

Zeitschrift: Revue syndicale suisse : organe de l'Union syndicale suisse
Band: 74 (1982)
Heft: 11-12

Artikel: La santé des travailleurs
Autor: Saurer, Andreas
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-386119>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 19.11.2024

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

La santé des travailleurs

Par Andreas Saurer, médecin du travail

Remarquons tout d'abord que l'appréciation de l'état de santé de la population ne peut être que très approximative. Il n'existe pas d'indicateur qui soit à la fois objectif, utilisable sur une large échelle et directement représentatif de l'état de santé. En effet, les enquêtes basées sur des questionnaires concernant l'appréciation de l'état de santé par les gens eux-mêmes donnent souvent des images très stéréotypées et déformées de la réalité. Les statistiques de la consommation médicamenteuse, de la consultation médicale, des journées d'hospitalisation, etc. ne reflètent pas non plus l'état de santé mais seulement le degré d'utilisation du système de soins. La consommation des soins est certes influencée par l'état de santé mais il y a bien d'autres facteurs qui jouent également un rôle, comme le niveau socio-culturel, la proximité du médecin et des hôpitaux, le prix à payer, etc. En fait le seul indicateur régulièrement utilisé est le taux de mortalité par tranche d'âge et l'espérance de vie. Ces indicateurs reflètent qu'indirectement l'état de santé – quoique plus directement que l'utilisation du système de soins – mais la source des données (les statistiques de décès) est très complète, relativement précise, ne nécessite pas des enquêtes compliquées et existe depuis de nombreuses années dans bien de pays. Le fait que nous devons utiliser des indicateurs de la «mort» pour apprécier la «vie» est non seulement un paradoxe supplémentaire de notre société mais probablement aussi un révélateur de son absurdité sous certains aspects (chômage, famine, guerre, etc).

1. L'espérance de vie et les taux de mortalité

De ce point de vue, la Suisse est certainement un des pays les plus favorisés. En effet, l'espérance de vie est en Suisse une des plus longue (71,5 ans pour les hommes et 78,1 ans pour les femmes) et elle se classe juste derrière la Suède et quelques autres pays scandinaves. En plus, l'espérance de vie continue à croître même pour les hommes ce qui n'est pas le cas pour la majorité des autres pays industrialisés où elle reste stationnaire; au Pays-Bas, elle a même diminué de 71,4 ans en 1958 à 71,0 ans en 1971. Enfin, en ce qui concerne les taux de mortalité en fonction des différentes tranches d'âges, on constate en Suisse une diminution de ce taux pour les hommes entre 15 et 65 ans, ce qui n'est pas le cas par exemple en France et en RFA où la mortalité masculine a augmenté pour cette catégorie d'âge.

Toutefois, ce «bilan globalement positif» ne doit pas cacher quelques points sombres. Ainsi, la mortalité infantile (enfant de moins d'une année) est en Suisse d'environ 30% supérieur par rapport à la Suède ce

qui, selon le Professeur Minkowsky, éminent spécialiste en ce qui concerne la mortalité périnatale, est à mettre en relation avec des contrôles de grossesses moins fréquents dans notre pays. Un autre exemple peu réjouissant pour la Suisse est le fait que le taux de mortalité des enfants entre 5 et 14 ans est non seulement nettement supérieur à la moyenne européenne, mais a même légèrement augmenté entre 1960 et 1970. Compte tenu du fait que nous ne possédons pas beaucoup de statistiques dans ce domaine nous nous permettons de citer un exemple étranger. Ainsi, en RFA, quand on analyse la trajectoire de tous les salariés à partir de 55 ans, on constate qu'un tiers d'entre eux sera décédé avant la retraite, un tiers sera obligé de prendre une retraite anticipée et seul le dernier tiers l'atteindra en bonne santé.

Enfin dans ce domaine, il vaut également la peine de mentionner les pays du tiers monde, qui ont tous des espérances de vie bien plus courtes que les pays industrialisés avec une exception notable: Cuba. Ce pays a une espérance de vie pour les hommes et les femmes qui dépasse non seulement d'une dizaine d'années celle du Mexique mais même légèrement celle des USA! Cela est probablement le reflet de bonnes conditions de salubrité, d'hygiène et d'alimentation sur une large échelle ainsi que d'un système de soins facilement accessible à tous. Cela montre que la santé est non seulement un problème individuel mais également collectif et qu'on peut améliorer spectaculairement la santé de la population par des mesures sociales.

2. L'état de santé en relation avec le niveau social

L'absence de ce genre de données pour la Suisse nous oblige de nous tourner vers l'étranger. Voici l'espérance de vie et le taux de mortalité en France suivant le milieu social:

La mortalité des adultes suivant le milieu social (1955-1971)

Espérance de vie à 35 ans et quotients de mortalité à 35, 55, 75 ans par catégorie socio-professionnelle

Catégorie socio-professionnelle	Espérance de vie à 35 ans	Taux de mortalité pour 1000 personnes		
		35 ans	55 ans	75 ans
Instituteurs	40,9	1,02	7,8	59,5
Cadres supérieurs, profes. libérales	40,5	1,07	8,3	64,2
Clergé catholique	39,5	1,24	9,2	68,2
Cadres moyens (public)	39,3	1,33	9,5	68,3
Techniciens	39,0	1,55	10,2	67,8
Cadres moyens (privé)	38,5	1,78	11,1	69,0
Agriculteurs exploitants	38,0	1,90	11,7	71,7
Contremaîtres	37,8	2,02	11,9	70,5

Catégorie socio-professionnelle	Espérance de vie	Taux de mortalité pour 1000 personnes		
		à 35 ans	35 ans	55 ans
Ouvriers qualifiés (public)	37,3	1,91	12,3	79,2
Employés (public)	37,2	1,98	12,4	77,6
Artisans et commerçants	37,6	2,21	12,5	71,3
Employés (privé)	37,4	2,28	13,0	73,8
Ouvriers spécialisés (public)	36,0	2,47	14,4	83,8
Ouvriers qualifiés (privé)	35,6	2,49	15,1	91,7
Salariés agricoles	34,8	2,72	16,2	96,9
Ouvriers spécialisés (privé)	34,7	3,02	16,6	91,2
Manœuvres	32,9	4,38	20,5	96,0
<i>France entière</i>	<i>36,1</i>	<i>2,69</i>	<i>14,6</i>	<i>79,6</i>

Source: G. Deplanques, «La Mortalité des adultes suivant le milieu social, 1955–1971», n° 195 des collections I.N.S.E.E., série D, n° 44, avril 1976, 145 p.

Les chiffres parlent d'eux-mêmes et ne nécessitent guère de commentaires. Mentionnons quand même que le taux de mortalité des manœuvres est à 35 ans 4 fois et 55 ans encore 2,5 fois supérieur par rapport à celui des cadres.

Nous trouvons une situation similaire en Grande Bretagne, qui est le pays avec la plus grande tradition d'enquête dans ce domaine:

Mortalité par classe sociale pour les hommes âgés de 15 à 64 ans

classe sociale*	taux brut de mortalité par an et pour 100 000 hommes	taux standardisé de mortalité**
I	399	77
II	554	81
III N	580	99
III M	608	106
IV	797	114
V	989	137
tous	597	100

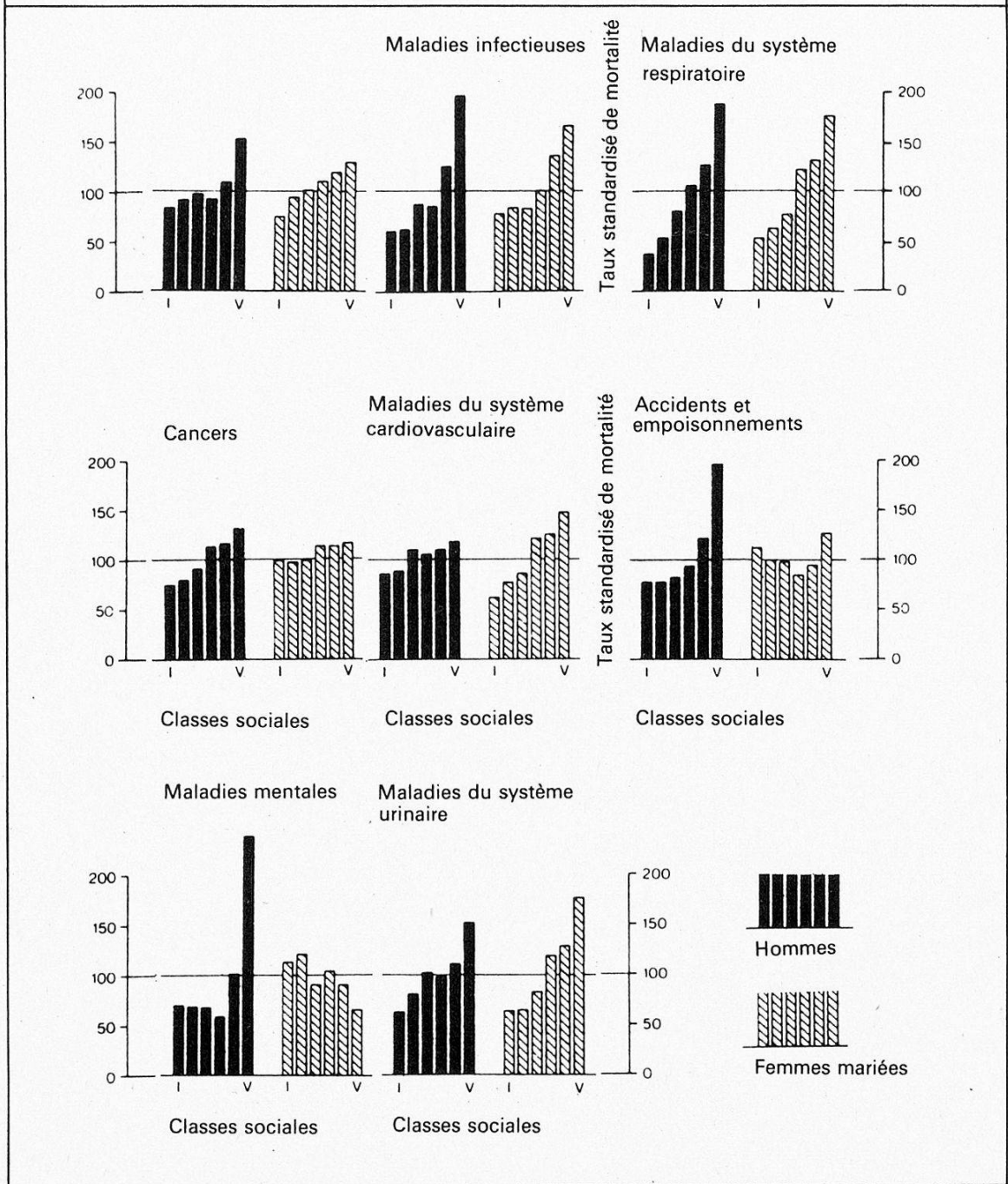
* L'attribution à une classe sociale particulière tient compte, pour des personnes ayant la même profession, du niveau de responsabilité et du statut hiérarchique. La classification se présente ainsi:

- I professions supérieures (médecin, avocats, etc.)
- II professions intermédiaires (instituteurs, directeurs commerciaux, etc.)
- III N travailleur qualifié non manuel
- III M travailleur qualifié manuel
- IV travailleur semi-qualifié (facteur, conducteur de bus)
- V travailleur non-qualifié (manœuvre)

** Le taux standardisé de mortalité est exprimé en % par rapport au taux de mortalité pour toutes les classes sociales et permet de comparer des populations dont la structure par classe d'âge est différente.

Le taux standardisé de mortalité passe de 77 à 137, soit presque du simple au double, et est supérieur à 100 pour les travailleurs manuels qualifiés (III M), les travailleurs semi-qualifiés (IV) et les travailleurs non qualifiés (V), ce qui veut dire que ces travailleurs ont une mortalité supérieure à celle de la population prise dans son ensemble. On retrouve aussi une augmentation régulière de la mortalité entre les classes sociales

Mortalité par classe sociale et cause de mort pour les hommes et les femmes mariés âgés de 15 à 64 ans (taux standardisé de mortalité)



pour diverses causes de mort et plus particulièrement pour les maladies du système respiratoire, les maladies infectieuses, les accidents, les cancers.

Pour d'autres causes de mort comme par exemple les maladies du système circulatoire (cause de mort principale dans les pays développés) la classe III N a une mortalité supérieure à la classe III M mais pour ces causes aussi les classes I et II sont nettement privilégiées. L'infarctus du myocarde n'est pas la maladie des managers; les taux standardisés de mortalité pour cette cause de mort sont respectivement de I à V: 88, 91, 114, 107, 108 et 111.

Cette triste différence se retrouve également chez les femmes mariées. Malgré le fait que 44% d'entre elles ont un emploi salarié, elles sont classées selon la catégorie sociale de leur mari:

classe sociale	taux standardisé de mortalité pour les femmes mariées âgées de 15 à 64 ans
I	82
II	87
III N	92
III M	115
IV	119
V	135

Cette inégalité sociale frappe même les enfants;

mortalité infantile
par classe sociale en 1975 en Angleterre (pour 1000 naissances)

classe sociale	néonatale	post-natale
I	7,4	2,8
II	8,1	3,0
III N	8,5	3,3
III M	9,5	4,2
IV	10,9	5,4
V	14,4	8,6

La mortalité infantile néonatale (premier mois de vie) des enfants des travailleurs non qualifiés est le double de celle des enfants des professions supérieures alors que la mortalité post-natale (de 1 à 12 mois de vie) est le triple de celle des enfants de la classe sociale I.

Les mêmes inégalités se retrouvent aussi entre 1 et 14 ans.

mortalité des garçons entre 1 et 14 ans

taux standardisé de mortalité	classe sociale					
	I	II	III N	III M	IV	V
	74	79	95	98	112	162

Malheureusement, le drame de l'injustice sociale ne s'arrête pas ici. Etant donné l'amélioration indéniable des conditions de vie ayant permis une diminution de la mortalité pour toutes les catégories sociales nous avons également l'impression d'avoir assisté à un rétrécissement de la différence des taux de mortalité rapportés aux différentes classes sociales. Mais c'est faux. Cette différence est stable et elle a parfois même tendance à s'accroître! Ainsi, le rapport de la mortalité de la classe V à celle de la classe I reste du même ordre de grandeur entre 1951 et 1971. De même en ce qui concerne la mortalité infantile (première année de vie), de la classe V, elle est restée le double en 1971 comme en 1951. La situation s'est franchement péjorée en ce qui concerne la tuberculose pulmonaire. La mortalité de cette maladie était en 1951 de 39 décès pour 100 000 personnes de la classe I et de 92 décès pour celles de la classe V. En 1971 on avait respectivement 0,8 et 8,4 décès pour 100 000 personnes. Ainsi, la mortalité de la classe V était en 1951 deux fois, et en 1971 dix fois, celle de la classe I.

Nous avons des chiffres identiques pour les USA; par exemple à Chicago, la mortalité cardio-vasculaire des hommes de la classe V était en 1930 62% et en 1960 de 67% supérieure à celle de la classe I.

Bien sûr, la Suisse n'est ni Londres ni Chicago mais nous ne connaissons aucun argument sérieux qui ferait penser que la situation helvétique soit fondamentalement différente de celle rencontrée à l'étranger.

3. La crise et la santé

Les maladies et surtout les maladies graves (cancers, artériosclérose, infarctus, etc.) ont un temps de latence relativement important et il n'est pas aisé de mettre en évidence des corrélations avec des phénomènes relativement limités dans le temps comme les crises économiques. Toutefois, en ce qui concerne les cardiopathies rhumatismales, nous sommes quand même en mesure de fournir quelques chiffres intéressants. Ainsi, il existe en Grande Bretagne pendant les années 30 une corrélation tout à fait évidente entre le taux de chômage et la mortalité due à cette maladie. Les villes avec un chômage important étaient aussi celles avec le taux de mortalité le plus élevé pour les cardiopathies rhumatismales et l'augmentation du chômage dans les villes industrielles est allée de pair avec un accroissement du taux de mortalité. Aux USA, et particulièrement à New York, on peut également constater une augmentation de la mortalité due aux maladies cardiaques parallèlement à l'accroissement du chômage.

En ce qui concerne les accidents de travail, leur taux est également influencé par la situation économique. Ainsi, le début de la crise est généralement caractérisé par une chute du taux des accidents de travail rapportés à 10 millions d'heures de travail, ce qui fut le cas en Suisse entre 1930 et 1936 et de nouveau en 1975. Cette baisse a été suivie chaque fois par une remontée constatée également depuis 1975. Cette hausse est très probablement en relation avec une restructuration de l'appareil de production qui entraîne une intensification des rythmes de travail.

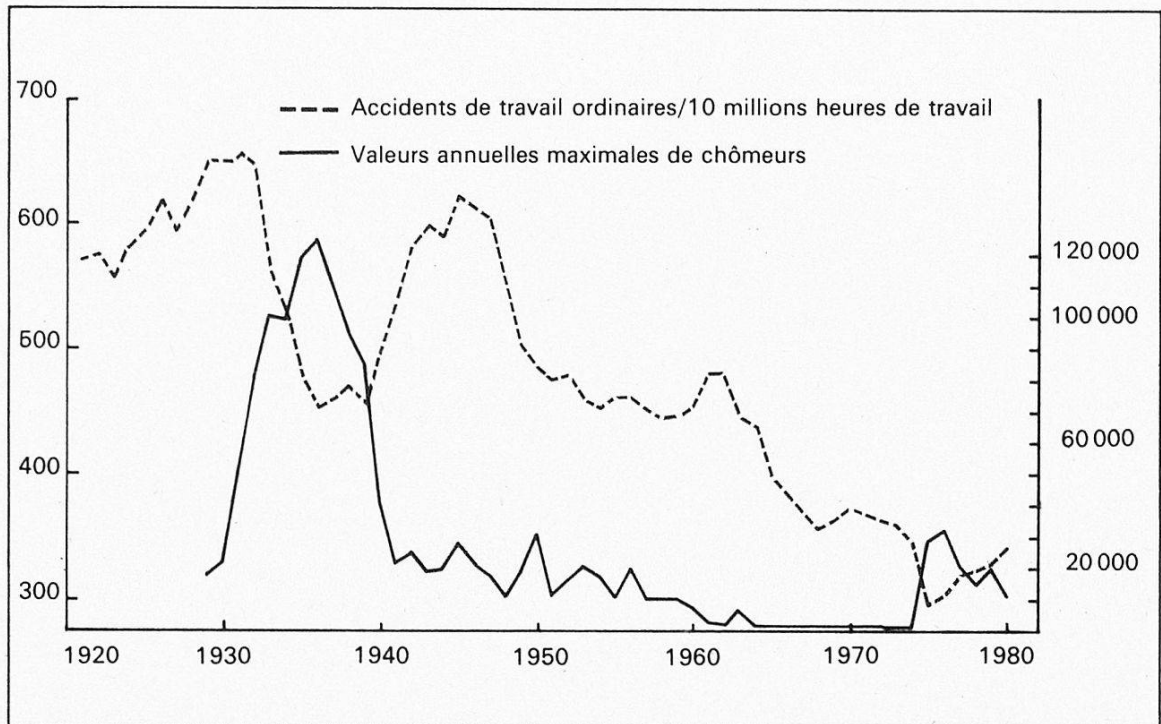
4. Les conditions de travail et la santé

● Insistons tout d'abord sur le fait que les conditions de travail sont un facteur parmi beaucoup d'autres (accessibilité, qualité et prix du système de soins; conditions de logement et de transport; mode d'alimentation; consommation de tabac et d'alcool, etc.) qui influence l'état de santé de la population. En conséquence, l'écrasante majorité des maladies sont influencées jusqu'à un certain degré par les conditions de travail; inversement presque toutes les maladies professionnelles reconnues par la CNA sont influencées également par des facteurs extraprofessionnels. Il n'y a pas de limite précise. Ainsi, il est de notre devoir de veiller à ce que les intervenants dans le domaine de l'hygiène et de la sécurité au travail s'occupent de tous les aspects des conditions de travail et non seulement de ceux qui pourraient entraîner directement des maladies professionnelles.

● Après cette relativisation des conditions de travail, analysons leur évolution. Quelques-uns de leurs aspects ont évolué favorablement. Nous pouvons mentionner la réduction de la durée de travail, les conditions de sécurité (gaines de protection, diminution du bruit, automatisation de travaux dangereux, etc), les conditions d'hygiène (propreté, système de ventilation, etc) et le respect de certaines normes ergonomiques (critères anthropométriques, critère d'éclairage, etc). Mais ce tableau comporte aussi de points sombres. Ainsi, la sécurité de l'emploi a diminué avec une augmentation concomitante du stress, les cadences se sont accrues, la charge sensorielle, surtout visuelle en ce qui concerne les employés travaillant sur des écrans, est devenue bien plus lourde, l'automatisation a fait de progrès énormes allant souvent de pair avec un morcellement et une monotonie accrue, etc.

Il n'est pas exclu que cette évolution contradictoire des conditions de travail (caractérisée schématiquement par une diminution de l'effort physique et une augmentation de la monotonie et du travail de surveillance des machines) explique en partie le déplacement de la pathologie humaine de maladies physiques bien précises vers de maladies psychosomatiques et fonctionnelles souvent peu claires et répondant mal aux traitements habituels. Mais, malgré ce déplacement de la pathologie, l'état de santé de la population exprimé par les taux de mortalité s'est plutôt amélioré en Suisse.

● Avant de passer aux différents facteurs qui déterminent les conditions de travail et aux propositions pour les améliorer, il me semble utile d'apprécier l'évolution des conditions de travail en suivant celle des accidents de travail. Ceux-ci sont influencés de manière prépondérante par les conditions de travail et constituent un reflet fidèle de ces dernières. L'évolution du taux des accidents de travail rapporté à 10 millions d'heures de travail comparée avec celle de différents indicateurs économiques, permet les constatations suivantes:



- L'augmentation des accidents pendant les années vingt est certainement à mettre en relation avec la reprise économique qui a été caractérisée par une forte intensification du travail.
- De 1930 à 1936, parallèlement à la grande crise économique qui a débuté en 1929, nous assistons à une très forte et continuelle augmentation du chômage (20 000 chômeurs en 1930 et 120 000 en 1936) et à une diminution concomitante des accidents. De toute évidence, le patronat n'était pas en mesure de procéder à une restructuration efficace de l'appareil de production et son degré d'utilisation était probablement très bas.
- Dès que le chômage tend à être résorbé et tombe en quelques années au niveau des années vingt, le taux des accidents de travail reste stationnaire.
- Pendant les années de guerre de 1939 à 1945, nous assistons à une nouvelle montée spectaculaire des accidents. Cette fois-ci, nous ne pouvons incriminer le chômage qui reste plus ou moins stable entre 1941 et 1945. Cette évolution est probablement due au fait que beaucoup de travailleurs ont été mobilisés et que ceux qui sont restés

sur les lieux de travail ont été mis aux endroits les plus importants pour la production même s'ils ne possédaient pas une formation adéquate.

- Depuis la fin de la dernière guerre jusqu'en 1974 nous constatons une diminution presque continuelle des accidents de travail, qui s'explique par les innovations technologiques réalisées pendant cette période caractérisée par une expansion économique internationale et de longue durée permettant le dégagement d'importantes sommes pour les installations de sécurité, par l'intervention des inspections du travail et de la CNA ainsi que la diminution du temps de travail.
- La montée des accidents entre 1958 et 1962 coïncide avec l'engagement massif de salariés sans formation professionnelle et sans expérience industrielle, principalement de travailleurs immigrés. En effet, pendant cette période, l'accroissement du nombre des salariés a été chaque année de 6% contre à peine 2% pendant les années suivantes.
- De 1968 à 1970, nous notons une nouvelle progression du taux des accidents qui est cette fois-ci probablement à mettre en relation avec une hausse inhabituelle de la productivité horaire suite à une accélération des rythmes de travail (mini-récession en RFA).
- En 1975, nous assistons à une importante chute des accidents qui va de pair avec une augmentation massive du chômage jusqu'à 30 000 chômeurs et une chute notable de la productivité horaire.
- Enfin, depuis 1976, le taux des accidents de travail se met de nouveau à grimper. En effet, le patronat, contrairement à la crise des années 30, a pu commencer immédiatement une restructuration de l'appareil de production avec un accroissement certain des rythmes de travail.

En conclusions, nous pouvons dire:

1. Le début d'une crise économique caractérisée entre autre par une forte progression du chômage (1930 à 1936 et 1975) va généralement de pair avec une diminution des accidents de travail.
 2. L'introduction massive d'une force de travail nouvelle (deuxième guerre mondiale et 1958 à 1962) entraîne une augmentation des accidents de travail.
 3. L'expansion économique peut entraîner aussi bien une augmentation des accidents (années 20) qu'une diminution de ceux-ci (1945 à 1974). Pour expliquer ce phénomène contradictoire, nous nous référons à la théorie des cycles économiques longs. En effet, l'expansion économique entre les deux guerres se fit dans le cadre d'une très faible croissance économique et qui, en plus, fut interrompue à de nombreuses reprises par de petites récessions. L'expansion économique des années 50 et 60, par contre, se fit dans un climat totalement différent caractérisé par une haute conjoncture internationale avec un taux de croissance élevé.
- Quels sont maintenant les facteurs qui influencent les conditions de travail? Le niveau de développement des forces productives joue certainement un rôle prépondérant. Il est évident qu'on remplace plus facilement des procédés de production dangereux par des machines dans les

entreprises des pays riches que dans celles du tiers monde. Il va de même pour les installations de sécurité. Enfin, les entreprises sont obligées de tenir compte des normes générales d'hygiène et de sécurité qui évoluent parallèlement avec la richesse du pays.

Le développement de la recherche en ergonomie et en médecine du travail ainsi que de la technologie est un autre facteur d'influence. Il est une précondition pour toute amélioration des conditions de travail. Mais ce n'est que rarement un facteur limitant; la recherche est généralement une bonne dizaine d'années ou même plus en avance par rapport à ses réalisations pratiques dans les entreprises.

La législation peut avoir également un effet notable sur l'évolution des conditions de travail (ordonnances de la CNA).

Enfin, il faut mentionner la politique de l'entreprise qui dépend de sa philosophie propre mais aussi de la position et de la volonté des travailleurs dans l'entreprise et des syndicats.

5. Les possibilités d'amélioration des conditions de travail

Les conditions de travail se laissent le plus facilement améliorer lors d'un changement de l'appareil de production car les coûts sont alors au plus bas. Malheureusement, peu de directions d'entreprises le font soit par manque d'imagination, de connaissances, de conviction ou de temps, ce qui est souvent le cas des entreprises de petite taille. Il est certes indispensable de discuter avec l'employeur et d'essayer de le convaincre du peu de frais que ce genre de mesure occasionnent; en fin de compte cependant, le moyen le plus efficace d'impulser une réelle politique d'hygiène et de sécurité est la pression des travailleurs, et surtout des syndicats.

Mais ce n'est pas tous les jours qu'on assiste à un changement de machines. En conséquence, l'intervention pour l'amélioration des conditions de travail ne peut avoir lieu le plus souvent qu'au niveau de la correction ce qui va toujours de pair avec des dépenses supplémentaires importantes. Cette situation est de loin la plus fréquente; il est évident que rien ne se fera dans ce cas sans une présence syndicale dans l'entreprise.

De même, quand il s'agit de s'opposer à une parcellisation plus poussée du travail avec des actes répétitifs, à une intensification du travail, à l'introduction du travail en équipe, ce n'est pas la discussion technique entre un spécialiste des conditions de travail (par exemple le médecin du travail), et l'employeur mais la pression des salariés qui sera déterminante. En conséquence, l'organisation syndicale dans l'entreprise est la base de toute la politique en faveur de l'amélioration des conditions de travail.

Bibliographie

Registrar General's decennial supplement for England and Wales, 1970 – 1972, Occupational mortality. HMSO, London.

Annuaire statistique suisse

«Quelques éléments sur la mortalité des travailleurs dans les pays industrialisés» dans un document du Département de Médecine du Travail de l'Université de Lausanne du Dr Fred-Alain Lehmann

«Economic changes and heart disease mortality», American Journal of Public Health, vol 61, No 3, 606–611, 1971; Harvey Brenner

«Research needed on socioeconomic differentials on U. S. mortality»; Public Health Reports, vol 93, No 6, 666–672, 1978; Edward G. Stockwell

Le mouvement ouvrier Suisse – Documents; éditions Gronauer

La Suisse du 2 octobre 1982

Statistiques de mortalité de l'OMS.
