



■ Bien avant la ■ maladie...

L'indicateur chiffré le plus utilisé en santé au travail, on le sait, est le nombre de maladies professionnelles. C'est celui qu'on retrouve régulièrement dans les bilans sectoriels, régionaux, nationaux. On sait aussi que ce nombre présente un intérêt tout relatif. La liste des « tableaux » de maladies professionnelles est très limitative, au terme de négociations entre les partenaires sociaux. La procédure est souvent longue, et de nombreux cas sont laissés en chemin parce que non déclarés ou non reconnus.

Il y a une autre limite à cet indicateur : le fait même qu'il porte sur des « maladies ». On ne va pas dire que l'existence de maladies, et leur prévention, soit une question secondaire pour les services de santé au travail. Mais pour l'action, il s'agit d'aller bien au-delà. L'observatoire Evrest est construit en adoptant cette vision élargie : la santé n'est pas – pas seulement – l'absence de maladie.

Lors des entretiens santé travail avec les salariés, les petits troubles tels que douleurs, mal être, fatigue, inconforts, déficiences légères, inquiétudes, et bien sûr difficultés perçues ou insatisfactions dans le travail, sont dignes d'intérêt, qu'ils proviennent ou non de pathologies diagnostiquées.

Ils sont à l'origine de désagréments dans la vie de chaque jour. Ils portent des traces du passé professionnel. Ils peuvent être des signes d'alerte menaçant à court ou moyen terme le maintien dans l'emploi.

Leur existence questionne et permet à celui qui fait l'entretien de rebondir sur le vécu du travail et voir de quelle manière les contraintes physiques et/ou psychiques de celui-ci peuvent être ou non en lien avec ces symptômes qui peuvent effectivement évoluer vers des pathologies. Ces repérages possibles, très en amont des pathologies constituées, favorisent la mise en place d'actions de prévention.

L'essentiel des analyses d'Evrest se mène sur la base d'une acception large de la santé, assez proche de celle adoptée il y a une trentaine d'années par la première Conférence internationale pour la promotion de la Santé, à Ottawa : la santé y est présentée comme « la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins, et d'autre part évoluer avec le milieu et s'adapter à celui-ci ». Tout un programme...

Suivre la santé des salariés pendant les restructurations

Depuis la fin des années 90 les réorganisations au sein du grand groupe aéronautique se sont succédées avec un regroupement des activités. En 2014, EADS devient Airbus Group et se structure autour de 3 pôles : les avions, les hélicoptères, et une troisième entité regroupant la défense et l'espace. C'est la branche « Défense and Space » qui est la plus impactée par cette réorganisation avec la création d'un pôle regroupant deux entités majeures : la branche « Espace » (les lanceurs et les satellites) et la branche « Communication, Intelligence and Security ».

Dans ce monde d'ingénieurs extrêmement investis dans la création et la fabrication de produits de hautes technologies, ces réorganisations sont vécues avec réticence et cette dernière réorganisation manque de sens aux yeux d'une partie de la population impactée, tant sur le plan technique que stratégique.

Dès le début, les médecins du travail des sites concernés se sont souciés des impacts humains possibles de ces changements et ont proposé d'assurer un suivi particulier de la population, d'identifier des indicateurs permettant de suivre la « secousse » de la réorganisation. C'est naturellement vers l'utilisation d'Evrest qu'ils se sont tournés.

L'observatoire Evrest est mis en place dans le groupe depuis plus de 15 ans et il est maintenant totalement intégré dans la pratique des médecins. Parfaitement accepté par les salariés, il est connu et reconnu au sein de l'entreprise, les résultats sont régulièrement présentés et discutés notamment dans le cadre des Risques Psychosociaux.

Avec le soutien d'une équipe de chercheurs (le Creapt) les médecins du travail ont donc bâti une méthodologie de suivi comportant 3 axes :

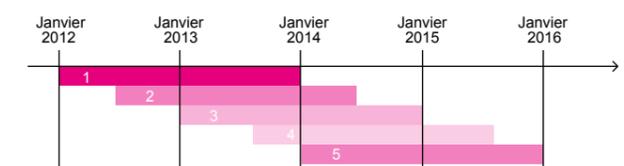
- Fournir des indicateurs avec une périodicité plus courte et de façon régulière
- Assurer un suivi et analyser les difficultés des personnels vivant mal la réorganisation
- Explorer plus finement le vécu des changements

Fournir des indicateurs, en réalisant une analyse « glissée » des Evrest tous les 6 mois

Dans la pratique quotidienne, le questionnaire Evrest est proposé à l'ensemble des salariés lors des visites périodiques. Les analyses regroupent habituellement 2 années afin d'avoir une meilleure représentation de la population (plus adaptée au rythme des visites) avec édition de différents rapports annuellement.

Pour l'étude actuelle, la volonté était de pouvoir suivre les résultats issus d'Evrest plus fréquemment. Il a donc été proposé d'analyser les Evrest tous les 6 mois, mais en conservant un regroupement des données sur 2 ans, car on ne peut pas garantir que la population vue un semestre donné soit représentative de l'ensemble.

Ainsi pour la période allant de janvier 2012 à fin 2015, « 5 photos » ont été réalisées.



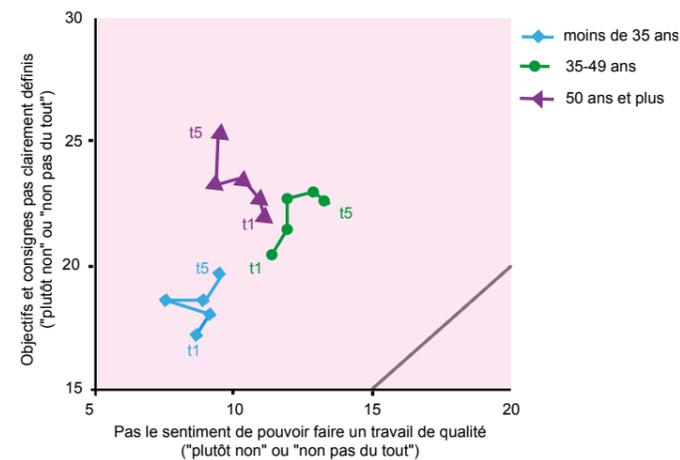
Afin de simplifier l'analyse une sélection de certaines questions d'Evrest a été faite et seuls certains items de travail et de santé ont été suivis. Vécu du travail et santé pouvant être différents selon l'âge, les données ont également été analysées en considérant 3 classes d'âge, moins de 35 ans, 35/49 ans et 50 ans et plus.

Enfin il a été fait le choix d'utiliser des graphiques permettant de présenter et discuter des évolutions du vécu au travail selon les classes d'âge.

Si le sentiment d'avoir des « objectifs pas clairement définis » - coordonnée verticale du graphique - s'amplifie dans toutes les classes d'âge (ce qui est peu étonnant dans cette période d'incertitude où on ne savait pas où on allait), le sentiment de « ne pas pouvoir faire un travail de qualité », - coordonnée horizontale - évolue différemment selon les classes d'âge :

- Une certaine stabilité chez les plus jeunes
- Une dégradation chez les 35/49 ans
- Une amélioration chez les plus âgés.

A partir de ces graphiques ce qui a été ressenti, entendu, évoqué en consultation a pu être rapporté en rencontrant davantage d'échos : des jeunes moins concernés, moins touchés par la réorganisation, des plus âgés qui savent faire et continuent malgré les incertitudes, une classe d'âge intermédiaire plus perdue et plus en difficulté.



Assurer un suivi et analyser les difficultés des personnels par la réalisation d'Evrest lors des visites à la demande

Une grande partie du temps médical est consacrée aux visites à la demande, en augmentation dans les différents sites. Afin de suivre cette population, plus impactée par les conditions de travail actuelles, il a été envisagé de réaliser des Evrest également lors des visites à la demande pour problème professionnel, avec comme objectif de regarder en quoi ce groupe de personnes présente des caractéristiques spécifiques.

Cette utilisation d'Evrest hors du cadre habituel des visites périodiques ne s'est pas faite sans mal :

- il fallait ne pas oublier de proposer le questionnaire lors des visites à la demande (ce n'était pas habituel) ;
- on pouvait se demander comment identifier dès l'accueil que la demande de visite est en lien avec un problème professionnel ;
- les personnes se présentant sont parfois en détresse, et proposer un questionnaire n'est alors ni facile ni une priorité ;
- que faire, comment informatiser ces questionnaires sans les mélanger avec les Evrest périodiques ?

Ce n'est donc qu'après un certain temps, avec des adaptations, des astuces et un apprentissage que ces « Evrest à la demande » ont été réalisés :

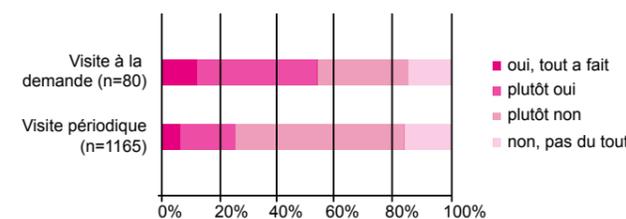
- les questionnaires Evrest ont été proposés lors de toutes les visites à la demande mais seules ont été informatisées les visites qui s'avéraient en lien avec un problème professionnel ;
- le questionnaire et l'outil informatique ont été adaptés avec ajout d'une case « Visite à la demande » ;
- enfin les médecins ont appris à saisir l'opportunité de proposer Evrest au cours de l'entretien.

Sur un des sites, une restitution semestrielle a été faite lors d'une commission spécialement dédiée aux RPS.

Des chiffres (en nombre et non pas en % du fait du petit nombre de fiches) concernant le vécu au travail ont été présentés et discutés avec la direction et les organisations syndicales, donnant ainsi un retour objectif associant du quantitatif et du qualitatif et allant ainsi au-delà du simple ressenti.

Enfin, une comparaison des réponses obtenues a été faite sur l'ensemble des fiches en utilisant un graphique en barres, comme celui ci-dessous. Ces graphiques ont permis de mettre en discussion les aspects du travail motivant les visites à la demande.

Craindre de vivre un changement non désiré dans sa situation de travail



La crainte du changement, 2 fois plus fréquente (réponse oui tout à fait, plutôt oui) met ainsi en évidence combien l'incertitude face à son avenir professionnel est importante chez ces personnes en souffrance. La nécessité de clarification de la situation, l'importance de la communication ont ainsi pu être mises en avant.

Explorer plus finement le vécu des changements, à l'aide d'un questionnaire complémentaire « restructuration »

Troisième volet de la méthodologie de suivi, ce questionnaire, complémentaire à Evrest, vise à recueillir des informations supplémentaires sur le vécu des salariés dont la situation est dite à risque. Il comprend 6 questions et explore le vécu des changements (opportunité ou difficulté ?) à partir de thèmes divers en lien avec les changements (mobilité, charge de travail, changement du contenu du travail, collectif de travail).

Le médecin décide de faire passer le questionnaire au salarié si certains critères sont remplis : avoir vécu un changement de travail ou craindre un changement non désiré de sa situation de travail, ou appartenir à certains services, ou occuper certaines fonctions identifiées comme vulnérables.

L'utilisation de ce questionnaire a été contrastée. Les principaux freins identifiés ont été la difficulté à proposer un questionnaire supplémentaire et le manque de visibilité sur son apport.

Conclusion

Sollicités par l'instance de coordination des CHSCT chargée d'accompagner la réorganisation, les médecins du travail ont rapidement mis en place un petit groupe de travail associant le médecin coordinateur et les chercheurs. Avec la volonté d'être réactif et d'accompagner le changement, ils ont rapidement proposé des outils de suivi utilisables d'emblée. Dans ce monde d'ingénieurs, les retours ont été très appréciés, tant par la Direction que par les organisations syndicales. Les chiffres ont permis une objectivation des difficultés exprimées par les salariés en souffrance. Les graphiques, pouvant paraître complexes lors d'une première approche, se sont avérés correspondre à leur mode de pensée et de fonctionnement intellectuel. Plus généralement, Evrest est un outil éprouvé devenu indispensable à la pratique des médecins du groupe, une base sur laquelle ils s'appuient. Ils se permettent maintenant d'en développer de nouveaux usages. Le défi est à présent de se servir d'Evrest non pas pour faire des constats a posteriori mais pour répondre quasi immédiatement à des questionnements de l'entreprise, accompagner les changements mais également proposer des axes de prévention de façon argumentée. Ainsi mobilisé, dans les entreprises où les indicateurs sont surtout financiers et techniques, Evrest ne pourrait-il pas jouer le rôle d'un fournisseur « d'indicateurs de l'humain » tout aussi indispensables pour le pilotage et le suivi des projets ?

¹ Du fait de son antériorité, le questionnaire Evrest utilisé chez Airbus présente quelques petites différences par rapport à celui utilisé au niveau national.

Evrest et la prévention des RPS au CHU de Rouen

Une préoccupation ancienne

La question des risques d'atteinte à la santé psychique est une préoccupation ancienne au CHU-HR (CHU-Hôpitaux de Rouen), où fut créé en 2000 un réseau d'analyse et d'intervention face aux violences et au harcèlement au travail. Ces risques sont pris en compte dans le document unique d'évaluation des risques professionnels établi en 2005, en actualisation permanente. En 2009, le CHU- HR introduit dans son plan annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail les thématiques de l'épuisement professionnel, de l'insécurité et de la violence au travail. Evrest s'inscrit dans cette démarche de prévention en 2010, à l'initiative du service de médecine du travail. Les infirmières spécialisées en santé au travail (IDEST) de ce service sont formées à l'entretien infirmier de santé au travail et à la passation du questionnaire Evrest. Elles interviennent tout d'abord dans le secteur de la blanchisserie puis, à la demande de la direction des soins préoccupée d'un taux élevé d'absentéisme, dans le secteur des EHPAD, ainsi que dans celui de l'addictologie.

En 2011, l'établissement connaît plusieurs événements graves, individuels et collectifs, ce qui renforce sa mobilisation, mobilisation d'autant plus nécessaire que le taux d'absentéisme est alors de deux points supérieur au taux d'absentéisme moyen de l'ensemble des CHU ; une analyse locale, réalisée par la médecine du travail, pointe notamment les absences de longue durée pour atteintes à la santé mentale, tandis qu'un audit externe fait apparaître l'impact sur ce taux des contraintes organisationnelles, des conflits de valeurs et de la gestion du temps.

Une « commission de prévention des risques psychosociaux » est alors créée à la demande du directeur général ; elle est multi-professionnelle et inclut notamment le corps médical et les partenaires sociaux.

La définition d'un plan d'évaluation et de prévention des risques psychosociaux dans l'ensemble des établissements du CHU-HR (10000 salariés) est décidée. Il comporte 3 approches complémentaires : culturelle (faire évoluer la culture de travail), opérationnelle (réaliser des actions à visée diagnostique et préventive), et évaluative (pertinence, cohérence, mise en œuvre et suivi de l'ensemble de ses composants). L'observatoire Evrest a été utilisé afin de faire un état des lieux.

L'état des lieux à partir de l'observatoire Evrest

Entre juin et octobre 2014, 340 membres du personnel, nés en octobre d'une année paire, ont été invités à s'entretenir, pendant trente minutes en moyenne, avec les IDEST du service de médecine du travail et un médecin du travail, sur la base du questionnaire Evrest auquel ont été ajoutées 7 questions spécialement ciblées sur les RPS (questions portant sur la conciliation vie professionnelle/vie privée, la peur de faire des erreurs, l'ambiance de travail, les violences au travail et l'information par rapport aux risques professionnels).

260 entretiens ont été réalisés, soit un taux de participation de 74%. Les résultats ont été analysés avec l'aide de l'Observatoire Régional de la Santé et du Social de Haute Normandie. Ils ont été comparés aux données Evrest national et notamment à celles du secteur de la « Santé humaine ».

Les résultats synthétiques montrent, dans leur ensemble, une prévalence élevée des troubles neuropsychiques et musculosquelettiques par rapport aux données nationales du secteur « santé humaine ».

En effet, les troubles neuropsychiques – définis par une association de fatigue-lassitude, troubles du sommeil, anxiété-nervosité-irritabilité – étaient présents chez 22% des personnels du CHU-HR contre respectivement 7 et 8% au niveau national dans le secteur santé humaine et globalement pour l'ensemble des salariés. Les troubles musculo-squelettiques étaient, quant à eux, présents chez 45% des personnels pour les rachialgies (contre 27 et 25 %) ; 32% pour les atteintes du membre supérieur (contre 16 et 18%), et 25% pour les membres inférieurs (contre 10 et 11%). Ces surcroîts de prévalence concernent aussi les problèmes dermatologiques et auditifs et, à un moindre degré, les affections respiratoires.

Quant aux risques auxquels les personnels se déclaraient exposés, les surcroîts d'exposition concernaient les agents chimiques et biologiques, les contraintes visuelles et auditives, les ambiances thermiques (chaleur intense), les rythmes de travail (difficultés liées à la pression temporelle, interruptions fréquentes des tâches), la pression psychologique. Concernant les autres facteurs de risque psycho-sociaux, le fait de faire des choses que l'on désapprouve, le manque de reconnaissance et d'autonomie étaient plus souvent rapportés que dans le secteur de la santé humaine. A l'inverse, le travail était décrit plus fréquemment comme permettant d'apprendre,



varié, avec participation à des formations et avec des opportunités d'être soi-même formateur ou tuteur.

L'analyse des risques psychosociaux s'est enrichie des réponses aux questions additionnelles. En particulier, la peur de faire des erreurs était présente « très souvent » ou « assez souvent » chez 34% des personnels (une infirmière : « je suis régulièrement interrompue dans mon travail, j'ai peur de me tromper dans la reconstitution des médicaments »). Si l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée était satisfaisant pour 50% des répondants, 18% exprimaient une opinion contraire. Ces salariés expliquaient, lors des entretiens, avoir des difficultés d'organisation personnelle du fait des rappels fréquents sur leurs journées de repos pour remplacer un collègue absent. L'exposition à différentes formes de violence était présente souvent ou très souvent chez 17% des répondants. Enfin, 71% des personnels se disaient être suffisamment informés des risques professionnels.

Ces résultats ont été complétés d'analyses univariées qui rendent clairement compte du lien entre la survenue de troubles neuropsychiques et la présence de facteurs de risque psycho-sociaux.

Ce constat concerne aussi les TMS, pointant en outre la question des moyens nécessaires à la réalisation d'un travail de qualité et le niveau de reconnaissance du travail effectué.

Enfin, la comparaison des indicateurs de contraintes selon les différentes catégories professionnelles révèle que les personnels soignants non médicaux étaient les plus affectés par les contraintes temporelles, de même que les médecins qui étaient, en outre, les plus exposés à un déficit de reconnaissance et d'autonomie.

Commentaires

L'observatoire Evrest avait été, préalablement à son lancement au CHU-HR, présenté à la Commission plénière des risques psycho-sociaux, au CHCST et à la Commission médicale d'établissement. Les résultats, disponibles dès mars 2015, ont en retour été discutés dans ces mêmes cercles, et au cours des réunions des groupes de travail. Ces groupes qui constituent, par leur production d'expériences, leur réflexion et leurs propositions d'action, la charpente du plan de prévention, sont composés de volontaires dont la responsabilité professionnelle est susceptible d'influencer l'organisation du travail de l'ensemble des personnels.

L'intérêt de cette première utilisation d'Evrest a été de témoigner d'une réalité vécue par un échantillon représentatif de l'ensemble des personnels et de couvrir un champ large d'indicateurs. Ces résultats ont permis d'alimenter la réflexion de la Commission de prévention des RPS et des instances de direction. Elle a de plus été réalisée dans un temps limité (juin 2014 – mars 2015) et peut être répétée. Les possibilités de comparaison avec l'échantillon national, et notamment le secteur de la santé humaine, ont été un point fort dans la méthodologie. Le niveau élevé des RPS et des TMS au CHU-HR par rapport au secteur de la santé humaine a constitué un élément susceptible de dynamiser l'action préventive, dans un contexte difficile sur de nombreux plans.

S Bertrand, M Brasseur, JF Caillard, M Fouache, B Frelet, JF Gehanno, C Guyon, S Hafiane, G Lacordais, C Leclerc, A Lefebvre, C Lenôtre, N Lesueur, F Louvet, F Michelot, P Pouille, L Rollin.

La grande fatigue des conducteurs dans une entreprise de transports urbains

Dans cet article, je me propose de décrire ma démarche et mon cheminement dans l'utilisation de l'observatoire Evrest dans une entreprise de transports urbains, au fur et à mesure des évolutions des rapports avec les partenaires sociaux et concomitamment, des transformations de l'entreprise et de son organisation. L'entreprise, dite « exploitante », a un statut privé et bénéficie d'une délégation de service public.

Historiquement, l'exploitant est en place depuis 1998. La délégation est « remise sur le marché » tous les 7 ans et c'est en janvier 2006 que je prends en charge le suivi des 685 salariés ; 490 sont des conducteurs mixtes bus et tram, les autres étant des contrôleurs, des mécaniciens et du personnel administratif.

Peu de temps après ma prise de poste, je fais des constats médicaux inquiétants : beaucoup de salariés hypertendus, en surpoids, et souffrant d'une fatigue chronique, se plaignant d'horaires irréguliers, de bus et de routes en mauvais état, de l'agressivité de la clientèle. Donc prédominance de troubles neuro-psychiques avec leur cortège d'impacts physiques. Afin de mettre en visibilité ces problèmes de santé et de travail que je signalais dans les séances du CHSCT, début 2008, je décide d'utiliser l'observatoire Evrest dans l'entreprise pour essayer de présenter, en appui de mes constats cliniques, des données collectives quantitatives. Pour réaliser ce travail, je suis assistée par l'infirmière diplômée santé-travail, qui participera au recueil des données, et par l'épidémiologiste-statisticienne de ma région qui m'épaule pour organiser la présentation de ces résultats quantitatifs. Le projet reçoit un très bon accueil du CHSCT et de la direction.

En 2009, je fais donc une première présentation descriptive sur un recueil allant de janvier 2008 à avril 2009 soit sur un échantillon de 293 salariés, comprenant des conducteurs bus exclusifs et des conducteurs mixtes tram-bus, des contrôleurs, des mécaniciens et du personnel administratif. Les résultats de cette présentation confirment mes hypothèses de départ. Les différences de prévalence pour trois pathologies (hypertension

artérielle, troubles du sommeil et plaintes pour fatigue) sont très nettes. En revanche, on constate des gradients inverses pour tous les signes portant sur le système ostéo-articulaires, que ce soit la colonne vertébrale ou le membre supérieur - sauf l'épaule.

En 2010 deuxième présentation descriptive sur 519 fiches exploitées - toujours sur toutes les catégories de métiers de l'entreprise. Et là, il y a des réactions, pour moi totalement inattendues, chacun donnant des explications individuelles sur les problèmes ciblés : HTA et surpoids, c'est à cause d'une mauvaise hygiène de vie ; il n'y a pas de mauvaises conditions de travail mais seulement des collègues qui ne savent pas régler leur siège, etc...

En 2011, je peux présenter une étude longitudinale s'appuyant sur un recueil 2008-2009 puis sur un recueil 2010-2011. Les tendances restent les mêmes. Mais, c'est cette année-là qu'arrive l'échéance de la délégation de Service Public. L'évènement monopolise les préoccupations. Les cadres sont extrêmement fatigués et sous pression. Ma présentation ne provoque aucune réaction des partenaires. Et en juillet le verdict tombe : le marché est emporté par un nouvel exploitant. Tout le comité de direction est renouvelé.

Début 2012, le nouveau DRH me présente le nouveau fonctionnement de l'entreprise, cette organisation étant pensée pour satisfaire le donneur d'ordre. C'est à dire pour une offre de service élargie par mise en place d'une augmentation de l'amplitude des services au bus, par le changement des tableaux de roulement limitant ainsi les possibilités de choix d'affectation, et, surtout par l'inauguration de la 2^e ligne de tram. Tout cela à effectif égal de conducteurs.

Tout en continuant le recueil Evrest, je ne fais pas de présentation cette année-là.

En fin d'année 2012, le CE et le CHSCT demandent une « expertise par le médecin du travail des conditions de travail des tramnots qui souffriraient plus de fatigue et de pénibilité que les chauffeurs de bus à cause d'une augmentation de la productivité et de la cadence de travail ».

Avec mon équipe, je propose alors un focus « Evrest Conducteurs "mixtes tram-bus" » car les tramnots exclusifs ne sont que quatre ou cinq, alors que les conducteurs mixtes bus-tram sont 170. En plus et en appui, une analyse ergonomique de l'activité est proposée avec la constitution d'un groupe de travail formé de salariés volontaires et d'ergonomes du service de santé au travail.

Début 2013, ce projet est présenté, au cours d'une réunion avec les représentants CE-CHSCT. La réunion est très houleuse, avec des prises à partie de la direction par les représentants du personnel, à propos des conditions de travail, et en évoquant des cas particuliers. Mais finalement, la proposition de focus Evrest et d'analyse ergonomique est acceptée. L'équipe médicale, accompagnée de l'épidémiologiste, présente ce focus en mars 2013. Il porte sur la période 2010-2011 (donc avant la reprise par l'exploitant actuel) en ciblant sur la demande des partenaires : c'est à dire les conditions de travail, la fatigue et la pénibilité des conducteurs mixtes tram-bus. L'idée était de donner un « état des lieux initial ». Les résultats portaient sur 107 conducteurs mixtes. J'insiste sur les résultats se rapportant aux troubles de la sphère neuro-psychique. Globalement, il ressort que l'état de fatigue est la plainte la plus souvent signalée, elle est déclarée par 33% des conducteurs ; cependant qu'un quart d'entre eux se plaint d'irritabilité et 1/5 de troubles du sommeil. Un quart des conducteurs affirment être gênés dans leur travail par cette fatigue ressentie.

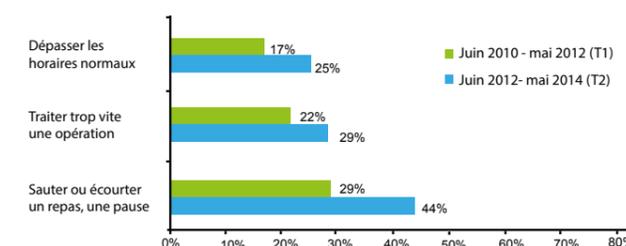
Je montre aussi que 20% des conducteurs mixtes déclarent dépasser les horaires normaux et 43% sautent ou écourtent un repas ou ne prennent pas de pause. J'insiste sur la prégnance des contraintes de temps.

Le groupe de travail, « ergonomie » présente ses conclusions en avril 2014. Il obtient la création d'un groupe de conducteurs mixtes tram-bus testeurs pour qui l'amplitude des services au tram est diminuée à 7H maximum en échange de la diminution du nombre de RTT. En revanche les propositions d'aménagement du poste de conduite visant à diminuer les TMS au Tram n'ont pas été mises en oeuvre.

Ma dernière restitution au CHSCT date de juin 2015 car elle avait été repoussée à plusieurs reprises. Je commence par présenter la méthodologie. Il s'agit d'un transversal répété à partir d'un recueil sur la période T1 allant du 1er juin 2010 au 31 mai 2012 portant sur 486 fiches de salariés, représentant tous les métiers de l'entreprise, et d'un recueil sur la période T2 allant du 1er juin 2012 au 31 mai 2014 portant sur 480 salariés de même profil professionnel. De ce fait, certains ont pu être enquêtés aux 2 périodes mais pas tous.

Les graphiques qui suivent présentent les résultats concernant les contraintes temporelles, objet de l'alerte faite par les salariés fin 2012. On observe clairement une évolution défavorable des réponses des salariés concernant les contraintes temporelles entre T1 et T2, notamment en ce qui concerne le fait de sauter ou écourtter un repas ou une pause. En termes de santé, j'insiste aussi sur les résultats portant sur la fatigue lassitude, déclarée par 40% des salariés en T2 alors que cette déclaration était de 30% en T1. Les plaintes avec gênes passent de 15 à 21% de T1 à T2.

Évolutions des contraintes de temps (réponses "assez souvent" ou "très souvent")

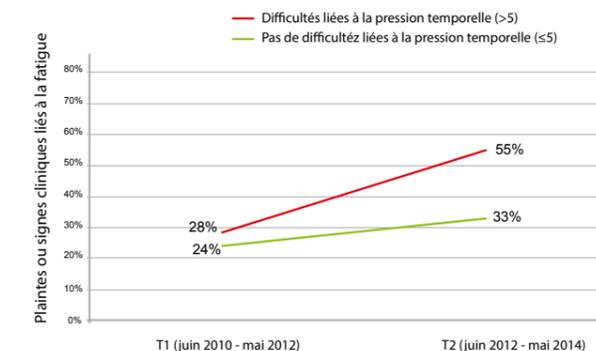


Ensuite je m'attarde sur les conducteurs mixtes, bus et tram enquêtés au cours des deux mêmes périodes T1 et T2 (soit 100 et 111 conducteurs mixtes).

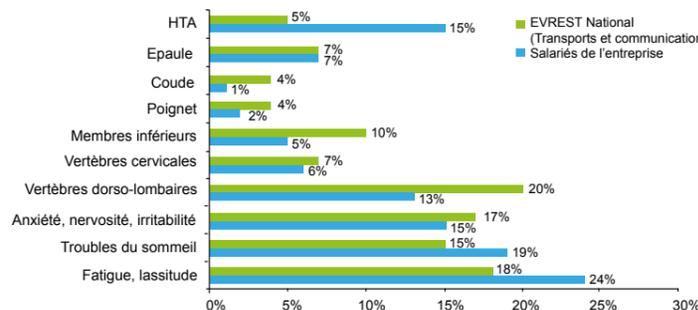
J'insiste sur le critère de santé « fatigue lassitude ». Globalement, les plaintes de « fatigue lassitude » passent de 26 à 47% entre T1 et T2. Mais surtout l'écart entre le pourcentage de « fatigués » selon le fait d'avoir ou non des difficultés liées à la pression temporelle se creuse.

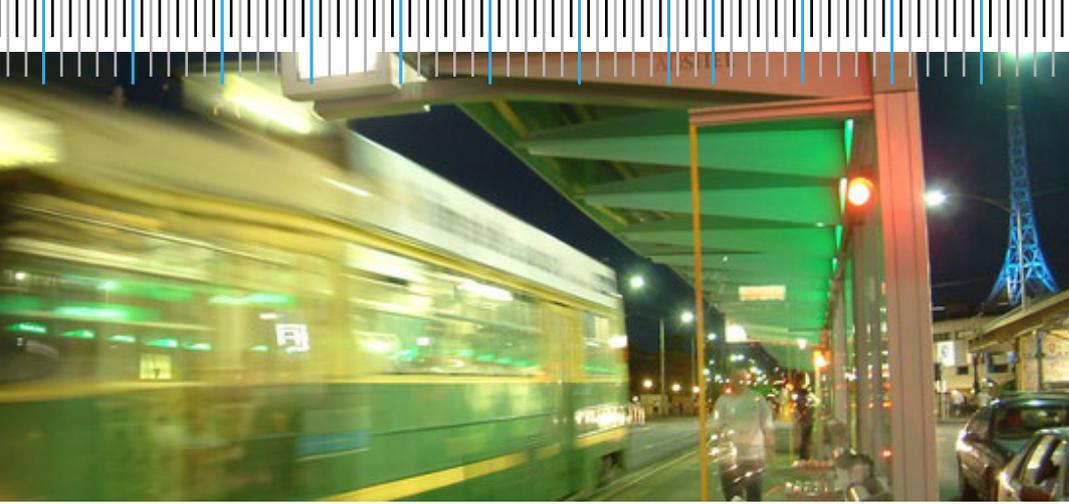
Je dis donc que je peux faire l'hypothèse que la pression temporelle pourrait avoir un lien avec l'augmentation du pourcentage de salariés fatigués.

Liens entre pression temporelle et fatigue-lassitude



Les plaintes ou signes cliniques (recueil de 2009, tous métiers confondus)





A la fin de cette restitution, j'annonce avoir pris la décision d'arrêter temporairement le recueil Evrest, car m'estimant peu entendue sur mes « alertes » de santé et sur le risque accidentogène de cette situation. Aussi bien le DRH que les membres du CHSCT me disent regretter cette décision.

Peu de temps après, j'apprends que les membres du CHSCT ont envoyé le support de ma présentation au donneur d'ordre. Et je reçois un message du DRH me demandant des précisions car, dit-il, « suite à la présentation nous relevons des incohérences ou des sujets d'incompréhension » ; en particulier, il me demande des explications sur l'échantillon retenu, sur les méthodes de calcul et il conclut en écrivant qu'une pondération est à apporter à mes conclusions et que le rapport Evrest est une étude de l'activité hors conduite et une étude très partielle de l'activité de conduite.

Je comprends que cet exploitant, devant les taux élevés de réponses préoccupantes, a peur. Il a peur de la réaction de son donneur d'ordre (l'autorité publique) qui pourrait réagir à une dégradation dont il serait indirectement la cause.

En fait, je n'aurai rien à justifier puisque le DRH est rapidement muté sur un autre site, sans que j'en connaisse les raisons. Cependant cette suspicion sur la validité des résultats m'a poussée à tout reconstruire avec l'équipe de recherche. Il a été confirmé que je n'avais fait aucune erreur.

Mais, à ce moment-là, je me pose des questions sur ma légitimité à faire un tel travail, comme si mon rôle n'était pas de présenter la réalité alors que des problèmes de santé et de dégradation des conditions de travail sont flagrants (aussi bien sur le plan épidémiologique que dans le recueil clinique), même si tout n'est pas « tout noir », en particulier dans le domaine ostéo-articulaire. J'envisage de me faire retirer le suivi de cette entreprise. Cet essoufflement « du fait d'Evrest » fait alors en quelque sorte contagion sur mon utilité dans cette entreprise, contagion dans le sens où mes arguments cliniques ont encore moins de chance d'être pris « au sérieux ».

En conclusion, je dirais que le recueil Evrest et son analyse sont un très gros travail pour un médecin du travail qui n'est pas épidémiologiste. J'ai l'impression que ce que je viens de présenter illustre à peu près bien ce que Marion Gilles exprimait dans la lettre Evrest n° 4 à propos des difficultés que rencontrent les médecins et les entreprises sur ces évaluations chiffrées : « La question des effets du travail sur la santé des salariés demeure un sujet conflictuel, tant les intérêts peuvent être divergents. Diverses définitions du travail et de ses relations avec la santé sont formulées, révélées et se confrontent. La mise en débat de ces enjeux est chaotique et son issue est incertaine ».

C'est la participation à la 2ème journée de réflexion autour de l'observatoire Evrest qui m'a permis de faire ce travail de synthèse et de reprise diachronique de tous ces événements dans lesquels j'étais impliquée et que je vivais sur le mode de l'échec personnel. La prise de distance, par l'analyse rétrospective que j'ai été obligée de faire a eu un effet élaboratif très apaisant, redonnant sens à mon activité et m'apportant une assurance certaine dans ma position de médecin du travail.

J'ai décidé de continuer le suivi de cette entreprise.

Marie Ridoux



MENTIONS LEGALES : Directrice de publication : Laëtitia Rollin. Rédactrice en chef : Anne-Françoise Molinié.
Organisme éditeur : GIS Evrest, dont le mandataire est : Université Lille 2, 42 rue Paul Duez, 59000 Lille.
Imprimeur : Imprimerie Monsoise, Mons-en-Baroeul. Internet : <http://evrest.istnf.fr>. ISSN : 2256-9154.

GIS Evrest :

les partenaires du GIS Evrest sont l'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses), l'Agence Nationale Amélioration des Conditions de Travail (Anact), le Centre Hospitalier Universitaire de Rouen (CHU de Rouen), le Centre Interservices de Santé et de Médecine du Travail en Entreprise (Cisme), le Conservatoire National des Arts et Métiers (Cnam/CREAPT), l'Institut de Santé au Travail du Nord de la France (ISTNF), l'Université Lille 2, l'entreprise Airbus Group et l'entreprise Electricité de France (EDF).

Présidente : Corinne Archambault

Directrice : Laëtitia Rollin

Equipe Projet Nationale :

les membres de cette équipe sont Amélie Adam (Enedis GrDF), Corinne Archambault (Airbus Helicopters), Fabienne Bardot (CIHL45), Bénilde Feuvrier (SSTNFC), Ariane Leroyer (Université Lille 2 / CHU Lille), Céline Mardon (Cnam-CRTD, CEET), Anne-Françoise Molinié (Cnam-CRTD, CEET), Marie Murcia (APST Centre), Charlotte Pété-Bonneton (Agemetra), Jean Phan-Van (EDF), Jean-Louis Pommier (retraité), Laëtitia Rollin (Université de Rouen / CHU Rouen), Pascal Rumèbe (SIMT), Florian Toné (Pôle Santé Travail), Nadine Vial (STLN42), Serge Volkoff (Cnam-CRTD, CEET).

Réseau des médecins référents régionaux Evrest :

Auvergne Rhone-Alpes : Martine **JACQUAND** (AIST63), Charlotte **PETE-BONNETON** et Brigitte **SELLIER** (Agemetra), Nadine **VIAL** (Santé au Travail Loire Nord), **Bourgogne Franche-Comte :** Bénilde **FEUVRIER** (SSTNFC), Klazina **VAN ZWOL** (MT71), **Bretagne :** Thomas **GOUYET** (Orange), **Centre Val de Loire :** Bernadette **BERNERON** (CIHL45), Marie **MURCIA** (APST Centre), **Grand Est :** Carine **BONTEMPS** (AST67), Dr. Anne-Catherine **CHANIER** (Smirr), Christophe **COLLOMB** (Ametra Metz), Lucie **DUMAS** (ALSMT), Salima **EL-ALAMI** et Marie **KRAÏEM-LELEU** (AST08), **Hauts de France :** Céline **LAMY-ZALUSKI** (MTA), Ariane **LEROYER** (Université Lille 2), Dr. Florian **TONÉ** (PST), **Île-de-France :** Pascal **RUMÈBE** (SIMT), **Normandie :** Mathilde **BOULANGER** (CHU Caen), Fabien **DERVIN** (Santé-BTP), Marie-Hélène **GAULTIER** (SISTM50), Corinne **LENOTRE** (CHU Rouen), Laëtitia **ROLLIN** (Université Rouen), **Nouvelle Aquitaine :** Marie-Dominique **BRESSAND** (ASTPB), Christine **DEGRASSAT** (AIST87), Marie-Christine **LACROIX** (AHI33), Stéphanie **PAOLINI** (ASSTV86), **Occitanie :** Cyril **BERNARDET** (Ametra), Christine **TURROQUES** (Samsi31), Michel **NIÉZBORALA** (ASTIA), **Pays de la Loire :** Olivier **DURAND** (SSTNR), **Provence-Alpes Côte d'Azur** et **Corse :** Gérald **MAGALLON** (Gest05), **Antilles-Guyane :** Thierry **MAREZ** (Sist-972), **La Réunion :** Marion **ACHERITEGUY** (Intermetra).

Industries Electriques et Gazières : Michel **DESSERTY** et Jean **PHAN-VAN** (EdF), **SNCF :** David **DEBENSASON** (SNCF).