

Surveillance médicale des salariés de deux associations d'insertion professionnelle du Calvados

Les médecins du travail de la Mutualité sociale agricole (MSA) du Calvados ont mené une action en 1995 dans deux entreprises d'insertion par l'économie : cette étude interne, non publiée, avait permis d'évoquer les difficultés de la surveillance médicale des populations qui y sont employées, compte tenu des problèmes sociaux majeurs qui y sont rencontrés.

Afin d'étudier l'évolution du fonctionnement de ce type de structures et déterminer le rôle et les limites d'action des médecins du travail, les dossiers des travailleurs ont été repris sur une période de 5 ans.

Matériel et méthode

POPULATION

Cette étude concerne l'ensemble des personnes « productives » ayant eu une visite d'embauche entre le 1^{er} janvier 1993 et le 30 décembre 1997, par deux associations d'insertion par le travail qui assurent des travaux de jardinage, d'entretien des espaces verts, de nettoyage des rivières ou de réfection de bâtiments publics (maçonnerie, peinture ...). L'une, à Bayeux, peut accueillir 75 personnes et l'autre, dans la périphérie sud de Caen, peut accueillir 15 personnes. Ces salariés, en contrat emploi-solidarité (CES), sont soumis aux mêmes risques professionnels que ceux des entreprises de même activité du secteur concurrentiel tels que les intempéries, le bruit des engins mécanisés, les manutentions lourdes et les postures difficiles, les vibrations, le risque de chutes, voire de noyades.

La surveillance médicale de ces salariés est assurée par le service médical du travail de la Mutualité sociale agricole (MSA) du Calvados. Le suivi médical s'est poursuivi jusqu'au 15 juin 1998.

MÉTHODE

Il s'agit d'une étude rétrospective à partir des dossiers médicaux de tous les salariés « productifs » de ces associations permettant de recueillir des informations d'ordre social et d'ordre médical.

Informations d'ordre socio-professionnel

Elles ne servent qu'à identifier les sujets entrant dans l'étude et concernent :

- l'âge à l'embauche,
- le niveau de formation (sans formation, CEP, CAP, BAC et plus),
- la durée d'activité dans une entreprise ou un même secteur d'activité (la limite de plus ou moins 5 ans choisie de façon arbitraire a pour but d'évaluer la stabilité professionnelle antérieure des salariés).

Cette rubrique a été limitée de façon délibérée. En effet, il s'agit d'une population nécessitant un suivi social très important qui interfère avec le champ d'activité en médecine du travail, mais pour lequel de nombreuses informations manquent. Ces aspects socio-professionnels pourraient faire l'objet d'une étude complémentaire avec les personnes compétentes (sociologues, travailleurs sociaux...).

Informations d'ordre médical

Ces données ont été recueillies en 2 parties, à l'embauche et lors du suivi médical.

A l'embauche

Pathologie et orientations

N'ont été retenues que les affections dont la gravité avait motivé des hospitalisations, justifié un traitement au long cours et une surveillance régulière, ou encore celles qui apparaissaient comme majeures lors de cette visite d'embauche. Ces affections peuvent avoir une inci-

P. CLEREN*,
A. MOREL*,
P. POUZET*.

* Médecins du travail,
Mutualité sociale
agricole du Calvados

INRS

Documents
pour le médecin
du travail
N° 87
3^e trimestre 2001

325

dence sur le travail des salariés. Il n'a pas été tenu compte des affections bénignes, aiguës ou chroniques sans conséquence sur l'activité professionnelle. Il s'agit de :

→ l'alcoolisme (antécédents éthyliques importants, cure de désintoxication et/ou traitement poursuivi pour cette cause, patients arrivant à la visite d'embauche dans un état d'imprégnation et d'intoxication évidente),

→ la pathologie psychiatrique dont la dépression traitée,

→ la déficience mentale (débilité avec illétrisme par exemple),

→ les affections cardiovasculaires (antécédent d'infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque, artérite...),

→ les affections respiratoires (asthme, bronchite chronique),

→ les autres affections (problèmes ostéo-articulaires, visuels...).

Ont également été étudiées les orientations médicales à la suite de cette visite d'embauche.

Statut d'handicapé et bénéficiaire d'une incapacité permanente partielle (IPP)

Il s'agit des sujets bénéficiant d'une IPP supérieure à 10 %, d'une invalidité 1^{er} catégorie ou de la reconnaissance de travailleur handicapé par la Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP). Mais les personnes ne savent pas toujours préciser ce type d'informations qui est parfois fournie par l'assistante sociale de l'association.

Conclusions médico-professionnelles

Les décisions possibles sont les suivantes :

→ apte,

→ apte avec aménagement de poste,

→ inapte temporaire,

→ inapte à tout travail.

Ces décisions sont déterminées à l'issue de chaque visite médicale. Même s'il ne s'agit pas d'entreprise du

secteur marchand aux impératifs économiques habituels, une certaine productivité est demandée à ces salariés. Ces conclusions médico-professionnelles ont été comparées à celles qu'elles auraient été si ces salariés travaillaient dans le même secteur d'activité en milieu ordinaire de travail. Cette comparaison comporte une certaine subjectivité assumée par les enquêteurs, mais qui peut apporter quelques renseignements intéressants.

Lors du suivi médical

Afin de mettre en évidence la charge de travail des médecins assurant la surveillance de ces salariés ayant des problèmes de santé importants, a été comptabilisé le nombre de visites médicales effectuées pour chaque salarié pendant la période d'observation. Ont donc été additionnées le nombre de visites supplémentaires et de visites à la demande (du médecin du travail, du salarié, de l'employeur ou pour une autre raison).

Dans cette rubrique, ont également été comptabilisées les orientations par le médecin du travail vers le médecin traitant.

Résultats et discussion

DONNÉES SOCIO-PROFESSIONNELLES

Population

Au total, 245 salariés ont été surveillés dont 14 femmes et 231 hommes. La moyenne d'âge à l'embauche est de 36,2 ans. La répartition par âge en fonction de l'année d'embauche est présentée dans le *tableau I*.

TABLEAU I

Nombre de salariés embauchés et moyenne d'âge à l'embauche en fonction des années

	1993 n = 28	1994 n = 35	1995 n = 68	1996 n = 57	1997 n = 57	Total n = 245
Moins de 30 ans	3 (11%)	2 (6%)	25 (37%)	24 (42%)	18 (32%)	72 (29,4%)
de 30 à 39 ans	13 (46%)	19 (54%)	21 (31%)	16 (28%)	14 (24%)	83 (33,9%)
de 40 à 49 ans	8 (29%)	12 (34%)	16 (23%)	16 (28%)	24 (42%)	76 (31%)
de 50 à 59 ans	4 (14%)	2 (6%)	6 (9%)	1 (2%)	1 (2%)	14 (5,7%)
Moyenne d'âge (années)	39	38	37	34	36	36,2

Au fil des années, on observe une grande variabilité des effectifs par tranche d'âge, avec, à partir de 1995, un pourcentage de jeunes de moins de 30 ans relativement important (30 à 40 %).

Formation professionnelle

169 personnes (67 %) n'ont pas de formation professionnelle diplômante.

68 personnes (27 %) ont le niveau CAP ou CEP.

12 personnes (5 %) ont le BAC ou plus.

Il est caractéristique de constater le manque de formation de ces salariés dont les 2/3 n'ont aucun diplôme. Près de 20 % d'entre eux sont illettrés. Le manque de formation explique partiellement leur présence dans ces organismes.

Activité professionnelle antérieure et perspective d'avenir

Cent personnes (41 %) ont travaillé plus de 5 ans tandis que 145 personnes ont travaillé moins de 5 ans.

Parmi les personnes ayant travaillé plus de 5 ans, on trouve une majorité de gens âgés de 40 ans et plus, alors que parmi ceux ayant travaillé moins de 5 ans, on trouve une majorité de jeune de moins de 30 ans.

Les sujets jeunes alternent les contrats à durée déterminée (CDD), les CES, l'intérim, les travaux saisonniers ce qui fait qu'avant 30 ans, peu de salariés de ces associations ont pu bénéficier d'un contrat à durée indéterminée dans le secteur « ordinaire » de travail. La période passée dans les associations et les entreprises d'insertion peut durer 2 ans aux termes desquels ils retrouvent leur parcours professionnel dans la précarité. Un certain nombre de salariés, après avoir retrouvé des droits à bénéficier d'un CES, se font embaucher dans une autre association ou parfois dans la même. Ainsi leur carrière professionnelle évolue dans ce type de structures en marge du secteur concurrentiel.

DONNÉES MÉDICALES ET MÉDICO-PROFESSIONNELLES

Pathologies

Les responsables chargés du recrutement ont progressivement défini des critères limitant l'embauche d'un certain nombre de personnes. Ces critères concernent la possibilité des individus à vivre et à travailler en collectivité sans perturber l'équipe de manière intolérable. C'est ainsi que les grands « marginaux » et les sujets se présentant à l'entretien d'embauche en état d'ébriété sont récusés à l'embauche. Dans la période

précédant cette « sélection » officieuse, plusieurs candidats ont été admis en urgence à l'hôpital à l'issue de la visite médicale d'embauche, en raison de leur état de santé lié à l'alcool.

A la première visite médicale, 136 personnes (55 %) ont au moins une pathologie grave et 38 (15 %) en ont 2. On constate :

- 73 cas d'alcoolisme (30 %),
- 25 cas de déficience mentale (10 %),
- 22 cas de dépression (9 %),
- 11 cas d'épilepsie (4,5 %),
- 9 cas d'affections pulmonaires (3,6 %),
- 8 cas d'affections cardio-vasculaires (3,2 %),
- 26 cas de pathologies diverses (10,6 %).

Pour 9 personnes, l'alcoolisme est associé à une pathologie dépressive et pour 4 à une épilepsie.

L'alcoolisme est la pathologie la plus fréquemment rencontrée puisqu'elle concerne 30 % de l'effectif ; sans compter les cas d'intoxications mineures. Les travailleurs sociaux évaluent le taux d'alcoolisation à des valeurs bien plus élevées (> 50 %) car ils y incluent les cas d'alcoolisation aiguë, en particulier celles du week-end chez les jeunes. L'éthylisme est associé à des affections psychiatriques, des épilepsies, des déficiences mentales ; ceci aggrave le tableau et limite encore les possibilités d'insertion de ces sujets.

Après cette première consultation, 36 personnes (15 %) ont été adressées au médecin traitant, à un spécialiste ou directement en milieu hospitalier. Les différentes affections ayant justifié une orientation sont :

- alcoolisme grave (16 cas),
- affection cardio-vasculaire (4 cas),
- épilepsie déclarée et mal équilibrée (4 cas),
- déficit intellectuel (2 cas),
- état dépressif (2 cas),
- maladie respiratoire (1 cas),
- autres raisons (4 fois),

De nombreux salariés n'ont pas de médecin traitant, soit par négligence parce que la santé n'est pas une priorité pour eux, soit par manque de moyens financiers et l'ignorance d'une possible prise en charge des soins par le Conseil général du Calvados.

Statut d'handicapé

Le statut de travailleur handicapé a été accordé par la COTOREP à 25 salariés (10 %), 10 en catégorie A, 12 en catégorie B et 3 en catégorie C.

Les IPP supérieures à 10 % concernent 8 personnes.

Deux salariés touchent une rente d'invalidité 1^{er} catégorie.

La présence de nombreux travailleurs handicapés contribue aussi à expliquer la moindre capacité de travail de cette population dans son ensemble.



TABLEAU II

Comparaison des avis d'aptitude, à l'embauche, des salariés des entreprises d'insertion à ce qu'ils auraient été si ces salariés travaillaient dans le même secteur d'activité en milieu ordinaire de travail

Avis d'aptitude à l'embauche	Dans les entreprises d'insertion		En milieu ordinaire	
	%	n	%	n
Apte	86%	210	51%	126
Apte avec aménagement	8%	20	7%	17
Inapte temporaire	3%	8	1%	2
Inapte à tout travail	3%	7	41%	100

Aptitude à l'embauche

Le *tableau II* compare les avis d'aptitude à l'embauche pour les salariés des entreprises d'insertion à ce qu'ils auraient pu être si ces salariés travaillaient dans le même secteur en milieu ordinaire de travail.

Les sept inaptitudes définitives déclarées correspondent aux sujets qui ont été récusés avant l'embauche essentiellement pour présentation en état d'ébriété.

Des inaptitudes temporaires ont été décidées 8 fois, en particulier pour alcoolisme. Ces salariés sont adressés à un médecin praticien pour mise en route d'une cure de sevrage et revus 2 ou 3 mois plus tard pour une nouvelle embauche.

Les 20 restrictions d'aptitude concernent des personnes ne pouvant pas travailler en hauteur ou soulever des charges lourdes. Ces réserves d'aptitude sont bien gérées par les directions qui font le nécessaire pour adapter le poste de travail à la santé des salariés.

Cependant, malgré des travaux à risques (utilisation d'outils mécaniques, nettoyage des rivières, travaux en hauteur) et un état de santé physique et mental détérioré des nombreuses nouvelles recrues, il paraît difficile et peu opportun de prononcer des inaptitudes au recrutement dans des associations dont la mission est de resocialiser et réinsérer des personnes en difficulté. Toutefois, il faut noter que la moitié des salariés serait en mesure d'assurer leur mission en milieu ordinaire de travail.

Suivi médical

Après la visite d'embauche, ces salariés ont une visite médicale annuelle comme le prévoit la législation. Cinquante-six personnes sont restées moins d'un an et 189 sont restées plus d'un an, bénéficiant ainsi d'une visite annuelle. Parmi eux, certains sont suivis régulièrement par leur médecin traitant pour une pathologie chronique connue et stabilisée. Pour plusieurs personnes, la mise au travail, après une période de chômage de plusieurs années, contribue incontestablement à l'amélioration de leur état de santé physique et

surtout mentale. Cependant, 58 personnes (23 %) ont été revus ; 43 fois à la demande de l'employeur, 11 fois à la demande du médecin du travail, 3 fois à la demande du salarié, 1 fois à la demande du médecin traitant et 1 fois à celle de l'assistante sociale. Parmi ces personnes, 37 ont été revus 1 fois, 16 l'ont été 2 fois et 5 l'ont été 3 fois parmi lesquelles 33 ont été orientées pour des soins, soit 13 % de la population totale.

Ces consultations sont généralement motivées pour des problèmes liés à l'alcool et difficiles à gérer par les responsables de ces associations qui ont du mal à trouver une aide, parfois en urgence. C'est pourquoi ils s'adressent au médecin du travail qui se rend disponible pour une prise en charge rapide, puis un soutien et un suivi de ces malades en complément du médecin traitant ou de l'alcoologue.

Les principaux obstacles rencontrés par les responsables des associations sont :

- le déni des intéressés par rapport à leur alcoolisme,
- l'hésitation des médecins traitants à s'investir dans ce type de problèmes, coûteux en temps et à l'origine de désillusion,
- la méfiance et parfois le refus des services médicaux hospitaliers et des urgences à initialiser une demande de sevrage.

Plusieurs salariés sont revus parce qu'ils présentent des affections bénignes ou plus graves, révélées après l'embauche. L'intervention du médecin du travail a été sollicitée par l'employeur parce que ces patients n'ont pas de médecin traitant ou ne savent pas à qui s'adresser.

Pour quelques individus, l'avis du médecin du travail est demandé en vue d'une orientation ou d'une formation vers un secteur d'activité pour lequel il y a un doute sur l'aptitude (un asthme chez un futur peintre par exemple). Ces salariés sont adressés à la consultation de pathologie professionnelle du centre hospitalier de Caen pour des examens complémentaires et l'appréciation d'un spécialiste.

Ces pathologies sont connues à l'embauche et comme ces personnes ne font pas l'objet d'une inaptitude de la part du médecin du travail, la probabilité de revoir ces salariés à la demande de l'employeur est très importante. Ceci rend le suivi médical de cette popu-

lation « lourd », dépassant parfois le cadre réglementaire de la médecine du travail puisqu'il s'apparente plus à un suivi de soin.

Enfin il faut ajouter les difficultés rencontrées par le personnel d'encadrement mal formé sur la gestion des difficultés sociales rencontrées dans cette population. Ce sont généralement des techniciens en espaces verts ou d'anciens artisans qui gèrent des situations délicates avec peu de moyens. Ce personnel est stressé, surmené et sa santé en subit les conséquences néfastes au terme de plusieurs années d'activité, en particulier en cas de surinvestissement affectif.

On trouve peu de références bibliographiques concernant la santé des salariés en situation précaire. En revanche, les conséquences de la précarité sur la santé ont été plus souvent étudiées. Dans le *Bulletin de l'Ordre des Médecins* de juin 1997 [1], une enquête de l'association Médecins du Monde (MDM) met en évidence que sur 100 patients venus consulter à la Mission France :

- 13 ont une pathologie mentale,
- 10 une pathologie cutanée,
- 8 une affection respiratoire,
- 2 souffrent de maladies ORL.

F. Deriennic [2] confirme l'existence d'une corrélation positive entre le taux de chômage et le taux de mortalité, toutes causes confondues. Son étude suggère un effet causal possible de la perte d'emploi sur la mortalité sans spécificité apparente par rapport aux causes de décès. Enfin, il cite une étude de T. Lecomte qui conclut à des taux de morbidité plus élevés chez les demandeurs d'emploi par rapport aux non demandeurs d'emploi avec une fréquence deux fois plus élevée des troubles mentaux.

E. Violette [3], dans une analyse descriptive de la population des associations intermédiaires de la Sarthe, montre que les pathologies les plus fréquentes sont :

- stomatologiques (26 % des sujets),
- ophtalmologiques (13 %, vue mauvaise ou mal corrigée),
- rhumatologiques (7 %),
- cardiovasculaires (5 %),
- pneumologiques (3 %),
- endocrinologiques (2 %),
- neurologiques (2 %).

Vingt pourcent des consultations ont conclu à une aptitude limitée, soit 5 fois la fréquence habituelle des contre indications en médecine du travail.

Dans une autre étude, M. O. Achard [4] analyse les effets constatés sur la santé de la perte d'emploi ou les menaces de licenciement. Il s'agit de l'apparition ou l'aggravation de troubles dans les domaines psychiques (troubles du sommeil, état de panique, syndromes dépressifs, phobies ...), digestifs, dermatologiques, car-

diovasculaires. L'aggravation du tabagisme et de l'alcoolisme est fréquente. Des violences physiques envers autrui ou envers soi-même (suicide) sont observées.

Réflexions

Dans la littérature [5, 6, 7, 8], il apparaît que la surveillance médicale professionnelle des salariés des entreprises intermédiaires a posé des problèmes d'organisation pour des raisons financières essentiellement. En effet, du fait des affections graves, les visites médicales de ces salariés sont plus rapprochées, plus fréquentes, plus longues que pour les autres salariés pour permettre un suivi médical cohérent de cette population. Ce type de surveillance équivaut à une surveillance médicale spéciale à laquelle ces salariés ne sont, le plus souvent, pas soumis, mais dont ils bénéficient de fait. De plus se pose le problème de la surveillance de personnes travaillant dans ces entreprises à titre thérapeutique, non subordonnées à un contrat de travail et qui ne bénéficient donc réglementairement pas des prestations de la médecine du travail.

Du fait des difficultés de santé des travailleurs de ces associations, il est pertinent de constituer un réseau de correspondants issus de structures médicales et sociales existant dans le département et dont les moyens et les actions puissent être coordonnées pour améliorer l'accompagnement de ces populations en état de précarité. Dans l'expérience menée par la MSA du Calvados, le médecin du travail se situe au centre de ce dispositif permettant plusieurs actions :

→ **Formation et soutien du personnel encadrant.** Les chefs d'équipe sont généralement issus de l'artisanat, compétents dans les techniques du bâtiment ou l'entretien des espaces verts, mais sans connaissance sur la gestion des affaires médico-sociales. Il s'agit de nouveaux métiers pour lesquels des formations initiales n'existent pas encore. Selon les individus dont ils ont la responsabilité, les chefs d'équipe subissent des contraintes psychologiques difficilement maîtrisables. C'est pourquoi, les responsables des associations organisent des formations sur les thèmes les plus préoccupants (en particulier l'alcoolisme) pour ces chefs d'équipe leur permettant, ainsi, de mieux appréhender les problèmes quotidiens.

→ **Information et collaboration avec les travailleurs sociaux.** Elles sont indispensables lors de la recherche de solutions médicales urgentes (placement hospitalier) ou la mise en route des formalités nécessaires à la démarche d'insertion de ces salariés. Au cours des visites médicales, il est possible d'informer ces derniers sur leurs droits, de les mettre en contact

avec les assistantes sociales, de les orienter vers les organismes spécialisés capables de les aider dans la gestion de leurs problèmes et dont ils ignorent l'existence ou le fonctionnement (COTOREP, équipe de préparation et de suite de reclassement (EPSR), association pour la formation professionnelle des adultes (AFPA), MSA, Mission RMI ...).

→ **Développement des relations avec les confrères libéraux et hospitaliers.** La prise en charge thérapeutique est assurée par les confrères libéraux et hospitaliers rapidement après la visite médicale du travail. Cette prise de contact est fréquente avec certains confrères libéraux qui concentrent dans leur clientèle de nombreux sujets engagés dans un processus d'exclusion ou avec les services d'hospitalisation de médecine à orientation d'alcoologie recevant ces patients, qui, déjà sensibilisés aux problèmes d'exclusion, permettent de compléter le réseau médical de prévention de la désinsertion de cette population.

Conclusion

Cette étude permet d'entrevoir qu'en favorisant la constitution de réseaux intégrant des intervenants de disciplines diverses, le médecin du travail peut avoir un rôle constructif dans l'adaptation au travail de populations en situation précaire, bien que l'évaluation précise des résultats reste à faire. Toutefois, il est important de noter que ce type d'activité, l'insertion par l'économie, demande des besoins autant en matériel qu'en personnes et qu'il manque de structures qui puissent prendre le relai après les deux ans « autorisés » dans ces entreprises d'insertion.

Bibliographie

[1] Les pathologies de l'exclusion - *Bulletin de l'Ordre des Médecins* (spécial précarité), n° 6, 1997, Juin, pp. 1 à 12.

[2] **DERRIENNIC F.** - Formes précaires d'emploi et santé : les évidences épidémiologiques - *Revue de Médecine du Travail*, 1998, **25** (1), pp.3-11.

[3] **VIOLETTE E., LAINE D., HARRIGAN J.C., BIDRON P., PICHARD L.** - Analyse descriptive de la population des associations intérimaires de la Sarthe - *Archives des Maladies Professionnelles*, 1995, **56** (3), pp. 240-241.

[4] **ACHARD M.O., CHASTEL V., DELL'ACCIO P.** - Perte d'emploi et santé - *Le Concours Médical*, 1998, **120** (35), pp. 2453-2456.

[5] **CHAUMETTE P.** - Médecine du travail et travail précaire - *Archives des maladies professionnelles*, 1990, **51** (4), pp. 295-297.

[6] - Dictionnaire permanent - Sécurité et conditions de travail. Examens médicaux : entreprises d'insertion - Editions législatives, Bulletin 179, 20 septembre 1998, p. 6115.

[7] **FALCY M.** - 23^e Journées nationales de médecine du travail. Compte-rendu -

Documents pour le médecin du travail, 1994, **60**, pp. 379-389.

[8] **RAUNA P.** - Surveillance médicale des salariés d'associations intermédiaires. Extrait de : 23^e Journées nationales de médecine du travail - *Archives des maladies professionnelles*, 1995, **56** (3), p. 245.