<i>Date d'adhésion</i>	<i>Parrains</i>	<i>Parrains</i>
<i>Anna Ozguller</i>	<i>épidémiologiste</i>	<i>U88</i>	<i>Sept 2004</i>	<i>Marcel Goldberg</i>	<i>Annette Leclerc</i>
<i>Marie Zins</i>	<i>épidémiologiste</i>	<i>CETAF</i>	<i>Sept 2004</i>	<i>Marcel Goldberg</i>	<i>Annette Leclerc</i>
<i>Eric Samson</i>	<i>épidémiologiste</i>	<i>IRSN</i>	<i>Sept 2004</i>	<i>Maylis Telle-Lamberton</i>	<i>Madeleine Valenty</i>
<i>Michel Dupéry</i>	<i>médecin du travail</i>	<i>?</i>			

Ils se sont acquittés de la cotisation mais n'ont pas retourné le formulaire d'adhésion au secrétaire général.

Y Iwatsubo adresse un formulaire aux quatre nouveaux adhérents.

3. Rapport moral

Le rapport moral est présenté par le Président, Alain Bergeret:

Les activités de notre Association sont toujours principalement axées autour des colloques. Le prochain colloque se tiendra en mars 2006 à Lille.

En octobre 2005, l'ADEREST organisera une journée thématique.

Le thème proposé et adopté concerne la question de la santé en relation avec le temps. Le terme « temps » peut contenir plusieurs notions : organisation du temps de travail, restriction du temps de travail, stress, vieillissement ...

L'organisation de cette journée sera discutée lors des CA.

4. Rapport financier :

Rapport financier d'Alain Bergeret :

Solde au 13 septembre 2004

Compte épargne : 10 999, 03 €

Compte-courant : 22 602,76 €

Ces montants ne prennent pas en compte le reversement des frais du colloque de Bordeaux : organisation par Congress Rive Droite de la journée commune ADELFF-ADEREST du

mercredi 15 septembre, frais de la journée du mardi 14 septembre, impression du programme...

Tous les adhérents ne sont pas à jour de leur cotisation 2004. Un rappel sera envoyé par courrier.

Le montant de la cotisation sera augmenté à 10 euros à partir de 2005.

Les deux rapports, moral et financier, sont approuvés à l'unanimité.

5. Divers

- Demande de parrainage par A Leclerc

Annette Leclerc sollicite le parrainage de l'ADEREST pour le 1^{er} congrès francophone sur les TMS qui se tiendra à Nancy les 30 et 31 mai 2005. Ce congrès est organisé par l'INRS avec la participation de l'ANACT et de l'IRSST.

Le bureau décide de parrainer ce congrès.

- Demande de Marcel Goldberg sur la mise à jour des recommandations « Déontologie et bonnes pratiques en épidémiologie »

Le document a été mis à jour et est accessible sur le site de l'ADELFI.

Marcel Goldberg rappelle que le document doit être adopté avant la fin de l'année.

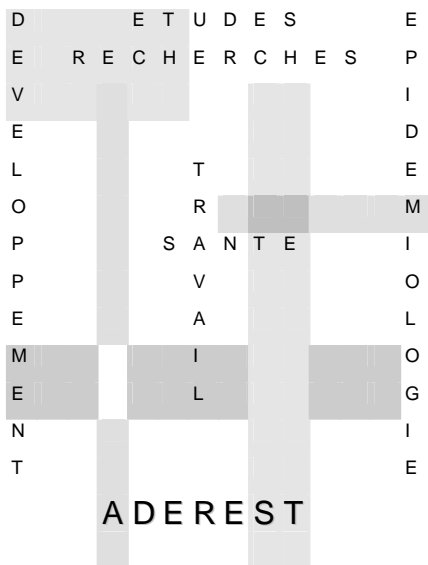
Les éventuels commentaires seront à envoyer à Marcel Goldberg directement. Le bureau procédera par vote à l'adoption.

- Lettre de l'ADEREST : un appel aux bonnes volontés est fait. Aucun candidat ne se manifeste. La lettre n°11 risque d'être la dernière.
- Prochain colloque : les Lillois se proposent d'organiser le prochain colloque (Ariane Leroyer, Claude Buisset). Nous les en remercions vivement.

6. Prochaine assemblée générale :

Elle se tiendra lors de la journée thématique de 2005.

Yuriko Iwatsubo
Secrétaire de l'ADEREST



Saint-Maurice, le 17 novembre 2005

Membres de l'ADEREST

Procès verbal de l'Assemblée Générale de l'ADEREST du 21 octobre 2005

Présents : 19

Ordre du jour :

1. Vote de renouvellement d'un poste au conseil d'administration
2. Demandes d'adhésion
3. Rapport moral
4. Rapport financier
5. Divers

1. Vote de renouvellement d'un poste au conseil d'administration

Pour les élections 2005, il y avait deux postes à pourvoir : un poste spécifique pour un médecin inspecteur du travail et un poste non spécifique.

Les sortants en 2005 étaient :

- Poste d'Alain Bergeret (non rééligible en 2005),
- Poste de Maylis Telle-Lamberton (non rééligible en 2005),

Pour le poste spécifique de médecin inspecteur, Dr Geneviève Marguet, MIRTMO en Franche Comté a proposé sa candidature.

Pour le poste non spécifique, il y a eu la candidature d'Annette Leclerc, d'Ariane Leroyer et d'Agnès Rogel.

Résultats du vote :

- 100 votants sur 166 adhérents
- 99 votes exprimés pour le poste spécifique et 87 pour le poste non spécifique

Elus : Geneviève Marguet : 98 voix

Annette Leclerc : 52 voix

Les postes de G Marguet et d'A Leclerc sont pourvus jusqu'en 2009. Elles seront rééligibles à cette date.

2. Demandes d'adhésion

Depuis la dernière Assemblée Générale, l'association a accueilli 7 nouveaux membres :

Nom	Profession	Société	Date d'adhésion	Parrains	Parrains
Geneviève Marguet	MIRTMO	DRTEFP Franche Comté	Déc 2004	A Touranchet	N Sandret
Patrick Gardeur	Médecin SP	AP-HP	Janvier 2005	MJ Saurel	Y Iwatsubo
Renée Bourbonnais	épidémiologiste	Université Laval	Janvier 2005	MJ Saurel	M Telle-Lamberton
Michel Klerlein	Médecin du Travail	Air France	Janvier 2005	F Becker	M Telle-Lamberton
Muriel Devaux	Statisticienne	AP-HP	Janvier 2005	MJ Saurel	Y Iwatsubo
Micehl Pittaco	Médecin du travail	Air France	Août 2005	D Chouanière	C Buisset
Nathalie Marion					

Y Iwatsubo se renseigne sur Nathalie Marion qui n'a pas donné de formulaire d'adhésion.

3. Rapport moral

Le rapport moral est présenté par le Président, Alain Bergeret:

La journée thématique « temps, travail et santé » a été une réussite. Le prochain colloque de l'ADEREST se tiendra les 30 et 31 mars 2006 à Lille.

La Lettre de l'ADEREST s'essouffle. Le prochain numéro sera consacré aux présentations de cette journée thématique avec les textes des orateurs et une synthèse d'Annie Touranchet. Les résumés sont susceptibles de paraître dans les Archives des Maladies Professionnelles.

Le bilan du colloque conjoint avec l'ADELFI à Bordeaux tenu en 2004 est mitigé. Si les présentations ont été de très bonne qualité, l'organisation a connu des difficultés du fait de l'inexistence d'un relai local. Il y a eu aussi quelques ratés dans le programme (erreurs de salle...).

Le CA vient d'être renouvelé. Il va réfléchir à l'impulsion qu'il conviendra de donner à l'association.

4. Rapport financier :

Rapport financier de Dominique Beaumont, trésorière:

Solde au 9 septembre 2005

Compte épargne : 11 219, 01 €

Compte-courant : 818,65 €

Bilan financier du colloque de Bordeaux

Recettes : 18 255€

Dépenses : 26 530 €

Donc déficit de 8275 €

Les deux rapports, moral et financier, sont approuvés à l'unanimité.

5. Divers

- Bilan de Bordeaux

Marcel Goldberg commente le bilan de Bordeaux. Si ce n'est pas une réussite totale, il y avait aussi des raisons conjoncturelles. La journée nationale de médecine du travail avait eu lieu à Bordeaux en juin de la même année. Ceci a incité moins de médecins du travail à participer au colloque de l'ADEREST. Il fallait également inviter des médecins du travail de Bordeaux à participer au comité d'organisation. Le colloque commun reste possible mais il faudra éviter les écueils conjoncturels. Par ailleurs, les conférences scientifiques étaient de très bonne qualité. Les adhérents de l'ADEREST ont pu participer aux sessions de l'ADELFF et ceci est un atout d'un colloque commun.

- Journée scientifique Cancers Environnement.

Cette journée a été organisée par la DGS et l'Institut national du cancer en partenariat avec différents organismes dont l'ADEREST.

- Commentaires de Marcel Goldberg sur la mise à jour des recommandations
« Déontologie et bonnes pratiques en épidémiologie »

La première version a suscité des commentaires de la CNIL, du CNOM, d'Epiter, et du comité d'éthique. Marcel Goldberg attend la réponse de la CNIL pour finaliser une 2^{ème} version.

- Prochain colloque de l'ADELFF : 31 août, 1^{er} septembre 2006.

6. Prochaine assemblée générale

Elle se tiendra lors du colloque de Lille en mars 2006.

Yuriko Iwatsubo
Secrétaire de l'ADEREST

ORGANISATION DU TEMPS DE TRAVAIL

Panorama général et évolutions

Jennifer Bué

Le temps de travail est une des composantes de l'organisation du travail, et par ses effets sur la productivité, c'est une dimension importante de la stratégie des entreprises. Les évolutions du système productif vers plus de concurrence, la recherche de rentabilité induisant la nécessité de respecter des délais courts, la diminution du temps globalement travaillé ont des effets sur l'organisation des horaires.

Le travail devient plus intense

Si l'on considère comme étant soumis à une **contrainte marchande** tout salarié dont le rythme de travail est « imposé par une demande extérieure (clients, public) », et « oblige à une réponse immédiate », on voit que cette contrainte marchande concerne 28% des salariés en 1984 et 54% en 1998 (CT)¹

Le **travail sous cadences** (à la fois le travail à la chaîne, le rythme de travail soumis à la cadence d'une machine ou dépendant du déplacement automatique d'un produit ou d'une pièce) augmente pour des catégories très concernées comme les ouvriers non qualifiés de l'industrie, mais de plus en plus aussi les ouvriers qualifiés ; les techniciens et les agents de maîtrise aussi se déclarent progressivement concernés (CT).

Le **travail à la chaîne** progresse de 7,5 % en 1984 à 15 % en 1998 chez les ouvriers qualifiés de type industriel, de 20 à 30 % chez les non qualifiés.

Le cumul des contraintes, indice de l'intensification : en 1984, 4% des salariés subissaient à la fois une contrainte industrielle et une contrainte marchande, ils sont 27% en 1998 (CT).

Parallèlement à ces nouvelles formes d'organisation du travail l'évolution se fait vers des horaires moins réguliers et plus diversifiés qu'auparavant.

La durée du travail diminue

La durée hebdomadaire individuelle moyenne déclarée par les salariés à temps complet a baissé depuis 98 de 39.5 à 37.7 en 2002 sous l'effet de la RTT. Cependant, en 2004, encore un quart des salariés travaillent 40 heures ou plus (33 % des hommes, 17 % des femmes). Plus de la moitié (52.6) travaillent entre 35 et 40 heures (EE).

La forte progression du temps partiel depuis le début des années 80 se stabilise

L'évolution de l'emploi à temps partiel suit l'évolution des dispositifs juridiques ou d'incitation mis en place. Après être resté stable autour de 6% environs jusqu'au début des années 1980, il a progressé pour atteindre 12 % en

¹ Sources utilisées : EE (Enquête Emploi, INSEE, 1991, 1994, 2002, 2004) ; CT (Enquête Conditions de travail, DARES, 1984, 1991, 1998).

1986 (mise en place en 1982 d'un cadre législatif), puis s'est stabilisé jusqu'en 1992 (dispositif d'exonération de cotisations sociales), date à partir de laquelle, l'offre d'emploi à temps partiel a progressé fortement.

En 2004, 5 % des hommes et 30 % des femmes sont à temps partiel (soit 17% des salariés) ; les salariés à temps partiel sont très majoritairement des femmes (85%).

30 % des salariés à temps partiel souhaiteraient travailler davantage en 2004 (EE).

Les contrôles d'horaires en diminution

Légère progression des salariés ne déclarant aucun contrôle d'horaire : de 52 % en 1984, à 55.6 % ; le contrôle des horaires par l'encadrement diminue : de 26 % à 22 %. Les salariés les plus contrôlés sont les ouvriers (en dehors des ouvriers agricoles), surtout les ouvrières (62% d'entre elles, 58% des ouvriers). Par contre les employées des services aux particuliers sont peu contrôlées (27%) et moins que leurs homologues masculins (33%) (CT). Ceci est lié au type d'emplois qu'elles occupent : agents de service, assistantes maternelles, femmes de ménage.

Pour un quart des salariés, les délais de prévenance des horaires ne dépassent pas la semaine

Connaître tardivement ses horaires est l'une des formes de la flexibilité qui empiète le plus sur la vie privée des salariés. En mars 1998, 22 % des salariés déclaraient ne pas connaître leurs horaires pour le mois à venir, 9% ne les connaissaient que pour la semaine suivante, 8% pour le lendemain seulement, et 5% déclaraient ne les connaître que le jour même (CT). Ceux qui ont des délais de prévenance les plus courts sont des cadres et professions intermédiaires de la vente et du commerce, des employés de l'hôtellerie restauration, les chauffeurs, les employés des services aux particuliers et les ouvriers agricoles.

On observe une évolution vers une plus grande disponibilité des salariés aux contraintes de temps, aussi bien au niveau de la semaine que de la journée.

Les horaires quotidiens identiques tous les jours ont beaucoup baissé depuis 1984 au profit d'horaires individualisés : six salariés sur dix déclaraient faire les mêmes horaires tous les jours en 84, ils sont cinq sur dix en 1998(CT).

En 2004, 11 % des hommes et 6% des femmes des horaires postés alternants, ce qui représente près de 2 millions de personnes, dont un tiers sont des femmes (EE).

7. La tendance à la dispersion de la journée se confirme: on assiste à une progression à la fois des longues journées et des courtes journées.

La proportion de salariés ayant des journées « normales » d'une amplitude de 7 à 10 heures incluant la pause repas est de moins en moins nombreux (71 % en 84, 64 % en 98).

Jusqu'en 91 les longues journées étaient l'apanage des cadres ; dans les années 90, c'est le monde des bureaux et des services qui se trouve gagné par l'allongement des journées.

L'étendue de la journée de travail est aussi affectée par l'évolution de la durée de la pause repas qui diminue de 84 à 98 : les pauses repas de moins d'une demi-heure augmentent de 10.8% des salariés à 16.5 et celles de plus d'une heure diminuent de 57.7 à 48.9 % de salariés concernés(CT).

L'irrégularité de la semaine s'est accentué entre 84 et 91 puis stabilisé entre 91 et 98 ; on peut la repérer par **l'accroissement de la proportion de salariés ne travaillant pas le même nombre de jours** chaque semaine (11.8 en 84, 14.9 en 91, 14.4 en 98). Les enseignants, les professions de la santé, les employés de la fonction publique sont de plus en plus touchés par l'irrégularité. En 1998, un salarié sur cinq ne dispose pas d'un **repos hebdomadaire de deux jours consécutifs** : (23 % des femmes et 19 % des hommes (CT)).

La forte progression du travail du samedi observée de 84 à 98 semble se stabiliser depuis, mais le travail du dimanche continue de progresser

Depuis 1998, le travail du samedi est globalement stable. En 2004, un salarié sur deux est amené à travailler le samedi, presque autant les femmes que les hommes (50,4 % des hommes et 47,9 % des femmes)

En 2004, selon l'enquête Emploi, 26.6 % des salariés travaillent le dimanche, ce qui confirme cette progression régulière depuis le début des années 80 ; l'augmentation provient surtout des femmes qui sont 25.1 % à travailler le dimanche (contre 23,5 en 2001) ; 27 % des hommes travaillent le dimanche en 2004. L'écart entre les hommes et les femmes pour le travail du dimanche s'est réduit, celui-ci était de 6 points en 1990 il est de deux en 2004.

La quasi-totalité des salariés qui travaillent le dimanche travaillent aussi le samedi.

C'est surtout dans les hôpitaux et les entreprises publiques (comprenant les transports) que le travail du samedi et surtout du dimanche est répandu

Le travail du samedi et du dimanche est particulièrement répandu dans les industries agricoles, l'énergie les transports, les services aux particuliers, la santé, les services sociaux, les administrations. Le travail du samedi est fréquent aussi dans l'agriculture, l'éducation et le commerce.

Le travail de nuit progresse²

Si le nombre de personnes qui travaille la nuit augmente, c'est surtout le cas de celles qui travaillent « habituellement » la nuit. Notamment, les hommes sont moins nombreux en 2002 à travailler occasionnellement la nuit qu'en 1991. Les femmes connaissent une augmentation des deux formes de travail de nuit, mais le travail habituel augmente davantage. Comparativement, le travail de nuit des femmes augmente davantage que celui des hommes : en 1991, les femmes représentaient un cinquième des salariés travaillant la nuit, elles en constituent en 2002 le quart.

² Dans les enquêtes Emploi et Conditions de travail, est considéré avoir travaillé la nuit un salarié dont la période de travail se situe -même partiellement- dans la tranche 0 à 5 heures, plage horaire plus restrictive que celle du code du travail (entre 21 heures et 6 heures du matin de par la loi du 9 mai 2001 et entre 22 heures et 5 heures antérieurement) Cette période est décrite par les physiologistes comme celle durant laquelle l'organisme fonctionne en état de moindre résistance à tous les niveaux.

En 2004, 3 400 000 salariés travaillaient habituellement la nuit ou certaines nuits, soit 15,7 % des salariés (contre 13,0 % en 1991). En 2004, 2 611 000 salariés hommes travaillent la nuit (soit 22,4 %) et 847 000 femmes (soit 8,1 %). Ces proportions étaient, en 1991, respectivement de 18,7 % pour les hommes et de 5,8 % pour les femmes (EE).

Travailler **après 20 heures et jusqu'à minuit** a des effets moins nocifs sur la santé que le travail de nuit. Ce travail tardif n'en demeure pas moins une gêne pour la vie sociale. Plus particulièrement pour les femmes, ces horaires sont pénalisants au niveau de la vie familiale.

La proportion d'hommes concernés augmente peu (de 16,9 % à 18,2 %), celle des femmes augmente plus fortement (de 14,4 % à 17,2 %) pour se rapprocher de celle des hommes, et même la dépasser pour ce qui concerne le travail du soir habituel (EE).

Au total en 2004, 33 % des salariés travaillent au moins une heure entre 20 heures et 5 heures, 40 % des hommes et 26 % des femmes.

Le travail de nuit recouvre des réalités très différentes. En effet, les professions les plus utilisatrices de travail de nuit sont en premier lieu les policiers et les militaires (ainsi que les professions intermédiaires de la fonction publique comprenant les gradés), puis les professions de l'information et du spectacle, les chauffeurs, les professions intermédiaires de la santé et de l'action sociale, les personnels des services aux particuliers, les ouvriers de l'industrie. Si le travail de nuit tend à baisser dans les emplois les plus qualifiés, il augmente dans les qualifications d'ouvriers et de personnel des services aux particuliers

Le travail de nuit est une pratique qui se cumule avec des horaires variables qu'il s'agisse d'équipes alternantes ou d'horaires variables d'un jour à l'autre modifiables par l'entreprise. 64 % des femmes travaillant la nuit connaissent ces types d'horaires, elles ne sont que 31,7 % parmi celles qui ne travaillent pas la nuit. Ces salariées cumulent les inconvénients du travail de nuit avec une irrégularité des horaires qui complique l'organisation de la vie familiale

Le travail nocturne se cumule également avec le travail de fin de semaine. Près de six salariés sur dix travaillant habituellement la nuit travaillent aussi habituellement le samedi. Les femmes travaillant la nuit sont plus touchées par ce cumul que leurs collègues masculins. Neuf femmes sur dix travaillant de nuit travaillent aussi le samedi et plus de huit sur dix, le dimanche.

La loi de 2001 spécifie que la durée hebdomadaire de travail des travailleurs de nuit ne doit pas excéder 40 heures par semaine; en 1993, 19,5 % des hommes et 16,4 % des femmes travaillant la nuit déclaraient plus de 40 heures ; malgré la réduction du temps de travail, en 2002 encore 15,3 % des hommes travaillant de nuit connaissent de longues durées du travail, et 12,9 % des femmes travaillaient la nuit, en 2002, 8,7% d'entre elles travaillent la nuit (soit environ 45 000) EE).

LA RTT

En juin 2003, 20% des entreprises sont passées à 35 heures, employant 9 900 000 salariés, soit 58 %.

L'enquête RTT Mode de vie réalisée en 2000 auprès de salariés stables, à temps, complet et ayant connu une RTT depuis au moins un an donne quelques éléments concernant les effets de la RTT sur les horaires de travail. Le bilan que les salariés dressent des 35 heures sous l'angle de leurs conditions de travail apparaît mitigé. Un quart déclare ressentir une amélioration de leurs conditions de travail, un autre quart une détérioration et la moitié ne signale aucun changement. En fait la mise en œuvre de la baisse de la durée du travail dans les entreprises semble renforcer les inégalités préexistantes. Les plus satisfaits se rencontrent parmi les plus qualifiés –cadres, et particulièrement femmes, et catégories intermédiaires– qui bénéficient souvent de jours de RTT et de marges de manœuvre quant à leur organisation, même s'ils (si elles) continuent à pratiquer de longues journées de travail. Les plus mécontents se trouvent essentiellement parmi les ouvriers et surtout les ouvrières et employé(e)s non-qualifié(e)s pour qui les modalités de passage à 35 heures sont plutôt fixées par l'entreprise et prennent fréquemment la forme d'une modulation de l'horaire collectif.

L'irrégularité et l'imprévisibilité des rythmes de travail à laquelle ces salariés sont déjà confrontés sont renforcées et leur marge de manœuvre pour déterminer leurs horaires reste faible. En revanche, la régularité est confirmée pour ceux qui ont des rythmes réguliers. L'intensification du travail est majoritairement ressentie, du fait de l'augmentation de la charge de travail associée à une exigence de polyvalence. Les cadres l'acceptant mieux car ils conservent une autonomie dans l'organisation de leur temps de travail. L'appréciation de la RTT est meilleure lorsque les salariés perçoivent directement une augmentation des effectifs dans leur unité de travail. La même enquête fait ressortir que le bilan des salariés est plus positif lorsqu'ils sont interrogés sur l'impact des 35 heures sur les conditions de vie. Cependant, sous cet angle aussi, le bilan des salariés moins qualifiés est plus critique que celui de leurs collègues.

Organisation du temps de travail et santé perçue dans l'enquête GERICOTS

PLOUVIER Sandrine, LEROYER Ariane, EDME Jean-Louis, VAXEVANOGLOU Xénophon, BUISSET Claude, DESOBRY Patrick, FRIMAT Paul
CERESTE / Laboratoire de Médecine du Travail, Université Lille 2

OBJECTIFS : Ces dernières décennies, en Europe et en France, les évolutions technologiques et le besoin de compétitivité ont entraîné des modifications importantes de l'organisation du travail, et en particulier de son organisation temporelle. Les horaires dit « atypiques » se sont développés, la flexibilité du temps de travail est venue s'y ajouter. L'organisation du temps de travail (OTT) revêt un aspect particulier parmi les contraintes de travail auxquelles sont soumis les salariés car elle retentit directement sur leur vie extraprofessionnelle. L'objectif de l'étude présentée était d'analyser les relations entre cette OTT et la santé perçue des salariés.

METHODES : La population étudiée est issue de la première étape de l'enquête GERICOTS. Le but de cette enquête était d'estimer les effets sur la santé des salariés de la mise en place de la loi sur l'aménagement et la réduction du temps de travail. Pour cela, elle a donc comporté 2 étapes : la première s'est déroulée en 1999 et sert de référence « avant » l'application de cette loi. Elle a été réalisée auprès d'un échantillon de salariés recrutés lors d'une visite systématique en médecine du travail, dans les régions Nord-Pas de Calais/Picardie. La seconde étape a eu lieu en 2004. La perception par les salariés de leur santé a été évaluée en utilisant d'une part une question générale de santé perçue, d'autre part les axes Sommeil, Réactions émotionnelles, Isolement social et Tonus de la version française du Nottingham Health Profile (NHP). Ces différents indicateurs de santé perçue ont été dichotomisés pour l'analyse. La durée de travail, les caractéristiques générales de l'OTT (type d'horaires effectués, travail de nuit, de week-end, astreintes à domicile, horaires décalés, annualisation du temps de travail) mais aussi ses détails (connaissance à l'avance du planning de travail, possibilité de choisir le nombre de jours travaillés dans la semaine ou le nombre d'heures de travail par jour, horaires discontinus, pauses dans la journée de travail) ont été étudiés. L'analyse a porté sur 3120 sujets. Elle a été réalisée séparément chez les hommes (n=1954) et les femmes (n=1166), par des régressions logistiques ajustées sur de nombreux facteurs personnels et professionnels, en particulier l'âge et la catégorie socioprofessionnelle.

RESULTATS : Aucune relation n'a été objectivée entre l'OTT et l'appréciation de la santé à partir de la question générale. Concernant les scores au NHP, chez les hommes, aucune association n'a été mise en évidence entre OTT et manque de tonus ou altération des réactions émotionnelles. En revanche, travailler le week-end était lié à un isolement social plus fréquent (OR=1,53 IC95% [1,10-2,12]), et devoir se coucher tard du fait du travail à une prévalence plus élevée de troubles du sommeil (OR=1,49 [1,13-1,96]). Chez les femmes, l'axe tonus était le seul pour lequel aucune relation n'était mise en évidence avec l'OTT. Connaître son planning avec peu d'avance et devoir se lever tôt du fait du travail apparaissaient liés aux altérations des réactions émotionnelles (OR=1,78 [1,18-2,67] et 1,86 [1,08-3,21] respectivement). La présence d'astreintes à domicile et l'absence de pauses dans la journée de travail étaient associées à un isolement social plus fréquent (OR=2,07 [1,16-3,68] et 1,78 [1,23-2,56] respectivement). Enfin, la pratique d'horaires postés ainsi que d'horaires d'irréguliers apparaissaient associées à la présence de troubles du sommeil (OR=1,82 [1,05-3,15] et 1,62 [1,15-2,28] respectivement, par rapport aux femmes ayant des horaires de travail fixes).

CONCLUSIONS : Certaines relations ont été mises en évidence dans cette étude entre la santé perçue et l'OTT. La plupart concernaient les organisations dites « atypiques » du temps de travail. Il apparaît nécessaire d'apprécier l'évolution de ces associations sur cette même population, recontactée en 2004, ce qui permettra en outre de s'affranchir du caractère transversal de cette première étape.

Horaires irréguliers, conditions de travail et santé

S. Prunier-Poulmaire, J.B. Berry, C. Gadbois

Intervention à la journée ADEREST du 21 Octobre 2005

On entend par horaires irréguliers non décalés des horaires diurnes variant selon les jours et selon les semaines, sans cycle stable, comme par exemple les horaires des caissières des hypermarchés. Il s'agit là une pratique très répandue, qui prend une importance croissante comme il ressort, ces dernières années, des enquêtes nationales (Boisard & Fermanian, 1999, Bue & Rougerie, 2000) Mais leurs incidences sur la santé ont été jusqu'ici très peu explorées bien qu'un certain nombre d'éléments autorisent à penser que de telles incidences peuvent exister et ne sont peut-être pas mineures.

Cette question a été analysée à partir des matériaux de l'enquête ESTEV (21 000 salariés de tous secteurs professionnels, enquêtés 2 fois à 5 ans d'intervalle 1990 et 1995) (1).

Au terme de cette étude, on peut dégager quelques enseignements majeurs et soulever plusieurs questions qui appelleraient le développement de nouveaux travaux de recherche. Les réponses qui pourraient être apportées à ces questions nécessiteraient pour partie des investigations de terrain ciblées sur des entreprises ou des secteurs professionnels, permettant une caractérisation plus fine des horaires irréguliers.

7.1 1 - Une prévalence des troubles de la santé chez les salariés en horaires irréguliers

Le premier point à retenir est la confirmation, sur un échantillon de très grande taille, de l'existence, parmi les salariés en horaires irréguliers, d'une plus grande fréquence des troubles de santé inventoriés par les 6 dimensions du NHP : tonus, douleurs, réactions émotionnelles, isolement social, mobilité physique, sommeil.

7.2 2 - Des exigences du travail plus fortes pour les salariés en horaires irréguliers

Un deuxième fait important ressort de cette étude : les salariés en horaires irréguliers sont en même temps plus nombreux à être exposés aux diverses contraintes qui peuvent se rencontrer dans les milieux de travail. Cette surexposition s'observe sur les contraintes de toute nature et dans toutes les catégories socioprofessionnelles. Elle est souvent forte, l'écart par rapport aux salariés en horaires normaux étant par exemple de 19% pour la contrainte "d'avoir souvent à se dépêcher" et montant jusqu'à 30% pour "les exigences du public ou des clients". Une telle surexposition à des conditions de travail défavorables a été antérieurement mise en évidence pour les salariés en horaires alternants par les enquêtes "Conditions de travail" de la DARES (Bué, 1998). Les données de l'enquête ESTEV montrent nettement l'existence d'un phénomène analogue pour les salariés en horaires irréguliers.

La fréquence plus élevée des troubles de santé chez les salariés à horaires irréguliers pourraient alors être due à cette *surexposition aux contraintes des tâches accomplies* plutôt qu'à la *particularité de leurs horaires*. Si les analyses de régression logistique réalisées pour

contrôler cette hypothèse montrent que, de fait, les troubles de santé déclarés par les salariés de l'enquête ESTEV en 1990 sont associés à l'exposition à différentes contraintes tenant aux types de tâches effectuées, il n'en demeure pas moins que la pratique d'horaires irréguliers a bien, pour sa part, des effets propres sur ces troubles de santé.

L'examen de la situation en 1995, comparée à celle de 1990, donne dans l'ensemble, un tableau similaire : un bon nombre de facteurs entrés dans les analyses de régression, et qui avaient un effet propre, en 1990 l'ont encore 5 ans plus tard quoique leur ampleur ne soit pas toujours identique, tantôt plus forte et tantôt plus faible. Les différences constatées sont cependant difficilement interprétables car, entre les 2 dates, ont pu survenir aussi des changements dans les caractéristiques de l'irrégularité des horaires, mais également sur les contraintes spécifiques des tâches.

Ces effets s'observent au niveau de l'ensemble des salariés en *horaires irréguliers*, mais différent selon les catégories socioprofessionnelles tant quant aux aspects de santé considérés qu'à l'ampleur des effets. Ces différences d'impact correspondent probablement à des différences dans les modalités d'organisation et de gestion par les entreprises de leurs besoins de flexibilité du travail face à la variabilité de la demande de leur marché. Les informations recueillies dans le cadre de l'enquête ESTEV permettent d'identifier la pratique de tels horaires mais non d'en caractériser les formes. Des analyses plus fines sur ce point devraient porter d'une part sur la distribution des temps de travail à l'échelle des heures et des jours, mais aussi concerner le degré de prévisibilité des variations, un paramètre bien documenté dans les enquêtes de la Dares qui, par ailleurs, ne comporte pas d'informations sur la santé.

D'autres aspects du temps de travail que "le type d'horaires" s'avèrent avoir des effets propres. C'est tout d'abord le *travail à temps partiel*. Ces effets ne sont pas les mêmes selon le volume horaire hebdomadaire de ce temps partiel. L'exécution d'*heures supplémentaires* et le *travail le samedi ou/et le dimanche*, de leur côté, ont de façon assez systématique des effets propres minorant le risque de troubles de santé. C'est là un fait quelque peu surprenant, plus ou moins contre-intuitif, et qui appelle une réflexion méthodologique sur les possibilités d'écart entre l'existence objective d'une condition de travail et par ailleurs le sens que cet élément revêt pour la personne qui y est confrontée, sens qui conditionne pour partie la portée de ce facteur. Ainsi en va-t-il sans doute pour ces deux derniers aspects du temps de travail : s'agissant des heures supplémentaires, si elles tendent à accroître la charge de travail, elles sont en même temps une contrepartie financière ou peuvent être valorisées comme élément constitutif de l'identité du métier. La formule des équipes de fin de semaine est une claire illustration de cette problématique. Une autre illustration en est fournie par les analyses de régression concernant le fait "d'avoir à traiter avec les exigences du public ou des clients". Ce facteur pensé, *a priori*, comme une contrainte se révèle en fait avoir lui aussi un effet minorant le risque de troubles déclarés sur les dimensions du NHP.

- Un autre apport de cette étude a trait à la place de la pratique des horaires irréguliers dans l'histoire professionnelle des salariés. L'organisation de l'enquête ESTEV, interrogeant les mêmes personnes à 5 ans d'intervalle, est particulièrement intéressante de ce point de vue. Il apparaît, en effet, que de nombreux changements sont survenus entre les 2 dates d'enquête et cela quel que soit le type d'horaires pratiqué à la première étape. Ces changements sont des plus divers, et inégalement fréquents selon le type d'horaires exercé au premier moment d'enquête : les salariés en horaires irréguliers en particulier sont beaucoup plus nombreux que les autres à avoir changé d'horaires sur cette période de 5 ans : 26 % seulement sont aux mêmes horaires aux 2 dates alors que c'est le cas de 64 % de ceux en horaires alternants diurnes, 75 % des salariés en horaires alternants Jour/Nuit et 83 % de ceux

en horaires normaux. Ce taux d'abandon des horaires irréguliers sur un laps de temps de 5 ans est-il le reflet d'un processus analogue au processus de sélection-exclusion, largement documenté, qui amène les salariés exposés à des horaires alternants (2x8, 3x8) à les quitter en raison de troubles de santé dû à ces horaires ? Un processus identique est-il à l'œuvre au sein de la population des salariés en horaires irréguliers ? Tel ne paraît pas être le cas : les salariés en horaires irréguliers ayant des troubles de santé ne sont pas plus nombreux que ceux qui n'en ont pas à se trouver en horaires normaux en 1995. Reste alors à s'interroger sur les raisons qui président à cette grande fréquence d'abandon des horaires irréguliers : est-elle la résultante de conséquences de santé autres que celles captées par les dimensions du Nottingham Health Profile, ou bien faut-il rechercher du côté des caractéristiques du marché de l'emploi ouvert aux salariés des secteurs spécialement utilisateurs d'horaires irréguliers, des caractéristiques des salariés de ces secteurs, ou encore du contexte socio-économique de la période 1990-1995 ?

- Enfin, les résultats conduisent à s'interroger sur l'origine de la surexposition des salariés en horaires irréguliers aux diverses contraintes spécifiques des tâches, interrogation qui ouvre sur la question générale des déterminants des conditions de travail. On sait bien, en effet, que celles-ci ne sont pas la conséquence inévitable des impératifs techniques des processus de production, mais dépendent, pour une bonne part, de choix d'organisation du travail. Comment l'irrégularité des horaires et les exigences des tâches se trouvent-elles associées dans les processus qui conduisent à ces choix ? Les contraintes de variabilité de la demande des marchés des entreprises, perçues et présentées comme incontournables et justifiant le recours à des horaires irréguliers entraînent-elles une moindre attention à la qualité des autres facteurs des conditions de travail ? Il faudrait sur ce point que soient menées des études qui débordent le strict cadre de l'ergonomie et s'inscrivent, pour partie, dans le champ de la sociologie du travail.

(1) Deriennic F, Touranchet A, Volkoff S. (Eds.) Age, travail et santé. Etude sur les salariés âgés de 37 à 52 ans. Enquête ESTEV 1990. Paris : INSERM, 1996

La pression temporelle dans le travail : quels enjeux pour la santé ?

*(S.Volkoff, intervention à la journée Aderest,
« Temps, travail et santé »)*

Nous souhaitons, dans cette intervention, rappeler que l'expansion de multiples formes de pression temporelle caractérise l'évolution actuelle de l'organisation du travail (§1). Nous présentons ensuite quelques exemples de résultats qui tendent à montrer que la pression temporelle entretient avec l'état de santé des relations fortes, mais diversifiées (§2). A partir du cas des salariés vieillissants, nous indiquons enfin comment l'analyse de leurs stratégies de travail constitue un complément précieux pour élucider les modes de régulation de la pression temporelle, pour limiter ou contrebalancer ses effets néfastes sur l'organisme, pour autant que ces stratégies soient réalisables et efficaces, alors que l'intensification du travail les rend plus difficiles (§3).

1) La hâte au travail, un phénomène en expansion

On prend appui ici sur les résultats d'enquêtes nationales françaises sur les conditions de travail, mais en sachant que les enquêtes européennes (Boisard & col., 2001) apportent des résultats semblables. Entre le milieu des années 80 et la période récente, les proportions de salariés qui font état de normes ou délais inférieurs à l'heure, de dépendance vis-à-vis du travail des collègues, ou de la demande à satisfaire immédiatement, sont toutes les trois en augmentation (Bué & col., 1999).

Il faut insister ici, non seulement sur l'expansion de chacune de ces contraintes, mais sur leur enchevêtrement. Il y a vingt ou trente ans, il y avait autant qu'aujourd'hui des contraintes « industrielles » dans l'industrie : des organisations très formalisées avec des cadences mécaniques à suivre, des normes, des délais, des évaluations quantitatives nombreuses, etc., mais c'était justement limité à l'industrie. De même il y avait des contraintes de type « commercial » dans les situations en rapport étroit avec le public, avec donc des demandes de clients à satisfaire rapidement, au moment où ils se présentaient, mais c'était réservé au secteur tertiaire. Or aujourd'hui les contraintes de type « commercial » ont fait irruption dans l'industrie avec le zéro stock, le flux tendu. De leur côté, la formalisation et la parcellisation dans des tâches de commerce ou de services, se sont accrues. Ce remodelage et cette accumulation des contraintes temporelles caractérisent ce que l'on peut appeler « intensification du travail » (Gollac, Volkoff, 2001).

2) Pression temporelle et santé : des mécanismes diversifiés

Pourquoi cet enchevêtrement de plus en plus fréquent de contraintes de rythme de natures différentes pose-t-il des problèmes du point de vue de l'activité de travail ? On peut partir de l'idée que chacune d'elles donne lieu à la construction de « répliques » dans l'activité, à la fois pour intégrer cette contrainte et s'en protéger. Vis à vis des contraintes « industrielles », il y a des stratégies d'économie possibles, qui se tissent peu à peu au fil de l'expérience, en prenant appui sur le fait que ces exigences sont rigides, mais assez prévisibles. Du côté des contraintes « commerciales », on peut repérer des stratégies d'anticipation, comme une certaine manière, par exemple, d'utiliser les temps creux, pour faire face aux « pointes » à venir : prendre un temps pour souffler, préparer son travail, vérifier une information, etc. On

comprend alors pourquoi l'hybridation des contraintes est nocive. S'il y a une montée des contraintes de type « commercial » dans les ateliers, les stratégies d'économie sont sans arrêt déjouées. Et si le modèle industriel se répand dans les activités de services, les temps creux disparaissent.

Mais on comprend aussi que ces relations n'ont rien de mécanique. Dans une enquête sur la santé au travail des personnels de l'Agence Nationale Pour l'Emploi, parmi les variables explicatives en matière de santé, figurait la réponse à la question : « devez-vous traiter trop vite une opération qui demanderait davantage de soins ? », les modalités de réponse étant « très souvent », « assez souvent », « rarement », « jamais ». De façon prévisible, une analyse multivariée de divers problèmes de santé a montré que cette sensation de hâte dans le travail était associée à un surcroît de fatigue, de nervosité, de sensations d'épuisement. Moins attendu était le gros « odds-ratio » (donc le fort accroissement de la probabilité correspondante) reliant cette hâte avec les douleurs cervicales. En s'appuyant sur la littérature en ergonomie et en psychologie du travail, et sur les discussions au sein du CHS-CT de l'organisme, cette recherche a permis de proposer plusieurs registres d'interprétation (voir Molinié, Volkoff, 2000).

On peut donner un exemple de conséquences collectives, et à peu près simultanées, d'une forte pression temporelle sur la santé des salariés : il s'agit évidemment des troubles musculo-squelettiques, dont l'expansion ces dernières années a eu au moins le mérite de redonner du tonus au débat social sur l'organisation du travail. Mais c'est un exemple assez isolé. Le plus souvent, comme une pression temporelle accrue a pour principal effet de déjouer des stratégies individuelles de préservation, les manifestations pour la santé vont être elles-mêmes très individualisées, très disparates. Un travail d'élucidation va devenir nécessaire pour pointer une origine commune à des troubles de santé qui vont se manifester vraisemblablement de manière très diversifiée selon les personnes et selon les moments.

On peut illustrer cette diversité par un résultat simple tiré de l'enquête « Estev » (santé, travail et vieillissement). On a constaté que la consommation de médicaments à effet psycho-actif (somnifères, tranquillisants) chez les femmes employées administratives, variait peu avec l'âge si ces employées avaient répondu « non » à la question : « êtes-vous souvent obligés de vous dépêcher ? » Alors que chez celles qui ont répondu « oui », on voit tripler cette consommation entre l'âge de 37 et l'âge de 52 ans (Buisset & col., 2001). Tout semble se passer comme si l'effet de l'urgence sur la consommation de psychotropes était différencié selon l'âge. Ce dernier point mérite un développement plus précis.

3) La pression temporelle, les urgences : plus difficiles avec l'âge ?

Il y a plusieurs manières de montrer qu'une pression temporelle forte est moins bien tolérée quand l'âge s'élève. Des analyses démographiques simples le suggèrent déjà, de même que des études épidémiologiques comme celle que l'on vient de citer.

Quelles explications peut-on avancer, à ces difficultés des âgés face aux contraintes de temps serrées ? Les connaissances en physiologie ou psychologie du travail montrent un léger ralentissement des performances sensori-motrices, et des processus de décision, avec l'âge. Mais cette tendance varie beaucoup selon les individus, et les différences s'accroissent elles-mêmes avec l'âge. En outre, les mécanismes neuro-physiologiques ne fournissent qu'une explication très partielle, car le ralentissement est souvent lié à des façons d'agir : les âgés

seraient plus prudents, plus attentifs à la qualité qu'à la vitesse, plus soucieux de vérifier les résultats de leurs actions.

C'est pourquoi les résultats des tests en laboratoire ne se transposent pas directement en situation de travail. C'est l'analyse directe de l'activité de travail qui permet de mieux comprendre, à la fois les difficultés des âgés sous la pression temporelle, et la façon dont ils mobilisent leur expérience pour surmonter, si possible, ces difficultés. Une synthèse récente d'études ergonomiques sur ce sujet (Volkoff, Pueyo, 2005) permet de catégoriser les principales formes que prennent ces régulations : économie de gestes, anticipation, usage du collectif, ré-élaboration de règles, etc.

4) Conclusion

Le renforcement et la généralisation de la pression temporelle ont des causes multiples et des effets diversifiés. La question des moyens d'intervention pour y faire face, pour identifier ses déterminants et ses conséquences, et pour construire des actions de prévention, suppose de prendre cette diversité en considération, et d'en proposer une lecture cohérente, pour ne pas alimenter les approches individuelles et « privées » de la santé, trop souvent privilégiées dans notre pays.

Bibliographie

- Boisard P., Cartron D., Gollac M., Valeyre A., 2001. Contraintes de temps dans le travail et risques pour la santé en Europe. *Quatre Pages du CEE*, n°47
- Bué J., Cézard M., Hamon-Cholet S., Rougerie C., Vinck L., 1999. De l'intensification du travail. *Santé et Travail* n°27
- Buisset C., Hiault A., Laurent P., Mignien L., Volkoff S., Monfort C., 2001. Santé perçue des employées administratives. In *Travail, santé et vieillissement : relations et évolutions*. Octarès, Toulouse
- Gollac M., Volkoff S., 2001. Intensité et fragilité. In G.Jeannot, P.Veltz (eds), *Le travail, de l'entreprise à la cité*. Editions de l'Aube
- Molinié A-F., Volkoff S., 2000. Intensité du travail et santé dans un grand organisme administratif : une enquête à l'Agence nationale pour l'Emploi. *Pistes*, vol2 n°1 (www.unites.uqam.ca/pistes)
- Volkoff S., Pueyo V., 2005. How do elderly workers face tight time constraints ? In G.Costa, W.Goedhard, J.Ilmarinen (eds), *Assessment and Promotion of Work Ability, Health and Well-being of Ageing Workers*. Elsevier, ICS

8. Astreinte cardiovasculaire et ses implications sur les temps de travail

J-P Meyer, E. Turpin-Legendre
INRS, Laboratoire de Physiologie du Travail
Vandoeuvre, BP 27,54500

La charge de travail physique est une contrainte classique qui a toujours limité l'activité de l'homme. Depuis l'antiquité et jusqu'à une période relativement récente l'activité était interrompue par l'épuisement de l'Homme. On travaillait 12 à 16 h par jour, 7 jours par semaine. L'interdiction du travail des enfants, l'extension à 2 jours du repos compensateur en fin de semaine et enfin la réduction du temps de travail ont été des acquis du début du 20^{ième} siècle à nos jours. La réduction de la charge physique générale a été l'un des arguments déterminant de ces progrès.

L'indice d'astreinte le plus souvent utilisé pour quantifier la charge physique de travail est la fréquence cardiaque (FC) et son augmentation exprimée en coût cardiaque absolu ou relatif. La France est le seul pays où la loi limite le coût cardiaque absolu moyen sur 8 h à 30 battements par minute. Ce seuil est accepté depuis le milieu du 20^{ième} siècle et représente quand même un travail d'endurance lourd heureusement peu fréquent à l'heure actuelle. Par ailleurs, des tâches brèves mais extrêmement intenses doivent être contrôlées à cause de l'astreinte cardiaque souvent excessive qu'elles entraînent (manutentions, accès difficiles, tâches urgentes...). Il n'existe pas encore de limite à ce que peut faire un bras ou une main avant de se fatiguer.

En dehors du travail physique général, l'astreinte cardiaque et en particulier sa récupération, permet une évaluation simple et fiable de l'astreinte thermique. Les travaux de désamiantage imposent le port d'une tenue étanche qui induit ou aggrave l'astreinte thermique de la tâche. L'exposition à l'amiante est emblématique des risques professionnels mais ce n'est pas la seule qui impose un vêtement étanche (mécanique de précision, pharmacie, alimentation, électronique...).

La présentation va insister sur l'intérêt de l'utilisation de la FC dans ces situations particulières dans lesquelles les indices d'astreintes à la chaleur sont d'application difficile ou erronée. A partir des résultats de plusieurs études en situations réelles de travail menées auprès de 100 salariés, nous avons déterminé une relation simple entre les augmentations de la FC de récupération par rapport à la FC de repos avant l'exposition (extra pulsations cardiaques thermiques - **EPCT**) et de la température buccale. Cette relation permet de tenir compte de la variabilité interindividuelle et indique que si les **EPCT** sont inférieures à 20 battements par minute l'augmentation de température corporelle est toujours inférieure à 1 °C (limite acceptable d'augmentation). Ce résultat, appliqué à des données recueillies chez des salariés en combinaison étanche a permis de définir des courbes de durée limite d'exposition (DLE) en ne tenant compte que de la température de l'air (Ta) et de la dépense énergétique (M). Dans un chantier, la mesure de la Ta et l'évaluation de M permet de définir une DLE sûre. Sachant que la récupération thermique est lente, un repos physique de 30 minutes en zone de confort thermique (20-22 °C ; 40-60% d'humidité) est indispensable entre 2 expositions. Le volume journalier de travail dans ces zones à confiner provoque des débats sur l'organisation temporelle de ces tâches.

Dépressivité (Ces-d) et contraintes temporelles au travail dans l'enquête décennale santé 2002-2003

Gaëlle Santin, Christine Cohidon

Département Santé Travail – Institut de Veille Sanitaire

Un des objectifs de l'enquête décennale santé 2002-2003, coordonnée par l'Insee, est de décrire l'état de santé de la population française. Le département Santé Travail de l'InVS participe à l'exploitation de cette enquête dans le but, d'une part, d'obtenir un descriptif des conditions de travail selon l'emploi et, d'autre part, des indicateurs de santé potentiellement en lien avec le travail.

Cette enquête est une enquête nationale effectuée auprès d'environ 25 000 logements, tirés au sort avec une stratification par région. Tous les individus du logement ont été interrogés. A chaque individu de l'échantillon a été associée une pondération afin que les résultats présentés soient représentatifs de la population française.

Il y a eu au total plus de 16 500 ménages répondants comprenant plus de 17 500 individus de plus de 18 ans avec des données complètement exploitables. Le recueil des données a duré un an et s'est effectué, selon la nature des questions, sur deux modes : en face-à-face avec un enquêteur et par auto-questionnaire.

Nous présentons ici l'étude des associations, chez les actifs occupés, entre la dépressivité et les contraintes de pressions temporelles ainsi que les contraintes horaires.

La dépressivité est mesurée par le Ces-d, échelle composée de 20 items, à partir desquels un score est calculé (de 0 à 60). Au-delà d'un seuil supérieur à 17 pour les hommes et 23 pour les femmes, la personne présente une symptomatologie dépressive, qu'on appellera ici dépressivité.

Tous les résultats prennent en compte le plan de sondage (pondérations, strates, tirage au sort des ménages). Les modèles multivariés présentés sont issus de régressions logistiques et sont ajustés sur les variables décrivant l'emploi (statut, temps de travail, durée de transport, âge au premier emploi) et la vie personnelle (âge, vie en couple, maladie chronique, événement marquant dans l'année). Les actifs occupés sont représentés par 5805 hommes et 5223 femmes.

La prévalence de dépressivité est de 11,4% chez les hommes et de 10,2% chez les femmes.

La prévalence de la dépressivité selon la PCS (profession et catégorie socioprofessionnelle) à 1 chiffre diffère chez les hommes et les femmes. Hormis chez les ouvriers, la prévalence est plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Chez les hommes, la prévalence de dépressivité la plus faible concerne les cadres et professions intellectuelles (7,8%), la plus élevée les agriculteurs exploitants (15,1%) et les employés (14,9%). Chez les femmes, la prévalence la plus faible concerne les artisans, commerçants, chefs d'entreprise (3,6%), la plus élevée les ouvrières (12,0%).

Comme les prévalences de dépressivité diffèrent selon les PCS et qu'en général nous disposons d'effectifs suffisants, nous avons étudié les associations entre dépressivité et contraintes temporelles séparément par PCS.

Les résultats chez les *agriculteurs exploitants* ne sont pas présentés, faute d'effectifs suffisants (n=202 chez les hommes, n=92 chez les femmes).

Chez les artisans et commerçants, aucune association significative entre la prévalence de dépressivité et les contraintes temporelles de temps dans le travail n'a été trouvée. Il en est de même chez les hommes *cadres*. Chez les femmes cadres (n=756), la prévalence de

dépressivité est plus élevée chez celles qui trouvent difficile d'être souvent obligées de faire plusieurs choses à la fois que chez les autres (OR : 3,0 ; IC95% : [1,0-8,9]).

Pour les *professions intermédiaires*, des associations significatives différentes sont observées selon le sexe (n=1472 chez les hommes, n=1448 chez les femmes). La dépressivité est plus élevée chez les hommes exposés dans le passé pendant plus de 10 ans à un travail répétitif sous contrainte de temps (OR : 5,2 ; IC95% : [2,1-12,9]) et à une rémunération au rendement (OR : 5,2 ; IC95% : [2,1-12,8]) ; il en est de même chez ceux qui considèrent qu'il est difficile d'être souvent interrompu dans leur travail (OR : 1,9 ; IC95% : [1,1-3,1]) ou qui ne peuvent quitter leur travail des yeux (OR : 2,0 ; IC95% : [1,0-3,8]). La dépressivité est moins élevée chez les femmes qui ne peuvent pas quitter leur travail des yeux et qui considèrent que cela n'est pas difficile (OR : 0,4 ; IC95% : [0,2-0,9]).

Pour les *employés*, on retrouve les mêmes associations chez les hommes et les femmes. La dépressivité est plus élevée chez les personnes exposées moins de 10 ans dans le passé à des horaires atypiques (Chez les hommes OR : 2,5 ; IC95% : [1,1-5,7] et chez les femmes OR : 1,9 ; IC95% : [1,1-3,4]) ou qui trouvent difficile d'être souvent obligées de se dépêcher (Chez les hommes OR : 2,1 ; IC95% : [1,1-4,1] et chez les femmes OR : 1,4 ; IC95% : [1,0-2,2]).

Pour les *ouvriers*, les associations significatives diffèrent selon le sexe. La dépressivité est plus élevée chez les hommes exposés dans le passé plus de 10 ans à des horaires atypiques (OR : 3,0 ; IC95% : [1,5-6,1]), rémunérés actuellement et depuis plus de 10 ans au rendement (OR : 3,4 ; IC95% : [1,3-9,0]), ou qui considèrent difficile d'être souvent obligés de faire plusieurs choses à la fois (OR : 1,7 ; IC95% : [1,1-2,6]). Chez les femmes, la dépressivité est plus élevée chez celles qui considèrent comme difficile d'être souvent interrompues dans leur travail (OR : 4,9 ; IC95% : [2,2-10,9]).

Cette analyse comporte certaines limites. La principale résulte du mode d'enquête, transversal ; il n'est donc pas possible de conclure à une relation causale entre dépressivité et contraintes temporelles. Une autre limite vient du recueil des données : il s'agit d'une enquête déclarative, ce qui n'exclut pas des biais de mémoire ou des seuils de déclaration. Enfin, les informations sur la consommation de psychotropes sont encore manquantes à ce jour.

Néanmoins, l'enquête santé a aussi des atouts. Il s'agit d'une enquête nationale représentative de la population française métropolitaine, avec un effectif de personnes interrogées important. De nombreuses informations personnelles, essentielles pour l'étude de la santé mentale, professionnelles et sur les durées d'exposition sont disponibles. Les questions sur les contraintes horaires sont factuelles ce qui limite la subjectivité dans les réponses. Enfin, cette enquête est intéressante dans un but de surveillance, car elle est répétée dans le temps.

On observe une association significative entre dépressivité et contraintes temporelles chez les professions intermédiaires, les employés et les ouvriers quel que soit le sexe et chez les cadres et professions intellectuelles seulement pour les femmes. Il reste à explorer dans l'enquête santé les associations entre contraintes temporelles et dépressivité selon la profession la plus longtemps exercée ainsi que les associations entre contraintes temporelles passées et la dépressivité chez les chômeurs. Enfin, nous prendrons en compte dans nos analyses la consommation de psychotropes lorsqu'elle sera disponible.

SYNTHÈSE DE LA JOURNÉE DE L'ADEREST DU 21 OCTOBRE 2005

Journée forte intéressante, qui a montré les difficultés pour évaluer les relations entre la santé des salariés et le temps de travail.

J. BUE nous a présenté les difficultés à montrer la diminution réelle du temps de travail, l'indicateur actuel utilisé « heures de travail » est un indicateur constitué (sans doute pas le meilleur indicateur).

Les enquêtes récentes sur la réduction du temps de travail montrent que celle-ci renforcerait l'inégalité sociale entre les salariés qualifiés qui ont acquis des marges de manœuvre quant à l'organisation de leurs horaires au dépend des non qualifiés qui ont des horaires irréguliers et imprévisibles.

Il y a intensification du travail (augmentation des contraintes marchandes et industrielles), augmentation du travail à la chaîne et cumul des contraintes marchandes et industrielles.

Il y a diversification des horaires.

Marie-Josèphe SAUREL a montré les relations paradoxales entre horaires de travail et sexe avec des interfaces entre vie professionnelle et vie familiale multiples, et des conflits entre la protection de la santé, la prévention et les revendications de parité.

Les difficultés entre organisation de travail et santé perceptuelle des salariés ont également été évoquées avec l'enquête GERICOTS (CERESTE – Lille) et l'enquête ESTEV.

La deuxième partie de la journée a été consacrée à la « pression temporelle = temps dans le travail ».

Serge VOLKOFF rappelle que l'accentuation de la pression temporelle est une caractéristique forte de l'évolution dans l'organisation du travail, qu'il existe de la diversité des réactions de santé par rapport à cette intensification (à chacun sa façon d'en subir ou d'en réguler des effets).

-Que les stratégies pour atténuer la pression du temps se développent avec l'âge et l'expérience (il existe des instruments que l'on peut utiliser pour mettre en évidence ces stratégies).

-Que l'intensification du travail rend ces stratégies plus précieuses et plus difficiles.

-L'ergonomie et l'épidémiologie sont complémentaires pour appréhender ces phénomènes (ex : travail de nuit et pression temporelle).

Il faudrait un lieu où les employeurs puissent facilement avoir accès à ces connaissances, en dehors des cercles fermés des chercheurs, un lieu où seraient les enquêtes, leurs résultats, les outils...

Dans le domaine des outils, JP MEYER nous a montré que le meilleur indicateur pour l'astreinte cardiovasculaire, le temps de travail et la chaleur est la **fréquence cardiaque** (FC).

Au terme de cette journée, nous voyons tout l'intérêt de réfléchir sereinement, sans contrainte de temps, sur une question précise – avec un public multidisciplinaire, attentif, multi-âge, autour des expériences vécues.

Le Médecin Inspecteur Régional
Du travail et de la Main d'œuvre

Docteur Annie TOURANCHET