

Santé, travail et âge

Résultats de l'enquête Estev 1990

L'enquête Estev a été conçue afin de tenter de mettre en évidence les relations entre l'avance en âge, la santé et différents paramètres professionnels. La première phase de l'enquête s'est déroulée en 1990. La méthodologie et les résultats de cette étude sont présentés ici.

L'enquête santé, travail et vieillissement (Estev) est une enquête épidémiologique longitudinale en milieu professionnel se déroulant dans sept régions de France, concernant plus de 21 000 salariés et ayant mobilisé en 1990 près de 400 médecins du travail.

Estev a été imaginée en 1989 par la Société de médecine du travail et d'ergonomie de l'Ouest. Elle est coordonnée par un groupe de médecins du travail, d'épidémiologistes (U170 de l'Inserm) et d'ergonomes notamment du Centre de recherche et d'étude sur l'âge et la population au travail. Elle a été réalisée grâce aux financements du ministère du Travail et des Affaires sociales, du ministère de la Recherche et de la MGEN.

Estev a été conçue pour répondre à trois préoccupations principales.

La première est liée à des constats et projections démographiques : le vieillissement de la population active est un processus qui se poursuivra. Au cours des années à venir la population active va probablement vieillir avec un réajustement de la structure d'âge vers les tranches les

plus élevées puisque les projections démographiques de l'Insee envisagent la poursuite de la baisse des taux d'activité chez les jeunes de moins de 25 ans et la stabilisation des taux d'activité chez les 55-59 ans. Ces hypothèses amènent à estimer que la part des hommes et des femmes de 45 ans et plus au sein de la population active passera d'environ 29 % en 1990 à 35 % à l'an 2000 et à plus de 37 % en 2010.

La deuxième préoccupation relève de la pratique professionnelle, les médecins du travail observent des phénomènes de vieillissement au travail, aussi bien vieillissement « dû » au travail, que vieillissement par rapport au travail.

Vieillissement dû au travail : l'évolution de l'état fonctionnel d'un salarié peut être fortement marqué par les contraintes ou les nuisances que son travail lui a imposées, ce que l'on traduit en parlant de vieillissement prématuré. Pour le vieillissement par rapport au travail, il s'agit des conséquences de l'avance en âge sur la capacité qu'a le salarié de faire face aux exigences de tel ou tel poste de

travail. Ces conséquences peuvent être positives grâce à l'expérience accumulée, ou négatives et se traduire alors par des difficultés à tenir le poste dans des conditions convenables, ou par une réaffectation difficile qui peut aboutir aussi à une exclusion pure et simple. Le médecin du travail est impliqué dans la gestion délicate des conséquences du vieillissement au poste de travail.

La troisième préoccupation se situe dans le champ des connaissances scientifiques. En effet les recherches sur les relations entre l'âge, le travail et la santé ne sont pas abondantes et notamment celles qui s'attachent à une évolution quantifiée de ces relations.

Souvent, l'un des trois sommets du triangle âge-travail-santé est absent.

L'étude de lien entre âge et travail s'est centrée pour l'essentiel sur des évolutions de performances comparées de personnes d'âges différents en laissant de côté la question du coût de ce travail en termes d'atteintes à la santé.

De leur côté, les données sur la santé comparées à divers âges font peu de place aux variables environnementales et au travail.

Enfin l'épidémiologie professionnelle prend peu en compte l'âge comme variable centrale de ses analyses, vérifiant juste si cette variable n'intervient pas

comme facteur de confusion dans la relation travail-santé. Ces constatations nous ont conduits à construire une enquête basée sur les objectifs suivants :

- la prise en compte d'une grande quantité d'informations dans les champs de la santé et du travail pour permettre l'exploration d'aspects variés du vieillissement au travail ;
- la mise en place d'une procédure nécessaire pour aboutir à une enquête longitudinale prospective ;
- la maîtrise, de façon rigoureuse, de la variable âge.

Ces objectifs de principe n'étaient guère conciliables avec une procédure d'enquête légère.

Des décisions plus opérationnelles ont donc été prises, il fallait :

- un échantillon de grande taille ;
- des médecins du travail volontaires et nombreux ;
- un nombre de sujets enquêtés par médecin compatible avec le fonctionnement des services médicaux du travail ;
- une homogénéisation des pratiques d'enquête ;
- l'anonymat des salariés enquêtés.

Les analyses effectuées partent ou d'un aspect du travail (contraintes, difficultés, choix de profession, horaires de travail), ou d'un aspect de la santé (santé perçue, douleurs rachidiennes, hypertension artérielle, fonction auditive, souffrance psychique), ou d'un groupe de population (bâtiment travaux publics, cadres, emplois administratifs, personnel soignant, voire le fait d'être salarié masculin ou féminin).

Pour illustrer ces résultats, trois exemples pris dans chacune de ces modes d'approche, les horaires de travail, les douleurs rachidiennes et la consommation de médicaments parmi les employées administratives, seront décrits.

Les effets des horaires décalés

Le travail salarié a subi au cours des vingt dernières années des évolutions importantes. L'organisation du travail a été modifiée, on a assisté à une multiplication des horaires atypiques avec décalage

La méthodologie d'Estev

Un tirage au sort a été réalisé parmi les salariés surveillés par les médecins du travail volontaires, des sujets nés en 1938, 1943, 1948, 1953, couvrant la période charnière de la deuxième moitié de la vie professionnelle.

21 378 salariés ont été enquêtés par 380 médecins du travail volontaires dans 7 régions de France (Pays de Loire, Bretagne, Dauphiné-Savoie, Centre, Ile de France, Nord, Ile de la Réunion).

Ces salariés ont été enquêtés en 1990, au cours de la visite annuelle (le taux d'acceptation a été de 88%).

Les données ont été collectées sur des questionnaires fermés qui portaient :

- sur les caractéristiques du travail actuel et passé (horaires, contraintes de temps, pénibilité physique, sur la difficulté de ces contraintes avec l'avance en âge) ;
- sur les caractéristiques de santé relevées par les médecins du travail, notamment celles susceptibles d'évoluer avec l'âge : audition, vision, pression artérielle, mesures anthropométriques, douleurs articulaires, nombre de maladies actuelles et passées, consommation de médicaments ;
- sur des examens complémentaires (épreuve fonctionnelle respiratoire, audiogramme, test visuel) ;
- sur des caractéristiques socio-démographiques concernant aussi bien les conditions de vie que la santé perçue à partir d'une adaptation française du test de santé perçue de Nottingham et d'une auto-évaluation sur une échelle analogique de bien-être.

Ces mêmes questionnaires ont été réutilisés en 1995 pour conduire la deuxième enquête.

Les données de 1990 ont été analysées par 12 équipes de recherche comprenant des médecins du travail, des épidémiologistes, des statisticiens et des ergonomes.

Ces équipes travaillent en parallèle, chacune sur un sujet précis.

variable au cours de la journée, de la semaine, du mois et de l'année. De nombreuses études montrent que ces horaires perturbent les rythmes circadiens et retranchent plus ou moins le salarié de la vie sociale et familiale, ils sont mal tolérés avec l'avance en âge notamment autour de la quarantaine.

L'effet des horaires décalés sur la santé a été étudié en fonction de l'âge.

Les sujets en horaires décalés ont été observés à partir de quatre questions sur les caractéristiques du travail : travail en

horaires alternants, horaires de travail obligeant souvent à se coucher après minuit, se lever avant cinq heures du matin, ne pas dormir la nuit.

La population des salariés concernés varie avec l'âge, mais les différences ne sont pas considérables. À noter que les anciens décalés sont au moins aussi nombreux que les actuels pour chaque sexe et âge.

Les troubles du sommeil ont été étudiés à partir de cinq items de la dimension sommeil du Nottingham Health Profile : « *je prends des médicaments*

pour dormir », « *je me réveille tôt le matin* », « *je reste éveillé une partie de la nuit* », « *je mets beaucoup de temps à m'endormir* » et « *je dors mal la nuit* ».

Ont été considérés comme ayant des troubles du sommeil, les salariés ayant répondu positivement à au moins une des cinq questions.

On constate une augmentation des troubles du sommeil avec l'âge, ces troubles passent de 35 % à 49 % chez les hommes et de 36 % à 56 % chez les femmes. Le trouble le plus souvent cité est le réveil précoce sans parvenir à se redormir. La proportion des sujets déclarant éprouver ces troubles est plus élevée à tout âge pour les salariés actuellement en horaires décalés (voir ci-contre).

Cette proportion demeure significativement plus élevée à tout âge pour la population ayant quitté les horaires décalés que pour celle n'ayant jamais connu de tels horaires.

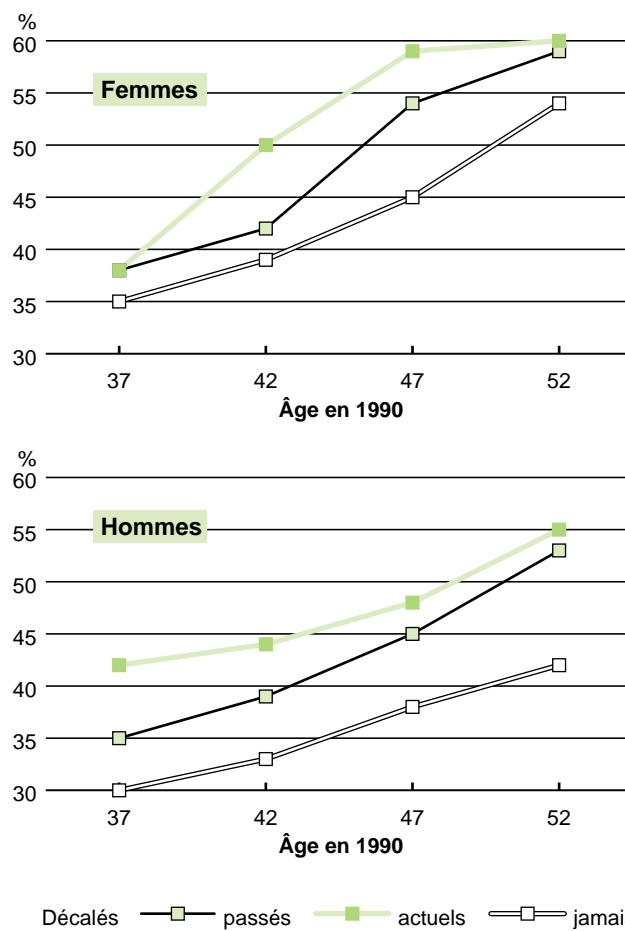
À partir de 47 ans, les perturbations du sommeil sont presque aussi fréquentes pour les anciens décalés (à 52 ans, 53 % pour les hommes et 59 % pour les femmes) que pour ceux qui le sont actuellement (55 % pour les hommes et 60 % pour les femmes).

D'autres paramètres de santé en relation avec les horaires décalés ont été étudiés : les réactions émotionnelles, le tonus, l'isolement social de l'indicateur de santé perçue de Nottingham, la consommation de médicaments à visée neuropsychiatrique ou de somnifères, hypertension artérielle, poids pathogène à partir de l'indice de Quetelet, arrêt de travail en nombre et durée et nombre de consultations médicales.

On peut dire pour l'ensemble de ces items que :

- l'âge intervient dans la plupart des paramètres santé étudiés. L'augmentation est précoce pour les troubles du sommeil, le poids pathogène, la consommation de médicaments à visée neuropsychiatrique et l'hypertension artérielle. Par contre l'influence de l'âge se manifeste plus tardivement (à partir de 42 ans chez les femmes et 47 ans chez les hommes) sur le nombre de consultations et l'existence d'au moins un arrêt de travail ;

Troubles du sommeil en fonction des horaires décalés actuels et passés et du sexe



- le travail en horaires décalés majore à chaque âge les troubles pour tous les paramètres étudiés sauf pour l'HTA ;

- les troubles du sommeil, l'absentéisme pour maladie et le poids pathogène sont nettement plus fréquents à chaque âge chez les salariés actuellement en horaires décalés et peuvent refléter un mal-être contemporain de l'exposition à cette contrainte ;

- les troubles concernant l'isolement social, les réactions émotionnelles et le nombre de consultations sont plus fréquents à chaque âge à la fois chez les sa-

lariés en horaires décalés actuels ou passés : perturbations précoces mais qui persistent dans le temps malgré le retour à des horaires normaux ;

- la consommation de médicaments à visée neuropsychiatrique ou de somnifères est plus fréquente à chaque âge chez les salariés ayant précédemment travaillé en horaires décalés ;

- la tendance générale est à un cumul des effets d'âge et des effets d'exposition professionnelle, ici les horaires décalés sans interaction.

Les douleurs articulaires

Au moment de l'enquête, au cours de l'examen médical standardisé, pour chaque segment du rachis, le médecin du travail demandait si le sujet avait des douleurs depuis au moins six mois et si elles étaient ou non accompagnées de limitations, si elles avaient nécessité un traitement et/ou un arrêt de travail.

Toutes localisations rachidiennes confondues, la prévalence des douleurs ostéoarticulaires varie de 37 à 47 % entre 37 et 52 ans chez les hommes et de 42 à 57 % chez les femmes au même âge.

À chaque âge, les prévalences sont plus élevées pour le sexe féminin, et l'écart féminin/masculin s'accroît avec l'âge en passant environ de 5 à 10 % entre 37 et 52 ans.

L'accroissement avec l'âge se présente d'une façon plus marquée entre 47 et 52 ans.

On constate que la prévalence des douleurs dorsales évolue peu, par contre la prévalence des douleurs lombaires augmente avec l'âge.

Le cumul des atteintes rachidiennes s'accroît avec l'âge chez les hommes souffrant de douleurs rachidiennes, le pourcentage de ceux ayant déclaré plus d'une seule localisation évolue de 25 à 42 % entre 37 et 52 ans et respectivement de 31 à 49 % chez les femmes.

L'effet de la pénibilité physique (ports de charges lourdes, postures pénibles, efforts sur outil, vibrations) a été nettement mis en évidence, surtout pour les douleurs lombaires. On peut faire un constat de même nature s'agissant de la perception des moyens pour faire un travail de bonne qualité. Chez les femmes, les écarts sont plus élevés à 52 ans qu'aux autres âges entre celles qui déclarent avoir les moyens et celles qui déclarent ne pas les avoir.

La prévalence des douleurs lombaires chez les ouvriers est liée simultanément au fait d'être soumis au port de charges lourdes et de ne pas avoir les moyens de faire un travail de bonne qualité.

Le gradient des douleurs lombaires augmente selon que l'on ne porte pas ou que l'on porte des charges lourdes et

qu'on ait ou que l'on n'ait pas les moyens de faire un travail de bonne qualité et ce dès 37 ans. Ceci montre que la prévention des atteintes rachidiennes ne peut pas se limiter à l'ergonomie des gestes et des postures mais doit prendre en compte l'organisation du travail. Ces préoccupations doivent commencer tôt dans la vie professionnelle compte tenu des niveaux de douleurs déjà constatés à 37 ans. Des études particulières sur les salariés du bâtiment et des travaux publics montrent que la gestion de ces problèmes par soustraction au risque n'est pas forcément opérant, car ceux qui ont été soustraits après atteintes voient les douleurs rachidiennes, notamment lombaires, persister et atteindre les mêmes fréquences que ceux qui ont toujours été exposés.

La consommation de médicaments

Pour les salariés occupant des emplois administratifs, l'enquête s'est intéressée à la consommation de médicaments psychoactifs. Étaient considérées comme consommatrices, celles qui ont répondu aux questions « prenez-vous régulièrement un médicament pour les nerfs, pour

dormir » et celles qui avaient déclaré une pathologie psychiatrique avec traitement ou des troubles du sommeil traités.

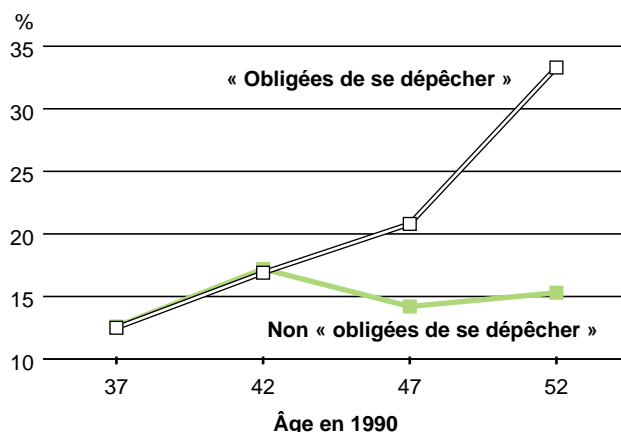
Cette consommation est de 18 % pour la population féminine globale de l'enquête Estev (elle correspond aux différentes études connues).

La consommation de psychoactifs est plus marquée en ce qui concerne les médicaments pour dormir, puis viennent les médicaments pour les nerfs enfin les traitements pour pathologie psychiatrique. Elle a été étudiée selon les composantes de pression et de sollicitation présentes au travail. Ces composantes issues du questionnaire sur les difficultés professionnelles reprennent les contraintes liées au fait de devoir se dépêcher, de devoir faire plusieurs choses à la fois, d'être souvent interrompue dans son travail, de faire des heures supplémentaires ou d'être en contact avec la clientèle ou le public.

Ces contraintes augmentent peu la consommation de médicaments psychoactifs, sauf pour les salariées qui doivent se dépêcher, elles sont alors significativement plus nombreuses à consommer des médicaments notamment pour celles de 47 et 52 ans.

Par contre, quand la pression temporelle est absente, la consommation varie

Pourcentage de consommation de psychotropes en fonction des contraintes cognitives



peu en fonction de l'âge. Si on poursuit l'analyse par l'étude des pourcentages de salariées qui prennent des psychoactifs en fonction des difficultés perçues (ou non) associées à chaque contrainte de pression, on remarque que chez celles qui trouvent qu'il est difficile de se dépêcher le pourcentage de consommation est plus élevé que chez celles qui n'éprouvent pas cette difficulté. Cet écart se retrouve à chaque âge, mais il est beaucoup plus important chez les plus âgées.

La consommation de psychoactifs a été analysée à l'aide de régressions logistiques en fonction des variables concernant les caractéristiques individuelles (vit ou non en couple), de caractéristiques d'appréciation du travail (avoir ou non un travail varié) ou de caractéristiques de pression au travail (devoir se dépêcher ou non).

Cette consommation augmente avec la monotonie perçue dans le travail et le fait de vivre seule chez les plus jeunes, alors que c'est l'influence très forte des facteurs de pression temporelle qui apparaît chez les plus âgées.

Il est intéressant de constater que les paramètres négatifs de la situation de travail pèsent sur la consommation de psychoactifs autant que les écarts d'âge de plusieurs années.

Les enseignements généraux de l'enquête de 1990

À propos de l'âge

Dans la plage d'âge de l'enquête de 37 à 52 ans, la santé psychique (indicateurs d'anxiété et de signes dépressifs) paraît relativement stable. Par contre la santé physique présente des altérations qui s'accroissent avec l'âge, c'est le cas des troubles musculo-squelettiques (douleurs dans le rachis, dans les membres), c'est le cas des troubles du sommeil, de l'hypertension artérielle, de l'audition.

Mais il n'y a pas d'automatismes apparents qui feraient que chacun ait les mêmes troubles, aux mêmes âges et dans les mêmes combinaisons. Il s'agirait plutôt d'une mosaïque de variations avec l'âge, fortement dépendantes d'une multitude

de facteurs, en particulier professionnels, sans pour autant que ceux-ci expliquent tout. C'est-à-dire que l'âge apparaît comme un facteur qui a un rôle propre qui vient se cumuler aux autres facteurs.

C'est pourquoi on peut avancer l'idée qu'il faut rechercher, du point de vue de la prévention, à faire en sorte que les autres facteurs ne viennent pas aggraver cette part d'évolution naturelle. Le travail doit être adapté en conséquence, et non pas conçu d'une façon rigide s'imposant à tous sans discernement.

À propos de la santé

Même si la plupart des maladies peuvent frapper à n'importe quel âge, il y a quelque chose qui se superpose avec l'avance en âge puisque plus le temps passe plus la possibilité d'être concerné par tel ou tel trouble de la santé s'accroît. Mais il y a santé et santé, celle que l'on pourrait décrire en termes de maladies, de déficiences ou d'impossibilité de faire tel ou tel geste, d'entendre tel ou tel son ou de percevoir tel objet, et celle qui est ressentie, qui fait que l'on est bien ou mal à l'aise avec son corps et ses problèmes. Ce dernier aspect, qui prend souvent le nom de qualité de vie reliée à la santé, est très important parce que c'est un des déterminants des comportements, par exemple vis-à-vis des médicaments, mais aussi le signe précurseur de troubles plus importants. C'est en particulier à ce niveau que se distingue bien ce qui est de l'ordre des douleurs physiques et ce qui est de l'ordre des souffrances psychiques dans la santé. Ce ne sont pas les mêmes caractéristiques qui influent sur les unes ou les autres, à commencer par l'âge. Les résultats obtenus montrent que du point de vue des douleurs physiques comme des souffrances psychiques, il n'y a pas une caractéristique du travail qui apparaît (isolément) comme le facteur de risque principal, mais plutôt des combinaisons de caractéristiques entrecroisant l'environnement physique du travail et les conditions de son exécution.

Ainsi par exemple, les douleurs lombaires dont la fréquence augmente avec l'âge, sont non seulement majorées quand le travail implique de soulever des char-

ges lourdes ou de maintenir des postures pénibles, mais aussi indépendamment de ces facteurs, quand on ne trouve pas dans le travail les moyens en temps, en informations, en matériel pour faire un travail de bonne qualité. Il s'agit d'une situation qui paraît s'imposer à l'ensemble des salariés enquêtés quelle que soit la profession et que l'on retrouve dans des groupes particuliers comme les ouvriers du bâtiment et des travaux publics et les personnels hospitaliers.

À propos du travail

L'enquête montre clairement que toute interrogation sur le travail passe par deux pôles : d'une part sur ce qui se voit immédiatement et peut être évalué aisément (les horaires, les rythmes du travail, la pénibilité physique) et d'autre part ce qui est ressenti par le salarié, notamment les contraintes de travail (se dépêcher, faire plusieurs choses à la fois, faire des gestes précis), la tolérance vis-à-vis de ces contraintes (variable d'un sujet à l'autre), mais aussi le vécu global de sa situation de travail (travail intéressant, varié, avec des marges de manœuvre et des moyens pour faire un travail de bonne qualité).

Estev et la médecine du travail

Les retombées possibles d'Estev sur la pratique de la médecine du travail se précisent peu à peu. Le déroulement même de cette opération, en associant largement les médecins à la préparation, à la réalisation et l'exploitation de l'enquête, et en leur donnant l'occasion de réflexions collectives et pluridisciplinaires avec des épidémiologistes, des ergonomes, des gérontologues, des démographes, représente une inflexion intéressante de leur pratique professionnelle. Ces travaux et ces collaborations ont également contribué, et ce n'est pas négligeable, à une reconnaissance accrue du rôle des médecins du travail dans la communauté scientifique. L'idée que cette profession puisse participer activement aux recherches en santé au travail, y compris en prenant l'initiative, est une idée de bon sens. De ce point de vue, Estev constitue une aven-

ture, risquée mais gagnée et stimulante, qui participe d'une réflexion renouvelée sur le sens du métier de médecin du travail.

En retour, une opération comme Estev fournit aux médecins la possibilité de donner un autre statut à des observations quotidiennes, à des impressions ou des intuitions nées dans leur pratique professionnelle (par exemple le vieillissement accéléré dans certaines situations de travail), voire à des enjeux concrets et délicats comme la gestion des inaptitudes.

Reste évidemment aux médecins du travail à se réapproprier les résultats de l'enquête, dans les échanges de vues sur l'activité de travail, avec les salariés et les directions d'entreprises, et dans leurs interventions pour faire évoluer l'organisation du travail, afin de permettre aux travailleurs de tous âges de continuer à construire leur santé grâce à leur travail. Cet effort de traduction en orientations concrètes commence à présent, et il sera largement développé quand seront disponibles les résultats de la deuxième phase de l'enquête. ■

Annie Touranchet

MIRT Pays de la Loire

François Derriennic

Chargé de recherches,
Inserm U 170, Villejuif

Serge Volkoff

Statisticien, Créapt, Paris

alcoologie

REVUE TRIMESTRIELLE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ALCOOLOGIE

Sommaire 1996, 18 (2) : 117-220

Éditorial

Le coût social de la consommation excessive d'alcool, *F. Poldrugo*

Mémoires

- Relations entre rations d'alcool et d'aliments en Ile-et-Vilaine et dans le Calvados, *G. Péquignot, A. J. Thuyns*
- Retentissement de l'alcoolisation chronique sur les apports en macronutriments, *B. Schmitt*
- Micronutriments et radicaux libres, *M.-J. Richard*
- Statut en vitamines antioxydantes et alcoolisme chronique, *E. Lecomte, B. Herbeth, P. Pirollet, P. Grolier, F. Paille, Y. Artur*
- Statut vitaminique et alcool, *A. Lemoine, H. Chanay, B. Cirette, P. Bouillot*
- Profil nutritionnel du malade au centre régional d'alcoologie de Coimbra, *J.-J. Rodrigues da Silva Breda*
- Traitement nutritionnel du malade alcoolique au centre d'alcoologie de Porto, *C. Morais, T. Rodrigues*

Mise au point

Glucose et dépendance tabagique, *R. Mollimard*

Alcoologie de terrain

- Éducation nutritionnelle sur les boissons auprès des malades alcooliques, *F. Bresson, M. Klein, M.-D. ILozach, A. Thouvenin*
- Compensations alimentaires après sevrage alcoolique. Résultats d'enquête, *M. Klein, A. Thouvenin*

Congrès

- 37^e Congrès international sur l'alcoolisme et la toxicomanie, août 1995, San Diego, Californie
- 10^e Journée de tabacologie du centre hospitalier Paul Guiraud, octobre 1995, Villejuif
- 25^e Rencontre annuelle de la Société des Neurosciences, novembre 1995, San Diego, Californie

Vie de la SFA

- Du bachisme culturel dans la société arabe à l'alcoologie clinique, 27 mars 1996, La Sorbonne, Paris

Groupes de travail

- Les associations d'aide aux personnes ayant un problème avec l'alcool, Groupe Normandie-Bretagne
- Nouveaux membres. Prochaines réunions de la SFA

Informations

- Thèses. Livres. Agenda. Annonces

Alcoologie, Pr Jean-Dominique Favre,
69, avenue de Paris 94100 Saint-Mandé, téléphone : 43 98 04 99