

**travail de nuit et horaires décalés**  
**chez des travailleurs des interventions routières**  
Docteur Gérard LUCAS

Cette communication sur une atteinte à la santé liée au travail de nuit ou horaires décalés, n'est pas issue d'un GAPEP E-pairs et le travail de description du cas clinique et de restitution des discussions ne bénéficie pas directement du cadre élaboré et soutenu par le groupe projet. C'est donc en partie une post rédaction laborieuse.

L'institution concernée est une des 11 Direction Inter-régionale des Routes (DIR) dépendant du Ministère de l'écologie et du Développement Durable (MEDDE) qui, comme vous ne le savez peut être pas, est un assemblage de l'ex ministère de l'environnement et de l'équipement. Les travailleurs de cette institution sont donc des agents de la fonction publique d'état. Les médecins du travail sont des médecin de prévention en contrat avec le ministère chacun pour un département, et dans cette inter-région ils se réunissent au moins deux jours par an et ont pris l'habitude depuis plusieurs années de consacrer une demi journée environ à une analyse de leur pratique à partir de cas cliniques.

Les DIR ont été mises en place en 2007 et ont pour fonction essentielle d'assurer (la réalisation), et l'exploitation des axes routiers non privés à vocation nationale. La DIR commune aux 6 médecins du groupe a en charge environ 800 kilomètres principalement en 2\*2voies, et aussi les 2 périphériques des deux principales métropoles urbaines de l'inter-région.

Chaque médecin suit un district avec 2 à 6 Centres d'exploitation et d'intervention (CEI) qui regroupent en moyenne une vingtaine d'agents, qui constituent un collectif de travail qui se côtoie au quotidien entre agents d'exploitation, chefs d'équipe, contrôleurs.

## **1 Cas A mai 2011**

visite systématique annuelle

homme 58 ans agent exploitation de la route depuis 29 ans, en poste dans un centre d'exploitation et d'intervention des voies rapides et du périphérique d'une métropole.

Il présente des périodes d'insomnie ou d'hyposomnie d'origine non médicamenteuse avec fatigue et irritabilité, alléguée aux semaines de travaux de nuit effectués par 4 nuits consécutives de 10 heures. (parallèlement cette observation a fait l'objet d'une déclaration de maladie à caractère professionnel, dans le cadre des quinzaines MCP, catégorisée par le DCIM10 en G47 ou F 51)

### **Symptômes :**

Plusieurs épisodes de manque de sommeil dans les périodes de travail de nuit et quelques jours suivant la période des 4 nuits. Ressenti d'une fatigue au bout de 3 nuits avec perte de vigilance pendant l'activité les 3ème et 4ème nuit. Inversion de sommeil avec fatigue et irritabilité les 3 à 4 jours suivants.

S'est retrouvé le vendredi ou le jeudi en fin de nuit à plusieurs reprises avec des situations de manque de concentration qui auraient pu être accidentogènes.

### **Facteurs :**

Environ 5 semaines par an de travail de nuit de 20H à 6H00 du lundi soir au vendredi matin.

Comment dort-il ?

- Si W de nuit : dort 5 h les 2 premiers matins, 6H le jeudi matin, tentative de sieste mais n'arrive pas à redormir l'après midi. Inversion du rythme du sommeil le week end qui suit. Dort très mal les nuits du week end. Fatigué encore le lundi et mardi de la semaine qui suit, surtout si c'est une semaine de patrouille du matin de 6H à

13H

- En semaine d'horaire normal ou d'après midi dort 7H30 ou un peu plus
- en horaires du matin 6H30 à 7H00 par nuit avec une sieste parfois (1 ou 2 fois par semaine)

Se plaint de ne plus récupérer comme dans le passé. En 2007 et 2008, ils supportait bien une dizaine de nuits par an, mais à l'époque en rotation de deux nuits consécutives seulement soit en début ou en fin de semaine avec une journée de repos le mercredi. Depuis 2009, cette organisation qui convenait à beaucoup a été remplacée par le regroupement en 4 nuits de dix heures. Cette rigidité de l'organisation du temps de travail a été le résultat d'une négociation entre la direction et les organisations syndicales. Un des éléments de la négociation était de systématiser une journée quinzomadaire de RTT le vendredi de la semaine suivante.

De 2006 à 2008 ils ont fait l'expérience dans leur CEI de la métropole de semaines de 2 nuits/2jours avec repos le mercredi, ce qui convenait pratiquement à tous. Une équipe de 3 à 6 agents assurait les deux premières nuits du lundi et mardi et une autre équipe prenait le relais pour le jeudi et vendredi. Avec seulement deux nuits consécutives, ils récupéraient vite même si le sommeil de la première journée intermédiaire n'avait pas été très important. Ils n'avaient pas d'inversion du rythme du sommeil. L'absence familiale pour 2 nuits et le sommeil pour 1 ou 2 jours dans la semaine pouvait trouver des arrangements. Un des inconvénients étaient pour le centre le trop grand nombre d'agents en repos le mercredi.

Des informations sur les besoins de sommeil ont été proposées depuis plusieurs années. Notamment à partir de 2006 un diaporama et un texte ont été proposés à tous et présentés et discutés par groupe d'une dizaine de façon interactive. A la suite des informations qui avaient été faites sur les rythmes de sommeil, Mr A a suivi les préconisations et pense avoir gagné 1 heure de sommeil de jour en appliquant des règles d'alitement complet et d'isolement phonique et lumineux ; mais il sent que ce n'est pas encore suffisant.

### **Discussion en groupe de pairs « interrégional » fin mai 2011**

A ce type d'atteinte à la santé, d'autres troubles sont observés tels que troubles digestifs, déséquilibre de la nutrition...

Il faut inciter les agents à récupérer correctement le sommeil de jour pour se préserver. Poursuivre les informations et les sensibilisations sur les rythmes de sommeil.

Le travail de nuit n'est pas considéré comme un risque en soi dans le Document Unique de la DIR .

Alerte a déjà été faite près du CHS et de l'assistant en prévention qui considère jusqu'alors que la prise en considération du travail de nuit comme aggravant d'autres tâches physiques suffisait. Et de plus le logiciel (issu du BTP) qui servait au DU ne pourrait pas intégrer le travail de nuit comme poste à risque...

Il est décidé de refaire plus énergiquement cette alerte sur le travail de nuit comme risque en soi d'atteinte à la santé, quelques soient les tâches.

---

### **2 - Mars 2012 visite à sa demande de Mr A**

même tableau, même difficulté à récupérer.

Insomnies hyposomnies et une fatigue ressentie encore plus importante.

Mr A est un agent plutôt en bonne santé selon ses dires et selon les notes de son dossier.

Hypercholestérolémie suivie et canalisée depuis 12 ans 2 fois par an avec son médecin

traitant.

un accident de travail avec 15 jours d'arrêt en 1995 pour une entorse à la cheville.

8 jours d'arrêts de travail en 2004 pour un anévrisme rétinien qu'il fait suivre régulièrement par son ophtalmologiste depuis.

Quelques lombalgies passagères qui n'ont jamais nécessité d'arrêt de travail ni d'exploration.

Des tendinites de l'épaule droite puis du coude droit, encore latentes, déclenchées très probablement par le ramassage des cônes de balisage routiers, mais qu'il ne souhaite pas déclarer en maladie professionnelle, car il « fait avec ».

Rappelle qu'il avait été un de ceux qui il y a dix ans prônait les interventions de nuit pour profiter de l'absence de circulation pour réaliser plus rapidement et plus en sécurité certaines tâches d'entretien de la route. À l'époque il dormait aussi peu, mais récupérait mieux le WE qui suivait et faisait un peu de bravade avec ses collègues.

Puis il y a eu augmentation du nombre de nuits par an qu'il a bien supportées au début surtout que le volontariat était respecté.

**Demande d'un certificat** pour ne pas cumuler plus de deux nuits hebdomadaires consécutives. Un certificat de prescription/ suggestion d'aménagement de poste est rédigé pour sa hiérarchie. « *La succession des travaux de plus de deux nuits consécutives hebdomadaires entraîne une fatigue et des difficultés de récupération difficilement compatible avec l'enchaînement du travail.*

*La limitation à deux nuits de travail par semaine est une recommandation préventive favorable à son état de santé. »*

**Suite.**

Le hiérarchique N+1 me confirme qu'il va prendre en compte aussi ce certificat (un autre agent avait fait la même demande à la fin 2011) mais que ça rend de plus en plus difficile le planning des tâches et des récupérations !

### **Discussion en groupe de pairs mars 2012**

Si on commence à mettre des aménagements de poste avec restrictions sur les nuits, où va t-on s'arrêter ?

Une note sur la pénibilité et les atteintes de la santé par le travail de nuit et en horaires décalés sera de nouveau faite sur le prochain rapport annuel.

Notre médecin référent pour cette DIR (choisi par nous) prépare une nouvelle interpellation de l'assistant en prévention (ancien ACMO) pour mettre en place dans le Document unique de prévention des risques professionnels (DUERP) le travail de nuit et en hiraire décalé comme risque. Il avait fini par acciepter le principe l'an dernier, mais ce n'est toujours pas formalisé.

Relance d'informations écrite et audiovisuelle sur le temps, les rythmes, les phases de sommeil.

**Échanges d'Information** sur le rapport de force dans les négociations, suite à des « enquêtes » de chacun d'entre nous sur le sujet près des administrations et des agents  
La direction régionale de la DIR s'appuie sur la directive Européenne sur le travail de nuit en respectant à la lettre les règles énoncées de récupération, non comme des garantis minimales, mais comme des normes accessibles, et ceci avec l'appui de l'administration centrale nationale.

Sur 27 centres d'intervention de la DIR, une majorité d'entre eux, donc une majorité de représentants syndicaux, bénéficient de forfait maximum de 5 ou 10 nuits par agent, mais très peu sont réellement faites. Les 4 centres périurbains en revanche ont un forfait de 20 nuits que les agents font pratiquement tous. La prime forfaitaire serait au centre de la

négociation, pas la pénibilité du travail de nuit elle même.

Tous les travaux d'entretien (glissières, panneaux, dépendances vertes des chaussées, qui gênent la circulation) sont programmés la nuit pour occuper, rentabiliser les agents. Mais manifestement les arguments de répartition des travaux jours/nuit sur la sécurité et la préservation de la circulation, ne sont pas du tout instruits quant aux possibilités de réalisation à certaines heures de la journée.

Pas d'étude non plus sur les possibilités de séparer les équipes de balisage et mise en place du chantier le soir et de débalisage le matin.

Paradoxalement les 4 centres péri urbains les plus concernés par le travail de nuit auraient un nombre d'agents sous évalué par rapport à la charge de travail (en effet le calcul agent/km ne prend pas en compte l'intensité de la circulation et des interventions)

Le seuil de pénibilité du travail de nuit évoqué est de 220H par an, ce qui ne serait pas atteint par le forfait de 20 nuits.

Des facteurs de pénibilités horaires annexes se surajoutent : les astreintes hivernales (2 à 4 semaines par hiver avec des sorties de 4H à 8H du matin en cas de gel, les astreintes de sécurité 3 à 5 semaines par an, avec des interventions les nuits et le WE. Les patrouilles en horaires alternés du matin 6-13h ou de l'après midi 13H- 20H (5 à 6 semaines par an).

*Le cumul d'horaires atypiques ne devient-il pas lourd* sur le plan de la vie familiale ou de la vie sociale ? Par exemple la présence parentale est ressentie comme aléatoire et elle doit être compensée par la conjointe ; combinaison très difficile si la conjointe est aide soignante ! ou l'investissement dans la vie sociale n'est souvent plus tenable et parfois abandonnée en raison d'une présence trop incertaine (activités associatives, sportives ou culturelles).

Pénibilités autres :

la sollicitation physique aurait beaucoup diminuée, mais elle existe encore : manutentions signalisations (cônes et autres) et entretien des dépendances vertes et bleues (outils manuels et motorisés).

Les procédures de travail de signalisation très synchronisés nécessitant la confiance entre opérateurs.

Le travail en situation de risque routier. (plusieurs dizaines de Flèches Latérales de Rabattement détruites par an sur l'interrégion, un premier mort en 2012)

Le travail en intempéries.

Les temps d'attente....

Une tradition de reconnaissance de pénibilité par un statut qui permettait la retraite à 55 ans, progressivement repoussée à 57 ans, mais que de toute façon les agents ne peuvent plus prendre avant 60 ans pour avoir le taux plein avec leurs annuités vu leur recrutement dans la fonction publique à la trentaine ou presque.

Différence de vécu du travail d'une semaine de nuits suivant le nombre de semaines

Bien vécu comme un investissement « normal » quand les agents font quelques nuits ou une semaine de 4 nuits, même si la récupération moyenne de sommeil est tout aussi insuffisante : l'exception est acceptable, tolérée voire valorisante.

Dès que la fréquence dépasse les 2 semaines de 4 nuits, 70% des agents les ressentent comme particulièrement pénibles et perturbantes. N'est-ce pas la répétition qui devient insupportable, évidemment à partir de niveaux différents pour chaque individu..

Des membres de la hiérarchie administrative ainsi que certains agents, pensent que ce n'est qu'une plainte qui est exacerbée par certains agents et médecins de prévention.

Pour parer à ce déni une réponse consensuelle du groupe se dégage :

- affirmer et réaffirmer l'atteinte à la santé par la répétition des travaux de nuit et d'horaires décalés.
- Protéger les plus atteints par des justifications médicales de retraits partiels des nuits, à leur demande, et en pondérant toutefois sur l'impact collectif et par le risque de discrimination.
- Alerter sur l'augmentation probable des atteintes à la santé avec l'intensification du travail de nuit et avec le vieillissement. L'équité impose-t-elle un égalitarisme inter-âge ?
- Suggérer dans nos rapports annuels et au CHSCT la recherche de réorganisations qui tendent à limiter au maximum le travail de nuit.
- Identifier et tracer tous ces travaux de nuit et en horaires décalés comme des facteurs de pénibilité.

### **Quelques commentaires en guise de conclusion.**

Monsieur A est un représentant emblématique de sa profession plutôt dans les bien portant pour son âge, mais sans doute marqué par son itinéraire professionnel, sans que le degré d'usure ou d'atteinte à la santé puisse être formalisé facilement pour lui. Par exemple il serait difficile de chiffrer une invalidité à 20 ou même 10% pour un départ à la retraite anticipée.

Il apparaît aussi que la compréhension des enjeux de l'organisation du travail pour les conditions de travail nécessite souvent du temps et de la concertation. L'identification des atteintes à la santé, et une restitution efficiente pour l'amélioration des conditions de travail demande encore plus de temps et de recherche de cohérence professionnelle.

Ce qui nous étonne le plus dans ce cas emblématique est la capacité de déni des partenaires sociaux dans leur fonctionnement institutionnel alors que chacun séparément semble avoir pris conscience de ce problème de conditions de travail.

Nous sommes convaincus subjectivement que notre fonctionnement en réseau nous aide mais nous trouvons le résultat assez médiocre ... Faut-il continuer ? Faut-il s'y prendre autrement ?