

LES ENTRETIENS MNH  
ISSY-LES-MOULINEAUX – 1<sup>er</sup> OCTOBRE 2008

# VIEILLIR AU TRAVAIL

Les premiers entretiens

de la MNH – *Viellir au travail* –,



animés par Franck Subiela,  
se sont tenus à l'occasion  
de la 48<sup>e</sup> assemblée générale  
de la MNH,  
le 1<sup>er</sup> octobre 2008  
à Issy-les-Moulineaux.

# PREMIERS ENTRETIENS DE LA MNH **VIEILLIR AU TRAVAIL**

## Sommaire

▶ Introduction de Dominique Bénêteau, vice-président de la MNH	<b>2</b>
▶ 1 <sup>re</sup> table ronde	
Bernard Ennuyer, sociologue, spécialiste des questions de la dépendance	<b>4</b>
Cédric Lefebvre, directeur commercial, responsable du dossier "seniors" chez Cisco	<b>7</b>
Hubert Valade, directeur départemental de l'action sanitaire et sociale de la Seine-Saint-Denis	<b>10</b>
Thierry Rousseau, chargé de mission à l'Anact	<b>14</b>
▶ Débats, les intervenants questionnés par la salle	<b>18</b>
▶ L'état des lieux en schémas	<b>22</b>
▶ 2 <sup>e</sup> table ronde	
Pascal Gaillard, directeur de soins aux CH de Pithiviers et de Beaune-la-Rolande	<b>26</b>
Michel-Louis-Joseph Dogué, directeur de la formation et des instituts de formation au CH de Poissy-Saint-Germain	<b>30</b>
Marc Wasilewski, directeur de la clinique Les Émailleurs à Limoges et président départemental de la médecine du travail	<b>32</b>
William Sraiki et Marie-Christine Combes, masseurs-kinésithérapeutes aux CH Albert-Chenevier et Henri-Mondor	<b>36</b>
Débats, les intervenants questionnés par la salle	<b>42</b>
▶ La conclusion de Gérard Vuidepot, président de la MNH	<b>44</b>

## « Faire de ces entretiens un événement utile »

Le président de la MNH m'a demandé d'ouvrir ces premiers entretiens de la MNH. Deux questions se posent à leur sujet : des entretiens pour quoi faire ? et pourquoi avoir choisi le thème de *vieillir au travail* ? Nous avions l'habitude d'enrichir les travaux de nos assemblées générales en consacrant une séance à des échanges sur des thèmes généraux, proches des préoccupations mutualistes. Le rythme de la société a semblé propice pour transformer cet événement interne en un rendez-vous régulier, ouvert sur l'extérieur, pour s'emparer de sujets sur lesquels notre expérience légitime une contribution à la réflexion collective. Depuis près de cinquante années, la vocation de notre mutuelle est d'être à l'écoute des besoins des professionnels du social et du médico-social. Les remontées d'informations des établissements de tailles très diverses nous donnent une capacité d'approche originale sur des problèmes qui sont parmi les défis de notre temps : la santé dans toutes ses dimensions, le vieillissement, la protection sociale, l'exclusion, le handicap. Notre conception de l'idée mutualiste, influencée par les populations dans lesquelles nous ancrons nos actions, nous pousse à dépasser la seule approche financière de la couverture complémentaire de nos bénéficiaires, afin d'investir des champs connexes tels que la prévention, l'accompagnement social, le soutien au handicap, la lutte contre les fléaux et les pathologies lourdes. La MNH veut rester ouverte sur le monde. La pratique d'échange et de confrontation qui structure notre vie démocratique interne nous a habitués à l'esprit d'ouverture, au besoin d'échanger

avec d'autres acteurs ou milieux professionnels et économiques. Et ce, sans interdire, sur des sujets où la réflexion n'est pas forcément active dans nos environnements professionnels.

Nous pensons de cette manière contribuer à faire avancer des solutions ou des orientations pour mieux accompagner ceux qui nous font confiance ; et faire que la MNH reste un acteur de premier plan dans le domaine de l'assurance complémentaire, dans le secteur de la santé et du social, et qui soit reconnue par tous.

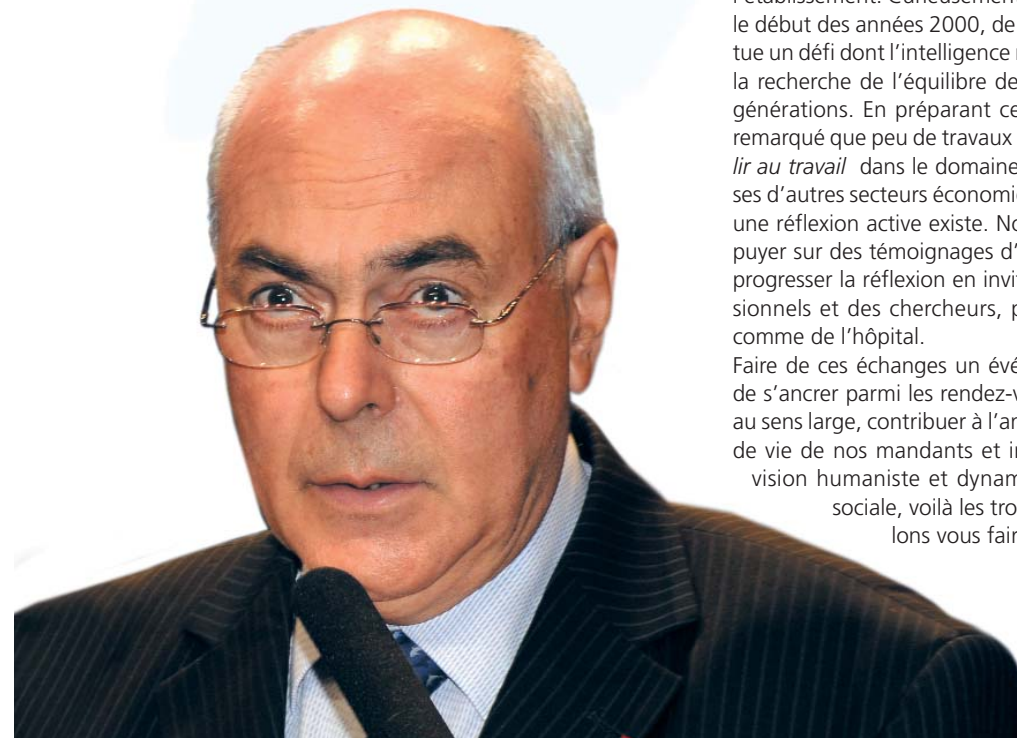
Le choix du thème *vieillir au travail* se veut une illustration vivante de nos intentions. Sans vouloir prétendre à l'exhaustivité, je me suis inspiré du bilan social de l'établissement que j'anime et qui rend compte de l'actualité de ce sujet. Le Centre hospitalier général de l'Ouest emploie environ 2 500 salariés pour 2 000 postes budgétaires. On constate une augmentation relative de la proportion de personnels de plus de 50 ans : 7 % avaient 56 ans et plus soit 120 infirmiers et plus de 130 aides-soignants. On assiste à un allongement croissant de la durée de vie professionnelle. Pour mon établissement, les effectifs qui ont plus de 30 ans d'ancienneté représentent près de 10 % du total, tandis qu'en 2006, le chiffre se montait à 7 % et à moins de 5 % auparavant. Les causes de ces évolutions sont connues : les besoins économiques des ménages, le recul légal de l'âge de départ à la retraite, l'amélioration de l'état de santé général en fonction de l'âge, qui s'inscrivent dans une modification sociale du rapport au travail.

Nous mesurons dans nos établissements de plus en plus l'impact de cet allongement à la fois au plan individuel

et collectif. Pour l'individu au travail, le vieillissement est la cause de la réduction de certaines capacités techniques et physiques, compensée en partie par la qualité de l'expérience professionnelle acquise, et c'est aussi une cause d'augmentation des pathologies liées au travail. L'accroissement de la charge de travail, la transformation des modalités de la prise en charge de la personne soignée, les contraintes réglementaires et sécuritaires imposées aux personnels sont des facteurs aggravant les conséquences naturelles du vieillissement de l'individu au travail. Tous ces faits ne peuvent laisser indifférente

une mutuelle de santé. Ces constatations pèsent sur nos dépenses. Elles doivent nourrir nos évolutions aussi bien dans le domaine de la couverture prestataire que dans celui de la prévention et de l'accompagnement de la personne, qui reste notre cœur de métier. Le vieillissement de la population salariée dans les établissements sanitaires et sociaux constitue également un problème collectif. Les institutions doivent adapter leur projet social pour réagir aux conséquences, sans pour autant – et j'insiste sur ce point – perdre la ressource que constitue l'apport de salariés expérimentés à la marche de l'établissement. Curieusement, l'arrivée massive, depuis le début des années 2000, de personnels jeunes constitue un défi dont l'intelligence réside probablement dans la recherche de l'équilibre des apports des différentes générations. En préparant ces entretiens, nous avons remarqué que peu de travaux s'étaient intéressés à *vieillir au travail* dans le domaine hospitalier. Des entreprises d'autres secteurs économiques s'en préoccupent, et une réflexion active existe. Notre ambition est de s'appuyer sur des témoignages d'autres acteurs, pour faire progresser la réflexion en invitant au débat des professionnels et des chercheurs, provenant de l'entreprise comme de l'hôpital.

Faire de ces échanges un événement utile permettant de s'ancrer parmi les rendez-vous de la vie hospitalière au sens large, contribuer à l'amélioration des conditions de vie de nos mandants et inscrire la MNH dans une vision humaniste et dynamique de notre évolution sociale, voilà les trois objectifs que nous voulons vous faire partager.



# 1<sup>re</sup> table ronde



Les participants de la première table ronde.  
De gauche à droite : Thierry Rousseau, Bernard Ennuyer, Franck Subiela – animateur de la table ronde –, Hubert Valade et Cédric Lefebvre.

( Point de vue

## Bernard Ennuyer

### Sociologue, spécialiste des questions de la dépendance

Directeur de l'association "Les Amis" qui s'occupe d'accompagner les personnes âgées à domicile et qui emploie 250 salariés.

“ **P**our l'entreprise, le grand âge commence de très bonne heure. En France, quand vous avez plus de 50 ans, vous êtes âgé. La notion de grand âge est très relative, surtout en France, où la phobie du vieillissement est plus grande que dans les autres pays européens. Il faudra y remédier rapidement si l'on veut permettre aux gens de vieillir correctement. J'ai coutume de dire que j'emploie plutôt 400 salariés que 250, avec essentiellement ce qu'on appelle des aides à domicile. Je fais attention aux mots : j'entends trop souvent l'aide ménagère être assimilée, voire confondue à une femme de ménage. Et le Plan Borloo n'est pas là pour arranger les choses. Il y a une déqualification profonde, et des salariés, et de ces métiers, et des conditions de vie. Avec 1 300 clients dans l'arrondissement, je me préoccupe aussi bien des gens de 95 ans que des gens de 40 ans qui ont des difficultés de vie quotidienne. Je me soucie au moins tout autant de mes salariés. Ce n'est sûrement pas un



hasard s'il s'agit majoritairement de femmes. Un ami démographe décrit la situation sous forme de boutade : les vieux sont des "vieilles", parce qu'après 85 ans, il y a quatre femmes pour un homme. Les "aidants" professionnels sont donc des "aidantes". Et les accompagnants familiaux – terme impropre que je n'aime pas – sont des femmes : les filles, les belles-filles et les petites-filles. Cet état de fait est très important. La question de genre n'a pas été mise en évidence. Peut-être que s'il s'agissait de "mecs", on s'en occuperait davantage ! À propos du vieillissement des salariés : j'emploie des aides à domicile qui font ce travail-là depuis trente ans. Elles cumulent des difficultés personnelles. Les aides à domicile ont deux employeurs, je dirais qu'elles en ont même trois. Le premier employeur, ce sont les financeurs qui n'honorent pas leurs accords. Par le jeu des conventions tripartites, l'État est quelque part employeur. Si l'État ne donne pas le feu vert, on ne peut pas augmenter les salariés. Le deuxième employeur est, en l'occurrence, par délégation, le directeur du service.

Et le troisième est constitué par des "employeurs individuels" qui, sans avoir le statut juridique d'employeurs, sont les gens chez qui elles vont travailler tous les jours. Vous voyez un peu la situation de ces femmes : elles sont sous trois types de hiérarchies différentes, avec des conditions de vie extrêmement difficiles. On leur demande une très grande autonomie individuelle afin de se débrouiller avec

des gens qui ne vont pas bien du tout. Et on leur demande en même temps de faire partie d'un collectif. Trois réclamations reviennent : la charge physique, le port des charges et la "cavalcade". On discute beaucoup avec la médecine du travail, à Paris notamment, pour savoir si les gens ont le temps ou pas de s'arrêter pour manger.

Autre problème évoqué : la charge psychique de côtoyer en permanence des gens qui ne vont pas bien, et les difficultés qui en découlent.

Et j'insiste sur un regard collectif à porter. J'ai été très intéressé que l'OMS adopte une classification internationale qui, à côté des troubles et des déficiences, accorde beaucoup plus d'importance aux facteurs de contexte et d'environnement. Les aides à domicile sont des femmes laissées pour compte par leur représentation sociale. Si je vous disais tout le mépris que j'entends dans la bouche des énarques... Je veux bien les prendre en stage pendant quinze jours, peut-être que cela changerait ! Notez bien cette triple charge. Permettre à des personnes de continuer à travailler parce qu'elles le souhaitent alors qu'elles ne remplissent plus les conditions physiques est une réelle difficulté. Je suis amené très souvent à licencier pour inaptitude. Je n'ai pas de possibilité – alors que je le souhaiterais – d'avoir du parrainage, du tutorat. J'aurais vraiment besoin du métier des anciennes pour mettre au travail de jeunes diplômées. Je ne dispose pas de financements pour les entretiens avec ces femmes qui ont besoin de venir dire toute la difficulté de leur travail. Ce travail essentiel est considéré par l'en-

*“Trois réclamations reviennent : la charge physique, le port des charges et la “cavalcade”. On discute beaucoup avec la médecine du travail pour savoir si les gens ont le temps de s'arrêter pour manger.”*

semble de la société comme un travail de boniche. Ce n'est pas acceptable. Je voudrais que cela change. Habermas, sociologue allemand de l'École de Francfort, fut une grande référence pour moi.

Désormais, je me tourne vers Alex Honneth qui a écrit un livre que je vous conseille et qui s'appelle *La société du mépris*. Quand je vois leur travail quotidien, on est dans la société du mépris. On a besoin de tous ces personnels et de toutes ces professions. L'aide à domicile n'est même pas considérée comme un véritable métier à cause justement de la déqualification due au Plan Borloo. Je souhaite que tous ces professionnels qui permettent à toute la société de continuer à vivre, soient encouragés dans leur vieillissement et qu'ils soient accompagnés. Qu'on leur permette, s'ils le souhaitent, de rester dans la carrière en leur trouvant des aménagements, ce qui n'est pas le cas à l'heure actuelle.

Enfin, un mot sur le cinquième risque. Il faut se battre pour obtenir ce fameux cinquième risque de Sécurité sociale. C'est-à-dire une mutualisation de l'ensemble des risques encourus par les plus fragiles d'entre nous.

”

## Cédric Lefebvre

Directeur commercial, responsable du dossier “seniors” chez Cisco



“J” arrive au grand âge : l'année prochaine, j'aurai 50 ans ! Je suis donc “cramé” dans les industries des nouvelles technologies.

Qu'est-ce que Cisco ? Cette entreprise de 60 000 personnes a construit l'Internet que vous ne voyez pas, caché derrière les murs, qui permet d'avoir une freebox ou une livebox, pour obtenir Internet, la télévision et le téléphone grâce au même fil. Nous travaillons à diminuer la consommation de carbone en réduisant les déplacements afin d'offrir la possibilité aux hommes d'affaires de ne plus prendre l'avion pour participer à une réunion à l'autre bout du monde. Mais aussi permettre à des salariés du secteur public ou privé de travailler chez eux et de ne plus passer 2 heures de transport dans leur voiture dans les mégapoles.

Les télécommunications sont une industrie vieille de 25 ans à 30 ans dans le sens de ce que je viens de préciser. Cisco sonne américain. Ce nom provient d'une ville qui est sans doute, avec New York, la moins américaine : c'est San Francisco. San Francisco / Cisco :

le lien est facile à comprendre. Mais San Francisco, par sa diversité, était certainement une des villes américaines les plus à même de traiter cette

question de la diversité. Qu'est-ce que c'est la diversité pour Cisco ? Ce sont les femmes, les handicaps, les minorités, les communautés et puis ce que nous appelons en français les seniors.

Dans cette approche, il est logique que nous nous trouvions confrontés au problème de la pyramide des âges dans l'entreprise. Et de se poser la question suivante : « *Qu'est-ce que vieillir chez Cisco ?* »

La situation est différente en Amérique du Nord : on est habitué (j'utilise une expression qui est la traduction de l'anglais) à travailler avec des "têtes blanches" constamment. En France, dans le secteur privé, je dois reconnaître que chez nous, seulement 4 % de la population a plus de 50 ans. C'est assez logique puisque les sociétés de l'Internet ont pris leur essor à la fin des années 80. Aujourd'hui, nous sommes à 4 %, et dans quatre ans, on sera à 20 %. Nous sommes confrontés à une croissance importante de la population senior.

Deuxième chose, cette population pèse lourd en termes de diplômes avec des études poursuivies quatre ans après le bac, voire cinq ans ou six ans. Aujourd'hui, s'ils veulent cotiser leurs 42 annuités, ils vont terminer leur carrière à 66 ans. C'est nouveau. Nous devons ensuite affronter les préjugés. Quels sont-ils ? On dit : « *le senior n'est pas capable de s'adapter aux nouvelles technologies* ». Vous utilisez tous des ordinateurs et Internet. Dès aujourd'hui, nous allons plus loin : nos emails et notre agenda sont consultables sur notre téléphone portable et c'est tout naturel.

Deuxième préjugé : « *les seniors sont trop chers et peu motivés* ». Trop chers : c'est vrai. L'écart entre le salaire d'un jeune et celui d'un senior est de l'ordre de 80 % en France contre 40 à 60 % en Allemagne.

Ce préjugé repose donc sur une certaine réalité.

Troisième préjugé entendu : « *peu malléable* ». C'est plutôt le directeur d'entreprise ou le patron RH qui s'exprime là.

Le dernier concerne l'état de santé : « *il va certainement tomber malade bientôt* » ! Cela n'empêche pas Cisco de recruter des seniors. Mon manager a 53 ans et présente un profil atypique : sa formation initiale était celle de médecin urgentiste. On essaie de bouger, de repousser les lignes, mais il demeure la perle rare. Qu'est-ce que vieillir chez Cisco ? Les constats sont traduits en actions et en idées à véhiculer.

La première, c'est la motivation. La deuxième, c'est la reconnaissance – différenciée – car elle est forcément dissemblable de celle d'un cadre de 35-40 ans. La troisième, c'est la formation. La majorité des formations s'adressent aux moins de 45 ans. Quelle est la formation que l'on doit donner aux plus de 45 ans pour cette deuxième partie de carrière ?

Ensuite, la collaboration et la transmission. Que signifie la transmission pour un senior ? Sous quelle forme doit-il le faire ? Comment peut-on la valoriser et conserver cette population au sein de l'entreprise ? Nos actions font partie d'une stratégie mondiale. Elles partent depuis la direction générale de l'entreprise et se déclinent jusqu'au niveau local. S'il existe une responsabilité au niveau des ressources humaines, elle existe aussi au niveau des cadres de l'entreprise. Je porte la responsabilité du "programme seniors" en France à ce titre. Il faut prendre conscience de cette nécessité au niveau collectif pour engager un mouvement culturel.

Après l'organisation mondiale de cette stratégie, c'est l'affichage de la détermination à la mener à bien qui prime. Nos sites Internet en sont la vitrine. Quand

quelqu'un pose une question, ou un jeune qui arrive dans l'entreprise (ou un nouveau dans l'entreprise, un moins jeune) s'interroge, la réponse est : « *c'est sur le Web* ». Cette stratégie de diversification pour les seniors est publiée sur nos écrans de communication habituels. D'autre part, elle doit s'appuyer aussi sur une communication volontariste pour donner la parole aux actions menées pour les diffuser. Enfin, il s'agit de créer de l'événementiel autour de ces

actions. Pour conclure, quelques réflexions. L'entretien de seconde partie de carrière n'existe pas. À 45 ans ou à 50 ans, peut-on avoir un entretien ? Aujourd'hui, il me reste une vingtaine d'années ou presque à travailler. Quelles sont mes perspectives ? J'aimerais en discuter avec quelqu'un. Renforcer la formation au-delà de 45 ans, par exemple, à la suite d'un bilan de compétences... Concernant l'action en matière de prévention de santé, il faut s'appuyer sur les professionnels de la médecine, et la médecine du travail en particulier, pour déterminer quels sont les plans à mettre en œuvre avec les salariés dans ce domaine. Que signi-

*“L'entretien de seconde partie de carrière n'existe pas. À 45 ou 50 ans peut-on avoir un entretien ? Aujourd'hui, il me reste une vingtaine d'années ou presque à travailler. Quelles sont mes perspectives ? J'aimerais en discuter avec quelqu'un.”*

tes de support téléphonique... On a atteint un seuil, en termes de productivité, difficile à dépasser, sans parler de la délocalisation. La collaboration est une des façons d'augmenter la productivité, au sens de la valeur ajoutée. L'apport des seniors devient capital pour la décliner. Une autre piste : le ralentissement du rythme de travail.

Des groupes comme Arcelor Mittal, Total ou Thalès ont des programmes pour les seniors qui allègent leur rythme de travail pour qu'ils poursuivent leur carrière le plus longtemps possible.

”

## Hubert Valade

Directeur  
départemental  
de l'action sanitaire  
et sociale de la  
Seine-Saint-Denis

“**J**e suis un familier du monde hospitalier en raison de ma fonction : nous partageons une fonction publique un peu différente, mais qui fonctionne avec les mêmes règles. Je me sens un peu collègue, au-delà de la connaissance que j'ai des questions qui se posent au sujet du vieillissement des salariés au travail. C'est aussi la deuxième fois que je rencontre les hospitaliers cette semaine. La première fois, c'était



*“Sous l'angle sociétal, il y a débat. Je veux insister en tant que responsable de santé publique sur un scandale initial : à 35 ans, un ouvrier spécialisé a environ sept ans d'espérance de vie de moins qu'un cadre. La femme de l'ouvrier, quant à elle, n'a qu'un an à deux ans de moins d'espérance de vie que la femme de cadre.”*

lors de la réunion du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière dont je suis membre, au titre de l'administration. Et je n'ai pas forcément voté dans le même sens que vos représentants pour la loi "Établissement, santé, population et territoires". Je constate en tant que DDASS un double phénomène de vieillissement : au quotidien, sur les questions de conditions de travail et de démographie, et aussi une prise de conscience : des salariés seniors vont devoir s'occuper de patients qui seront des personnes de plus de 65 ans pour les deux tiers. Comme spécialiste de la dépendance des personnes âgées et de l'organisation de leur accueil, je vois dans ce sujet social et sociétal des personnes âgées tout l'aspect "maintien" de l'insertion ainsi que la question de solidarité intergénéra-

tionnelle. Cette dernière n'est pas sans incidence d'ailleurs sur le taux de cotisation que nous laisserons à nos successeurs. Dans ma carrière, avec un passage dans cinq ou six ministères et une quinzaine d'emplois, et avec une expérience hors du secteur social et santé, j'ai rencontré cette question d'âge et travail. J'étais au ministère du Travail à l'époque de la mise en place du système des préretraites. La convention sidérurgique des années 80 avait fait le choix de faire partir les salariés à 40 ans avec 2 500 francs par mois. C'était l'un des choix sociétaux jusqu'à présent, avant que la question de l'allongement de la durée des cotisations ne se pose. On retardait l'entrée du marché du travail des jeunes, on accroissait la sortie du travail des 50-55 ans chez les seniors et l'on développait aussi le travail partiel chez les femmes afin de constituer un noyau central 30-50 ans qui puisse continuer à maintenir l'équilibre sociétal. Je me pose la question de l'allongement de la durée du travail sous l'angle économique et sous l'angle sociétal. Sous l'angle économique, nous sommes

dans une situation d'enfermement qui revient à dire : je ne bouge pas l'assiette des cotisations, je veux limiter le montant des cotisations. Pour garder l'assiette salariale quasiment unique, pour ne pas avoir des cotisations trop fortes au regard de la compétitivité internationale et pour ne pas reporter les déficits ultérieurs sur les générations qui suivent, deux solutions sont envisageables.

Les niveaux de remplacement sont fortement diminués. C'est le décrochage du niveau d'évolution des

tre de plus qui sera consacré à l'allongement des cotisations jusqu'en 2012, soit une année de plus.

Sous l'angle sociétal, il y a débat. Je veux insister en tant que responsable de santé publique sur un scandale initial : un ouvrier spécialisé a environ sept ans d'espérance de vie de moins à 35 ans qu'un cadre. La femme de l'ouvrier, quant à elle, n'a qu'un an à deux ans de moins d'espérance de vie que la femme de cadre. Les conditions de travail sont déterminantes dans cette perte de chance. Il vaudrait mieux s'in-

*“Il existe un phénomène de solidarité générationnelle sur les plus de 60 ans. Le premier est en direction de leurs enfants : l'entrée sur le marché du travail est tellement retardée qu'ils les aident massivement. Le second concerne la prise en charge des vieux parents de 85 ou de 90 ans, financièrement lourde à assumer.”*

pensions par rapport au niveau des salaires avec la question des 25 meilleures annuités et la question de l'indexation des retraites sur la seule inflation, et non plus sur l'évolution du niveau de vie et du salaire horaire. Il s'agit du principe entériné par la réforme des retraites de 2003-2004. On évite aussi de poser la question de l'immigration au regard de la stagnation de la population active.

Dans ce contexte, la seule variable d'ajustement reste la durée des cotisations. On vient de parler de 42 ans. Il anticipe à peine. À partir de 2009, c'est un trimes-

terroger – pour cette catégorie de population – sur l'amélioration des conditions de travail et l'allongement de l'espérance de vie plutôt que de les retirer plus tôt du marché du travail. Il faut sans doute des transitions. Je pense que réduire le scandale de cette inégalité devant la mort me paraît aussi intéressant. La véritable question reste l'allongement de la durée de la vie de quatre mois par an, dont les démographes et les médecins ne prévoient pas l'arrêt... 120 ans serait la limite. On nous dit que la jeune fille, le bébé qui est né en 2000, a une chance sur deux

d'atteindre 100 ans. Que va-t-on faire de tout ce temps ? Va-t-on faire des études de trente ans, avoir quarante ans de retraite, et que restera-t-il pour le travail ? Les médecins affirment que ces années d'espérance de vie gagnées le sont également en qualité de vie.

La dépendance qui représente la dernière année de vie en général, elle, ne changera pas. Cette période “consomme” d'ailleurs plus de la moitié de l'ensemble de la dépense médicale d'une vie entière. Le cinquième risque se situe peut-être là.

Il n'y a pas de différence d'état physique, sanitaire, social ou mental entre 50 et 60 ans. Par conséquent, les envies, les désirs, le mode d'insertion, le mode de consommation, ne changent pas. Alors les seniors se posent la question de comment vivre le même rythme de vie et de “consommation” avec 50 % de salaire en moins.

D'autant qu'il existe un phénomène de solidarité générationnelle inédit avec deux transferts massifs pesant sur les plus de 60 ans. Le premier est en direction de leurs enfants : l'entrée sur le marché du travail est tellement retardée qu'ils les aident massivement. Le second concerne la prise en charge des vieux parents de 85 ou de 90 ans, lourde à assumer financièrement, avant l'apparition du cinquième risque.

On est en droit de se demander quel est le bon âge sur le plan sociétal.

Enfin, tout montre que la qualité de vie, le retardement du vieillissement (Alzheimer ou pas Alzheimer) est directement corrélé par le niveau d'insertion sociale, d'activité, non seulement sportive, mais sociale et culturelle. Dans notre société actuelle, on ne voit pas très bien d'ailleurs par quoi remplacer la

qualité de l'insertion professionnelle. Pour provoquer un peu, je remarque que les conseillers d'État, universitaires, évêques ou présidents de la République, sont plutôt septuagénaires. Depuis 1958, au moins une fois sur deux, un président sur deux était septuagénnaire, soit trois sur six. Celui qui est mort au travail n'était pas celui qui était le plus âgé...

Mes prédécesseurs ont posé les problèmes, encore que je ne sache pas très bien si l'on peut exonérer une infirmière de 60 ans de garde le dimanche ou la nuit. Quelques préalables pourraient être posés.

À quoi sert-il d'allonger les durées de cotisations quand la moitié d'une génération à 55, 60 ans ou 65 ans est déjà retirée du marché du travail par les préretraites ?

Apparaît aussi un nouveau phénomène. Depuis la quasi-disparition des préretraites, le nombre de personnes 55-60 ans en arrêt maladie, en congé maladie et en invalidité, a augmenté de 50 %. Il existe une contradiction entre les cotisations qui augmentent du côté des entreprises et ne pas s'occuper des conditions d'emploi et d'embauche de ces seniors simultanément.

Et un dernier élément pour faire réfléchir : l'Inserm est en train de réfléchir à la modification des catégories d'âges “49-65” et “65 et plus” en imposant celle des “49-75” comme nouvelle bonne catégorie avec pour argument que l'âge où se pose la question des pathologies multiples est 75 ans : gardons cette dimension à l'esprit.

Elle mérite sans doute une réflexion. Le phénomène assez massif demeure quand même l'allongement de l'espérance de vie.

”

## Thierry Rousseau Chargé de mission à l'Anact <sup>(1)</sup>

“ **L**a variable qui permettra de faire vieillir les gens correctement au travail réside bien sûr dans l'organisation du travail, dans les conditions de travail au sens général du terme. Nous intervenons sur l'âge de façon explicite depuis quatre ans, date de la dernière signature de notre contrat de progrès avec l'État et les partenaires sociaux. Nous devons intervenir en entreprise : c'est une partie de notre métier et de notre fonction que d'aller au contact des entreprises afin de les conseiller. Nos analyses et nos diagnostics sont issus de savoirs provenant des sciences humaines, de la sociologie, de l'ergonomie ou des sciences de la ges-

(1) Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail.



tion. Nous essayons de comprendre ce qui se passe en termes de situation de travail pour améliorer ensuite un certain nombre de paramètres. L'Anact compte 300 salariés avec un réseau qui couvre l'ensemble du territoire pour des interventions gratuites et rémunérées. Autre spécificité, c'est un établissement public paritaire avec un conseil d'administration. Nous intervenons en essayant de mobiliser les acteurs, en essayant de favoriser les pratiques de changement concerté. L'âge est au cœur de nos préoccupations depuis donc quatre ans. Auparavant, on bénéficiait de l'expérience d'un certain nombre de chercheurs. Les travaux de Serge Volkoff au Creapt (Centre de recherches et d'études sur l'âge et les populations au travail) ont inspiré une expression tout à fait juste : « *la démographie du travail* ». Elle consiste à essayer de déterminer en quoi le travail laisse des traces sur les personnes, sur les populations. Est-ce que le travail agit comme une espèce d'opérateur de sélection, de sélectivité pour certaines populations ? Comment des personnes peuvent-elles être exclues du travail assez rapidement parce qu'elles n'arrivent pas à suivre le rythme, parce que des problèmes de santé ou de reconnaissance apparaissent ? Il y a un déficit dans l'entreprise d'indicateurs pour suivre les questions d'âge. Le plus souvent, nous avons affaire à des moyennes. Si elles sont nombreuses, elles ne donnent pas accès à la structure des populations, à la répartition des classes d'âges et à la dynamique d'évolution des populations. Quatre ans après le plan Fillon, après la diffusion d'un certain nombre d'informations, des entreprises nous demandent presque : « *aidez-nous à rajeunir notre population* ». Si on regarde de près l'état

**Un exemple d'intervention de l'Anact en entreprise**

Le premier exemple vient d'une intervention en Alsace sur une plate-forme logistique des grandes surfaces alimentaires dans lesquelles on prépare les commandes. Il existe même un métier spécifique qui est celui de préparateur de commandes. L'intervenant de l'Anact a traité l'âge des effectifs, a effectué des recoupements en fonction de ce métier-là. Il s'est aperçu qu'on était vieux dans ce métier très vite, dès l'âge de 30 ans. À ce moment-là, des problèmes de santé, parfois importants, apparaissent et qui font que le préparateur n'arrive plus à suivre le rythme. Les personnes sont obligées de se reconverter dans un autre métier – devenir caristes par exemple – ou bien sortir de l'entreprise.

Cet exemple m'interpelle. Il y a vingt ans de cela, j'ai été préparateur de commandes. Que s'est-il passé pour que ce métier devienne si difficile ? La technologie n'a rien à voir, les machines sont quasi-identiques. Il s'agit toujours d'aller dans des allées, de prendre des boîtes, des petits pois, des caisses de vin, de la nourriture pour chien... et lever, manipuler un certain nombre de colis par jour. La différence réside dans l'organisation du travail qui a complètement changé. Plus précisément, les exigences attachées au travail ont évolué. Dans mon temps, il y avait des compromis. On gérait un certain nombre de morceaux, avec une quantité définie et limitée. Il existait un arrangement entre les organisations syndicales, les salariés et la direction. Quand il était atteint, on s'estimait quitte en termes d'exigence de travail ; ensuite, on pouvait "se tourner les pouces". On se doute que ce n'était pas l'idéal pour l'efficacité managériale mais les formes d'usure trop prononcées étaient évitées. Désormais, ce terrain d'entente a sauté. Une partie de la rémunération est devenue variable. Si un préparateur souhaite un salaire correct et gagner suffisamment, il doit accepter de faire beaucoup. Et c'est ce "beaucoup" qui l'use prématurément. Cet exemple extrême démontre que la sélectivité opère très vite : on peut être "vieux" à 30 ans. La question ne se pose pas que pour les cinquantenaires.

démographique, on voit bien que cela ne va pas se faire tout de suite. Le vieillissement, au fond, est là pour longtemps, pour 10 ans ou 15 ans, voire plus... Chaque année qui passe voit la population vieillir et les quadragénaires d'aujourd'hui auront cinquante ans dans dix ans. Le vieillissement est là, il est présent : autant faire avec et trouver des solutions.

Un principe plus systémique de nos interventions consiste à dire que l'âge n'est pas qu'une question de seniors. C'est la question de tous les âges. Il faut pouvoir gérer tous les âges, y compris pour régler cette question des seniors ou du maintien dans l'emploi des "vieillissants".

On peut imaginer, par exemple, des processus de coopération entre les générations plus étoffés afin de reporter la charge de travail quand elle est plus difficile, et favoriser une espèce de division du travail plus favorable à la diversité des âges.

Autre facteur essentiel : l'historicité. Pourquoi les per-

l'emploi et les compétences. Traiter de la question des âges, c'est un tout. Les problèmes de santé s'articulent souvent à des questions de reconnaissance. On a évoqué le sociologue Alex Honneth à ce propos. C'est juste : la question de la reconnaissance est désormais fondamentale et elle n'est pas ou peu prise en compte dans l'entreprise.

Il se joue quelque chose dont on n'a pas toujours conscience. Aujourd'hui, que se passe-t-il avec le travail ? Je pense qu'il y a une contradiction. À la suite de psycho-dynamiciens ou d'Yves Clos, psychologue du travail, je crois que nous sommes face à une montée d'exigence productive, attachée au poste et au travail : il faut faire plus. Les deux cas évoqués sont typiques. Il y a davantage d'exigence cognitive. Il faut rendre des comptes sur les objectifs. En même temps, il y a toute une série d'empêchements, de limites à l'action, de gestes un peu amputés ou limités. Dans certaines industries, le geste est de plus en plus

site bien évidemment un diagnostic spécifique. J'en-trevois deux axes principaux.

Le premier porte sur l'organisation des trajectoires. On rencontre des personnes sur le même type de poste pendant 20 ou 30 ans et l'on peut se douter que la flexibilité cognitive ou la capacité à apprendre n'est pas spécialement favorisée... Les psycho-cogniticiens pourraient mieux le raconter que moi. Quelle forme d'injustice que de demander à ces personnes approchant la cinquantaine de changer en raison de restructurations économiques ou d'apparition de nouvelles technologies. Une carrière doit être bâtie sur un *continuum*. L'expression « *second entretien* » ou entretien de seconde partie de carrière manifeste, d'une certaine manière, un échec. L'entretien annuel ne doit pas intervenir à 45 ans mais dès l'âge de 25 ou 30 ans afin de prévenir et éviter les ruptures justement dans la cinquantaine. À propos de l'environnement de travail, les actions d'amélioration des conditions de travail demeurent un fait d'actualité, surtout dans les cas extrêmes comme celui des préparateurs de commandes où il y a usure physique. L'environnement de travail ne s'envisage seulement pas au sens ergonomique ou physique du terme.

Il s'agit de prendre en compte aussi ce qu'on exige des personnes, le type d'objectif qu'on leur demande d'atteindre. Cette double dimension doit être considérée pour le maintien pérenne dans l'emploi des salariés.



Livre *Pouvoir vieillir en travaillant* de Marion Gilles et Florence Loisel, collection "Agir sur"

## *“Comment des personnes peuvent-elles être exclues du travail assez rapidement parce qu’elles n’arrivent pas à suivre le rythme, parce que des problèmes de santé ou de reconnaissance apparaissent ?”*

sonnes ont-elles des problèmes de santé ? Pourquoi ont-elles des difficultés professionnelles à un moment donné ? Il s'agit du reflet de leur histoire et de prendre en compte celle-ci si l'on veut aider cette personne.

Par ailleurs, on ne peut pas découper les problèmes avec d'un côté, les questions de santé et de l'autre,

enserré, rapide et tout cela casse l'action, casse l'ampleur du geste et bride le pouvoir d'expression des personnes. Cette situation est caractéristique d'un malaise et l'âge sert parfois de révélateur. Les cinquantenaires en sont les victimes parce qu'ils ont des difficultés à poursuivre leur trajectoire.

Quelles solutions proposer ? Chaque situation néces-

Autre cas, plus complexe, pris dans une entreprise de conditionnement alimentaire, avec un travail sur machine. Un groupe de femmes qualifiées de "vieillissantes" souffre de troubles musculo-squelettiques, avec problèmes de tendinite, de canal carpien : ce qui constitue des questions de santé quand même très identifiables et classiques rencontrées dans l'industrie alimentaire. L'entreprise nous interroge : que se passe-t-il ? Les maux dont se plaignent les salariées ont-ils une réalité objective ? Sur le terrain, nous quantifions la question par la démographie et par les données médicales pour évaluer les faits. Nous constatons qu'il y a des problèmes de santé tout à fait tangibles. Cependant, l'hypothèse centrale que nous avons construite derrière, sans doute plus importante, s'appuie sur la reconnaissance du travail.

Ce groupe d'ouvrières est là depuis 20 ou 30 ans, parfois sur le même type de poste. Avec une curiosité : il existe une partition. On embauche des femmes et des hommes, et ces derniers ne restent pas dans ce type d'emploi. On les voit "se promener" dans l'usine. Ils sont mobiles, deviennent chefs d'équipe ou on leur offre des postes à la maintenance. Les femmes, quant à elles, tiennent le coup sur les machines. L'hypothèse que le vieillissement observé chez elles, caractérisé par l'apparition de problèmes de santé, est aussi lié à ce manque de reconnaissance. Nous sommes en face d'une situation injuste, d'une situation de ségrégation par le genre, très forte, doublée d'une espèce de dénégation du professionnalisme. Quand on observe le travail et qu'on le filme, on voit bien que les gestes sont complexes. Il s'agit de maintenir le flux en l'état, de s'assurer que les machines fonctionnent correctement, d'atteindre les normes de production. En plus de la gestion du travail, il faut rendre des comptes aussi. Ce n'est plus seulement un travail manuel, il se transforme en une sorte de travail cognitif.

Un exemple d'intervention de l'Anact en entreprise

### M. Brion (Indre)

Une simple réflexion à l'attention de M. Valade : je vous donne rendez-vous dans un an. Côté des personnels hospitaliers dans les maisons de retraite, les EPHAD ou les services d'urgence. J'espère que votre discours va évoluer à propos de l'âge du départ à la retraite. Vous avez 36 % des aides-soignants et des ASH qui partent à la retraite pour invalidité et qui sont des personnels titulaires affiliés à notre caisse de retraite, la CNRACL. C'est une remarque qui mérite d'être étudiée.

**M. Valade** – Ce qui est mauvais pour la santé au travail à 60 ans l'est probablement également à 30 ans. Il faut être attentif aux conditions générales de travail tout au long de la carrière, sans doute pour retarder ces effets de vieillissement et donc de santé.

Vous avez raison. J'ai tracé des perspectives sur la nécessité de mener une réflexion à la fois sur l'allongement de la durée de la vie, sur les problèmes économiques, et les conditions de travail. Je ne sais pas où se situe l'équilibre. La question est devant nous. Nous constatons tous la pénibilité à court terme. Je souligne l'échec de la réflexion sur l'organisation du travail quand on voit augmenter de 50 % l'invalidité et les dépenses de longue maladie pour les salariés de plus de 55 ans depuis la fin du dispositif de préretraite. J'assume pleinement avec vous ce constat.

### Mme Perrin (Meurthe-et-Moselle)

Je travaille depuis trente ans à l'hôpital et je suis infirmière depuis une vingtaine d'années. Quand on parle de mixité entre les anciens et les jeunes, c'est intéressant dans notre équipe puisque cela permet de transmettre un peu notre expérience. Les jeunes apportent aussi, par leur dynamisme, quelque chose de nouveau.

La non reconnaissance est mal vécue par les soignants, mais aussi par mes collègues aides-soignantes, agents des services hospitaliers, qui la ressentent. La reconnaissance, aujourd'hui, provient de nos patients, quand à la fin de l'hospitalisation, ils nous disent : « *merci pour vos bons soins* ». C'est important et nous en avons besoin.

On nous demande aussi d'être mobile avec la mise en place des pôles. Cela rajoute un stress et un protocole... Enfin, il



ne s'agit pas d'un véritable protocole, mais d'une discussion en interne au sein de notre hôpital qui prévoit de nous changer de service tous les cinq ans.

Le discours, entre nous, est d'accepter la mobilité, quand elle est choisie, mais pas n'importe comment. Nous en sommes inquiètes. Il faut être bien psychologiquement dans notre fonction de soignant et par rapport aux patients. Pas évident parce qu'on nous en demande toujours plus avec des techniques qui évoluent. Je le vis avec ma collègue qui me dit : « *Pascale, je suis fatiguée, je n'en peux plus de l'alternance jour/nuit* ». En plus, elle a des petits problèmes de santé. « *Comment je vais faire ? Qu'est-ce qu'on fait pour moi ?* » Le DRH dit : « *on va examiner les choses* ». Rien n'est fait.

Je ne sais pas comment vous pouvez répondre. J'ai envie de revenir à Nancy et de lui dire : « *Il y a des messieurs intéressants qui ont permis ce débat très enrichissant. Il y a peut-être un élément de réponse* ».

Vous, qui êtes des spécialistes, dites-nous les choses concrètement ! Dites à vos collègues qu'ils bougent un peu, parce qu'ils ne font pas grand-chose !

### M. Izard (Aude)

M. Valade parlait de la loi santé, patients, territoires. Dans la mesure où cette loi risque de placer des agents dans des secteurs en réforme, elle est aussi susceptible de les mettre dans des situations de recherche d'emploi au sein des communautés hospitalières... Comment cela va-t-il se concilier avec le problème du vieillissement ? Enfin, juste une petite question : la simple reconnaissance du problème des seniors n'est-elle pas en soi une ségrégation ?

**M. Valade** – Cette loi est extrêmement complexe. Le débat est devant vous, devant nous et je n'en suis pas un protagoniste.

### M. Cocheux (Puy-de-Dôme)

Je suis aide-soignant au CHU de Clermont-Ferrand. Il y a un mot que je n'ai pas entendu dans les interventions et qui est un maître-mot, c'est celui de rendement. Or c'est la clef du problème de tous les personnels publics ou privés : il a considérablement augmenté. Exemples : un infirmier au lieu

de deux infirmiers pour travailler un après-midi ; le nombre d'actes qui augmente ; 2 aides-soignants ou même parfois des ASH pour faire manger 35 personnes... Ce sont des réalités du terrain. Comment fait-on pour arriver à réaliser tout ce qu'on nous demande, dans le respect de la vie humaine que nous avons en face de nous ?

J'ai entendu M. Ennuyer dire qu'il était obligé de « *licencier* » les aides ménagères en raison de « *l'usure* ». Que faites-vous de l'accord d'entreprise sur le handicap ? L'AGEPHIP existe. Toutes ces pistes-là sont à développer. Je ne dis pas que vous ne le faites pas.

Ce n'est pas parce qu'on ne peut plus soulever plus de 25 kg qu'on est obligé de partir en retraite pour invalidité, un cas fréquent chez les soignants dès 45-50 ans.

Par ailleurs, M. Valade a modifié le titre de la loi. Il a dit : « *Établissement, santé, population, territoires* » alors qu'il s'agit de la loi *Hôpital, santé, patients, territoires*. Les mots ont un sens.

### Mme Valente (Vaucluse)

J'ai été infirmière aussi et j'habite un petit village du Vaucluse. Sur les aides ménagères, on entend des gens dire qu'ils sont obligés de faire ce travail parce qu'inscrites à l'ANPE : « *Vous n'avez pas trop de formation, vous pouvez aller soigner les personnes âgées* ». Elles n'ont pas envie, elles craignent, l'urine et tout ce qui dépend de la personne âgée. Pour ce travail, car c'est un travail à temps complet et pénible, je pense qu'il faut absolument une formation et un salaire correspondant.

### M. Cornu (Loiret)

Je fais partie de ceux qui ont dépassé 75 ans, j'ai le droit de dire un certain nombre de choses sur le sujet.

D'abord, un grand merci à toutes les personnes qui accompagnent les personnes âgées. Nous devons tous insister – parce que c'est un acte citoyen – pour que les gens qui font ce métier soient reconnus avec une vraie formation et avec un vrai déroulement de carrière. Même si les choses ont un peu progressé, nous sommes encore loin du compte.

Quand je repense à ma propre carrière dans l'hôpital, on a besoin pour rester au travail d'être en bonne santé.

Et aussi bénéficier d'une formation pour trouver d'autres

voies nouvelles auxquelles on n'avait pas pensé. La formation du personnel et la formation continue doivent occuper une place plus importante.

Nous devons être reconnus non pas seulement par notre travail, mais aussi par notre capacité à ouvrir l'hôpital à son rôle et à sa fonction auprès de la totalité de la personne.

**M. Valade** – Vous avez raison sur la formation. J'ai l'impression qu'il existe un gros déficit de formation. Pourtant, des efforts ont été entrepris pour qualifier les personnes, de les doter de vrais métiers avec un plan de carrière et des conditions de travail satisfaisantes pour éviter les horaires hachés. Cela demeure une ambition. La VAE (Valorisation des acquis de l'expérience) est en place, on verra ce qu'elle donne... Les conseils régionaux deviennent les nouveaux financeurs des formations, avec en perspective un gros chantier et un certain retard à combler. J'ajouterai que dans le débat sur l'allongement des durées de cotisations, et le vieillissement au travail, quelque chose pousse aussi à y rester plus longtemps. Les carrières courtes et fractionnées, avec des périodes de chômage, des CDD et des temps partiels, ne font pas des niveaux de remplacement extrêmement importants à 60 ans. Il faut y songer afin de ne pas accentuer encore la nécessité, pour les gens de 60 ans, de travailler plus longtemps en raison des décotes supplémentaires.

### Un intervenant dans la salle

Vieillir ou mourir au travail ? Chaque jour, des salariés meurent d'accidents du travail. Il y a aussi des collègues en arrêt et 90 à 100 % des cancers professionnels ne sont pas reconnus en France... Avant de vieillir au travail, encore faudrait-il pouvoir y vivre ! On assiste à une formidable hypocrisie de la part de nos dirigeants. On nous a créé l'EPRD (Etat des prévisions de recettes et dépenses) et la T2A (Tarification à l'activité) qui sont simplement des outils d'augmentation de la productivité des salariés dans les hôpitaux publics. Nos établissements sont étranglés. Et pour améliorer la productivité, on fait un plan de départs volontaires dans mon hôpital. Qui pousse-t-on au départ ? Les agents en longue maladie, en longue durée, ou reclassés dans les services administratifs. Alors, continuer à travailler et vieillir au travail : je trouve qu'il y a là un certain paradoxe !

### Un autre intervenant dans la salle

Je suis agent hospitalier depuis trente ans. J'ai entendu le mot de reconnaissance pour les infirmières, mais il ne faudrait pas oublier les agents techniques, ouvriers, administratifs...

Pourquoi existe-t-il des difficultés au travail ? Il y a la difficulté physique certes, mais il y a aussi la difficulté psychologique, la pression que l'on se met pour bien réaliser son travail bien que les moyens humains et les moyens financiers ne soient pas forcément nécessaires pour travailler correctement.

Dans les maisons de retraite, vous voulez des personnels qualifiés et donc, vous voulez de la formation. Les conseils régionaux ont-ils les moyens de le mettre en œuvre ? Si on veut revaloriser certains emplois, arrêtons les emplois précaires. Nous voulons un vrai emploi, un vrai salaire et une vraie reconnaissance.

Concernant la qualité du travail, pourquoi peut-on déroger à la législation et travailler 12 heures dans les services ? J'estime que c'est inadmissible.

### Une intervenante

Je m'adresse à M. Valade parce que je l'ai entendu dire qu'il fallait prolonger l'activité et améliorer les conditions de travail. Faisons-le réellement parce qu'aujourd'hui, la réalité n'est pas celle-là. Je crois qu'on met la charrue avant les bœufs parce que les conditions de travail sont de plus en plus pénibles avec des postes supprimés. On demande à des agents qui pèsent 50 kilos de porter des malades très lourds. Je trouve scandaleux d'utiliser l'amélioration des conditions de travail pour justifier le recul de l'âge de la retraite.

**M. Valade** – Je ne l'ai pas formulé de cette façon. C'est une condition pour réussir l'allongement des durées du travail. À l'évidence, si on ne veut pas continuer à voir augmenter l'invalidité et les maladies après 55 ans, je ne vois pas d'autre solution que de réfléchir massivement aux conditions de travail. Et je l'ai dit très clairement : ce qui est mauvais à 60 ans comme conditions de travail l'est déjà probablement à 30 ans. Nous devons repenser notre système avec sa pénibilité au travail, de charge physique et de stress. Il existe des tabous dans notre pays. Je vous rappelle

que la loi de santé publique de 2004 reconnaissait le stress au travail comme grande cause nationale. De même, l'Institut de Veille sanitaire a créé en 2005 une sous-direction du stress. Je ne vois pas quelles conséquences en ont été tirées dans le management au quotidien. Je connais vos situations, je visite les hôpitaux, je vois bien les conditions de travail, je connais les maisons de retraite, je vois bien la charge qui pèse nuit et jour.

La question est de savoir comment nous réfléchissons à cette situation. On ne fera pas l'économie de la réflexion sur l'allongement des durées de travail. C'est un choix sociétal qui comporte deux termes : hausse des cotisations ou élargissement de l'assiette des cotisations à d'autres catégories comme les revenus du capital. On peut toujours en débattre. Il existe sûrement des alternatives. Nous sommes actuellement dans le cadre contraignant de la loi et des choix sociétaux faits par le Parlement, élu par nos soins.

**M. Ennuyer** – Je ne voudrais pas conclure, seulement ouvrir. Nous sommes tous déboussolés devant une situation que nous ne contrôlons pas. Notre société n'a jamais connu un tel allongement de la durée de vie : il est logique de ne pas savoir comment s'y prendre. Norbert Helias, sociologue allemand, écrit dans *La Société des individus* : « *Nous serons d'autant plus forts individuellement que nous serons forts collectivement* ».

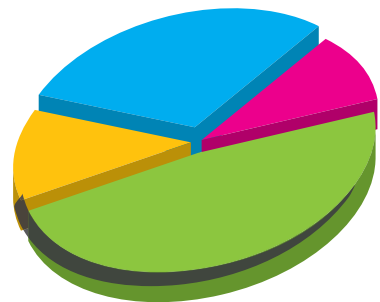
En tant que citoyen, je nous engage, je vous engage à peser sur des choix collectifs qui nous appartiennent. Pourquoi faisons-nous confiance aux experts qui n'en savent pas plus que nous ? La balle se retourne contre nous. Je nous interroge sur notre responsabilité collective. Notre « *boulot* » de citoyen doit y tendre car c'est de la solidarité dont il est question. Il faut se retrousser les manches. C'est ce que je vous incite à faire.

**M. Rousseau** – Ce n'est pas l'âge qui pose problème, c'est vraiment le travail et la façon dont il est organisé. Il y a tout un champ de réflexion, un champ ouvert à la négociation collective.

Pour améliorer le travail, définir des carrières, des trajectoires, la négociation collective sera l'outil : cela exige de sortir effectivement de la logique du rendement.

# État des lieux... en schémas

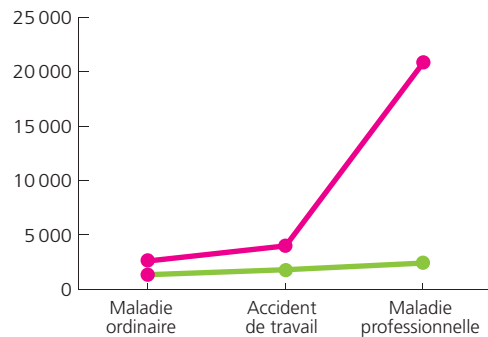
Indicateur démographique dans la FPH



Moins de 30 ans De 50 à 55 ans  
De 30 ans à 50 ans De 55 ans et plus

Données CIREACL 2005

Coût moyen annuel en euros par agent absent



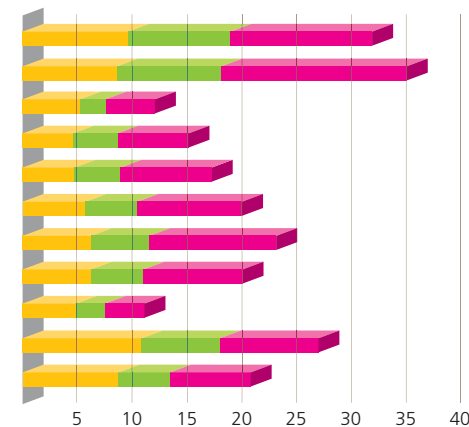
Moins de 30 ans Plus de 50 ans

Sources DEMA SOFCAH

Fréquence des pénibilités subies par les seniors, selon la durée d'exposition au cours de la carrière (en %)

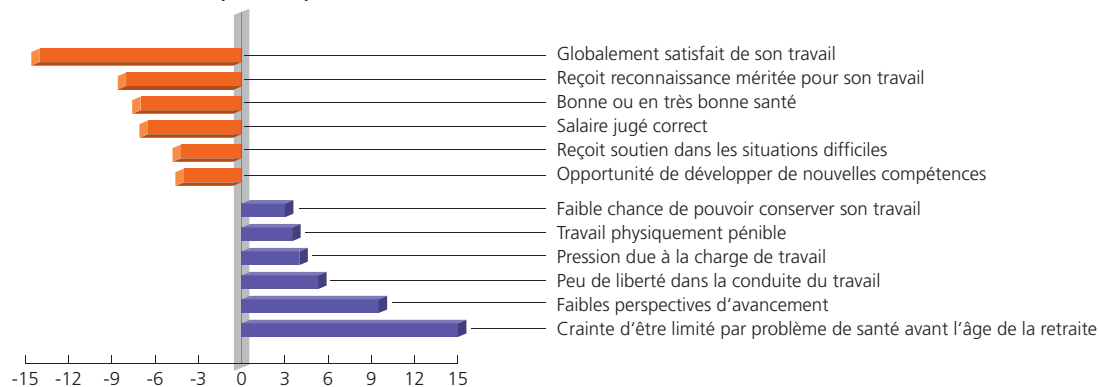
Port de charges lourdes  
Postures pénibles, fatigantes  
Travail répétitif  
Produits chimiques  
Intempéries  
Températures extrêmes  
Poussières ou fumées  
Bruit intense  
Rémunération au rendement  
Autres horaires atypiques  
Travail posté, horaires alternés

Moins de 10 ans  
De 10 à 20 ans  
Plus de 20 ans



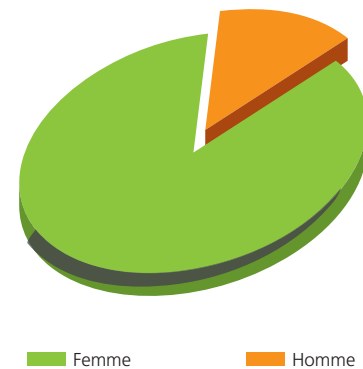
Source INSEE 2002-2003

Effets sur le souhait de liquider au plus tôt sa retraite (en %)



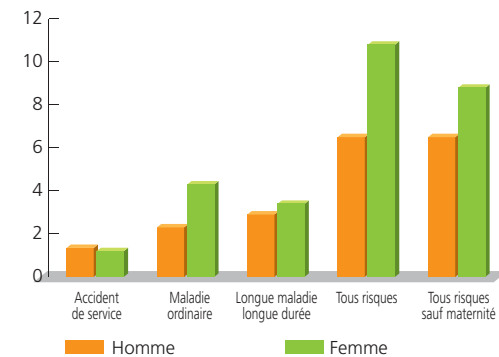
Source DARES

Répartition femme / homme dans la FPH



Femme Homme

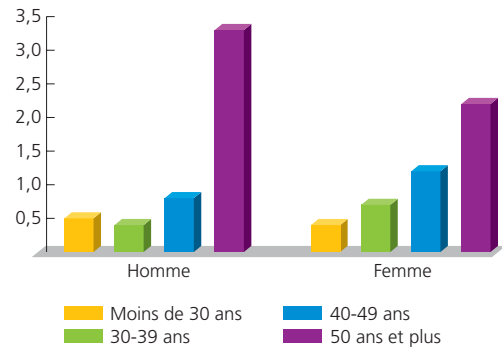
Taux d'absentéisme selon le risque et le sexe (en %)



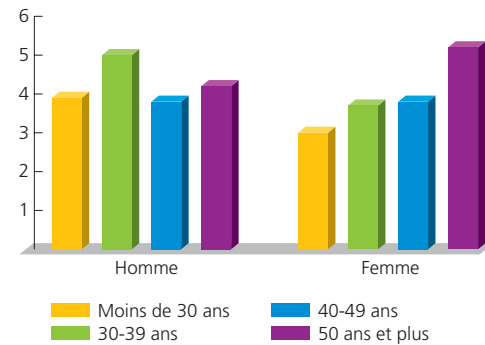
Sources DEMA SOFCAH 2005

# État des lieux... en schémas

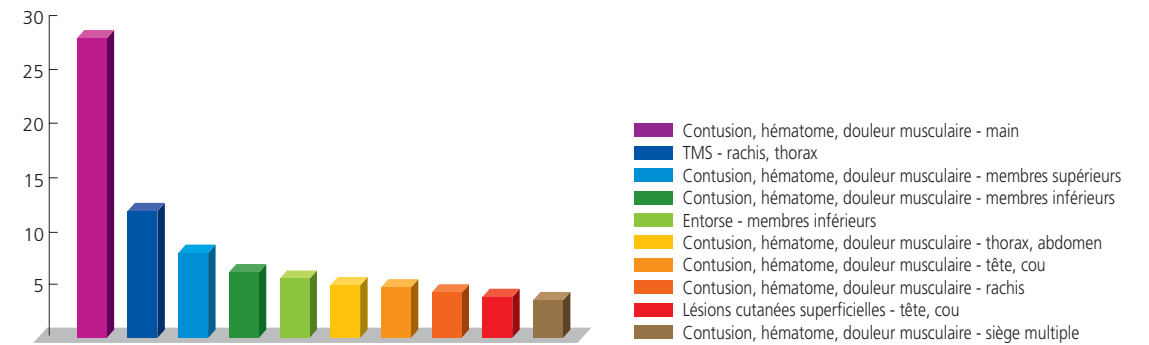
**Taux d'absentéisme en accident de service**  
selon l'âge et le sexe (%)



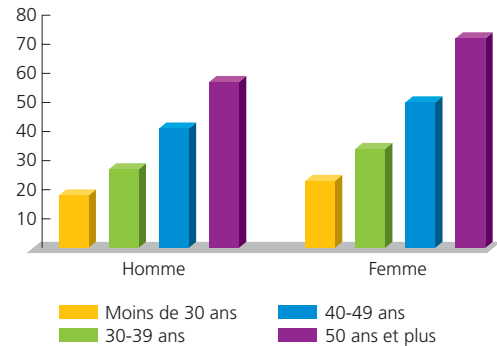
**Nombre d'arrêts en accident de service**  
Pour 100 agents employés selon l'âge et le sexe



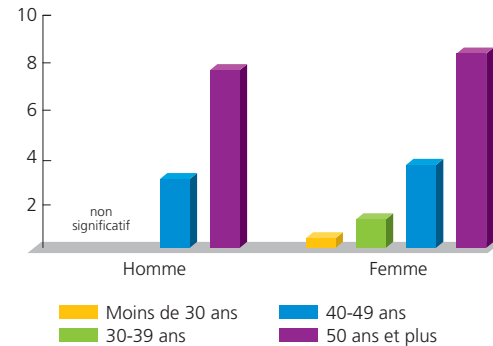
**Les 10 principales pathologies** (en % du nombre d'arrêts)



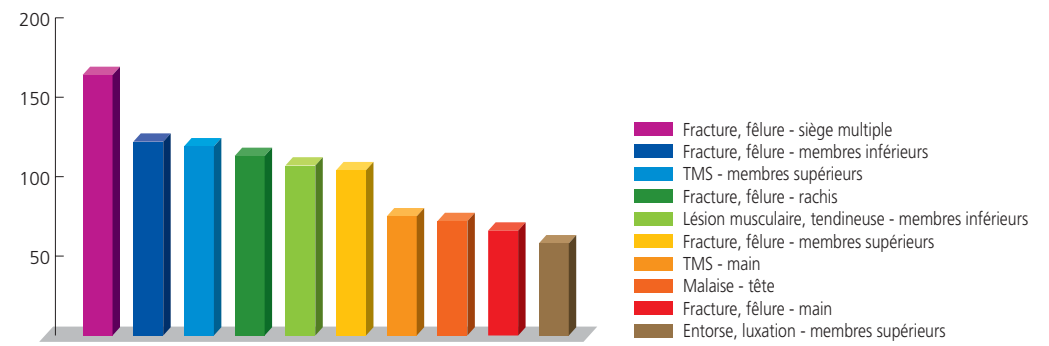
**Durée moyenne d'arrêt en accident de service**  
selon l'âge et le sexe (en jours)



**Taux d'absentéisme en longue maladie / longue durée**  
selon l'âge et le sexe (%)



**Les 10 pathologies les plus graves** (en jours - durée moyenne d'arrêt par pathologie)



# 2<sup>nde</sup> table ronde



Les participants de la seconde table ronde.  
De gauche à droite : William Sraiki, Marie-Christine Combes, Michel-Louis-Joseph Dogué, Franck Subiela – animateur de la table ronde –, Pascal Gaillard et Marc Wasilewski.

( Point de vue

## Pascal Gaillard

Directeur de soins aux CH de Pithiviers et de Beaune-la-Rolande

Auteur d'un mémoire sur l'adaptation des postes de travail des soignants à leur état de santé, réalisé à l'École nationale de Santé publique.

“ Une notion tend à se développer dans la prise en charge des patients et des résidents : c'est le concept de "bien traitance", qui sera un axe important dans la prochaine certification V 2010. Pour que les soignants soient bien traitants, il faut que les hôpitaux et les directions soient bien traitants pour eux-mêmes. C'est le premier postulat : quelqu'un qui n'est pas bien dans son travail ne peut pas prendre en charge correctement les résidents ou les patients. Le contexte du vieillissement des personnels et des soignants doit être replacé dans un contexte plus large : il touche de fait les conditions de travail. Il ne faut pas attendre l'entretien mené à l'âge de 45 ans pour dire : « Monsieur, nous allons passer à autre chose (Monsieur ou Madame d'ailleurs parce qu'il y a plus de femmes que d'hommes), nous allons penser à votre seconde partie de carrière ». Je suis très attaché aux entretiens annuels d'évaluation conduits par les cadres de proximité. Ils doivent, au cours

“ Je trouve que, trop longtemps, l'hôpital a fait l'impasse sur les conditions de travail des agents. “

de cet entretien, parler des conditions et de l'environnement de travail avec les agents qui sont sous leur responsabilité et établir des projets professionnels individualisés. Je trouve que, trop longtemps, l'hôpital a fait l'impasse sur les conditions de travail des agents. Bien



des agents hospitaliers se plaignent du dos ou d'autres manifestations physiques dès qu'ils atteignent une trentaine d'années. Pourquoi ? Parce que pendant dix ans, ils ont travaillé sans vraiment faire attention, sans utiliser le matériel, sans être formés aux techniques de manutention...

Viellir au travail doit être une problématique incluse dans le projet social de l'établissement pour concerner tout le monde. Quand je dis « *tout le monde* », c'est-à-dire les membres de l'équipe de direction, la

l'accueil de gens très âgés. Il existe des résistances dans ce contexte de pôle. Les cadres, et je ne leur en veux pas, ont tendance quelquefois à essayer d'attirer les personnels les plus jeunes, plus efficaces, et peuvent avoir la tentation d'écarter les gens considérés comme moins compétitifs par rapport à leur état de santé ou à leur âge. Le travail d'arbitrage et de régulation m'appartient donc. Le travers serait de tomber dans une forme de libéralisme sauvage. Les actions concrètes passent par la formation. On n'at-

jeunes diplômés apportent un certain savoir, mais non suffisant pour faire ce que j'appelle un infirmier psychiatrique et qui demande un long temps d'apprentissage.

Il existe des expériences positives où les anciens apportent leur pratique, leur expérience, leur savoir-faire aux jeunes. Les jeunes amènent, de leur côté, des acquis nouveaux que les anciens n'ont pas.

Pour faire cohabiter ces différentes générations, le travail en binôme est davantage qu'une piste. Je porte une attention particulière à développer ce travail en binôme, en relation avec la pénibilité des aides-soignants, des ASH, pour essayer de constituer des équipes mixtes avec un ancien et un plus jeune. Là aussi, la complémentarité marche. Si la pénibilité physique est reconnue, il en est une moins abordée : la pénibilité psychique. L'agressivité des résidents dans une maison de retraite ou des patients peut entraîner une lassitude. Elle se manifeste par une usure professionnelle, le burn-out. Quand je suis arrivé l'année dernière au CH de Pithiviers, j'ai été surpris qu'il n'y ait pas de psychologue pour recevoir les soignants afin de prendre de la distance, d'avoir une écoute et des échanges, des moments de réflexion pour que cette fatigue, ces choses accumulées soient vraiment recueillies et entendues. Nous sommes en plein dans le domaine de la professionnalisation.

L'architecture des hôpitaux est aussi à pointer du doigt. La conception des bâtiments entraîne une forme de gâchis humain : une infirmière ou une aide-soignante effectue des kilomètres et des kilomètres par jour dans les couloirs. Avec une autre configuration, on pourrait optimiser les moyens au bénéfice des résidents. Le temps passé dans les couloirs ne l'est pas auprès des résidents. Enfin, je crois à la négocia-

tion pour travailler sur les organisations. Concrètement, nous venons de signer une convention tripartite pour la maison de retraite du centre hospitalier de Pithiviers, avec l'aide de la MEAH (Mission d'expertise et d'audit hospitaliers). Les groupes de travail associent le directeur des soins, le DRH, les médecins, le médecin du travail, les représentants syndicaux et des membres de l'équipe soignante. Ils ont pour mission de remettre à plat les organisations existantes, de décomposer les journées heure par heure afin de définir et organiser au mieux la collaboration de chaque personnel.

Mon mémoire portait sur les reclassements et sur les postes aménagés. Ils sont nécessaires, mais doivent être l'exception. Pourquoi ? Parce que nos organisations ne peuvent pas déjà prévoir, ni supporter un nombre de postes aménagés important, de même que des reclassements. D'autant plus qu'ils sont souvent vécus négativement pour les intéressés eux-mêmes qui se sentent dévalorisés par rapport à leur fonction soignante. Les soignants souvent sont très attachés à leur fonction et ne veulent pas bifurquer vers autre chose. Leurs collègues le vivent mal aussi, et disent que « *cela sera une charge supplémentaire et un boulet* ». De plus, l'encadrement se montre aussi réticent. Je penche davantage vers une politique prenant en compte une organisation globale dans laquelle les personnels jeunes, moins jeunes et plus âgés cohabitent, se complètent et travaillent ensemble. Je ne veux pas non plus idéaliser les choses. Il faut qu'il y ait une véritable volonté politique managériale.

”

*“ Si la pénibilité physique est reconnue,  
il en est une moins abordée : la pénibilité psychique.  
L'agressivité des résidents dans une maison de retraite  
ou des patients peut entraîner une lassitude.  
Elle se manifeste par une usure professionnelle,  
le burn-out. ”*

médecine du travail, les représentants syndicaux et les personnels, pour justement réfléchir à une politique sociale sur les conditions de travail.

L'encadrement – puisque j'en ai la responsabilité – doit être partie prenante de cette politique. Or, dans un double contexte de recherche de performance, de rentabilité (l'EPRD et la T2A sont une réalité) d'une part, d'un vieillissement des personnels et des personnes accueillies d'autre part, je remarque une pénibilité accrue par rapport aux années précédentes en raison de la charge de travail dans les services de gériatrie ou dans les maisons de retraite induite par

tend pas que les gens soient fatigués, cassés, abîmés, pour les former. La formation commence dès les écoles, dès les IFSI, avant le départ en stage. Cette formation initiale est souvent dispensée par les kinés, pour être reprise ensuite par la formation continue tout au long de la vie professionnelle car c'est une action à relancer en permanence.

Quant à la mise en place de tutorats et des équipes intermédiaires, il existe une expérience intéressante que j'ai vécue en tant qu'infirmier psychiatrique de base. J'ai pu constater pendant les 25 ans passés en psychiatrie l'apport des différentes générations. Les

## Michel-Louis-Joseph Dogué

Directeur  
de la formation  
et des instituts de  
formation au CH de  
Poissy-Saint-Germain

Michel-Louis-Joseph Dogué est co-auteur  
d'un rapport : Le management intergénérationnel  
dans les établissements de santé.

“**J**e parle ici sous le contrôle attentif des représentants de l'établissement puisque nos représentants syndicaux sont présents et pourront donc très bien vous dire à la pause si ce que j'ai dit est conforme ou pas. Je vais vous soumettre trois faits qui m'ont interpellé. Lors de la présentation du baromètre de la fonction DRH qui regroupe 150 grandes entreprises interrogées sur les priorités des DRH, seulement 8 % de ceux-ci considèrent que le traitement de l'âge est un problème fondamental... Cependant, une majorité pense que le plus important est de faire venir et de retenir les compétences les plus actuelles. Ensuite, le 25 septembre, sur France Inter vers 7 h 45, Laurence Parisot évoque la crise financière : « J'ai toute confiance dans le Président de la République pour résoudre cette crise, il est dynamique, il connaît

*l'économie et il est jeune* ». Je me suis interrogé : Laurence Parisot est-elle en train d'envoyer un message clair aux électeurs américains ? Je n'ai pas la réponse. Enfin, j'ai pensé à la MNH quand j'écoutais l'émission "Le téléphone sonne" où il était question des travailleurs pauvres. On évoquait la situation d'un travailleur qui, bien que salarié, avait dû résilier sa mutuelle parce qu'il ne pouvait pas payer 27 euros par mois. Et dans le même temps, on a quand même bien pu ici ou là trouver quelques milliards pour renflouer la banque Dexia...

À mon arrivée en 1992 à Poissy-Saint-Germain, j'ai mis en place une psychologue du travail pour le personnel et une assistante sociale à temps plein pour le personnel. Il faut savoir qu'aujourd'hui encore, les psychologues du travail ne peuvent pas passer le concours de psychologues pour devenir psychologues hospitaliers. Elles ne peuvent être désormais que contractuelles : on pouvait avoir à l'époque une psychologue de travail titulaire sur un emploi local. Concernant la question du tutorat et la réflexion lancée dans le cadre du management intergénérationnel, je suis profondément convaincu que la question de la génération est davantage un problème d'appartenance à une collectivité capable ou non d'adaptation, de maîtrise de technologie, d'adaptation rapide au changement ou à la

vitesse plutôt qu'une question d'âge essentiellement ou uniquement. Une fois cette problématique assimilée, il est évident que le tutorat place quasiment à égalité celui qui va enseigner et celui qui est enseigné parce chacun est tour à tour enseignant et enseigné.

Le plus expérimenté va apprendre au plus jeune qui vient d'arriver (jeune dans la fonction ou en âge) comment la structure fonctionne, ce qui fait que les organisations tournent. Tout ce qui relève souvent de l'immatériel, non pas de l'apprentissage mais de l'acquis, sera transmis. L'autre va devoir l'accepter, le recevoir et en même temps renvoyer à l'autre ce qu'il vient d'acquiescer récemment dans un système de formation ou ailleurs.

On constate simplement que ce qui a été appris dans un système de formation, immédiatement plaqué sur

la structure organisationnelle, ne permet pas de faire marcher la structure même si la formation est "up to date", à niveau ou d'actualité. Pourquoi ? Parce qu'il manque ce lien, il manque cet informel, cet immatériel qui fait fonctionner la structure. Je me souviens aussi d'un article de *L'Expansion* qui disait : « C'est dommage qu'on reconnaisse aujourd'hui la valeur des gens au moment où ils partent. » C'était il y a trente ans ! À mon avis, rien n'est automatique. On ne peut pas dire à quelqu'un de plus âgé : « Il faut que vous passiez le savoir à l'autre parce que vous êtes en train de partir ; que de toute façon, on n'a plus besoin de vous, que vous êtes vieux, que vous allez coûter cher, que vous allez dégager vite fait parce que, en plus, vous allez tomber malade... »

Vous allez transmettre tout cela au jeune qui arrive et lui va rétorquer : « Mais qu'est-ce que c'est que ce vieux type qui veut m'apprendre mon boulot ? Je sais puisque je suis bien formé et lui, de toute façon, est là depuis longtemps et ne sait plus rien ».

L'entreprise doit intégrer et former au tutorat aussi bien le tuteur que le "tutoré". ”



“Lors de la présentation du baromètre de la fonction DRH qui regroupe 150 grandes entreprises interrogées sur les priorités des DRH, seulement 8% de ceux-ci considèrent que le traitement de l'âge est un problème fondamental.”

## Marc Wasilewski

Directeur  
de la clinique  
*Les Émailleurs*  
à Limoges et président  
départemental de  
la médecine du travail

“J’interviens devant le service public pour la deuxième fois et ce n’est pas courant, bien que les problématiques soient identiques. On est en train d’enterrer des vieilles guerres, tant mieux. Sur un sujet comme *vieillir au travail*, nous sommes confrontés aux mêmes interrogations. Je vous encourage d’ailleurs à diffuser au maximum votre film et à le projeter auprès des services de santé au travail. La santé au travail devient très compliquée en raison de la pénurie de médecins : il va en partir 4 000 dans les cinq ans qui viennent et il y en a seulement 170 en formation. Vous imaginez bien que demain, la santé au travail sera obligée d’évoluer car nous n’aurons pas les hommes de toute façon. Pour en revenir à l’expérience, je ne vais pas

parler au nom de l’hospitalisation privée. J’ai la chance de diriger d’abord un petit établissement, mais neuf. En termes d’ergonomie, on gagne beaucoup à avoir un établissement conçu en fonction de son rôle, de son métier et des soins plutôt que de réutiliser souvent d’anciens bâtiments ou des bâtiments plus du tout adaptés. En 1999, tous les lits ont été remplacés par des lits à hauteur variable avec un constat immédiat : une baisse importante des arrêts de travail liés au mal de dos. Il s’agit d’améliorations simples à mettre en place, mais je sais qu’il n’y a malheureusement pas de lits à hauteur variable partout alors que cela devrait être quasiment obligatoire. Ce qui manque, c’est une politique générale pour trouver des solutions aux problèmes, y réfléchir est déjà en soi assez motivant. J’ai bien aimé quand on a dit que pour vieillir au travail, il fallait d’abord ne pas y mourir. Il faut s’intéresser au problème bien en amont. Les troubles musculo-squelettiques en sont la preuve : on commence à souffrir à l’âge de 30 ans et c’est à ce moment-là qu’il faut agir.

Nous sommes une dizaine à avoir créé, il y a deux ou trois ans, le comité de développement durable en santé où public et privé sont à part égale. Derrière la notion de développement durable, on ne s’est pas arrêté à la part environnementale, même si son importance est désormais cruciale. Nous avons défini trois axes au sein de ce comité.

- Pas de développement durable sans équilibre économique. J’ai entendu parler de T2A. Je vois que cela ne vous encourage pas beaucoup. Nous, non plus, rassurez-vous. Si on pouvait se passer de la T2A, ce serait très bien. Mais on ne peut construire notre avenir que si on a une garantie que les équilibres économiques seront respectés demain.



- Le deuxième axe, c’est la partie environnementale, je n’y reviens pas.  
- Le troisième concerne la partie sociétale. On a beaucoup travaillé sur la prévention en santé parce que c’est notre rôle à tous.  
Je crois que cette prévention porte sur nos patients, mais aussi sur tous nos personnels.

Priorité a été donnée sur l’instauration de fiches pour recenser ce que l’on peut apporter de plus au travail. Si on parle peu de tout ce qui est CMR, produits cancérogènes, mutagènes, il est grand temps qu’on s’y intéresse. Il n’est plus acceptable aujourd’hui que nos ASH utilisent des produits sur lesquels une tête de mort est imprimée sur l’étiquette. Je refuse catégori-

quement cela dans mon établissement. Il existe aujourd'hui des produits 100 % biodégradables. Il n'y a aucune raison pour qu'ils ne s'imposent pas demain. Vous savez qu'on nous a fait utiliser du formaldéhyde. Des analyses ont été effectuées grâce à ma casquette de président de la médecine du travail : c'est un produit à bannir complètement aujourd'hui. Les choses bougent peu sauf dans le cadre du C2DS (Comité développement durable en santé) qui a initié le bio-nettoyage à la vapeur.

Petite parenthèse : vous avez entendu parler du débat que nous avons lancé sur les cosmétiques bébés, qui a pris une certaine ampleur. Nous sommes plutôt contents de nous, en dépit des menaces et insultes, et comme quoi nous serions maintenant financés par des labos bio... Nous avons lancé une alerte grave sur un produit qui est dangereux dès la naissance du bébé. Prenons conscience que ces alertes sont aussi lancées sur l'utilisation que nous faisons, nous professionnels de santé, de ces produits.

Je me rappelle des solutions hydro-alcooliques. Elles contenaient toutes des phtalates. Après notre coup d'éclat, le principal fabricant a retiré les phtalates – qui est un perturbateur endocrinien très dangereux – sans bruit en six mois. Cela prouve qu'il y a une réaction. Sur les cosmétiques bébés, un très grand fournisseur a expliqué hier qu'il allait retirer tous les parabènes de ses lingettes. Une preuve supplémentaire de l'importance de l'action.

Pour en revenir à la clinique, un travail énorme a été entrepris pour établir un tableau de polyvalence et des compétences de chacun des salariés pour l'entretien annuel qui aborde aussi la question des arrêts de travail. Le but est d'instaurer une "politique" plus cohérente pour favoriser la prévention plutôt que de

subir comme actuellement. J'ai été surpris d'apprendre que 36 % des ASH et des AS partent en retraite pour invalidité : ce n'est pas acceptable. Il faut agir immédiatement en amont et, bien décrire à nouveau nos postes de travail. Cela commence par l'analyse des postes qui nous semblent les plus difficiles (par manque d'équipe, de communication...) et qui sont ceux de brancardiers et d'ASH dont on a mesuré la cardiofréquencemétrie, etc.

La prochaine étape sera la suppression des bouteilles d'eau minérale : un pack de six bouteilles d'un litre et demi pèse 9 kilos. Une ASH qui décharge 60 packs tous les matins d'une palette pour les monter à l'étage, ce n'est plus acceptable. Que fait-on alors ? La création d'une cellule de développement durable réunit les gens pour réfléchir et apporter des solutions concrètes. Nous avons la chance d'habiter en Limousin, on va installer des fontaines à eau avec un filtre spécifique car l'eau du robinet est excellente. Et comme on n'a pas envie de revenir à l'espèce de pot peu esthétique présent dans les hôpitaux ou les vieilles cliniques, nous avons choisi un pichet isotherme avec couvercle : c'est moderne et hygiénique. Sauf qu'ils comportent tous du PVC, produit absolument incompatible avec notre recherche dans le cadre global.

La notion de développement durable apporte une modification de la vision de nos métiers. Les gens sont en train de se réapproprier leur métier, de repenser ce qu'ils font – sur des tâches extrêmement simples comme compliquées – pour redonner de la valeur à nos métiers. Pensez-y ! Poussez un peu vos directeurs à aller dans ce sens. J'ai connu beaucoup de "modes" managériales : du management par l'apport, à la motivation, à l'émotionnel... Je préfère ce mode de

management de terrain finalement, proche des gens. Il y a des choses simples à mettre en place. On peut, mais il faut qu'on anticipe et qu'on ait une politique cohérente.

Le service de médecine du travail que je préside en Haute-Vienne s'occupe de 60 000 salariés. Beaucoup de gens restent encore accrochés à la visite médicale et le message est difficile à faire passer. Avec l'évolution démographique des médecins, il n'y aura plus de visite médicale. Le problème de la médecine du

travail, c'est justement ce dont on parle. Elle devra anticiper tous ces problèmes de société et de travail. Le médecin sera plutôt un responsable d'équipe, entouré d'ergonomes et de spécialistes pour se rendre sur le terrain et prévenir. Les partenaires sociaux restent attachés à la visite. Je les comprends. Il faudra trouver des solutions pour qu'elle perdure, mais d'une manière ciblée, pour les personnes qui en ont vraiment besoin. Je trouve dommage que les gens qui travaillent quel-

ques heures sur écran bénéficient d'une visite annuelle obligatoire alors que les chauffeurs routiers n'y soient pas contraints... C'est une incohérence. Avec la réduction du nombre de médecins, on parle de glissement de tâche pour imaginer que demain, les infirmières effectueront les visites de santé au travail. Des expériences sont menées dans trois régions en France avec des résultats mitigés. On constate que les binômes médecins/infirmières ne fonctionnent pas très bien, avec un manque de formation pour les infir-

*“Un travail énorme a été entrepris pour établir un tableau de polyvalence et des compétences de chacun des salariés pour l'entretien annuel qui aborde aussi la question des arrêts de travail. Le but est d'instaurer une “politique” plus cohérente pour favoriser la prévention plutôt que de subir comme actuellement.”*

mières. L'évolution, avec peu de médecins est la vision globale qui prévaudra. Si la région Limousin est la plus vieille région de France, elle sait aussi innover. En accord avec la Direction régionale du Travail et de l'Emploi, nous avons décidé de créer une Fédération régionale de santé au travail. Les deux premiers sujets sur lesquels on va "se passionner", seront bien sûr les substances CMR, auxquelles je suis attaché, et l'emploi des seniors.

”

## William Sraiki et Marie-Christine Combes

Masseurs-kinésithérapeutes aux CH  
Albert-Chenevier et Henri-Mondor

### William Sraiki

William Sraiki est membre  
du conseil d'administration du CNKS  
(Conseil national des kinésithérapeutes salariés).

tableau et ce profil de  
patients. Nous allons pré-  
senter l'expérience d'une  
formation-action sur la  
prévention des troubles  
musculo-squelettiques à  
l'AP-HP (Assistance

“ Les seniors en ont de plus en plus plein le dos. On le constate tous les jours sur la clinique et aussi sur les radiographies. Les cartilages sont usés. Les fractures de fatigue surviennent davantage que par le passé. Les causes proviennent non seulement des nouvelles organisations de travail mais aussi des rythmes plus soutenus. On note aussi l'alourdissement des profils de patients en raison d'un paradoxe : les progrès de la science médicale conduisent à un développement de toutes les alternatives à l'hospitalisation pour les cas de patients de moyenne gravité et, du coup, dans les secteurs hospitaliers, on récupère des patients avec un degré d'autonomie très faible, de dépendance élevé et des cas complexes. Nos collègues hospitaliers sont bien entendu fortement sollicités avec ce



Publique-Hôpitaux de Paris). Henri-Mondor compte 900 lits et l'hôpital Albert-Chenevier, soins de suite, 400 lits, soit un total de 1 300 lits, avec un effectif à former sur un plan pluriannuel de 3 000 agents sur Henri-Mondor et de 1 000 agents sur Albert-Chenevier.

Un investissement de 300 000 euros a été effectué pour acquérir des équipements : lève-patient mobile, lève-patient sur rail, accessoires d'aide à la manutention... suivi par des dizaines de sessions de formation. L'impact est positif sur la connaissance de la pratique de la manutention auprès des

patients par les personnels soignants. On note une meilleure connaissance des accidents du travail et de la pratique des hospitaliers des services techniques et administratifs puisqu'ils sont également touchés.

On a essayé de toucher aussi les équipes de jour, de garde, de nuit. Il existe un engagement de la direction de l'hôpital, du groupe hospitalier, de l'équipe de direction au sens large.

Nous avons la chance de disposer d'un

ingénieur ergonomiste qui apporte son aide sur la formation, l'achat d'équipements et la validation, la légitimité d'intervention sur tous ces points. Avec mon parcours personnel et ma casquette au Collège national de la kinésithérapie salariée, la notion de vieillir

*“ Quand on se focalise sur le “vieillir au travail” et sur les différents âges, on découvre que l'être humain cumule et que segmenter n'a pas de sens. “*

au travail m'intéresse puisque j'ai occupé le premier poste de kiné dans la première équipe mobile française de soins palliatifs à l'Hôtel Dieu de Paris. J'ai pu appréhender cette période de fin de vie avec une vision globale de la situation. Quand on se focalise sur le « vieillir au travail » et sur les différents âges de la vie, on découvre que l'être humain cumule, que segmenter le « vieillir au travail » à partir d'un certain âge n'a pas beaucoup de sens. Les politiques mises en place dès l'âge de 25, 30 ans jusqu'à la fin de la carrière et au-delà, avec certains retraités qui reprennent l'activité ainsi que la prévention de l'aggravation des troubles des personnes plus âgées, constituent en réalité une forme de logique... J'aime bien prendre cette image de l'idée d'un film continu, de “totalisation” progressive. Ce n'est qu'à la fin du générique qu'on saisit tout le sens du film, c'est-à-dire la vie de quelqu'un, de même que la fonction

## ( Point de vue

d'une structure et d'une organisation. Quand j'ai pris mes fonctions de cadre supérieur, j'ai essayé de faciliter le déploiement et la dynamique de cette politique de formation par l'inscription de Marie-Christine Combes à un DU d'ergonomie, pour développer ces politiques et les rendre opérationnelles. Avec l'idée de mettre en place des organisations qui accompagnent les changements tout en préservant les personnes. Préserver la qualité de vie des personnes au travail donne du sens. Le faire, c'est conserver notre investissement professionnel d'encadrement. La réinsertion de certains collègues en difficulté a été évoquée auparavant. Nous avons la chance et la difficulté, dans notre équipe, d'avoir à peu près un tiers de kinésithérapeutes déficients visuels, soit deux aveugles et cinq malvoyants, qui apportent toutes leurs compétences et leur sensibilité auprès des patients en soins de suite. Nous disposons du logiciel Actipidos, un dossier de soin informatisé, mais il n'est pas accessible pour l'instant à la norme handicap pour les professionnels déficients visuels. Un certain nombre de nos collègues ayant connu des problèmes vertébraux importants ont pu être reclassés dans une fonction de soutien humain aux professionnels déficients visuels pour traduire, transcrire leurs informations de praticiens dans le logiciel. ”

### Marie-Christine Combes

“ J e baigne dans les TMS (Troubles musculo-squelettiques) depuis 22 ans ! La motivation était là, est toujours là et, je pense, sera là tant que j'en aurai les moyens. Je veux croire qu'on peut toujours faire quelque chose, chacun à son niveau. J'ai retroussé mes manches pour impliquer pas mal d'acteurs. D'abord, on part d'une réglementation. L'employeur, selon la directive européenne, doit faire en sorte que les personnels aient du matériel à disposition, sachent s'en servir, soient donc formés à cet effet et que le matériel soit entretenu. Nous avons mis en place sur Chenevier dans un premier temps, en 1999, une formation TMS. En liaison avec la médecine du travail, nous avons évalué les risques d'accidents du travail avant de proposer une formation, des équipements, des matériels. Je pense qu'il faut envisager le processus avec une approche systémique : la formation en elle-même, les matériels en eux-mêmes, même l'architecture en elle-même, ne produisent rien d'extraordinaire, ils constituent un tout. Il me paraît aussi essentiel d'écouter les intervenants, essayer de parler, de redonner du sens à son activité : cela nous a fait bouger. Les deux sites se sont regroupés en 2004 et j'ai relevé le challenge de coordonner ce projet pour 4 000 agents. On s'est bien gardé de préciser un délai parce que ce processus a aussi ses limites, notamment sur les questions de parité de formateurs ou de stagiaires dans chaque structure tout en gardant à l'esprit une certaine équité. On a essayé d'impliquer différents acteurs décisionnels dans le groupe de pilotage pour des raisons pratiques avec la médecine du travail, la DRH, le directeur des soins, le cadre supérieur de rééducation (le projet lui doit beaucoup) et les représentants du CHSCT. Concernant le multifactoriel, la vie du personnel en dehors

du travail me paraît fondamentale. Nous ne sommes pas dissociés à la maison et au travail : ce ne sont pas deux êtres différents qui cohabitent, mais un « tout » prégnant. Il s'imposera de plus en plus dans la conjoncture de pénurie de soignants dans laquelle nous nous trouvons. Avec le peu de personnel qu'il nous reste, il est peut-être temps qu'on s'occupe de le maintenir en bon état, d'autant qu'il vieillit. Un autre facteur nous est propre, à nous hospitaliers, c'est celui de l'humain face à l'humain. On ne peut pas appliquer les mêmes méthodes, sans se poser quelques questions. Notre pire ennemi dans ce contexte – pas forcément favorable –, c'est la contrainte temps quand je dispense de la formation. Je dis « je », mais il y a consensus avec les formateurs avec qui nous avons créé et développé ce programme. Pour combattre cet ennemi contraignant, le

temps, je leur apprendis à savoir dire non, à dire stop. Si c'est « vite, vite, vite », on va effectivement faire lever le patient sans matériel, sans aide avec le risque de faire chuter le patient ou de “casser” le personnel. Moralité demain : si on fait le bilan, on aura répondu à la demande à court terme, mais le personnel sera cassé et sera absent deux, trois, six mois, voire plus. Il se peut aussi que le patient qui a chuté se soit cassé quelque chose : la famille va porter plainte... En termes d'évaluation des risques, je ne suis pas sûre qu'on soit dans le bon schéma. Il faut quand même s'interroger sur le « vite, vite, vite ». Je dirais plutôt : comment fait-on face à ces demandes ? Dans le même contexte, mon expérience de “vieille soignante” met en avant les relations professionnelles. Je suis pragmatique : c'est le terrain qui nous lie tous autour du patient dans une équipe de travail. Ce sens de l'équipe me paraît fondamental en dépit du turn-over subi actuellement. Quand j'ai commencé ma carrière en gériatrie, on abattait du travail à l'époque malgré une prise en charge importante ; comme on s'entendait bien, on arrivait à s'orga-



niser. Je m'interroge – je n'ai pas de réponses à toutes les questions – sur ce turn-over qui malmène l'esprit d'équipe.

Je reviens aussi sur la valorisation de l'individu et la reconnaissance : elle est fondamentale dans un contexte de population vieillissante pour les soignants. J'irais même jusqu'au respect de l'individu parce qu'il arrive à travailler dans des situations où l'on montre un irrespect total. Comment imaginer qu'on puisse donner des soins de qualité, faire attention aux patients, être à l'écoute, si l'on est soi-même malmené ? Point d'interrogation. Nous prenons le temps de les écouter, de nous dire ce qui va et ce qui ne va pas, comment ils perçoivent leur fonction... Ils doivent en prendre conscience, le formaliser afin de trouver des solutions.

Pour les prises en charge : nous insistons sur les membres inférieurs. Avec une charge de 25 kg, on relève 375 kg de contrainte sur le dos. Si on fléchit les membres inférieurs, le chiffre chute à 75 kg. En puériculture, par exemple, les petits loups font deux fois moins que 25 kg : comme elles font les gestes cinquante fois par jour, vous imaginez le nombre de tonnes et de contraintes qui s'exercent sur le dos ; il n'est pas étonnant qu'elles connaissent aussi des problèmes. Un conseil puisque je touche un auditoire important : pliez vos genoux, c'est une prévention pour votre dos. Si vous avez des difficultés avec vos genoux, vous pouvez en plier un et faire une fente sur le côté. Les formateurs sont pluridisciplinaires : ce choix a été dicté par le fait de toucher davantage de personnels, sans laisser l'exclusivité aux kinés, avec appel à candidature. En plus des kinés, dont c'est la formation initiale, un infirmier, un agent technique, le service de radio, un cadre se sont montrés intéressés. Cette

pluridisciplinarité est utile pour servir de relais dans les unités. Quant à la formation, elle se pratique sur deux jours. Deux jours, me direz-vous, c'est beaucoup dans la conjoncture actuelle. Si c'est pour dire bonjour, au revoir, cela ne nous intéresse pas... Le projet pédagogique étant basé sur la répétition du geste, il est fondamental de revoir les agents une seconde journée. La première journée est consacrée à l'anatomie, à la physiopathologie pour repérer quels sont les risques, pour soi et pour l'autre. Nous essayons d'amener le personnel à réfléchir sur une prise de conscience individuelle pour son propre dos et collective dans le cadre de l'équipe de travail. La querelle des anciens et des modernes à propos de l'utilisation des matériels ne peut être généralisée, il faut s'adapter aux différents cas. Pour préserver son dos, il faut tenir bon... La formation s'effectue pour les soignants en deux jours. Les autres catégories de personnel en demandent à juste titre. Quand on s'occupe des conditions de travail, on ne peut pas rester qu'entre soignants. Dans l'hôpital, il s'agit d'un tout autour du patient. Nous nous sommes attaqués, sur Chenevier, aux charges inertes avec intervention à la cuisine, à la pharmacie, à la lingerie jusqu'à la chambre mortuaire. On a essayé de voir assez large et loin en envisageant aussi la nuit car elle est tout à fait légitime. On n'a évidemment pas pu toucher tous les secteurs. La crèche, pour l'instant, est restée en plan. L'évolution est constante et il faut remettre sans cesse le travail sur l'ouvrage. Les postes de travail des administratifs qui sont devant un ordinateur toute la journée avec des contraintes architecturales d'installation provoquent aussi des TMS. Les données sont différentes mais aussi réelles : chacun a le droit que l'on s'occupe de lui. Les matériels demeurent au centre

*“La formation initiale  
a sa place dans le dispositif :  
quand on est formé  
le plus tôt possible,  
les bonnes habitudes  
sont prises et par la suite,  
il y aura moins de dégâts.”*

du problème. Il est utopique de demander à un brancardier vieillissant d'effectuer ses manutentions sans aucune aide. Qui que ce soit, quelle que soit sa fonction, à la fin d'une journée de test, on est complètement « hors service ». C'est impossible au bloc ou en réa, quand le travail quotidien est de faire X brancards par jour d'un lit à l'autre quand le patient fait autour de 80 kg avec la répétition du geste. Il y a donc un moment, quand on va vieillir, où il va falloir se faire aider. Ce qui signifie débloquer des budgets et une politique volontariste de la part de l'établissement pour coordonner et mobiliser les énergies. Les avancées que je constate me font continuer. À nous de commander les matériels, de former les personnels, et de les utiliser. Parmi ces derniers, il existe le lève-malade mobile, le lève malade sur rail qui équipent les nouveaux locaux. Avec un drap de réhaussement, on fait glisser le patient pour le remonter plutôt que de le porter quand il a roulé par exemple dans le lit par un mouvement vers le haut du lit. Quant au roll-

bord, il est très utile pour les brancardiers dans le sens d'un transfert horizontal, lit-chariot-douche, lit-table de radio-table de rééducation. Le petit dernier de ces matériels est le verticalisateur, bien utile pour les premiers levers, les soignants savent combien ils sont difficiles, surtout lorsque le patient fléchit des deux genoux... Ses pieds sont sur un plateau qui roule et grâce à la sangle très haute, on peut pratiquer un soin ou l'emmener aux toilettes. C'est pratique, relativement maniable et peu encombrant. Ces matériels demeurent vraiment indispensables. De même, la formation initiale a sa place dans le dispositif : quand on est formé le plus tôt possible, les bonnes

habitudes sont prises et par la suite, il y aura moins de dégâts ; j'interviens aussi en IFSI et en formation d'aides-soignantes. Avec un exemple pratique pour ces dernières qui ont su modifier leurs fiches pédagogiques de stage pour demander : « Existe-t-il du matériel et où se situe-t-il ? »

C'est poser les bonnes questions parce que c'est enfermé à clef dans un tiroir, et Dieu seul sait qui a la clef ! Pensez aussi qu'on travaille aussi pour le patient. Je participe au Clud, le comité de lutte pour la douleur. Parce que rien ne nous met à l'abri d'être un jour dans un lit d'hôpital, on se rend compte au niveau des prises, des doigts qui rentrent... le mal qu'ils peuvent provoquer. Je suis particulièrement vigilante sur les prises parce que le patient est là, en première ligne. Il est au cœur de toutes nos actions. Certes, on parle de logique financière, de logique humaine, mais que devient donc le patient ?

### Une intervenante

J'ai 57 ans et infirmière retraitée depuis le 1<sup>er</sup> août. Je suis en bonne santé pour l'instant, je pense que ce n'est pas le cas de toutes mes collègues. Je crois que nous ne sommes pas tous égaux devant la pénibilité. Je me pose des questions : est-ce que la pénibilité est un problème de métier ? Est-ce un problème de poste occupé ? Est-ce que les choses sont aussi pénibles pour un administratif ou un ouvrier ? De ces questions auxquelles on aimerait qu'on nous réponde un jour, parce qu'il y a beaucoup de discussions depuis les négociations sur la retraite. On nous propose de partir plus tôt à la retraite, mais j'ai peur qu'on oublie de parler des conditions de travail parce qu'on nous donne quelques années de plus. Ce serait dommage.

On a oublié aussi de parler des médecins qui sont les dérégulateurs de notre travail. Quand j'ai commencé à travailler à l'âge de 20 ans comme infirmière en orthopédie, il y avait un chirurgien et un anesthésiste. C'était simple à gérer ensemble après le bloc. Depuis quelque temps, on a affaire à quatre chirurgiens, à quatre anesthésistes avec chacun leur façon de voir les choses. Il faut s'acclimater, s'adapter, effectuer des heures supplémentaires, et ne pas manger le midi. Que devient la personne des services administratifs ? Elle est obligée de gérer toutes les nouvelles données, un directeur qui va donner plein d'indications, ou une direction des soins. Je ne mets pas en cause systématiquement tous les directeurs. Je pense qu'on ne se rend pas compte des charges de travail qui s'accumulent pour l'ensemble des gens. Il serait grand temps qu'on en discute.

### Un intervenant

Le 5 juin 2006, nous avons effectué une expérience dans l'hôpital où je travaille et qui compte 13 000 salariés, y compris les médecins pour une journée intitulée *bien-être au travail*. Tout le monde nous est tombé dessus... *Bien-être au travail*, par les temps qui courent, ils se demandaient si on n'était pas tombé sur la tête !

Cette journée était prévue dans un endroit stratégique de l'hôpital de 11 h à 15 h. Elle a duré jusqu'à 19 h 30. On a reçu 660 personnes, y compris l'équipe de direction, y compris un directeur général heureux. L'équipe de direction, composée de plus de femmes que d'hommes, n'a pas hésité



à se faire masser parce qu'elle en avait besoin. Il y avait aussi une équipe de professionnels composée de kinés ou d'infirmières formées pour des massages assis avec le matériel nécessaire. Aux ateliers micro-sieste, on a appris comment prendre dix minutes devant son poste de travail informatique pour se reposer sans que le patron le voit ! On leur a appris plein de trucs bien qu'ils utilisent maintenant.

Tout ce que j'ai entendu aujourd'hui me fait dire que dans les lingerie, dans les unités de production, de cuisine, chez les administratifs, il y a des gens qui souffrent. On a essayé de comprendre pourquoi. Dans cet établissement, l'objectif était de faire la démonstration qu'on apportait un projet à l'équipe de direction qui est partie prenante. Résultat des courses : pas de financement de la part de l'ARH, car sa

priorité était la mobilité interne... Des actions qui fonctionnent, c'est possible ! Je suis depuis 30 ans dans l'hôpital. Après avoir été aide-soignant pendant des années, j'ai repris des études. Aujourd'hui, même s'ils m'appellent ingénieur hospitalier ou qualitatif, je suis quand même proche des gens. Il y a trente ans, des marges de manœuvre existaient, ce que j'appelle pour ma part de l'autonomie dans le travail et dans son contenu. Elle a disparu pour des raisons qu'on connaît. Je les mets sur le compte de la rigidité, que j'appelle le « harcèlement textuel » parce que ce qui prime n'est pas la qualité des soins, mais la sécurité et la responsabilité de l'individu. Les choses sont éclatées, que ce soit avec quatre anesthésistes ou quatre chirurgiens, chacun se préoccupe de sa propre responsabilité. Les collectifs en ont

pris un coup, de même que les équipes. Il serait bon que cela cesse. Les outils de planification des horaires sont une véritable catastrophe. Entre le travail prescrit et le travail réel, il existe un gouffre entre les plannings prévus et la réalité des choses. Des gens sont occupés à mettre des plannings à jour, alors qu'en fin de compte, cela ne représente aucune utilité. Auparavant, les infirmières savaient établir leurs horaires, elles savaient combien de personnes devaient être présentes à telle heure, elles se débrouillaient entre elles : c'était plus efficace et le cadre avait du temps pour autre chose comme gérer les équipes ou monter des projets de soins. Les hôpitaux sont des établissements publics autonomes qui doivent savoir sortir du standard de la conformité et de la réglementation.

Tous les textes et les projets de Gestion prévisionnelle des métiers et compétences (GPMC) ou de Gestion prévisionnelle des emplois et compétences (GPEC) auraient dû être conduits il y a vingt ans. Nous sommes dans cet état de fait. Quand la durée des études d'infirmières est passée de 33 à 36 mois, c'était à ce moment-là qu'il aurait fallu envisager les réformes et prévoir l'évolution, et pas seulement se réveiller lorsque la situation est plus que critique.

Réinventons des marges de manœuvre sociales dans nos établissements. Arrêtons de considérer que la réglementation et les textes sont la réponse à tous nos maux. C'est une erreur.

### Annie Guilone (Jura)

Qui dit T2A dit productivité... Comment fait-on avec de jeunes malades tétraplégiques dans un service de neuro-rhumatologie pour leur donner de l'activité sachant qu'ils restent durant des années ? On ne peut les déplacer nulle part car ils sont trop lourds et que le personnel est réduit à son minimum.

### Eric Pauvret (Jura)

M. Gaillard a évoqué une direction bien-traitante... Les agents reconnus en maladie professionnelle de mon établissement et mis en arrêt maladie pour cette raison voient leur notation suspendue par la direction quand l'arrêt est supérieur à 30 jours. Cela concerne aussi les autres arrêts. Le but recherché est de culpabiliser l'agent pour son absentéisme.

## Conclusion

Gérard Vuidepot, président de la MNH

“ **C**es premiers entretiens auront été et sont un succès. Le vôtre, le nôtre. Je veux remercier tous les intervenants, et en particulier l'animateur, Franck Subiela, qui a travaillé avec nous pour délimiter le sujet et choisir les intervenants. Le choix était judicieux. Grâce aux témoignages et aux expériences, ces entretiens sont un succès sur un sujet d'actualité dont on parle trop peu. Nous nous sommes enrichis. Beaucoup d'idées méritent d'être reprises. Vos questions sont une manifestation et une démonstration de votre intérêt et de votre sensibilité. Nous donnerons l'audience et la communication la plus large possible à ces travaux. Qu'ils puissent inspirer les autorités scientifiques, voire politiques pour qu'elles traitent enfin de la question du vieillissement au travail et aussi de la transmission des compétences acquises. ”



Photos :  
Frédéric Achdou

Réalisation graphique  
**LES ATELIERS *in* EDIT** – Paris

Imprimé en France par IDB

Avril 2009



[www.mnh.fr](http://www.mnh.fr)

Mutuelle nationale des hospitaliers et des professionnels de la santé et du social

La MNH et MNH Prévoyance sont deux mutuelles régies par les dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculées au Registre National des mutuelles sous les numéros 775 606 361 pour la MNH et 484 436 811 pour MNH Prévoyance.