

# Charge physique de travail et employabilité des seniors : des preuves inaudibles ?

Physical work load and employability of the seniors:  
Inaudible evidences?

M. Aptel

INRS Lorraine, CS 60027, rue du Morvan, 54519 Vandoeuvre-les-Nancy cedex, France

Disponible en ligne sur  
 **ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

**Mots clés :** Vieillesse, Statistiques, Pathologies, Charge physique, Travail

des déterminants sociaux et environnementaux du vieillissement prématuré des travailleurs.

## Introduction

Le travail est simultanément un élément de construction de la santé et, dans certaines circonstances, un déterminant de pathologies conduisant à une altération de la qualité de vie et une diminution de l'espérance de vie. Les modifications législatives concernant l'allongement de la durée de travail et l'âge de départ à la retraite, la stratégie de Lisbonne adoptée en 2000 par le Conseil européen qui prévoit un taux d'emploi des seniors de 50 % (tranche d'âge 55/64 ans) alors qu'il est à 30 % en 2000, les données financières des régimes de retraite, les études démographiques, les débats sociaux sur ce sujet auraient dû conduire à la mise en place d'une politique volontariste de maintien dans l'emploi et d'amélioration significative des conditions de travail visant à rendre effectives les décisions prises. Or ce n'est que partiellement le cas comme le montrent les discussions entre les acteurs sociaux et l'État sur la pénibilité du travail qui n'aboutissent pas. Pourtant, les données sont nombreuses, cohérentes et solides qui démontrent combien le travail est un vecteur déterminant de l'altération de la santé.

Il s'agit, de rappeler, tant dans la dimension statistique portant notamment sur les données d'accident du travail (AT) et de maladie professionnelle (MP) que sur les données physiologiques relatives au vieillissement fonctionnel, les motifs qui justifient une politique effective de prévention

## Des données statistiques

Une enquête sur les différences sociales de mortalité de l'Insee portant sur la période 1976–1999 [1] montre que les ouvriers ont toujours l'espérance de vie la moins longue chez les actifs et que les écarts de mortalité entre les catégories socio-professionnelles se sont accrues chez les hommes dans cette période. Les écarts d'espérance de vie sont aussi plus importants chez les hommes que chez les femmes. L'inactivité des non-retraités est en lien marqué chez les hommes avec l'altération de la santé. En effet, dans la période 1976–1999, « les inactifs sont plus souvent d'anciens ouvriers et moins souvent des personnes qui étaient déjà inactives par le passé. L'inaction des hommes reflète donc plus souvent des sorties d'activité qui peuvent être liées à l'état de santé » [1].

Les indemnités journalières (IJ) versées par la Sécurité sociale constituent un indicateur des arrêts de travail et leur analyse une source précieuse de leurs causes. Deux enquêtes complémentaires, qui considèrent les années 1995 à 2006 incluse, permettent de mieux comprendre la diversité des causes d'IJ [2,3]. La diminution des IJ observées depuis fin 2003 après plusieurs années de hausse est liée à la politique de contrôle menée par la Sécurité sociale et à l'activité des médecins. Elle est aussi liée à des facteurs sociaux relatifs au chômage (lien négatif). En ce qui concerne l'âge, aucune relation spécifique n'est observée entre les plus de 55 ans et la durée des IJ de moins de trois mois. En revanche, concernant les IJ de plus de trois mois, même si le taux résultant de croissance des IJ est négatif pour les années 2003 à 2006 du fait essentiellement de l'accroissement de la politique de contrôle de la Cnam-TS déjà évoquée, des phénomènes structurels dont le vieillissement de

e-mail : michel.aptel@inrs.fr.

**Tableau I****Évolution du nombre d'indemnités journalières (IJ) du fait des accidents de travail/maladies professionnelles (en million de jours).**

	2004	2005	2006	2007	2008
Nombre d'IJ pour AT	35,1	33,3	34,7	35,9	37,4
Taux d'accroissement (%)	-2,8	-5,3	+4,4	+3,3	+4,3
Nombre d'IJ pour MP	6,8	9,9	7,5	7,8	8,7
Taux d'accroissement (%)	+7,4	+1,5	+8,9	+4,1	+11,1

**Tableau II****Répartition selon l'âge, des cinq types de pathologies les plus fréquents en pourcentage des PST professionnels.**

Pathologies	Classe d'âge					Total
	< 30 ans	30-40	40-50	50-60	> 60 ans	
Troubles mentaux et du comportement (%)	10	28 <sup>a</sup>	32 <sup>a</sup>	29 <sup>a</sup>	1	100
Maladies de l'appareil respiratoire (%)	14	12	20	31	23	100
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané (%)	41 <sup>a</sup>	20	20	17	1	100
Maladies du système ostéoarticulaire, des muscles et du tissu conjonctif (TMS) (%)	6	14	34	42 <sup>a</sup>	4	100
Tumeurs (%)	1	5	12	34	49 <sup>a</sup>	100

Rapport 2007 RNV3P.

Note : toutes les pathologies ne sont pas présentées.

<sup>a</sup> Données représentant soit le mode ou soit les valeurs les plus élevées quand le mode ne peut être distingué.

la population continue de peser sur l'évolution des IJ, notamment pour des raisons démographiques. En outre, d'autres raisons peuvent expliquer la moindre augmentation du taux d'IJ des seniors : la mise en invalidité des actifs et la Dispense de recherche d'emploi des seniors [4]. Ces phénomènes apparaissent comme des régulateurs de l'employabilité pour raison de santé, surtout chez les hommes [4].

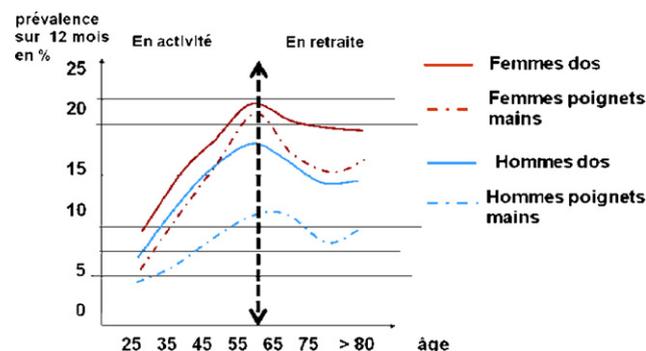
L'examen des données d'AT/MP [5] met en évidence que, certes pendant les années 2003-2005, le taux de croissance des IJ liées aux AT était négatif, mais il est redevenu positif à partir de 2006. Il sera donc intéressant d'examiner pour la même période, dès quelles seront disponibles, les données civiles d'IJ pour voir si le même phénomène est retrouvé. En revanche, le taux de croissance des IJ liées aux MP est resté positif sur la période 2004-2008. Le [tableau I](#) présente ces données.

L'enquête européenne longitudinale Survey on Health Ageing and Retirement, (SHARE) [6] confirme les relations entre âge (plus de 50 ans), état de santé et emploi. Elle montre que la mise en invalidité est une modalité répandue de transition vers la retraite en Europe qui apparaît aussi comme un mécanisme de régulation sociale. L'enquête confirme que « les conditions de travail influenceraient directement la sortie du marché du travail via leur impact sur la satisfaction des individus et, indirectement, par l'intermédiaire d'une dégradation des conditions de santé » [6].

La congruence des données statistiques liant âge, santé perçue, santé mesurée et employabilité est donc forte et atteste du rôle de l'état de santé et des facteurs de risque professionnels sur le taux d'emploi des seniors. Pour autant, les pathologies en cause restent à présenter.

## Causes sanitaires de non-employabilité des plus de 50 ans

Les données 2007 du Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P) apportent des informations intéressantes sur les pathologies des consultants. Les données cliniques figurant dans la base nationale du RNV3P [7] dévoilent des liens différenciés entre l'âge et les pathologies des consultants. Le [tableau II](#) les illustre. En 2007, les troubles mentaux et du comportement sont les pathologies les plus fréquentes chez les 30 à 50 ans, tous genres confondus, alors que les tumeurs augmentent avec l'âge et concernent surtout les plus de 60 ans. À l'inverse, les pathologies cutanées sont plus fréquentes chez les moins de 30 ans que dans les autres tranches d'âge. Enfin, on observe une relation entre l'âge des consultants et les troubles musculosquelettiques (TMS)



**Figure 1.** Incidence de l'âge et du genre sur la prévalence de douleurs de l'appareil musculosquelettique.

avec le mode dans la tranche d'âge 50 à 60 ans. Ces informations permettent de mieux cerner l'incidence des pathologies sur l'employabilité des patients. Elles indiquent que les salariés de plus de 50 ans sont surtout atteints de TMS et de troubles mentaux (*tableau II*).

En ce qui concerne les TMS, l'étude de Svebak et al. [8] présente l'incidence de l'emploi et du genre sur les plaintes qui confirme le poids de la composante professionnelle et relativise celle de l'âge (*fig. 1*).

L'étude menée en Basse Normandie [9] en 2003–2004 sur les motifs médicaux d'inaptitude des salariés montre que trois pathologies représentent les trois-quarts des motifs d'inaptitude au travail à savoir, les TMS (56 %), les pathologies mentales (12 %) et les pathologies cardiovasculaires (7 %). L'âge moyen de ces salariés est de 44, 42, 49 ans, respectivement. Ces résultats sont retrouvés dans d'autres études similaires [9].

Il apparaît donc que trois pathologies sont concernées dont deux relèvent du champ de la charge physique ou biomécanique (TMS et pathologies cardiovasculaires). Ce sont des pathologies d'usure dont l'origine est une inadéquation entre les sollicitations et les capacités fonctionnelles, ces dernières se réduisant du fait de l'hypersollicitation au travail ou des modes de vie ; la dimension acquise de ces phénomènes étant largement prédominante. Enfin, elles concernent le plus souvent les seniors et impactent fortement sur leur employabilité.

## Vieillesse des appareils locomoteur et cardiovasculaire

Les données physiologiques relatives au vieillissement des fonctions en lien avec le mouvement et la dépense énergétique sont abondantes et convergentes [10]. En substance, il est admis que jusqu'à 60 ans ces fonctions sont modérément affectées par l'âge et qu'un entraînement physique et une hygiène de vie adéquats en maintiennent le niveau. De plus, les capacités d'apprentissage ainsi que dans les stratégies opératoires individuelles et collectives offrent aux travailleurs des espaces d'adaptation qui sont autant de solutions de prévention. Il convient donc de regarder le vieillissement comme un processus [10] dont le résultat est la résultante du poids respectif de ces phénomènes. Il y a donc une contradiction apparente entre le fait que l'on puisse travailler jusqu'à un âge avancé et la réalité indiquée par les données statistiques et sanitaires.

## Usure professionnelle : physiopathologie du vieillissement

Le vieillissement physiologique ne figure que les situations où les sollicitations et les capacités fonctionnelles restent en

équilibre et que ces dernières ne sont pas altérées. Or, cet équilibre n'est pas retrouvé dans toutes les situations de travail, surtout depuis les 20 dernières années [11]. En effet, l'intensification du travail et/ou les nouvelles modalités d'organisation du travail ont réduit les marges de manœuvres en accentuant les sollicitations. Le processus conduit vers un cercle vicieux dont l'usure fonctionnelle prématurée est la conséquence. Les pathologies les plus fréquentes et les plus excluantes du travail (cardiovasculaire, TMS, risques psychosociaux [RPS]) témoignent de ce processus physiopathologique consécutif au déséquilibre entre les sollicitations et les capacités fonctionnelles et où les RPS jouent un rôle probant, biologiquement établi [12]. Les pathologies d'usure ne le sont que parce que la dose de sollicitation est trop forte, accélérant ainsi les processus de vieillissement que, par ailleurs, certains modes de vie ne font qu'amplifier (sédentarité, etc.). Il n'y a donc pas de contradiction mais une sous-estimation des conséquences du processus délétère conduisant vers des pathologies d'usure impactant de manière significative sur l'employabilité des victimes, âgées parfois de moins de 50 ans. Ces phénomènes concernent massivement des salariés peu qualifiés [13].

Ces pathologies présentent aussi une plasticité sémiologique, clinique et fonctionnelle (acceptabilité de la douleur, stratégie de *coping* etc.) qui peut donner l'impression d'une relativité des signes fonctionnels, en particulier pour les TMS et les RPS. En conséquence, ces signes fonctionnels peuvent induire une compréhension/incompréhension sociale qui amplifie leur relativité, expression du double jugement par soi et par les autres qui peuvent expliquer la diminution dès les II. Cet aspect pèse sur la reconnaissance, (notamment de MP) et la prise en charge thérapeutique avec comme première conséquence de la retarder au moyen d'une politique active de maintien voire de retour dans l'emploi. De plus, cette pression sur la réduction des arrêts maladies, en particulier ceux de courte durée, loin de guérir les patients peut favoriser la chronicisation des processus délétères dont on sait, à l'exemple de la lombalgie chronique, qu'ils rendent la guérison fonctionnelle très difficile, donc le retour dans l'emploi. C'est une dimension qu'il convient de garder à l'esprit. Enfin, la situation est d'autant plus complexe que les victimes peuvent elles-même entretenir le cercle vicieux conduisant vers l'exclusion du travail selon des mécanismes bien établis. Du point de vue de la prévention, la notion de processus signifie aussi qu'il faut lever les barrières entre les approches de prévention primaire, secondaire et tertiaire et agir de manière coordonnée et simultanée à tous ces niveaux. Concrètement, cela passe par une amélioration des conditions de travail et une réduction des facteurs de risque de TMS et de RPS, la mise en place de programme de maintien dans l'emploi pour les patients et une politique de promotion de la santé compatible et intégrée dans les enjeux précédents [14].

L'auteur remercie Jean-Pierre Meyer de sa contribution.

## Références

- [1] Monteil C, Robert-Bobée I. Les différences sociales de mortalité : en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes. *Insee première*, n° 1025; 2005. 4 p.
- [2] Kusnick-Joinville O, Lamy C, Merlière Y, et al. Déterminants de l'évolution des indemnités journalières maladie. *Point de Repère*, Cnam-TS; 2006, n° 5. 12 p.
- [3] LÉ F, Raynaud D. Les indemnités journalières. *Études et résultats*; 2007, n° 592. 8 p.
- [4] Barnay T, Jeger F. Quels dispositifs de cessation d'activité pour les personnes en mauvaise santé ? *Études et résultats*; 2006, n° 492. 8 p.
- [5] Risques professionnels, rapport de gestion 2008, branche Accidents du travail et maladies professionnelles. Caisse nationale d'Assurance Maladie des travailleurs salariés, direction des risques professionnels/réf. 07; 2009,. 37 p.
- [6] Barangé C, Eudier V, Sirven N. L'enquête SHARE sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe devient longitudinale. *Questions d'économie de la santé*; 2008, n° 137. 4 p.
- [7] Aptel M, Gonon S, Larabi L, et al. Rapport annuel 2007 du RNV3P. 2007. Édition scientifique de l'Afsset, Maisons-Alfort; 2009. 106 p. [http://www.afsset.fr/upload/bibliotheque/134298974270279948121014187573/RNV3P\\_rapport\\_activite\\_2007.pdf](http://www.afsset.fr/upload/bibliotheque/134298974270279948121014187573/RNV3P_rapport_activite_2007.pdf).
- [8] Svebak J, Hagen K, Zwart JA. One year prevalence of chronic musculoskeletal pain in a large adult Norwegian county population: relations with age and gender-the HUNT study. *J Musculoskelet Pain* 2006;14(1):21-8.
- [9] Touranchet A, Dubré JY, Raoult M, et al. Quatre grandes enquêtes sur les inaptitudes médicales en médecine du travail. Motifs d'inaptitude enquête inadéquation santé-travail : quand l'état de santé d'un salarié ne lui permet plus d'occuper sans risque son poste de travail, 2007. *Vingt-neuvièmes Journées nationales de Santé au travail dans le bâtiment et les travaux publics Deauville, 13-15 juin 2007, actes du congrès*.
- [10] Kreuz G, Vallet P, Gilles M, et al. Vieillesse, santé, travail : état des lieux et perspectives de prévention. *Document pour le médecin du travail*, 97. 2004. p. 69-75.
- [11] Lasfargues G, Molinie AF, Volkoff S. Départs en retraite et « travaux pénibles ». L'usage des connaissances scientifiques sur le travail et ses risques à long terme pour la santé. Avril 2005, Centre d'étude de l'emploi, rapport de recherche, 38 p.
- [12] Aptel M. De l'épidémiologie à la physiopathologie des TMS : le modèle de Bruxelles un référentiel intégrateur. *Collection pathologie locomotrice et de médecine orthopédique sous la direction de B. Fouquet, G. Lasfargues, Y. Roquelaure TC. Hérissou: Masson édition Paris; 2007. p. 51-62.*
- [13] Fassier JB, Queneau P, Muller A, et al. Douleurs liées au travail : les travailleurs les moins qualifiés sont les plus concernés. *Concours Med* 2009;131:551-2. no 14.
- [14] Welch LS. Improving work ability in construction workers – let's get to work. *Scand J Work Environ Health* 2009;35(5):312-24.