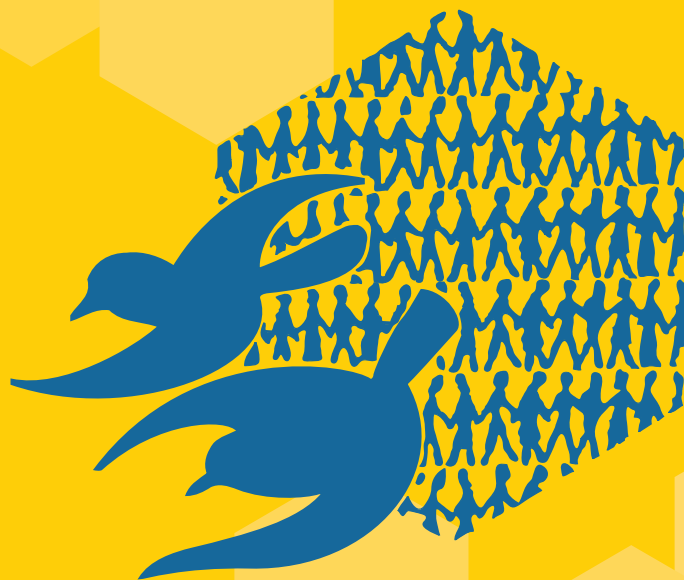


POPULATION ET TRAVAIL

Dynamiques démographiques et activités

*Colloque international d'Aveiro
(Portugal, 18-23 septembre 2006)*



ASSOCIATION INTERNATIONALE DES DÉMOGRAPHES DE LANGUE FRANÇAISE
A I D E L F – 133, boulevard Davout – 75980 Paris Cedex 20 (France)
<http://www.aidelf.org> – Courriel : aidelf-colloque2006@ined.fr

« Ce salarié devrait cesser de travailler » : une approche de l'usure professionnelle des 50 ans et plus¹

Jean-Louis POMMIER*, Marie-Claire BARDOUILLET**, Marion GILLES***, Anne-Françoise MOLINIÉ****²

Dans la pratique quotidienne, de nombreux médecins du travail témoignent être de plus en plus souvent confrontés à un écart entre les conditions dans lesquelles les salariés vieillissants effectuent leur travail et celles qui seraient mieux adaptées à leurs caractéristiques – des conditions leur permettant non seulement de compenser ou limiter les éventuelles déficiences liées à leur âge mais aussi de mettre à profit leurs qualités. Dans un contexte de travail devenant moins « tolérant » pour des salariés dont la santé est altérée, moins adapté aux caractéristiques d'une population vieillissante, les médecins du travail ont le sentiment de rencontrer de plus en plus fréquemment dans leurs cabinets des salariés, et notamment les plus âgés, qui « n'en peuvent plus ». Alors même que la proportion des quinquagénaires augmente et va rester durablement élevée, ils observent par ailleurs une réduction des dispositifs leur permettant de « mettre à l'abri » ces salariés : aménagements ou changements de poste, réaffectations, évolutions professionnelles, etc. Enfin, ils évoquent les multiples visites où ils sont face à un salarié qu'ils jugent « plus vieux que son âge », précocement vieilli, comme usé prématurément.

Pour attirer l'attention sur ces difficultés, évaluer leur ampleur, et mieux repérer les modalités d'action en ce domaine, les médecins du groupe *Épidémiologie* du Cisme (Centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise), en collaboration avec des chercheurs du Créapt-CEE (Centre de recherches et d'études sur l'âge et les populations au travail - Centre d'études de l'emploi) ont pris l'initiative d'une enquête sur les enjeux de santé au travail des salariés de 50 ans et plus baptisée « SVP 50 », *Santé et vie Professionnelle après 50 ans*. Plus de 11 000 salariés de 50 ans et plus ont été interrogés dans le cadre des visites annuelles, par près de 650 médecins du travail volontaires pour cette enquête (encadré 1).

L'enquête visait à recueillir des informations fournies principalement par le salarié (et éventuellement rediscutées avec le médecin) sur son itinéraire professionnel, les caractéristiques de son travail actuel et passé, ses appréciations sur son travail, sa perception de la retraite et ses intentions de départ (anticipé ou non), et divers aspects de son état de santé (troubles ressentis, leur évolution récente et les gênes éventuelles occasionnées dans le travail). Elle permettait également de recueillir des informations auprès du médecin sur l'état de santé du salarié (pathologies), mais aussi sur les possibilités d'adapter le travail à l'état de santé du salarié (aménagement ou changement de poste, restriction d'aptitude) ou de lui permettre de se soustraire momentanément ou plus durablement à ce travail ((inaptitude temporaire, possibilité de départ anticipé dans le cadre de dispositifs collectifs, inaptitude).

Cet article sera centré sur une question sollicitant l'avis du médecin : « *Indépendamment de l'avis d'aptitude, considérez-vous que cette personne devrait cesser de travailler ?* ». Cette question visait à appréhender des situations où la poursuite du travail est identifiée comme un

¹ Ce texte constitue une première version d'un article publié dans *Retraite et Société*, n° 49, octobre 1986.

* Médecin inspecteur régional du travail, Poitiers, Groupe *Épidémiologie* du CISME

** Médecin du travail, MT71, Chalon sur Saône, Groupe *Épidémiologie* du CISME

*** ANACT, Centre d'Études de l'Emploi

**** CREAPT (Centre de recherches et d'études sur l'âge et les populations au travail), Centre d'Études de l'Emploi

risque pour la santé du salarié, et ce quel que soit le compromis construit par le médecin avec le salarié entre son état de santé, son souhait de rester au travail ou non, les risques pour son emploi et les possibilités d'aménager ou modifier ses conditions de travail. À notre connaissance, il s'agit là d'une approche tout à fait originale de situations dans lesquelles se pose la question d'échapper à l'usure liée à toute une vie de travail, mais en dissociant cette question à la fois des issues institutionnelles que sont principalement le recours à l'inaptitude ou aux restrictions d'aptitude, et du risque de mettre le salarié au chômage ou dans des situations difficiles.

En ce sens, ce jugement du médecin peut constituer une approche de la notion d'« usure professionnelle », plus large que celles disponibles jusqu'à présent et souvent limitées au recours à l'inaptitude (Omnès, Bruno, 2004) et plus précise que celles posées en termes d'inégalités sociales d'espérance de vie, voire d'espérance de vie en santé. Cette notion d'usure professionnelle, bien que fréquemment utilisée, reste très floue et ne semble avoir de statut conceptuel dans aucune discipline des sciences humaines. On peut cependant dire qu'elle renvoie à l'idée d'une atteinte globale à la santé (et pas forcément à des atteintes spécifiques), combinant les effets de l'avancée en âge et les traces de l'ensemble de la vie professionnelle. Elle prend généralement sens à travers des approches différentielles, selon le sexe, les groupes sociaux, métiers, etc. Dans cette perspective comparative, l'apport de l'enquête SVP 50 est aussi d'identifier des facteurs plus précis liés au travail lui-même, actuel ou passé, et de les prendre en compte non seulement comme facteurs de risque éventuels, mais aussi parfois comme des possibilités de protéger, voire de construire, sa santé.

L'enquête « Santé et Vie Professionnelle après 50 ans ».

L'enquête SVP 50 a été réalisée en 2003 par des médecins du travail, auprès de salariés de 50 ans et plus vus lors des visites annuelles de médecine du travail. Près de 650 médecins du travail volontaires ont participé au recueil. Chaque médecin enquêteur a interrogé tous les salariés de 50 ans ou plus qu'il a reçus en visite annuelle, ou un échantillon aléatoire de ceux-ci, sur une période de quelques semaines. Au total, 11 223 questionnaires ont été recueillis et 11 213 questionnaires ont pu être exploités. 56% de ces salariés avaient de 50 à 54 ans, 40% de 55 à 59 ans, et 4% avaient 60 ans ou plus.

Le questionnaire comporte des informations fournies par le salarié sur : son itinéraire professionnel, les principales contraintes auxquelles il est exposé et celles auxquelles il a été exposé dans le passé, ses appréciations sur l'intérêt et le sens de son travail, sa perception de la retraite et ses intentions en termes d'âge de départ, et divers aspects de son état de santé, avec leur évolution récente et les gênes éventuelles occasionnées dans le travail.

En fin de questionnaire, le médecin mentionne (s'il y a lieu) l'existence de pathologies, d'invalidité, de restriction d'aptitude, etc., et indique si, à son avis, il serait souhaitable que « *ce salarié cesse de travailler* ». Il signale si le salarié est (ou sera) pris en compte dans un processus de départ anticipé : dispositif spécifique des travailleurs exposés à l'amiante, dispositif collectif non lié à l'état de santé (mesures sociales de branche ou d'entreprise, préretraite progressive, etc.), dispositif collectif lié à l'état de santé, autre processus de départ anticipé pour raison médicale en cours ou initié le jour de l'enquête.

Le plus souvent, le questionnaire « salarié » a été rempli par l'enquêté avant la visite médicale, et a servi pour la discussion avec le médecin du travail. Il a parfois été rempli avec le médecin pendant la visite. Le médecin remplissait ensuite la partie du questionnaire qui le concernait.

Le champ de l'enquête est celui de la médecine du travail, et couvre donc principalement les salariés du privé hors agriculture, mais aussi quelques rares services relevant de l'État ou des collectivités locales. Du fait que les médecins enquêteurs appartiennent à des services interentreprises (les grands établissements ont plus souvent des services autonomes de médecine du travail), l'échantillon comporte une proportion plus forte de salariés travaillant dans des petits établissements, que celle constatée dans l'ensemble des salariés. 45 % des salariés enquêtés dans *SVP 50* travaillent dans des établissements de moins de 50 salariés, contre 29 % pour les salariés du privé de même âge dans l'Enquête emploi de 2002 (Source INSEE, exploitation spécifique).

D'après les médecins du travail, **10,8% des salariés de plus de 50 ans devraient cesser de travailler**, soit 11,5% des hommes et 9,7% des femmes. Les inaptitudes prononcées à l'issue de la visite de 2003 ne concernent, elles, que 1% des salariés enquêtés.

Cet avis du médecin traduit probablement la perception d'une relation entre la santé du salarié, la situation de travail actuelle et les évolutions à venir compte tenu du contexte de l'entreprise. Ceci peut renvoyer à l'idée d'un travail « inadapté » (si cette personne continue à travailler dans ces conditions, sa santé va se dégrader du fait de son travail), et parfois « inadaptable » (il n'y a pas de solution réaliste d'amélioration de ses conditions de travail sans mettre en péril son emploi). La réponse du médecin peut intégrer encore d'autres dimensions, telles que la présence d'une maladie diagnostiquée, l'évolution probable de la santé du salarié (en tenant compte en particulier du contexte professionnel), le lien entre l'état de santé et les contraintes auxquelles la personne a été confrontée au cours de son parcours professionnel ; et bien d'autres facteurs encore, dont l'expérience du médecin lui-même, en fonction de son propre parcours.

Le questionnaire ne permet cependant pas au médecin d'explicitier les facteurs sur lesquels il fonde sa réponse. On peut par contre, établir des liens statistiques entre cet avis du médecin et d'autres informations fournies par l'enquête, notamment sur le travail ou la santé des salariés concernés.

Dans cet article, nous examinerons successivement comment semblent être prises en compte différentes caractéristiques des salariés (âge, catégorie socioprofessionnelle), leur santé, leurs conditions de travail actuelles ou passées, modulées ou non par les appréciations subjectives qu'ils portent sur le contenu et l'organisation de leur travail, et par l'évaluation qu'ils font des changements récents survenus dans leur travail et des risques éventuels qu'ils ressentent pour leur emploi. Nous verrons ensuite ce qui est mis en œuvre par le médecin du travail pour ces salariés qui, d'après lui, *devraient cesser de travailler*.

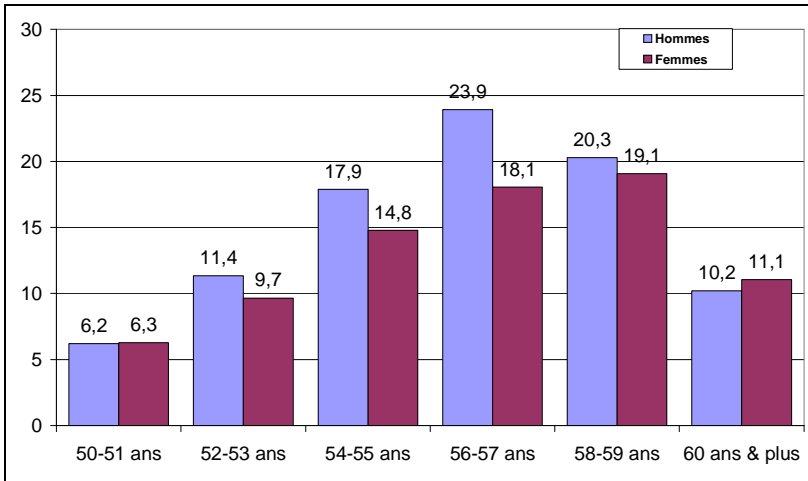
Le poids des facteurs socioprofessionnels

L'avis formulé par le médecin dépend beaucoup de l'âge du salarié. Pour les hommes comme pour les femmes, la proportion de personnes *devant cesser de travailler* croît avec l'âge jusqu'à 56-57 ans chez les hommes et 58-59 ans pour les femmes, et décroît ensuite (cf. graphique 1). C'est en effet aux alentours de 57 ans que des sorties anticipées d'activité sont parfois possibles tout en conservant des garanties minimales de revenu de remplacement jusqu'à l'âge de la retraite (pré-retraites, CATS, assurance chômage avec dispense de recherche d'emploi, etc.) (Touranchet, Bardot, 2006). Lorsqu'il n'est pas possible de recourir à des dispositifs de préretraite, le recours à l'inaptitude – suivi d'un licenciement – peut parfois permettre de soustraire de l'activité certains salariés, tout en leur permettant d'atteindre l'âge

de la retraite à taux plein dans des conditions pas trop pénalisantes³. Une partie des salariés a donc déjà quitté le travail avant 58 ans, et ceux qui sont encore au travail à cet âge et au-delà sont plus fréquemment ceux qui peuvent poursuivre leur activité dans de relativement bonnes conditions.

Jusqu'à 60 ans, le médecin juge plus souvent que les hommes *devraient cesser de travailler* que les femmes du même âge. C'est l'inverse pour ceux qui sont encore en activité à 60 ans ou au-delà, probablement en raison de la sur-représentation des catégories sociales élevées parmi les hommes de cet âge (les cadres représentent 35% des hommes de 60 ans et plus -vs 23% pour l'ensemble de l'échantillon ; les ouvrières et personnels de service 26% des femmes de cet âge -vs 21% pour l'ensemble).

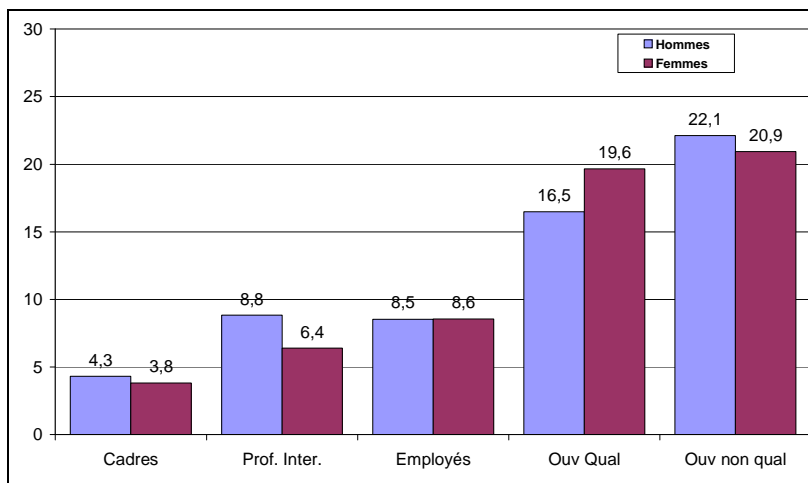
GRAPHIQUE 1 : PROPORTION DE SALARIÉS QUI « DEVRAIENT CESSER DE TRAVAILLER », POUR CHAQUE SEXE ET ÂGE.



Juger qu'un salarié *devrait cesser de travailler* est d'autant plus fréquent qu'il est ouvrier. Pour les hommes, 22% des ouvriers non qualifiés sont concernés, 16,5% des ouvriers qualifiés, contre 8,5% des employés et 4% des cadres (cf. graphique 2). La tendance est la même pour les femmes, mais avec des proportions très proches pour les ouvrières qualifiées et les ouvrières non qualifiées. Ce constat peut renvoyer aux différences de parcours professionnels entre les hommes et les femmes, les ouvriers pouvant plus souvent que les ouvrières être affectés à des postes de maîtrise par exemple, alors que les caractéristiques du travail diffèrent peu entre ouvrières qualifiées et non qualifiées.

³ Mais les restrictions des conditions d'indemnisation du chômage des âgés limitent de plus en plus cette possibilité.

GRAPHIQUE 2 : PROPORTION DE SALARIÉS QUI « DEVRAIENT CESSER DE TRAVAILLER », POUR CHAQUE SEXE ET CATÉGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE.



Le pourcentage de salariés qui *devraient cesser de travailler* varie aussi selon le secteur d'activité économique (Molinié, 2005). Il est particulièrement élevé dans la construction, les industries agro-alimentaires, la métallurgie, le secteur des transports ou l'hôtellerie-restauration.

Prendre en compte les problèmes de santé

Les problèmes de santé jouent évidemment un rôle important dans l'avis formulé par le médecin. Lorsqu'il note la présence d'une ou plusieurs pathologies qu'il juge *graves*, le médecin considère plus souvent que *ce salarié devrait cesser de travailler* : c'est le cas pour 20,7% des hommes et 17,5% des femmes atteints d'au moins une pathologie grave. Pour les salariés ayant une pathologie rhumatologique (soit un quart des salariés enquêtés), ceux qui *devraient cesser de travailler* sont 27,3% chez les hommes et 23,7% chez les femmes.

Le médecin est d'autant plus enclin à considérer que le salarié devrait cesser son activité que son histoire professionnelle a déjà été interrompue précédemment en raison de cet état de santé : c'est le cas de 17% de ceux qui ont connu une ou deux interruptions et de 30% de ceux qui ont eu plus de deux interruptions pour *maladie grave, accident grave, choc psychologique grave, ...* On peut y voir l'effet de pathologies, en lien ou non avec le travail, qui ont nécessité un retrait momentané du travail et qui ont laissé une « trace » sur la santé actuelle du salarié, rendant difficile la poursuite de l'activité ou ayant contribué à le fragiliser vis à vis des évolutions du travail.

L'avis du médecin renvoie non seulement à la gravité des pathologies et à leur incidence sur le parcours professionnel, mais aussi aux gênes que les problèmes de santé peuvent occasionner dans le travail d'aujourd'hui. Ces gênes éventuelles étaient repérées dans l'enquête pour divers troubles de santé ressentis et déclarés par le salarié. Ceux-ci étaient abordés de la manière suivante : « Avez-vous (tel ou tel trouble de santé) ? oui/non » ; « Si oui : est-ce que cela représente une gêne dans votre travail ? ». Ce questionnement se répétait pour un ensemble de troubles : douleurs, sensation de se fatiguer vite, difficultés à récupérer, troubles du sommeil, nervosité, irritabilité, difficultés à effectuer certains gestes, difficultés de vision ou d'audition, troubles de mémoire, sensation de découragement, difficultés à faire face à certains

événements, etc.... Nous ne présenterons les résultats que sur trois troubles qui concernent chacun une proportion élevée de salariés (Molinié, 2006) : douleurs (mentionnées par 66% des femmes, 57% des hommes), troubles du sommeil (54% des femmes, 37% des hommes), difficultés à effectuer certains gestes ou mouvements (38% des femmes, 32% des hommes).

La présence d'un trouble de santé qui ne gêne pas dans le travail s'accompagne d'une proportion un peu plus élevée de salariés devant *cesser de travailler* qu'en l'absence de ce trouble. Cette proportion double ou triple lorsque le trouble entraîne une gêne dans le travail (cf. tableau 1). La proportion de salariés qui *devraient cesser de travailler* dépasse alors les 20%, et atteint même 30% pour les hommes qui sont gênés dans leur travail par des difficultés à effectuer certains gestes ou mouvements.

TABLEAU 1 : POURCENTAGE DE SALARIÉS QUI « DEVRAIENT CESSER DE TRAVAILLER », EN FONCTION DES TROUBLES DE SANTÉ MENTIONNÉS PAR LES SALARIÉS

% parmi les salariés ayant déclaré :	Pas de trouble		Trouble non gênant dans le travail		Trouble gênant dans le travail	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
pour :						
Douleurs	2,8	3,6	3,6	6	19,5	24,5
Difficultés à effectuer certains gestes	3,9	5,8	6,2	7,4	24,9	29,7
Troubles du sommeil	5,4	8,3	6,9	10,1	21,8	24,5

Ressentir une gêne dans le travail renvoie à l'importance des problèmes de santé, mais aussi aux caractéristiques du travail lui-même, qui peuvent contribuer plus ou moins favorablement à la poursuite de l'activité professionnelle.

Le poids des exigences physiques et du travail en horaires décalés, tout au long du parcours professionnel⁴

C'est en présence d'un *travail physiquement exigeant* que le médecin considère le plus souvent que les salariés *devraient cesser de travailler*. Ce jugement est encore plus fréquent lorsqu'il s'agit d'une exposition longue (cf. tableau 2) : c'est le cas de plus de 20% des hommes et des femmes qui, la cinquantaine passée, doivent encore faire face à des exigences physiques et y sont confrontés depuis plus de 10 ans, soit cinq fois plus souvent que pour des salariés qui n'ont jamais connu ce type de travail.

⁴ Les caractéristiques du travail actuel et passées sont renseignées par le salarié à partir de quelques grandes questions : *durée hebdomadaire supérieure à 42 heures, travail en horaires décalés, travail physiquement exigeant, travail sous pression, travail compliqué, travail psychologiquement difficile, travail dangereux*. Pour chacune de ces caractéristiques, il s'agissait à la fois de repérer des expositions actuelles et passées (expositions *jamais / actuellement / dans le passé mais pas actuellement*) et leur durée (*moins de 10 ans / 10 à 20 ans / plus de 20 ans*).

TABLEAU 2 : POURCENTAGE DE SALARIÉS QUI « DEVRAIENT CESSER DE TRAVAILLER » EN FONCTION DES CARACTÉRISTIQUES DU TRAVAIL ACTUEL ET PASSÉ (en gras : proportion supérieure à 1,2 fois la moyenne d'ensemble)

Caractéristiques du travail	Jamais exposé	Exposé dans le passé pendant		Exposé actuellement depuis	
		moins de 10 ans	plus de 10 ans	moins de 10 ans	plus de 10 ans
<i>Travail physiquement exigeant (efforts importants, postures pénibles, port de charges lourdes, température, bruit, intempéries...)</i>					
Femmes	4,8	9,5	15,3	8	22,6
Hommes	4,4	7,2	12,8	15,9	21,6
<i>Travail en horaires décalés</i>					
Femmes	7,5	9,3	19,8	13,9	20,6
Hommes	9,6	13	13,4	13,1	13
<i>Travail sous pression (cadences rapides, délais courts, être sans cesse interrompu, répondre immédiatement à une demande...)</i>					
Femmes	5,9	9,7	13,4	9,1	14,4
Hommes	8,5	10,5	14,1	11,6	13,2

Même s'ils ne considèrent plus leur travail d'aujourd'hui comme « physiquement exigeant », nombreux sont les quinquagénaires qui ont connu durablement ce type de travail au cours de leur vie professionnelle. Les exposés *passés* sont plus nombreux que les *actuellement* exposés pour les hommes (36%, contre 28% exposés *actuellement*), alors que c'est l'inverse pour les femmes (19%, contre 24% exposées *actuellement*). Une partie des salariés a donc pu quitter ce type de travail – les hommes plus souvent que les femmes – pour diverses raisons liées à l'évolution du travail lui-même et à leur parcours professionnel, ou a dû s'y soustraire, notamment en raison de leur âge ou de leur santé. Ils portent néanmoins la « trace » de cette exposition, surtout lorsque celle-ci a été longue : la proportion de salariés qui *devraient cesser de travailler* reste très forte parmi ceux qui ont eu un travail physiquement exigeant dans le passé pendant plus de 10 ans (15% pour les femmes et 13% pour les hommes dans cette situation), même si elle est inférieure à celle évoquée précédemment pour ceux qui sont encore exposés.

Les liens (statistiques) entre l'avis du médecin et le travail en horaires décalés sont un peu différents. D'une part, il s'agit d'une contrainte de travail dont on a pu établir le caractère sélectif. Ceux qui y restent durablement exposés sont aussi ceux dont l'état de santé le permet (*healthy worker effect*). L'avancée en âge s'accompagne souvent aussi du souhait d'un retour à des horaires « normaux ». Cette possibilité dépend des modes d'organisation des horaires, du poids numérique de chacun d'eux, de leur place dans les parcours professionnels et dans l'organisation de sa vie, etc. D'autre part, travailler depuis longtemps – ou avoir travaillé longtemps – en continu fait partie des conditions qui peuvent (ou pouvaient) ouvrir droit à certains dispositifs de sortie anticipée d'activité. La proportion de salariés de 50 ans et plus qui travaillent encore en horaires décalés est cependant loin d'être négligeable (16% des hommes, 11% des femmes), même si ceux qui en sont sortis sont deux fois plus nombreux que les « actuellement » concernés pour les hommes et 1,5 fois pour les femmes.

On sait par ailleurs que les effets de ce type d'horaires s'ajoutent à ceux de l'âge (voire avec un léger effet d'interaction) et ne sont que partiellement réversibles, même après un retour à des horaires « normaux » (Derriennic, Ribet, Volkoff, 1999). Ce constat explique

probablement pourquoi la proportion de salariés qui *devraient cesser de travailler* est à peu près la même pour ceux qui sont encore actuellement en horaires décalés et depuis plus de 10 ans, et pour ceux qui ont quitté ce type d'horaires mais y ont été exposé longtemps dans le passé. Ces proportions sont plus élevées pour les femmes (autour de 20%) que pour les hommes (13%), en lien sans doute avec des différences de situations professionnelles (davantage industrielles pour les hommes, plutôt du secteur de la santé pour les femmes), qui font que les femmes ont plus rarement accès aux dispositifs de sortie anticipée liés à du travail en continu. Le médecin estime en outre que 13% des quinquagénaires – hommes ou femmes – qui ont rencontré tardivement ce type d'horaires (exposés actuellement et depuis moins de 10 ans) et auront donc probablement peu de chances d'en sortir devraient aussi *cesser de travailler*.

Cet avis du médecin est aussi un peu plus fréquent pour des salariés qui disent « *travailler sous pression* », surtout lorsque c'est le cas depuis plus de 10 ans. Une étude spécifique sur les effets de la pression temporelle réalisée à partir de SVP 50⁵ montre qu'une pression temporelle forte pose de sérieux problèmes à la plupart des salariés quinquagénaires qui s'y trouvent exposés. 80% d'entre eux jugent cette contrainte *difficile*. Ils présentent des troubles plus fréquents dans la plupart des domaines de la santé physique ou psychique. Pour autant, la proportion de salariés *sous pression* pour lesquels le médecin estime qu'ils *devraient cesser de travailler* est moindre que lorsqu'il s'agit de salariés soumis à de fortes exigences physiques ou à des horaires décalés. Il est probable que la pression temporelle est une dimension du travail que les médecins du travail ont plus de difficultés à percevoir, notamment parce qu'il est plus complexe d'en identifier les effets, mais aussi parce qu'ils ont plus de mal à l'intégrer dans leurs connaissances, qu'elles soient liées à leur formation initiale ou à celles auxquelles se réfèrent implicitement certains dispositifs de sortie anticipée d'activité (qui privilégient les effets des charges physiques importantes, de l'exposition à certaines nuisances, ou encore des horaires nocturnes).

Ces résultats sont confirmés⁶ lorsqu'on essaie d'apprécier, toutes choses égales par ailleurs, le poids de trois caractéristiques (exigences physiques, horaires décalés, pression temporelle) sur la probabilité que le médecin juge que *ce salarié devrait cesser de travailler* (cf. tableau en annexe). Ces variables ont été introduites simultanément dans un modèle de régression logistique (effectuée séparément pour les hommes et pour les femmes), à côté de l'âge, la catégorie socioprofessionnelle, la taille de l'établissement, la santé (appréciée par la présence d'au moins une pathologie grave), d'autres caractéristiques du travail et des appréciations que porte le salarié sur son travail et son emploi.

Des effets modulés par les appréciations subjectives que les salariés portent sur le contenu et l'organisation de leur travail

Plus les salariés portent une appréciation positive sur le contenu et l'organisation de leur travail, plus il est rare que le médecin estime qu'ils *devraient cesser de travailler*. À l'inverse, les situations – relativement rares (entre 5 à 10% des enquêtés, selon les items) – dans lesquelles les salariés ont un jugement très négatif (*non, pas du tout*) sur ces aspects sont aussi celles qui s'accompagnent très fréquemment (entre 19 et 25% des salariés concernés) de l'avis que *ce salarié devrait cesser de travailler* (cf. tableau 3).

⁵ Volkoff S., Buisset C., Mardon C. (2006). La pression au travail fragilise-t-elle les salariés âgés ? Une analyse statistique à partir de l'enquête française SVP 50. Document de travail. Soumis à *Social Science & Medicine*.

⁶ Même s'ils ne sont pas toujours significatifs au seuil de 1%, les odds ratios confirment cependant le sens de la relation.

TABLEAU 3 : POURCENTAGE DE SALARIÉS QUI « DEVRAIENT CESSER DE TRAVAILLER » EN FONCTION DES APPRÉCIATIONS PORTÉES SUR LE TRAVAIL (en gras : proportion supérieure à 1,2 fois la moyenne d'ensemble)

Votre travail actuel présente les caractéristiques suivantes :	Oui, tout à fait	Plutôt oui	Plutôt non	Non, pas du tout
Travail varié				
Femmes	7,5	8	13,2	19,2
Hommes	9,1	10,3	16,2	23,7
Travail permet d'apprendre				
Femmes	7	8,2	11,2	19,3
Hommes	8,6	9,1	16,8	22,3
Pouvoir choisir la façon de procéder				
Femmes	6,6	8,8	12	17,5
Hommes	9,1	9,8	14,2	22,4
Avoir les moyens (matériel, informations, temps...) pour faire un travail de qualité				
Femmes	6,1	8,9	13,2	23,2
Hommes	9	10,8	14,1	25,2
Avoir des possibilités d'entraide, de coopération pour réaliser son travail				
Femmes	7,1	7,1	14,6	19,6
Hommes	9,3	10,4	15,3	21,4

Ces variables⁷ conservent un lien statistique avec le jugement que porte le médecin lorsqu'elles sont introduites dans un modèle « toutes choses égales par ailleurs » (cf. tableau en annexe), c'est à dire prenant aussi en compte les caractéristiques du travail évoquées précédemment (travail physiquement exigeant, travail en horaires décalés, travail sous pression) et les atteintes à la santé (pathologie). Même lorsqu'il est « pénible » physiquement ou en raison des horaires, un travail qui a du sens pour le salarié (*varié, permet d'apprendre*), où l'organisation du travail laisse des marges de manœuvre pour mettre en place des stratégies de travail adaptées (*avoir le choix de la façon de procéder, avoir les moyens pour faire un travail de qualité, avoir des possibilités d'entraide...*) est aussi un travail qui peut contribuer positivement à la santé, et ce, parfois même en présence de pathologie. À l'inverse, un déséquilibre, perçu et déclaré, entre objectifs de qualité et moyens disponibles pour les atteindre révèle une faible marge de manœuvre pour les stratégies de travail. Ces stratégies (préparation du travail, choix d'un outil, entraides, techniques de vérification...) échouent si l'organisation du travail, les « moyens de travail » ne s'y prêtent pas. Dès lors, le salarié « prend sur lui » et sollicite plus fortement son propre corps, avec plus de difficultés à poursuivre le travail sans porter atteinte à sa santé, comme le souligne l'avis du médecin.

L'influence de la perception des changements récents dans le travail et des risques pour l'emploi

La perception qu'ont les salariés des changements récents survenus dans leur travail et des risques éventuels qu'ils ressentent pour leur emploi se rapprochent un peu de cette notion

⁷ Les variables n'ont pas été toutes introduites dans le modèle, parce que trop corrélées entre elles. N'ont été conservées qu'une variable renvoyant plus au contenu du travail (« *travail permet d'apprendre* ») et une plus évocatrice des marges de manœuvre liées à l'organisation du travail (« *avoir les moyens de faire un travail de qualité* »)

de « sens du travail » évoquée précédemment. Lorsqu'ils sont perçus négativement, il devient plus difficile de se projeter dans un avenir professionnel, le souhait de partir précocement est renforcé (Volkoff, Bardot, 2004), dimensions que le médecin peut prendre en compte lorsqu'il estime que *ce salarié devrait cesser de travailler*.

TABLEAU 4 : POURCENTAGE DE SALARIÉS QUI « DEVRAIENT CESSER DE TRAVAILLER », EN FONCTION DE LEUR PERCEPTION DES CHANGEMENTS RÉCENTS DANS LEUR TRAVAIL ET DES RISQUES ESTIMÉS DE PERTE D'EMPLOI.

En gras : proportion supérieure à 1.2 fois la moyenne d'ensemble

	Hommes	Femmes
Avoir vécu un changement récent dans la situation de travail et perception de la situation actuelle par rapport à l'ancienne		
- <i>Pas de changement</i>	11,2	9,8
- Situation nettement meilleure	8,6	7,2
- Situation plutôt meilleure	9,3	8,3
- Situation plutôt moins bonne	13,6	9,3
- Situation nettement moins bonne	18,8	15,3
Au cours des années qui viennent, le risque de perte d'emploi est :		
- À peu près inexistant	11,9	8,7
- Faible	8,8	8,9
- Élevé	12,3	10,1
- Très élevé	23,1	16,8

Les changements dans les situations de travail sont fréquents. Dans SVP 50, un salarié sur deux dit *avoir vécu un changement important dans sa situation de travail au cours des cinq dernières années*⁸. Lorsque le jugement porté par les salariés sur ces changements est très négatif, la situation actuelle étant estimée moins *bonne* qu'auparavant, le médecin estime plus fréquemment que les salariés *devraient cesser de travailler* (cf. tableau 4). D'une part, un vécu difficile d'un changement peut être lié à des situations qui ont pu induire ou révéler une obsolescence des savoirs et savoir-faire chez les salariés les plus anciens. L'expérience acquise dans le travail semble alors disparaître à chaque réorganisation. D'autre part, le vécu difficile d'un changement peut provenir d'une fréquence élevée des mutations techniques ou des réorganisations qui multiplient les situations de changements dans le travail et les nécessités d'apprentissage, ce qui peut s'avérer particulièrement coûteux pour les salariés âgés et fragiliser les stratégies qu'ils ont pu construire, notamment pour préserver leur santé.

Lorsqu'ils perçoivent le risque de perte d'emploi au cours des années à venir comme *très élevé*, la proportion de salariés qui *devraient cesser de travailler* est deux fois plus importante pour les femmes et trois fois plus pour les hommes que lorsqu'ils considèrent que ce risque est *faible*. Ce risque renvoie à un risque futur, mais aussi à la situation actuelle, où la pression sur l'emploi peut s'assortir d'un contexte de travail difficile à vivre et que l'on ne souhaite pas prolonger.

⁸ Avez-vous vécu un changement important dans votre situation de travail au cours des 5 dernières années (changement dans votre activité, réorganisation dans l'entreprise, transformation technologique ...) ? Si oui, diriez-vous de la nouvelle situation qu'elle est, par rapport à l'ancienne : nettement meilleure ? / plutôt meilleure ? / plutôt moins bonne ? / nettement moins bonne ?

Prendre en compte la situation des salariés « usés » ?

Les résultats qui précèdent confirment la proximité entre les dimensions liées à l'avis du médecin que *indépendamment de l'avis d'aptitude, ce salarié devrait cesser de travailler* et celles qui caractérisent l'usure professionnelle, processus cumulatif qui se construit tout au long de la vie et de façon différentielle selon le sexe, les catégories socioprofessionnelles, les caractéristiques et les durées des expositions, les événements dans les parcours. Cette usure ressentie dans les dernières années de vie professionnelle détermine le fait de devoir (ou de souhaiter) quitter le travail plus ou moins tôt, d'être en condition (ou pas) de « tenir » jusqu'à l'âge de la retraite.

Observateur des relations entre le travail et la santé des salariés, le médecin du travail est aussi acteur dans l'entreprise et tente « *d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait du travail* » (objectif assigné par les textes définissant la médecine du travail), à travers des actions sur le milieu de travail ou des interventions plus ponctuelles ou individuelles. L'enquête SVP 50 permet de repérer certaines de ces interventions, et l'on peut ainsi voir ce qui est mis en œuvre pour ceux qui, d'après le médecin, *devraient cesser de travailler*.

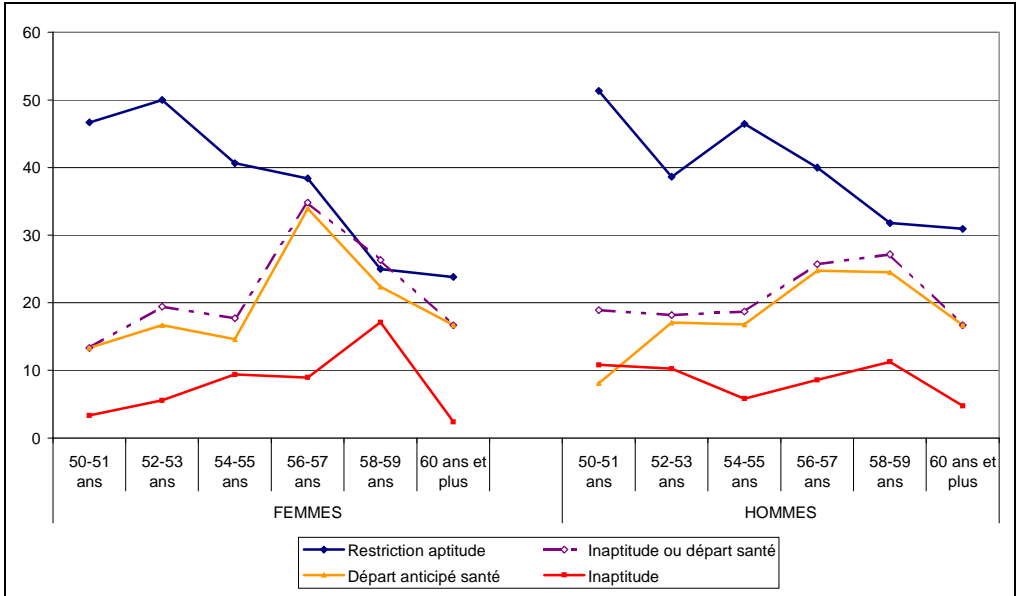
On s'intéressera ici aux décisions qui ont pu être prises lors de la visite de 2003 (celle au cours de laquelle a été réalisée l'enquête) : restriction d'aptitude ou inaptitude temporaire⁹, inaptitude définitive, processus de départ anticipé pour raison de santé (initié au jour de l'enquête). La décision d'inaptitude entraînant le licenciement du salarié, il pouvait y avoir un certain recouvrement entre cette décision et le fait de considérer qu'un « *processus de départ anticipé pour raison de santé avait été initié le jour de la visite* ». Nous avons donc créé une variable « inaptitude ou départ santé », qui correspond au fait qu'une ou l'autre de ces décisions avait été prise lors de la visite, et que le salarié se retrouverait de ce fait dans un processus de sortie à relativement court terme, en lien avec sa santé.

Compte tenu de la sélection qui s'opère au fil de l'âge en raison de ces décisions, de l'impact des dispositifs institutionnels de sortie anticipée (préretraites, CATS, etc.) et des possibilités de maintenir un revenu de remplacement jusqu'à l'âge de la retraite à taux plein, l'analyse des décisions prises en 2003 par le médecin du travail pour ces salariés « usés » n'est interprétable qu'en fonction de l'âge (cf. graphique 3).

Jusqu'à 56 ans, pour les hommes comme pour les femmes, les restrictions d'aptitude ou inaptitudes temporaires ont été décidées lors de la visite pour 40 à 50% des salariés qui *devraient cesser de travailler* (cette proportion est de l'ordre de 7% lorsque le médecin ne porte pas un tel jugement). 15 à 20% d'entre eux se retrouvent dans un processus de départ pour raison de santé ou avec une inaptitude (proportion de moins de 1% lorsque le médecin ne porte pas un tel jugement). À 56-57 ans, l'accès à des possibilités de départ anticipé devient plus fréquemment envisageable. Ceci explique probablement pourquoi les restrictions d'aptitude deviennent alors moins fréquentes pour les salariés qui *devraient cesser de travailler*, alors que les décisions entraînant une sortie définitive en lien avec la santé connaissent une forte progression. Les écarts entre hommes et femmes sur ce dernier point sont probablement liés au fait que les hommes ont plus souvent accès à des dispositifs collectifs de cessation anticipée d'activité, et que ceux-ci peuvent aussi être une voie de sortie pour les salariés « usés ».

⁹ Les décisions d'inaptitude temporaire sont très peu nombreuses (0,6% des femmes et 0,7% des hommes).

GRAPHIQUE 3. POUR LES SALARIÉS QUI "DEVRAIENT CESSER DE TRAVAILER" :
DÉCISIONS DU MÉDECIN À L'ISSUE DE LA VISITE 2003, SELON L'ÂGE.



Conclusion

Les médecins du travail ont souvent à intervenir, mais les solutions reposant sur des aménagements de poste, des réaffectations sont de plus en plus limitées, et les possibilités de sortie de l'activité dans des conditions à peu près satisfaisantes se restreignent aussi.

Suite à la réforme des retraites, des négociations ont été entamées entre les partenaires sociaux pour envisager des dispositifs reliant l'âge de départ à la « pénibilité » du travail passé lorsque celle-ci peut être potentiellement porteuse d'atteintes à long terme à la santé. Elles n'ont pour le moment pas abouti à un accord. Et elles ne régleront pas pour autant la question d'une prise en charge dans de « bonnes » conditions les salariés âgés dont la santé serait très déficiente, quels que soient les facteurs à l'origine de ces déficiences.

En amont, ces constats incitent à réfléchir à la conception ou à l'aménagement des situations de travail, afin de prévenir l'usure ou de favoriser les possibilités de travailler avec des problèmes de santé, situation très fréquente parmi les quinquagénaires. Dans cette perspective, diverses voies sont possibles. L'objectif est de favoriser le développement de systèmes de travail et de parcours professionnels qui permettent la construction et la mise en œuvre de l'expérience. La question de l'emploi des travailleurs vieillissants renvoie d'abord à celle de l'aptitude des organisations à empêcher les phénomènes d'usure, à mettre en place des conditions de travail telles que les effets de ces phénomènes soient moins souvent sources de gêne dans le travail, et à valoriser les apports de ces salariés. Si ces orientations générales concernent l'ensemble des situations, leurs déclinaisons pratiques et les obstacles à surmonter sont spécifiques à chaque contexte d'entreprise.

BIBLIOGRAPHIE

- DERRIENNIC, F., RIBET, C., VOLKOFF, S., 1999. Les troubles du sommeil, l'âge et le travail. *Premières Informations et Premières Synthèses*, 99.06, n°23-2, 8 p.
- MOLINIÉ, A.-F., 2005. *Enquête « Santé et Vie professionnelle après 50 ans ». Résultats par secteur d'activité*. Rapport pour le Conseil d'orientation des retraites. Centre d'études de l'emploi, Rapport de recherche n°19, avril 2005, 96 p.
- MOLINIÉ, A.-F., 2006. La santé au travail des salariés de plus de 50 ans. In INSEE, *Données sociales. La société française. Édition 2006*, 543-553.
- OMNÈS, C., BRUNO, A.-S., 2004. Les mains inutiles. Inaptitude au travail et emploi en Europe. Paris, Belin, 480 p.
- TOURANCHET, A., BARDOT, F., 2006. Partir plus tôt en retraite pour raisons de santé : le dilemme des médecins du travail. *Retraite et Société*, n°49, 62-75.
- VOLKOFF, S., BARDOT, F., 2004. Départs en retraite, précoces ou tardifs : à quoi tiennent les projets des quinquagénaires ? *Gérontologie et Société*, n°111, décembre 2004, 71-94.

Annexe

TABLEAU 5 : LE POIDS DES CARACTÉRISTIQUES SOCIOPROFESSIONNELLES, DE TRAVAIL ET DE SANTÉ SUR L'AVIS DU MÉDECIN « CE SALARIÉ DEVRAIT CESSER DE TRAVAILLER ».

Odds ratios (OR) issus de régressions logistiques réalisées séparément pour les hommes et pour les femmes.

	Femmes		Hommes	
	OR	p	OR	p
<i>Âge (ref. 50 – 51)</i>				
52 – 53	1,9	**	1,7	*
54 – 55	3,1	***	3,8	***
56 -57	5,5	***	7,0	***
58 – 59	7,2	***	10,8	***
60 et plus	9,9	***	13	***
<i>CSP (ref. cadre)</i>				
Prof. Int	1,2	ns	1,5	<0.05
Employé	1,7	ns	1,5	ns
Ouvrier qualifié	3,5	***	1,9	***
Ouvrier non qualifié	3,5	***	2,7	***
<i>Travail physiquement exigeant (réf. jamais)</i>				
Dans le passé pendant moins de 10 ans	1,3	ns	1,2	ns
Dans le passé pendant plus de 10 ans	1,7	**	1,7	***
Actuellement depuis moins de 10 ans	0,9	ns	2,4	***
Actuellement depuis plus de 10 ans	2,2	***	3,0	***
<i>Travail en horaires décalés (réf. jamais)</i>				
Dans le passé pendant moins de 10 ans	0,8	ns	1,1	ns
Dans le passé pendant plus de 10 ans	1,9	**	0,8	ns
Actuellement depuis moins de 10 ans	1,3	ns	1,0	ns
Actuellement depuis plus de 10 ans	1,2	ns	0,7	<0.05
<i>Travail sous pression (réf. jamais)</i>				
Dans le passé pendant moins de 10 ans	1,3	ns	1,3	Ns
Dans le passé pendant plus de 10 ans	1,4	ns	1,4	<0.05
Actuellement depuis moins de 10 ans	1,3	***	1,3	ns
Actuellement depuis plus de 10 ans	1,2	ns	1,5	**
<i>Travail psychologiquement difficile (réf. jamais)</i>				
Dans le passé pendant moins de 10 ans	0,9	ns	0,6	**
Dans le passé pendant plus de 10 ans	1,1	ns	1,0	ns
Actuellement depuis moins de 10 ans	2,0	***	1,1	ns
Actuellement depuis plus de 10 ans	1,3	ns	1,1	ns
<i>Interruption de carrière pour maladie (réf. non)</i>	2,2	***	1,8	***
<i>Changement récent dans la situation de travail (réf. pas de changement)</i>				
Nouvelle situation meilleure par rapport à l'ancienne	0,9	ns	1,0	Ns
Nouvelle situation moins bonne par rapport à l'ancienne	0,9	ns	1,5	**
<i>Taille de l'établissement (réf. < 10 personnes)</i>				
10 à 49	1,5	<0.05	1,2	Ns
50 à 199	1,6	<0.05	1,4	<0.05
Plus de 200	1,4	<0.05	1,0	ns
<i>Avoir un travail qui permet d'apprendre (réf. non)</i>	0,9	ns	0,6	***
<i>Avoir les moyens de faire un travail de bonne qualité (réf. non)</i>	0,8	*	0,8	*
<i>Risque de perte d'emploi (réf. non)</i>	1,4	*	1,7	***
<i>Atteinte de la santé (au moins une pathologie grave) (réf. non)</i>	4,1	***	5,2	***

ns : non significatif, * : p < 0,01 ; ** : p < 0.001 ; *** p < 0.0001

Lecture : Dans une régression logistique, l'odds-ratio évalue l'effet de variables dites « explicatives » (ici, les caractéristiques socioprofessionnelles, les caractéristiques du travail actuel et passé, les appréciations sur le travail et l'emploi, et la santé), sur la probabilité de survenue de la variable dite « expliquée » (ici, l'avis du médecin « ce salarié devrait cesser de travailler »). Pour chaque variable explicative, une modalité de référence est choisie pour laquelle l'odds ratio vaut 1. L'effet est d'autant plus net que l'odds-ratio s'éloigne de 1 : soit très supérieur à 1 (la modalité étudiée renforce la probabilité de devoir cesser de travailler), soit très inférieur à 1 (elle atténue au contraire cette même probabilité). Le seuil de signification est indiqué dans la colonne p. Il permet de vérifier si la liaison constatée peut être simplement l'effet du hasard, auquel cas figure la mention « ns », ou si au contraire elle peut être jugée « significative », au seuil indiqué par le nombre d'étoiles.