

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2020

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Externalisation des agents d'entretien et santé au travail

Présentée et soutenue publiquement le 30/09/20 à 18h
au Pôle Formation
par **Sébastien PETIT**

JURY

Président :

Madame le Professeur A. SOBASZEK

Assesseurs :

Monsieur le Professeur F.X. DEVETTER

Madame le Docteur A. LEROYER

Directeur de thèse :

Madame le Professeur S. FANTONI-QUINTON

AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

A.T. :	Accident du travail
C.I.T.P. :	Classification internationale du type des professions
D.A.R.E.S. :	Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques
E.C.F.I. :	European Cleaning and Facility Services Industry
E.M.A.E. :	Examen médical d'aptitude à l'embauche
E.M.A.P. :	Examen médical d'aptitude périodique
I.N.R.S. :	Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles
I.N.S.E.E. :	Institut national de la statistique et des études économiques
M.P. :	Maladie professionnelle
N.A.F. :	Nomenclature d'activités française
P.C.S. :	Nomenclature des Professions et Catégories Socioprofessionnelles
R.Q.T.H. :	Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé
V.I.P.I. :	Visite d'information et de prévention initiale
V.I.P.P. :	Visite d'information et de prévention périodique
S.I.R. :	Suivi individuel renforcé
S.S.T.I.E. :	Service de santé au travail inter-entreprises

Table des matières

1. RESUME	3
2. INTRODUCTION	5
2.1. DEFINIR LE NETTOYAGE	5
2.2. LA POLITIQUE D'EXTERNALISATION ET LE DEVELOPPEMENT DE LA BRANCHE PROPRETE	6
2.3. LES RISQUES PROFESSIONNELS	7
2.4. LE SUIVI DE SANTE AU TRAVAIL	8
2.5. LES CONSEQUENCES SUR LA SANTE.....	11
3. METHODOLOGIE	12
4. RESULTATS	18
4.1. DESCRIPTION DE LA POPULATION ETUDIEE	18
4.2. DESCRIPTION DU MOTIF DE VISITE : TABLEAUX 1, 2A ET 2B.....	19
4.3. SIR SUR L'ANNEE 2017 : TABLEAU 3.....	21
4.4. DESCRIPTION DU LIBELLE DE CONCLUSION : TABLEAUX 4, 5A ET 5B.....	21
4.5. ANALYSES STATISTIQUES.....	23
5. DISCUSSION	25
5.1. UN ETAT DE SANTE PRECAIRE.....	25
5.2. UN MANQUE DE CONSIDERATION	29
5.3. TRAVAILLER JUSQU'AU POINT DE RUPTURE	30
5.4. LES LIMITES DE L'ETUDE	34
6. CONCLUSION	36
7. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	39
8. ANNEXE	41

Préambule

Le secteur du nettoyage est pourvoyeur d'emplois pénibles et non qualifiés.

Le développement de la sous-traitance via l'externalisation de ce service a dégradé les conditions de travail de ces salariés.

De nombreuses études s'intéressent aux pathologies engendrées par l'activité professionnelle du nettoyage, comme par exemple les troubles musculo-squelettiques ou les dermatoses. Ces études s'intéressent aux risques professionnels et à leurs conséquences sur l'état de santé des nettoyeurs dans leur ensemble.

Concernant les conséquences de la politique d'externalisation sur cette catégorie de salariés, nous trouvons de nombreuses revues dans le domaine des sciences économiques et sociales, s'intéressant particulièrement aux données socio-économiques et aux conditions de travail.

Cependant, il y a peu de données dans la littérature traitant des conséquences de la politique d'externalisation sur l'état de santé des agents d'entretien.

Cette problématique fait l'objet de ce travail. Nous avons cherché à évaluer les conséquences de la sous-traitance sur l'état de santé des nettoyeurs, grâce à des indicateurs issus d'un service de santé au travail, afin de mettre en évidence un état de santé plus précaire chez les externalisés.

Nous avons choisi de publier cette étude dans la revue « Sciences Sociales et Santé ».

Cette étude est le résultat d'une collaboration multidisciplinaire, intéressant autant le champ de la santé au travail que celui des sciences économiques et sociales, ce qui répond parfaitement à la politique éditoriale de la revue.

1. RESUME

Depuis quarante ans, l'activité de « nettoyage » est de plus en plus externalisée, modifiant considérablement les conditions de travail des agents d'entretien. Le suivi de santé au travail est réglementairement encadré en France afin de protéger la santé des salariés. L'objectif de l'étude est de mettre en évidence une plus grande vulnérabilité de santé des agents de nettoyage externalisés par rapport aux internalisés.

A partir des données recueillies en service de santé au travail entre 2013 et 2017, nous avons analysé des indicateurs reflétant l'état de santé des nettoyeurs externalisés et internalisés. Les principaux indicateurs concernent les motifs de visites réalisées, la déclaration en suivi individuel renforcé (SIR) pour l'année 2017, ainsi que les conclusions des visites.

Par rapport aux internalisés, nous avons mis en évidence chez les externalisés des différences significatives tant concernant le suivi de santé au travail (avec notamment moins de visites à la demande et moins de préconisations) que concernant l'état de santé (avec plus d'arrêts de travail et de conclusions d'inaptitude).

L'ensemble des résultats concourt à mettre en évidence un état de santé plus précaire chez les nettoyeurs externalisés avec davantage d'inaptitudes et un suivi de santé non optimisé.

For forty years, "cleaning" activity has been increasingly outsourced and has considerably changed the cleaners working conditions. Occupational health follow-up is regulated in France in order to protect employees' health. The aim of the study is to highlight a poorer health status of outsourced cleaners compared to in-house ones.

From data collected in a French occupational health service between 2013 and 2017, we

analyzed indicators reflecting health status of outsourced and in-house cleaners. The main indicators are related to visits reasons, enhanced follow-up declaration for 2017, and visits conclusions.

In comparison with in-house cleaners, we demonstrated among outsourced ones significant differences, both in terms of occupational health follow-up (with fewer on-demand visits and fewer recommendations) and in terms of health status (with more visits after a sick leave and more incapacity conclusions).

The results suggest a more precarious health status among outsourced cleaners with more incapacities and a non-optimised health follow-up.

2. INTRODUCTION

La crise sanitaire a permis de mettre sur le devant de la scène un « métier de l'ombre », aussi nécessaire qu'invisible (1), celui de nettoyeur. Les agents d'entretien ont eu un rôle capital afin de maintenir les activités sociales essentielles, en intervenant notamment dans les hôpitaux, les commerces et les lieux publics. Cependant, contrairement aux soignants, ces professionnels ne bénéficieront pas de la reconnaissance de la société. Cette crise a été le théâtre d'une exposition des nettoyeurs à de nouveaux risques et une intensification des rythmes de travail. Ils ont souvent été contraints de travailler sans protection, et avec des cadences de travail intenses, ce qui a provoqué quelques mouvements de protestations en début de confinement.

Le manque de considération pour ces professionnels lors de ce fléau épidémique, est révélateur d'un problème plus profond qui dépasse largement le cadre de cette crise, et qui nous amène à nous questionner sur les difficultés rencontrées au sein de cette profession. En effet, la politique d'externalisation intense dans ce secteur depuis plusieurs décennies a révélé, dans ce contexte particulier, de nombreuses problématiques, exacerbées en raison de la fermeture temporaire de nombreux sites clients, et la perte de clientèle liée à la fermeture d'entreprises au cours de cette crise, qui ne présagent guère d'amélioration des conditions de travail à court terme.

L'activité professionnelle de nettoyeur étant particulièrement pénible et physique, nous nous sommes demandé à quel point l'externalisation du nettoyage impactait les conditions de travail et la santé de ces salariés, et si cela était objectivable via les données des services de santé au travail.

2.1. *Définir le nettoyage*

L'activité de nettoyage concerne des métiers disparates, N. Benelli citant une « élasticité des tâches aux frontières mal définies » (2). Pour autant, l'analyse des nomenclatures

professionnelles fait apparaître un ensemble assez clair de PCS partageant comme « fonction principale » le nettoyage et l'entretien ménager. C'est sur la base de cette fonction commune et de l'analyse des descriptions détaillées des PCS, que plusieurs auteurs (3) ont identifié les « métiers du nettoyage ». Ceux-ci regroupent : les nettoyeurs (684A), les agents de service (525A à 525D), les aides à domicile, les aides ménagères et les travailleuses familiales (563B), les employés de maison et les personnels de ménage chez des particuliers (563C) (4). Ce regroupement est assez proche de celui que l'on retrouve dans la nomenclature internationale des professions (CITP 911 – agents d'entretien).

Plusieurs lignes de fracture traversent ce groupe : la première sépare les salariés intervenant dans les domiciles (employés de maison et aides à domicile) de ceux intervenant dans les bâtiments publics, industriels ou commerciaux. Au sein de ce second groupe les salariés peuvent relever de trois types d'employeurs différents : employeur public pour les agents de service, employeur privé de la branche de la propreté pour les « nettoyeurs externalisés », et autres employeurs privés pour les « agents de nettoyage internes ». C'est à la comparaison entre ces deux derniers groupes que cet article s'intéresse.

2.2. La politique d'externalisation et le développement de la branche propreté

La branche professionnelle du nettoyage est créée en 1981 avec la signature de la première convention collective nationale. Selon l'INSEE (5), elle représente aujourd'hui plus de 400 000 emplois (dont la moitié dépend d'entreprises de plus de 500 salariés) et un chiffre d'affaires globale de 15 milliards d'euros. Avec un taux de croissance annuel se situant entre 3 et 6%, le secteur est particulièrement dynamique et se nourrit du développement des processus d'externalisation. Ainsi il concentre 76 % des nettoyeurs en 2015, contre 68 % en 2009.

Le durcissement des normes de qualité, ainsi que le besoin des entreprises en matière de nettoyage spécialisé, ont entraîné une professionnalisation rapide du secteur. La concurrence omniprésente et le rythme élevé de passation de marché ont entraîné une baisse du prix de la prestation au détriment des conditions de travail des nettoyeurs (6).

La contractualisation associée à la sous-traitance du nettoyage instaure une relation triangulaire entre le donneur d'ordre, l'entreprise prestataire et le salarié (6), et impose une obligation de résultat à l'entreprise utilisatrice.

L'agent d'entretien est ainsi soumis à deux hiérarchies distinctes qui ont des objectifs différents : d'une part le chef d'équipe de l'entreprise de nettoyage, qui se focalisera sur la satisfaction du client et l'efficacité de la prestation, et d'autre part le responsable de l'entreprise utilisatrice, qui n'a pas forcément les compétences pour évaluer correctement l'activité de nettoyage, et qui ciblera la qualité et le respect des délais (7).

Les articles R 4511-1 et suivants du Code du travail fixent les obligations applicables aux employeurs, et notamment la mise en place de plans de prévention.

2.3. Les risques professionnels

Les risques inhérents au métier d'agent d'entretien, qu'il soit internalisé ou externalisé, dépendent du secteur et des tâches à accomplir. Selon la DARES (8), neuf salariés du nettoyage sur dix sont exposés à au moins un risque physique en 2016.

La pénibilité physique est notamment liée à la position debout prolongée, aux postures pénibles répétées (accroupissement, rotation et sollicitation de la charnière lombaire), et aux ports de charges très fréquents. D'après l'enquête Conditions de Travail 2016 de la DARES (8), la moitié des salariés est exposée aux postures pénibles et 71% au travail répétitif. Cette pénibilité est majorée par le faible niveau d'ergonomie des équipements de nettoyage et la nécessité d'intervenir en milieux confinés. L'utilisation d'équipements vibrants (par exemple des auto-laveuses) sollicite l'appareil locomoteur.

Les risques chimiques se rencontrent essentiellement lors de la manipulation de produits de nettoyage, qui peuvent contenir des ammoniums quaternaires, des produits alcalins ou acides, ou des solvants. Le port d'équipements de protection individuels n'est pas systématique, les produits étant souvent banalisés par analogie avec les tâches domestiques. Selon la DARES (8), 61 % des salariés du nettoyage étaient exposés au risque chimique en 2016. Des résidus de substances chimiques peuvent également être adsorbés aux niveaux des poussières et inhalés lors du nettoyage.

Les risques biologiques sont liés principalement aux micro-organismes et à leurs sécrétions. Ils peuvent être liés à la présence de nuisibles ou de leurs excréments sur le lieu de travail, ou à la manipulation de déchets médicaux, sanitaires ou animaux.

Le bruit, bien que souvent infraliminaire, peut devenir problématique sur la durée avec le cumul des sources. Le risque électrique peut se manifester avec l'utilisation de matériels vétustes et défectueux. Le travail en milieu chaud et humide (par exemple les lavoirs), le changement brusque de température, l'exposition aux intempéries fait également partie des risques potentiels du métier. Les salariés du nettoyage sont davantage confrontés aux mauvaises odeurs et à la saleté que les salariés non-qualifiés (un sur deux, contre quatre sur dix (9)).

La multiplicité et l'éloignement des chantiers augmentent les risques liés aux déplacements, qui bien souvent s'effectuent à des horaires pouvant mettre le salarié en insécurité. Ces contraintes de trajets, associées aux horaires décalés et fractionnés, ainsi qu'aux cadences de travail élevées et au manque de reconnaissance, constituent un groupe de risques psycho-organisationnels particulièrement présent au sein de la profession.

2.4. Le suivi de santé au travail

Les employeurs ont l'obligation de prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer la

sécurité des salariés, et protéger leur santé (article L 4121-1).

La Loi travail d'Août 2016 amène de nombreux changements dans le suivi médical des salariés. Le décret n°2016-1908 publié au JO du 29 décembre redéfinit le suivi médical des salariés à partir du premier Janvier 2017 selon les modalités ci-après détaillées.

En l'absence de risques professionnels particuliers, la première visite médicale est une visite d'information et de prévention initiale (VIPI, remplaçant la visite médicale d'embauche), elle est réalisée au plus tard dans les trois mois suivant la prise de poste. Elle ne consiste plus seulement à vérifier l'aptitude médicale du salarié, mais aussi de l'informer sur les risques éventuels du poste, de le sensibiliser sur la prévention, et de l'informer sur le suivi médical au travail. Pour les travailleurs exposés aux agents biologiques ou aux champs électromagnétiques, elle se fera avant la prise de poste. Elle peut être réalisée par le médecin du travail, mais désormais également par un professionnel de santé au travail (infirmier, interne ou médecin collaborateur). La visite initiale de prévention donne lieu à une attestation de suivi.

En cas de changement d'employeur, il n'est pas nécessaire qu'elle soit renouvelée si le travailleur occupe un poste identique avec des risques d'expositions équivalents depuis moins de 5 ans (Ce délai était de 2 ans pour la visite d'embauche avant le passage de la loi Travail).

La visite d'information et de prévention périodique VIPP a lieu au maximum tous les cinq ans. Le professionnel de santé pourra orienter le travailleur vers le médecin du travail s'il l'estime nécessaire.

Le suivi individuel adapté concerne les travailleurs de nuit, les travailleurs handicapés et en invalidité, les femmes enceintes et les travailleurs de moins de 18 ans. La visite est réalisée avant la prise de poste, et la périodicité maximale est de 3 ans.

La périodicité des visites peut être modulée par le médecin du travail.

Le suivi individuel renforcé (SIR), remplaçant la surveillance médicale renforcée, concerne les travailleurs exposés à certains risques professionnels, comme par exemple la conduite d'engins de manutention et de levage nécessitant une autorisation, l'exposition aux cancérogènes, le montage/démontage d'échafaudages, la manutention manuelle de plus de 55 kg.... L'employeur peut compléter cette liste s'il le juge nécessaire. Seul le médecin du travail peut effectuer l'examen médical d'aptitude à l'embauche. Il n'est pas nécessaire si le précédent examen, pour un poste identique et des risques d'expositions équivalents, date de moins de 2 ans. C'est le médecin du travail qui détermine la périodicité du suivi périodique, qui ne peut dépasser une périodicité de 4 ans. Une visite intermédiaire est réalisée au plus tard 2 ans après par un professionnel de santé.

La visite de pré-reprise permet de favoriser le maintien dans l'emploi des travailleurs en arrêt de travail de plus de 3 mois. Elle est réalisée par le médecin du travail à l'initiative du travailleur, du médecin traitant, ou du médecin de la sécurité sociale.

La visite de reprise est effectuée par le médecin du travail après un congé maternité, une absence pour cause de maladie professionnelle, ou pour arrêt de plus de 30 jours pour accident du travail ou maladie. C'est l'employeur qui organise la visite de reprise au plus tard dans un délai de huit jours suivant la reprise.

Les visites à la demande du travailleur, de l'employeur ou du médecin du travail, ont pour vocation le maintien en emploi, un accompagnement personnalisé ou l'anticipation d'un risque d'inaptitude.

La procédure d'inaptitude au travail, si aucun aménagement du poste n'est possible, et lorsque l'état de santé du salarié est incompatible avec son poste de travail, peut se faire en une ou deux visites médicales, et nécessite au moins un examen médical, la réalisation d'une étude de poste, et un échange entre le médecin du travail et l'employeur concernant les capacités restantes du travailleur en vue d'un éventuel reclassement.

2.5. *Les conséquences sur la santé*

Nous nous sommes demandés à quel point la politique d'externalisation impactait la santé de ces salariés, et si les indicateurs disponibles dans les services de santé au travail (loin d'être exhaustifs) pourraient nous renseigner sur les conséquences de l'externalisation sur la santé des nettoyeurs.

3. METHODOLOGIE

L'objectif principal de notre étude est de comparer certains indicateurs de santé disponibles dans les dossiers de santé au travail concernant des nettoyeurs externalisés et internalisés, et mettre en évidence une vulnérabilité plus grande des agents de nettoyage externalisés.

Les objectifs secondaires sont d'analyser la situation de santé des agents de nettoyage externalisés, de la comparer à celle de la population générale, d'émettre des hypothèses explicatives des éventuelles différences observées, de proposer des éléments pouvant contribuer à améliorer la prévention des risques professionnels et des conditions de travail, et de réfléchir aux avantages/inconvénients de l'externalisation.

Dans ce but nous avons mobilisé une méthodologie essentiellement quantitative.

Cependant, afin d'affiner certaines hypothèses, nous avons également mené plusieurs entretiens exploratoires auprès de trois nettoyeurs externalisés (dont deux ayant connu un passage de l'externalisation vers l'internalisation au cours de leur carrière), d'un responsable du service technique d'une industrie pharmaceutique, ainsi qu'avec trois médecins du travail de service inter-entreprises. Certains extraits d'entretiens sont mobilisés afin d'illustrer certains résultats issus des analyses des données quantitatives.

En Février 2019, une demande d'extraction de base de données ciblant les agents de nettoyage externalisés a été faite à quatre services de santé au travail interentreprises des Hauts-de-France : A.S.T.I.L.62 (L'Association Santé Travail Inter-entreprises Littoral de la Côte d'Opale), A.S.T.A.V. (Association de Santé au Travail de l'Arrondissement de Valenciennes), S.I.M.U.P (Service Interprofessionnel de Santé au Travail Métropole Nord – Vallée de la Lys), et P.S.T (Pôle santé travail métropole Nord).

Cette première demande d'extraction ciblait les salariés des entreprises de nettoyage via la nomenclature des professions et catégories socio-professionnelles (C.S.P.) avec une

sélection, d'une part, par la nomenclature d'activités française (N.A.F.) des entreprises de nettoyage : 81.21Z, 81.22Z, et 81.29, et d'autre part, par la classification internationale du type des professions (C.I.T.P.) : 911 (9111, 9112 : Aides de ménage et agents d'entretien à domicile et dans les hôtels et bureaux).

La demande d'extraction concernait les données suivantes :

L'établissement en cours, la catégorie socio-professionnelle, le numéro d'identifiant, l'emploi déclaré, le motif de la visite, l'année de la visite, la conclusion des visites, les incapacités (invalidités et reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé RQTH).

Deux services interentreprises n'ont pas répondu favorablement. Le service A.S.T.I.L.62 regrettait la trop grande quantité de données non informatisées à compiler. Pour le service S.I.M.U.P. la demande n'a pas abouti.

Les services A.S.T.A.V. et P.S.T. ont répondu favorablement. Les données de l'A.S.T.A.V. n'ont pas été exploitées car elles étaient moins nombreuses et non homogènes avec celles de P.S.T.

Le service P.S.T. a fourni en Mai 2019 l'extraction d'une base de données intégrant les années de 2013 à 2017, incluant 28818 entrées, avec les données suivantes :

L'année, le numéro d'entreprise, le nom d'adhérent, le code NAF et PCS, l'emploi déclaré, le motif de la visite, la conclusion, le numéro de visite, et le numéro de salarié.

Afin d'obtenir une autre base de données ciblant cette fois ci les agents de nettoyage internalisés, une seconde demande d'extraction a été faite au service P.S.T., sur la même période, en incluant les mêmes catégories de données, mais avec une sélection de la C.S.P. via la nomenclature des Professions et Catégories Socioprofessionnelles (P.C.S.) : 684A (Nettoyeurs), en excluant les entreprises de nettoyage via les codes N.A.F. 81.21Z, 81.22Z, et 81.29. La réponse a été favorable en Juillet 2019 avec une base de données de

3985 entrées.

Les deux bases de données présentaient des erreurs de saisie, avec de nombreuses variantes orthographiques concernant la dénomination de l'emploi et de la conclusion, ainsi que des erreurs concernant la saisie de la catégorie P.C.S. des nettoyeurs externalisés (nombreuses données manquantes ou erronées).

Une sous-sélection d'agent de nettoyage a été opérée sur les deux bases de données via une dénomination d'emploi commune, sur un critère sémantique incluant les variantes orthographiques, et ne laissant aucune ambiguïté quant à la fonction d'agent de nettoyage. Les emplois « multifonctions » incluant les activités autres que le nettoyage n'ont pas été retenus (par exemple gardien d'immeuble), ainsi que les emplois d'encadrement déconnectés du travail de terrain (l'emploi « chef d'équipe » a été conservé mais pas « chef de secteur » par exemple). Cette liste de 27 dénominations d'emploi et leurs variantes ont permis de sélectionner 21741 entrées chez les externalisés et 1930 chez les internalisés.

Du fait de la méthode d'extraction des données, les conclusions de visites donnant lieu à des recommandations, des réserves ou des mesures d'adaptation de poste pouvant apparaître en plusieurs lignes (pour un même salarié, une même année et une même visite), elles ont toutes été regroupées et recodées en une seule entrée dans la catégorie préconisations (par exemple, une même visite pouvait avoir quatre entrées au niveau de la conclusion : « apte », « pas de port de charge » « pas de travail isolé » et « port de chaussures obligatoires », l'ensemble était recodé en une ligne « préconisations »).

Les lignes supplémentaires non informatives pour l'étude ont été supprimées (par exemple « apte » suivi de « pas de contre-indication »).

Ce qui a permis d'obtenir 20574 entrées chez les externalisés et 1808 entrées chez les internalisés.

Une conclusion d'inaptitude peut se faire en une ou plusieurs visites d'inaptitude. Toutes les visites d'inaptitude ont été comptabilisées. Cependant, un tri a été effectué au niveau de la conclusion afin de ne garder qu'une seule conclusion par procédure d'inaptitude, en considérant qu'un salarié ne bénéficie en pratique que d'une procédure d'inaptitude par année et par entreprise. Par contre, pour un salarié, et dans une même année, si plusieurs conclusions d'inaptitude concernaient des entreprises différentes, elles ont été comptabilisées.

Un regroupement des variables a ensuite été effectué. Concernant le motif de visite, cinq catégories ont été définies :

- Visites à la demande : « à la demande de l'employeur », « à la demande du salarié », ou « à la demande du médecin du travail ». Sont également inclus dans cette catégorie : « actes sans visite », « actes spécifiques », « à ne pas reconvoquer », « changement de poste », « occurrence autre », « urgence », et « supplémentaire ».
- Visites en lien avec un arrêt de travail : visites de reprise après un congé maternité, un arrêt maladie, un accident de travail, ou une maladie professionnelle.

Le libellé de la visite pouvait parfois être associé à un autre motif de visite, par exemple « reprise arrêt maladie + périodique », mais dans ce cas une seule visite était comptabilisée dans cette catégorie et l'on privilégiait le motif « reprise ».

Sont également incluses dans cette catégorie les visites de pré-reprise : visites à la demande du médecin conseil, du médecin traitant ou du salarié. Regrouper ces deux types de visites qui n'ont pas le même statut réglementaire nous a permis, au regard de notre hypothèse, d'avoir le nombre de visites en rapport avec un arrêt de travail (pendant et/ou au retour de).

- Visites périodiques : « Visites périodiques », « visites d'information et de prévention périodique », « visites intermédiaires », « examen médical d'aptitude périodique »

E.M.A.P », « entretien infirmier intercurrent », « entretien infirmier spécifique »,
« périodique ».

- Visites initiales : « Visites initiales », « visites d'information et de prévention initiales »,
« examen médical d'aptitude à l'embauche E.M.A.E », « visites d'embauche »,
« embauche + occurrence autre », « embauche hors délais ».

- Visites d'inaptitude : « première et deuxième visites d'inaptitude », « deuxième visite ».

Concernant la conclusion, cinq catégories ont également été définies :

- Apte : « Apte », « compatibilité santé/poste », « l'état de santé est compatible avec ».

- Préconisations : « Aménagement du poste », « apte avec aménagement du poste »,
« apte avec restrictions », « apte avec restrictions temporaires », « pas de port de
charges », « compatibilité avec aménagement », « compatibilité avec restrictions »,
« préconisations », « rythme de travail allégé », « temps partiel thérapeutique ».

- Inaptitude : « Inapte », « inapte à tous les postes », « inapte au poste », « inapte au
poste apte à un autre », « inaptitude confirmée 2ème visite », « inaptitude en un seul
examen », « incompatibilité définitive », « inaptitude à prévoir 1ère visite ».

- Incompatibilité temporaire : « Incompatibilité temporaire », « incompatibilité temporaire
pour la fonction », « dans l'attente de résultats d'examens ».

- Non renseigné : « * »

Afin de déterminer le nombre de déclaration de salariés en suivi renforcé suite au
changement de réglementation en 2017, une nouvelle variable SIR a été créée,
concernant uniquement l'année 2017 (et donc postérieurement au changement de la Loi
de 2016) :

- Suivi renforcé : E.M.A.E., E.M.A.P.

- Suivi simple : V.I.P.I., V.I.P.P.

Les variables qualitatives ont été décrites par les effectifs et pourcentages de chaque modalité. Les analyses bivariées ont été réalisées à l'aide du test du Chi-deux. Les tests statistiques ont tous été effectués avec un risque de première espèce bilatéral de 5%. Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel SAS (SAS Institute Inc Cary, NC 25513, version 9.4).

4. RESULTATS

4.1. *Description de la population étudiée*

L'étude porte sur la période 2013 à 2017 sur 12157 salariés vus dans le SST, dont 11092 chez les externalisés (90.08%), et 1221 chez les internalisés (9.92%), avec 156 salariés communs aux deux bases (liés à un probable cumul d'emplois à temps partiel).

Le nombre de salariés varie en fonction des années de 3090 à 3732 chez les externalisés, et de 148 à 671 chez les internalisés.

Il y a 418 entreprises différentes chez les externalisés, et 981 chez les internalisés (correspondant au nombre d'entreprises avec un numéro d'adhérent différent).

Le nombre de visites concernant les nettoyeurs représente en moyenne 2.23% des visites annuelles du SSTIE PST et 0.55% des salariés vus annuellement par le service.

L'ensemble des nettoyeurs cumulent 22382 visites, avec 20574 visites pour les externalisés (91.92%) et 1808 visites pour les internalisés (8.08%), ce qui représente, chez les externalisés, un nombre moyen de visites annuelles variant entre 3793 et 4468 (avec une augmentation progressive de 2013 à 2016 puis une diminution en 2017 (3733)) et chez les internalisés, l'augmentation est croissante de 2013 à 2017 passant de 165 à 835 visites annuelles en moyenne.

Pour les deux groupes, la médiane est d'une visite annuelle par salarié. Un même salarié peut cumuler jusqu'à 17 visites par an chez les externalisés et 13 chez les internalisés (tous motifs confondus), la moyenne de l'ensemble étant de 2 visites par an et par salarié.

Par rapport à l'ensemble des visites des agents d'entretien internalisés et externalisés, le pourcentage de visites concernant les nettoyeurs externalisés est de 95.83% en 2013, reste stable sur les 4 premières années, puis passe à 81.65% en 2017, modification que nous attribuons en grande partie à la transition liée au passage de la loi Travail, avec

notamment une modification du suivi des salariés.

4.2. *Description du motif de visite : tableaux 1, 2a et 2b*

Concernant l'ensemble des nettoyeurs il y a un maximum de 11 visites par salarié concernant un même motif, correspondant aux visites en lien avec un arrêt de travail.

Chez les externalisés (tableau 2a), les visites à la demande représentent 9% des visites, elles augmentent progressivement passant de 8.70% des visites de l'année 2013 à 10.63% en 2017, avec une inflexion en 2015 (7.85%). Les visites en lien avec un arrêt de travail représentent 20.90% des visites, avec une augmentation en 2017 (25.82%). Les visites périodiques représentent 32.12% des visites, avec une franche diminution depuis 2015, passant de 36.67% à 23.33% en 2017. Les visites initiales représentent 35.67% des visites, passant de 32.74% en 2013 à 38.98% en 2017. Les visites pour inaptitude représentent 2.32% des visites, avec un maximum en 2013 à 3.11% et un minimum en 2017 à 1.23%.

Chez les internalisés (tableau 2b), les visites à la demande représentent 14.49% des visites, avec un maximum en 2017 à 16.81%. Les visites en lien avec un arrêt de travail représentent 20.24% des visites. Les visites périodiques représentent 32.69% des visites, avec une diminution depuis 2014, passant de 42.44% à 27.65% des visites en 2017. Les visites initiales représentent 31.31% des visites. Les visites pour inaptitude représentent 1.27% des visites, avec un maximum en 2015 à 3.91% et un minimum en 2017 à 0.36% (concomitamment à une forte augmentation du nombre de visites totales, passant de 281 en 2015 à 831 en 2017).

Tableau 1 : Nombre total de visites selon le motif

MOTIF DE VISITE	Total	groupe	
		Externalisés	Internalisés
Visites à la demande	2113 (9,44%)	1851 (9.0%)	262 (14.49%)
V. en lien avec arrêt de travail	4665 (20,84%)	4299 (20.90%)	366 (20.24%)
Visites périodiques	7200 (32,17%)	6609 (32.12%)	591 (32.69%)
Visites initiales	7904 (35,31%)	7338 (35.67%)	566 (31.31%)
Visites pour inaptitude	500 (2,23%)	477 (2.32%)	23 (1.27%)
TOTAL	22382 (100%)	20574 (100%)	1808 (100%)

Entre parenthèses : pourcentage de visites par groupe

Tableaux 2a et 2b : Nombre de visites par année et par groupe selon le motif

MOTIF DE VISITE	Externalisés				
	2013	2014	2015	2016	2017
Visites à la demande	330 (8.70%)	368 (8.91%)	349 (7.85%)	407 (9.11%)	397 (10.63%)
V. en lien avec un arrêt de travail	756 (19.93%)	773 (18.71%)	854 (19.20%)	952 (21.31%)	964 (25.82%)
Visites périodiques	1347 (35.51%)	1447 (35.02%)	1631 (36.67%)	1313 (29.39%)	871 (23.33%)
Visites initiales	1242 (32.74%)	1463 (35.41%)	1507 (33.88%)	1671 (37.40%)	1455 (38.98%)
Visites pour inaptitude	118 (3.11%)	81 (1.96%)	107 (2.41%)	125 (2.80%)	46 (1.23%)
TOTAL	3793 (100%)	4132 (100%)	4448 (100%)	4468 (100%)	3733 (100%)

	internalisés				
MOTIF DE VISITE	2013	2014	2015	2016	2017
Visites à la demande	24 (14.55%)	20 (9.76%)	32 (11.39%)	45 (14.15%)	141 (16.81%)
V. en lien avec un arrêt de travail	28 (16.97%)	44 (21.46%)	65 (23.13%)	41 (12.89%)	188 (22.41%)
Visites périodiques	58 (35.15%)	87 (42.44%)	102 (36.30%)	112 (35.22%)	232 (27.65%)
Visites initiales	53 (32.12%)	52 (25.37%)	71 (25.27%)	115 (36.16%)	275 (32.78%)
Visites pour inaptitude	2 (1.21%)	2 (0.98%)	11 (3.91%)	5 (1.57%)	3 (0.36%)
TOTAL	165 (100%)	205 (100%)	281 (100%)	318 (100%)	839 (100%)

Entre parenthèses: pourcentage de visites par année

4.3. SIR sur l'année 2017 : tableau 3

En 2017, il y a 4.59% de déclaration en SIR chez les nettoyeurs externalisés et 12.11% chez les internalisés. Sur l'ensemble des nettoyeurs de la base déclarés en SIR en 2017, les externalisés représentent 6.01%.

Tableau 3 : Nombre de déclarations de suivi pour 2017

2017	groupe	
Suivi	Externalisés	Internalisés
Renforcé	94 (4.59%)	54 (12.11%)
Simple	1953 (95.40%)	392 (87.89%)
TOTAL	2047 (100%)	446 (100%)

Entre parenthèses : Pourcentage de déclarations de suivi par groupe

4.4. Description du libellé de conclusion : tableaux 4, 5a et 5b

Concernant l'ensemble des nettoyeurs, il y a un maximum de 15 visites par libellé de conclusion et par salarié (concernant des préconisations). La moyenne est d'une visite par

conclusion sauf pour les préconisations où elle est de 2.

Il y a 430 occurrences manquantes dans les conclusions correspondant au tri sur les conclusions d'inaptitude pour éviter les redondances.

Concernant les externalisés, la conclusion d'aptitude représente 62.59%, avec une franche diminution en 2017 : 28.44%. Les préconisations représentent 30.33%, avec une franche augmentation en 2017 : 55.17%. L'inaptitude représente 3.55% des motifs de conclusion avec une augmentation constante et progressive, passant de 3.04% en 2013 à 4.21% en 2017. L'incompatibilité temporaire représente 1.69% des motifs de conclusion. Les conclusions « non renseignées » représentent 1.84%.

Concernant les internalisés, la conclusion d'aptitude représente 46.09%, avec une franche diminution en 2017 : 29.03%. Les préconisations représentent 44.57%, avec une franche augmentation en 2017 : 57.47%. L'inaptitude représente 2.80% avec une augmentation constante et progressive, passant de 1.22% en 2013 à 2.75% en 2017. L'incompatibilité temporaire représente 2.46% des motifs de conclusion. Les conclusions « non renseignées » représentent 4.08%.

Tableau 4 : Nombre total de conclusions selon le libellé

CONCLUSION	Total	groupe	
		Externalisés	Internalisés
Apte	13433 (61,25%)	12609 (62.59%)	824 (46.09%)
Préconisations	6906 (31,49%)	6109 (30.33%)	797 (44.57%)
inaptitude	765 (3,49%)	715 (3.55%)	50 (2.80%)
incompatibilité temporaire	384 (1,75%)	340 (1.69%)	44 (2.46%)
non renseigné	444 (2,02%)	371 (1.84%)	73 (4.08%)
TOTAL	21932 (100%)	20144 (100%)	1788 (100%)

Entre parenthèses : pourcentage de conclusions par groupe

Tableaux 5a et 5b : Nombre de conclusions par année et par groupe

		Externalisés				
CONCLUSION	2013	2014	2015	2016	2017	
Apte	2748 (73.93%)	2832 (69.91%)	3024 (69.61%)	2957 (68.02%)	1048 (28.44%)	
Préconisations	794 (21.36%)	1049 (25.89%)	1109 (25.53%)	1124 (25.86%)	2033 (55.17%)	
inaptitude	113 (3.04%)	125 (3.09%)	145 (3.34%)	177 (4.07%)	155 (4.21%)	
incompatibilité temporaire	62 (1.67%)	45 (1.11%)	66 (1.52%)	89 (2.05%)	78 (2.12%)	
non renseigné	0	0	0	0	371 (10.07%)	
TOTAL	3717 (100%)	4051 (100%)	4344 (100%)	4347 (100%)	3685 (100%)	

		Internalisés				
CONCLUSION	2013	2014	2015	2016	2017	
Apte	118 (71.95%)	129 (63.55%)	135 (49.63%)	199 (63.78%)	243 (29.03%)	
Préconisations	43 (26.22%)	64 (31.53%)	111 (40.81%)	98 (31.41%)	481 (57.47%)	
inaptitude	2 (1.22%)	5 (2.46%)	13 (4.78%)	7 (2.24%)	23 (2.75%)	
incompatibilité temporaire	1 (0.61%)	5 (2.46%)	13 (4.78%)	8 (2.56%)	17 (2.03%)	
non renseigné	0	0	0	0	73 (8.72%)	
TOTAL	164 (100%)	203 (100%)	272 (100%)	312 (100%)	837 (100%)	

Entre parenthèses: pourcentage de conclusions par année

4.5. Analyses statistiques

Sur l'ensemble des 5 années, Il y a significativement moins de visites à la demande chez les externalisés par rapport aux internalisés (9% vs 14.49%, $p < 0.0001$). Il y a également plus de visites initiales (35.67% vs 31.31%, $p < 0.0001$), plus de visites d'inaptitude (2.32%

vs 1.27%, $p < 0.001$), légèrement plus de visites en lien avec un arrêt de travail (20.9% vs 20,24%, $p < 0.0001$), et légèrement moins de visites périodiques (32.12% vs 32.69%, $p < 0.0001$).

Sur cette même période, il y a significativement plus de conclusions d'aptitude chez les externalisés par rapport aux internalisés (62.59% vs 46.09%, $p < 0.0001$), Il y a également moins de préconisations (30.33% vs 44.57%, $p < 0.0001$), plus de conclusions d'inaptitude (3.55% vs 2.80%, $p < 0.0001$), et moins de conclusions d'incompatibilité temporaire (1.69% vs 2.46%, $p < 0.0001$).

Pour l'année 2017, il y a significativement moins de déclarations en SIR chez les externalisés par rapport aux internalisés (4.59% vs 12.11%, $p < 0.0001$).

Il y a un effet temps statistiquement significatif ($p < 0.001$) entre chacune des années.

5. DISCUSSION

A partir des données recueillies en service de santé au travail sur une période de 5 ans, nous avons pu identifier une série d'indicateurs reflétant l'état de santé au travail des nettoyeurs externalisés et internalisés, afin de mettre en évidence une plus grande vulnérabilité des agents de nettoyage externalisés. Les principaux indicateurs concernent les différentes visites réalisées, le nombre de déclaration en SIR pour l'année 2017, ainsi que les libellés des conclusions de visites.

Sur l'ensemble de la période, et par rapport aux internalisés, les analyses statistiques font apparaître chez les externalisés des différences significatives au niveau du suivi de santé au travail, avec notamment moins de visites à la demande, moins de préconisations, et moins de déclarations en SIR pour 2017, et également au niveau de l'état de santé, avec plus de visites en lien avec un arrêt de travail et plus de conclusions d'inaptitude.

5.1. *Un état de santé précaire*

La population des nettoyeurs est à forte propension d'immigrés : 20 % de salariés sont de nationalité étrangère selon Enquête emploi de la DARES 2016 (8), contre 16% pour les métiers non qualifiés, et 9% pour l'ensemble des salariés. Ils sont majoritairement originaires d'Afrique noire et du Maghreb, mais également issus de l'immigration européenne. L'analphabétisme est surreprésenté dans cette population migrante, seul un nettoyeur sur deux est capable de lire un texte en Français correctement selon une enquête INRS (10). Face à ces obstacles de communications, isolé sur un chantier, le salarié externalisé aura des difficultés à appréhender les opportunités de suivi de santé au travail qui s'offrent à lui en cas de nécessité. De plus, ce qui revient de façon récurrente lors des entretiens, est l'amalgame fait à tort par les agents d'entretien entre la médecine du travail et l'inspection du travail, ainsi que les liens supposés possibles avec la direction de l'entreprise ou les services d'immigration (11).

Le nombre de visites à la demande réalisées est inférieur chez les nettoyeurs externalisés (9%) par rapport aux internalisés (15%). Cette différence peut être expliquée en partie par une méconnaissance du système de santé au travail en France mais surtout à la plus grande précarité des externalisés qui ne veulent pas voir le médecin du travail en dehors des obligations réglementaires par peur soit des restrictions, soit des inaptitudes, soit d'une stigmatisation auprès de l'employeur.

L'absence de temps pour se rendre aux visites non réglementaires posent également problème pour le suivi en santé au travail : même si la plupart des contrats sont à temps partiels (53% des postes en 2016, vs 25% pour les emplois non qualifiés) (11), la majorité des nettoyeurs cumule plusieurs contrats, avec des horaires décalés et fractionnés (19% vs 12% pour les emplois non qualifiés selon la DARES(9)), et un morcellement des horaires de travail (tranches 6h-9h et 18h-21h). La multiplicité des chantiers augmente de facto les temps de trajet. La profession est essentiellement féminisée (8 emplois du nettoyage sur 10 en 2016, source INSEE (4)). Les contraintes familiales comme la gestion des enfants (14% de familles monoparentales vs 9% pour les ouvriers non qualifiés, et 26% ont au moins 3 enfants vs 19% (11)), ou des tâches ménagères, majoritairement dévolues à la femme dans la cellule familiale, sont autant d'obstacles s'opposant à la disponibilité des nettoyeurs pour le suivi en médecine du travail. De plus, ce type de visite n'étant pas réglementairement obligatoire, ces salariés deviennent parfois invisibles pour le médecin du travail, quels que soient leurs problèmes de santé.

Selon les syndicats, il pourrait y avoir jusqu'à un tiers de sans papier sur les chantiers. Le turn-over est important dans le secteur, la moitié des salariés ayant moins de 5 ans d'expérience dans le secteur selon l'enquête de Branche 2017 (12). De plus, les nettoyeurs ont possiblement connu des périodes de travail non déclarées. La volonté de ne pas se faire remarquer prime alors sur le suivi de santé, d'autant plus que la majorité du recrutement se fait par cooptation (13) au sein du secteur. Un suivi en médecine du

travail pourrait alors être perçu comme un signe de faiblesse. Cette raison explique également le fait que l'on retrouve beaucoup moins de préconisations chez les externalisés (30.33% vs 44.57%), qui, dans ce contexte, seraient mal accueillies par les salariés. Cette volonté de ne pas être stigmatisé par des préconisations du médecin de travail est primordiale dans un secteur concurrentiel où la valeur ajoutée repose sur la force de travail. Devant le faible niveau de rémunération (un travailleur pauvre sur six est agent d'entretien (9)), un revenu « suffisant » nécessite, outre le cumul de contrats, l'octroi d'heures supplémentaires (7). Cette pratique, alimentée par l'importance des temps partiels et des bas salaires, permet d'augmenter la flexibilité et la collaboration des agents. L'attribution de préconisations pourrait pénaliser le nettoyeur dans ce système de mise en compétition des salariés.

De plus, devant la multiplicité des chantiers et la variabilité des tâches, les préconisations sont difficilement généralisables ou adaptées. Les études de postes, qui permettraient d'adapter les préconisations et le poste de travail, sont également difficilement réalisables faute d'une disponibilité suffisante de l'équipe de santé au travail. Les externalisés rapportent moins de visites du médecin du travail au sein de leur unité de travail au cours des 12 derniers mois (8% vs 14% pour les internalisés (9)).

Un médecin du travail nous rapporte : « *Je suis beaucoup moins à l'aise pour mettre des préconisations aux salariés externalisés, je suis obligé de rester peu spécifique [...] bien souvent je me contente juste de limiter le port de charges [...] chez les internalisés je suis beaucoup plus précise, car je connais bien l'environnement et le matériel utilisé* ».

Face à l'ensemble de ces contraintes, et dans un secteur où il est mal venu de se plaindre, les nettoyeurs externalisés ont tendance à minimiser les risques et les effets sur leur santé. Ils seront plus enclins à changer d'employeurs - l'arrêt de travail étant trop pénalisant - afin d'espérer trouver des chantiers plus adaptés à leurs conditions de santé, plutôt que de perdre leur valeur sur le marché de l'emploi et de se précariser encore plus.

Cette logique peut également expliquer le nombre de visites initiales plus important chez les externalisés (35,7% vs 31.3% chez les internalisés). Comme nous l'avons vu précédemment, l'externalisation a conduit à proposer aux nettoyeurs des contrats à temps partiels, les poussant à cumuler les contrats et les employeurs, et à accumuler les heures supplémentaires. De plus, il résulte du turn-over important dans le secteur, liés aux conditions de travail précaires, un plus grand nombre de visites d'embauche.

L'absence de communication entre les différentes entreprises du secteur, et l'absence de transmission du dossier de santé au travail, empêche l'application de l'article R. 4624-15 de la loi travail, dispensant de la visite d'embauche en cas de changement d'employeur alors que le poste de travail est comparable.

Le nombre de visites initiales chez les externalisés est probablement minoré par la reprise des salariés lors des transferts de chantiers prévus par l'article 7 de la convention collective. Ces transferts représentent 9% des embauches et sont assimilables à des mutations (12).

Afin de situer l'état de santé des nettoyeurs externalisés face aux autres salariés, en se basant sur les rapports d'activité du service inter-entreprises, et même si toutes les données ne sont pas disponibles sur l'ensemble des 5 années, on observe moins de visites à la demande (9%) chez les externalisés par rapport à l'ensemble des autres salariés (10.8%), il y a plus de visites en lien avec un arrêt de travail : 20.9% chez les nettoyeurs externalisés versus 16% en moyenne chez les salariés, il y a plus de conclusions d'inaptitude : 3.55% chez les externalisés comparativement à un intervalle allant de 1.8% à 2.3% sur les 5 années pour les salariés. L'ensemble de ces éléments concourt à montrer que ces agents d'entretien ont un état de santé au travail plus précaire que les autres salariés.

5.2. *Un manque de considération*

Nous observons légèrement moins de visites périodiques (32.12% vs 32.69%) chez les externalisés par rapport aux internalisés.

Le turn-over important, la multiplicité des employeurs, le cumul d'emplois à temps partiels concourent à une complexification du parcours professionnels de santé, induisant *in fine* un suivi de santé déficient, avec des visites périodiques, pourtant obligatoires, qui ne se font pas. La création d'un passeport santé et sécurité prévue dans la convention collective du nettoyage n'est pas effective. L'ensemble de ces éléments reflète une certaine négligence à l'égard de cette population.

Selon la DARES (8), en 2016, 29 % des salariés du nettoyage en entreprise se sentaient ignorés au cours de leur activité professionnelle, soit deux fois plus que l'ensemble des emplois non qualifiés.

Les nettoyeurs sont confrontés au même risque que les salariés des entreprises utilisatrices, mais pourtant ils ne bénéficient pas de la même protection face aux risques professionnels.

Cette négligence s'infiltré également au niveau de l'obligation de sécurité de l'employeur vis-à-vis de ses salariés, et se manifestent au niveau du nombre de déclaration en SIR pour l'année 2017 : il y a nettement moins de déclarations en SIR chez les externalisés par rapport aux internalisés (4.59% vs 12.11%). Ces chiffres pouvant être expliqués par une sous-déclaration des risques réels professionnels, par un manque de coopération entre l'entreprise utilisatrice et prestataire, ou simplement par la négligence à l'égard de cette population.

Le nombre de SIR plus faible concourt aussi à un nombre de visites périodiques légèrement diminué chez les externalisés.

Parmi les indicateurs que nous avons déjà évoqués, le nombre plus faible de préconisations chez les externalisés, possiblement contraignantes pour l'employeur, et de visites à la demande, parfois non relayées par l'employeur au service de médecine du travail, reflètent également le manque de considération pour les nettoyeurs externalisés. L'entreprise utilisatrice semble peu concernée par la santé de ses nettoyeurs externalisés, car c'est à l'employeur de l'entreprise prestataire de veiller au suivi de santé de ses propres salariés.

Un médecin du travail d'un service inter-entreprises nous raconte : « *Ce qui me pénalise le plus pour le suivi des nettoyeurs externalisés est l'absence d'un interlocuteur unique et identifié [...] Ce qui est problématique lorsqu'on souhaite effectuer une étude de poste. Il n'y a pas de lien entre moi et la société utilisatrice* ».

Le mode d'organisation et la gestion du personnel sont révélateurs du manque de considération de cette catégorie de salariés. Le stress et la souffrance seront rarement pris en compte par cette hiérarchie bicéphale.

5.3. *Travailler jusqu'au point de rupture*

Nous remarquons qu'il y a chez les externalisés légèrement plus de visites en lien avec un arrêt de travail (20.9% vs 20,24%) par rapport aux internalisés. Ces visites, comprenant les visites de reprise et de pré-reprise, prévues réglementairement par le législateur, sont le reflet d'un état de santé détérioré, impliquant un arrêt de travail.

Nous observons quasiment deux fois plus de visites d'inaptitude chez les nettoyeurs externalisés (2.32% vs 1.27%), ainsi que plus de conclusions d'inaptitude (3.55% vs 2.80%) par rapport aux internalisés.

La conjonction d'un état de santé de base précaire, de conditions de travail difficiles, et d'une absence de suivi de santé au travail, comme nous l'avons montré avec les autres indicateurs, concourent à amener les nettoyeurs à travailler jusqu'au point de rupture. Ils

sont donc dans un état opérationnel binaire : capable de travailler ou non. Sans suivi adéquat, les préconisations ou aménagements de postes ne peuvent concourir au maintien dans l'emploi.

Et pour ceux qui bénéficient d'un suivi de santé, les conditions de travail sont difficilement aménageables : la répétitivité des tâches, la pénibilité des postures, les charges à déplacer peuvent difficilement être réduits.

Il y a plus de conclusions d'aptitude (62.59% vs 46.09%) chez les externalisés, reflétant en creux, avec le nombre d'inaptitudes, la dichotomie concernant l'état de santé des nettoyeurs, qui se situent majoritairement soit dans un état d'aptitude au poste, soit en inaptitude, avec peu de situations intermédiaires nécessitant des préconisations, ce qui se confirme avec le nombre de préconisations nettement diminués chez les externalisés (30.33% vs 44.57%).

L'externalisation, avec l'intervention des agents de nettoyage sur de multiples sites, peut engendrer une inadéquation entre les équipements de protection individuelle et les risques.

L'externalisation dégrade les conditions de travail d'un métier déjà pénible de base. Selon l'enquête conditions de travail 2013 de la DARES (9), les nettoyeurs externalisés sont plus nombreux à se plaindre de postures pénibles (71% vs 60% chez les internalisés), de charges lourdes portées (52.5% vs 46%), de mouvements douloureux (72.5% vs 60%) et de station debout prolongée (94% vs 91.5%).

Les lésions de l'appareil ostéo-articulaire se rencontrent majoritairement chez les femmes de plus de 50 ans, et ont une rythmicité professionnelle. La localisation la plus fréquente est le rachis (3 nettoyeurs sur 4), puis les genoux et les épaules, et enfin les petites articulations (14). La majeure partie des arrêts de travail concernent les affections péri-articulaires (96%). Les TMS représentent 97% des maladies professionnelles du secteur

(12). Les principales causes d'accidents du travail sont la manutention manuelle (43%), les chutes de hauteur (22%), et les chutes de plain-pied (20%) (12).

Un médecin du travail d'un service inter-entreprises nous apporte son expérience : « *L'arthrose prématurée des genoux, c'est la pathologie qui conduit le plus à l'inaptitude chez les nettoyeurs [...] Je vois également beaucoup de tendinopathies et de syndromes du canal carpien* ».

Toujours selon l'enquête conditions de travail 2013 de la DARES, les nettoyeurs externalisés sont plus souvent exposés aux produits toxiques et chimiques (60% vs 50% pour les internalisés (9)), ce que ne montre pas le nombre de SIR déclarés par les entreprises prestataires. La multiplicité des sites de travail ainsi que des produits utilisés, les difficultés pour lire les notices, l'absence de formation adéquate, l'intensification du travail (15) impliquant un gain de temps au détriment du port d'équipements de protection, ou la disparité des politiques de prévention individuelle d'une entreprise à l'autre concourent à favoriser l'apparition de pathologies liées à l'utilisation de produits chimiques tels que l'eczéma de contact des mains (16) ou l'asthme (17).

Un médecin du travail d'un service inter-entreprises nous rapporte : « *Pour les salariés externalisés, l'achat des produits d'entretien dépend des sites, les fournisseurs sont à chaque fois différents, et il est très difficile pour nous d'obtenir des fiches de données de sécurité [...] ce qui pénalise notre suivi des risques professionnels [...] le nettoyeur internalisé a une meilleure connaissance des produits, car ce sont souvent les mêmes qui sont commandés [...] et si il y a un changement de produit une communication interne est faite [...] alors que le salarié externalisé nous parlera du « bidon avec le produit vert »* ».

Les troubles du sommeil sont exacerbés chez les nettoyeurs externalisés, liés aux rythmes de vie perturbés par les horaires atypiques, les temps de trajet et les conditions sociales défavorables.

Une femme de chambre d'un hôtel nous rapporte : « *Cela fait 20 ans que je fais ce métier [...] avant de travailler dans cet hôtel je travaillais pour plusieurs sociétés de nettoyage [...] Je me levais à 4:45 du matin pour pouvoir commencer à 6:00, je dormais un peu quand les enfants étaient à l'école [...] je finissais tard le soir, j'étais vraiment fatiguée, et je me sentais seule toute la journée [...] je suis bien plus heureuse ici, j'ai des collègues, je vois des gens, j'ai une vie plus normale* ».

Les risques psychosociaux sont également plus fréquents car les salariés se retrouvent dans un cadre de travail avec un plus faible niveau d'organisation et de structuration. Le travail dans l'urgence (les externalisés ressentent majoritairement plus l'obligation de se dépêcher que les internalisés, 49.5% vs 40% pour les internalisés (9)), l'intensification des rythmes, l'absence de temps de pause, et la demande croissante d'adaptabilité augmentent le stress lié au travail et mobilisent d'avantage les ressources cognitives des agents de nettoyage. La baisse de la qualité du service rendu et le manque de reconnaissance entraîne une baisse de la satisfaction et du bien-être au travail. Les externalisés sont moins nombreux à avoir l'impression de faire quelque chose d'utile (69% vs 73% pour les internalisés, (9)). L'encadrement dysfonctionnel, par excès ou par défaut, l'absence de collectif de travail et le manque d'intégration au sein des entreprises empêchent tout étayage par l'environnement professionnel. Les externalisés sont beaucoup moins nombreux à avoir l'impression de faire partis d'une équipe (47% vs 57% pour les internalisés (9)). Les horaires morcelés et les temps de trajet diminuent le temps passé avec le noyau familial. Les contraintes temporelles, sociales, et financières des salariés externalisés sont autant de substrats pour des pathologies mentales telles que le syndrome dépressif, les troubles anxieux, ou la décompensation psychique de troubles existants.

Un médecin du travail nous précise : « *Les conflits entre le responsable du site et le chef d'équipe sont très pourvoyeurs de risques psycho-sociaux chez les externalisés, c'est ce*

qui me pose le plus de problèmes [...] les ordres sont contradictoires, les objectifs sont différents [...] toutes les conditions sont réunies pour faire implorer les salariés les plus fragiles ».

Nous observons également une diminution du nombre de conclusions d'incompatibilité temporaire (1.69% vs 2.46%) chez les externalisés. Cette conclusion, indiquant que l'état du salarié est incompatible avec un maintien au poste, et que le salarié relève de la médecine de soins, est corrélée soit aux visites à la demande, reflétant une problématique venant du salarié, soit aux visites engendrant des préconisations. La baisse du nombre de visites à la demande et de préconisations entraîne donc une baisse du nombre de conclusions d'incompatibilité temporaire. Tout ceci reflète donc une insuffisance dans le suivi et la prise en charge des nettoyeurs externalisés en santé au travail, comparativement aux internalisés.

5.4. Les limites de l'étude

L'extraction des données a été faite au niveau d'un seul centre de santé et médecine au travail, situé dans les Haut-de-France, ce qui limite la représentativité de l'échantillon au niveau national. La répartition des salariés entre les deux populations de nettoyeurs de l'étude (90% d'externalisés) est différente de celle au niveau national (76% d'externalisés en 2015 selon l'INSEE (4)). La sélection des nettoyeurs peut être discutée, l'imprécision de la saisie des codes NAF et PCS ayant nécessité une deuxième sélection à partir de la dénomination des emplois. L'extraction a engendré plusieurs lignes par visite, ce qui a nécessité un tri manuel de la base de données, source potentielle d'erreurs humaines. Le regroupement des variables peut entraîner des erreurs d'interprétation et fausser la comparaison avec les données existantes, comme par exemple avec le groupe des visites à la demande qui est hétéroclite. L'interprétation des libellés peut être une source d'erreur, car les médecins du travail ont saisi les données manuellement. De plus, certains libellés étaient incomplets. Le manque de données sociodémographiques sur la population

étudiée, ainsi que l'absence de données concernant les accidents du travail/maladies professionnelles, la RQTH, et l'invalidité limitent la portée de l'étude.

Néanmoins, c'est une étude originale qui au lieu de se pencher sur des données génériques d'accidents du travail ou de maladies professionnelles, ou sur la population des agents de nettoyage dans leur globalité, se focalise sur des indicateurs disponibles en santé au travail, en comparant les externalisés et les internalisés.

Les données ont été extraites sur une période de 5 ans, totalisant 22382 visites et 12157 salariés. Tous les résultats sont statistiquement significatifs, ils sont tous concordants et vont dans le même sens que l'hypothèse de travail.

Il serait intéressant dans l'avenir de développer une étude sur les mêmes groupes mais incluant des données sociodémographiques, d'expositions professionnels ainsi que d'autres données sur l'état de santé (invalidité et RQTH notamment).

6. CONCLUSION

L'entretien des locaux est de plus en plus souvent confié à des entreprises prestataires. Cette externalisation progressive mais massive des agents de nettoyage a des conséquences importantes sur leurs conditions de travail et leur suivi médical. L'étude effectuée sur l'extraction de données issues d'un service de santé au travail a permis de mettre en évidence un état de santé plus précaire des nettoyeurs externalisés avec notamment un suivi de santé au travail non optimisé et plus d'inaptitudes.

L'externalisation est pourvoyeuse de conditions sociales plus défavorables. Les conditions de travail sont également impactées avec un cumul de missions, de nombreux trajets, et des horaires atypiques. Les agents de nettoyage souffrent également d'un manque de considération, se révélant notamment par un manque d'intégration et le non-respect de l'obligation de sécurité.

L'externalisation impacte la santé du nettoyeur, qui pourra le conduire jusqu'au point de rupture, sans possibilité de maintien dans l'emploi. L'intensification du travail dégrade significativement la santé de ces salariés, tant au niveau psychique que physique.

Les solutions qui pourraient se dégager à l'issue de cette étude, et également de notre expérience de terrain :

Désigner un interlocuteur au sein de l'entreprise utilisatrice afin de faire le lien entre les salariés externalisés, les risques professionnels et le service de santé au travail.

Améliorer le suivi effectif de santé au travail.

Réorganiser les temps de travail en journée et en binôme, afin de rompre l'isolement et les conditions de travail délétères. Ce rythme de travail étant prépondérant dans certains pays d'Europe comme la Finlande.

Remettre en cause le processus d'externalisation et favoriser la reinternalisation (18).

L'amélioration des conditions de travail et de l'état de santé des agents d'entretien externalisés se fera par une intervention du législateur et par une prise de conscience de l'ensemble des intervenants.

Propos conclusifs concernant ce travail de thèse

Cette étude, basée sur le recueil de données issues d'un service de santé au travail, a permis de mettre en évidence une précarisation de l'état de santé d'une catégorie de salariés : les agents d'entretien externalisés.

Ces salariés, qui exercent un emploi déjà pénible de base, voient leurs conditions de travail et leur santé dégradées par la forme de contractualisation de leur emploi.

L'externalisation a été intensifiée pour des raisons économiques, sans tenir compte des conséquences sur la santé des salariés.

La transformation des emplois vers l'externalisation, considérée comme nécessaire à l'évolution et l'adaptabilité des entreprises, peut avoir un impact négatif sur les conditions de travail et l'état de santé des salariés.

Le travail effectué sur les données collectées pour la réalisation de cette étude révèle également l'importance de la saisie des données dans le dossier médical en santé au travail. La réalisation exhaustive et rigoureuse de cette tâche permet de produire des indicateurs de qualité sur l'état de santé des salariés, et contribuer *in fine*, comme nous l'avons fait, à mettre en évidence des catégories de salariés présentant une plus grande vulnérabilité.

7. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Prost B. Dissimuler, montrer, oublier nettoyage et nettoyeurs : La propreté des espaces publics parisiens dans la seconde moitié du xxe siècle, entre visibilité et invisibilité. *Hypothèses*. 2007;10(1):67.
2. Mosconi N. Nathalie Benelli, Nettoyeuse. Comment tenir le coup dans un sale boulot ?, Éditions Seismo, coll. « Questions de genre », Zurich, 2011, 218 pages. *Trav Genre Sociétés*. 2013;n° 30(2):230.
3. Desjonquères A. Les métiers du nettoyage : quels types d'emploi, quelles conditions de travail ? *DARES*; 2019.
4. Souquet catherine. Le secteur du nettoyage. *INSEE première* n°1690; 2018.
5. Denis J-M. « Dans le nettoyage, on ne fait pas du syndicalisme comme chez Renault ! »: Implantation et stratégies syndicales dans le secteur du nettoyage industriel. *Politix*. 2009;n° 85(1):105.
6. Reyssat F. Dominations et résistances au travail. Enquête sur l'expérience corporelle des ouvrières et ouvriers du nettoyage. 2015;436.
7. DARES. Enquête conditions de travail - risque psycho-sociaux 2016 [Internet]. Disponible sur: <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/enquetes/article/risques-psycho-sociaux-rps-edition-2015-2016>
8. DARES. Enquête conditions de travail 2013 [Internet]. Disponible sur: <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/enquetes/article/conditions-de-travail-edition-2013>
9. Opatowski. Enquête sur les ouvriers nettoyeurs. *INRS*; 1995.

10. Denis J-M. Conventions collectives : quelle protection pour les salariés précaires: Le cas de la branche du nettoyage industriel. *Trav Empl.* 5 déc 2008;(116):45-56.
11. INSEE. Statistiques [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques>
12. Le monde de la propreté. *Propreté et Services Associés: Chiffres clés 2019.* 2019.
13. Bretin H. Nettoyer, c'est négocier. *Communications.* 2011;89(1):27-40.
14. Lasrado OE, Møllerløgken OJ, Moen BE, Van den Bergh G. Musculoskeletal symptoms among hospital cleaners. *Arch Environ Occup Health.* 4 mars 2017;72(2):87-92.
15. Gollac M. L'intensité du travail. Formes et effets. *Rev Économique.* 2005;56(2):195-216.
16. Mirabelli MC, Vizcaya D, Martí Margarit A, Antó JM, Arjona L, Barreiro E, et al. Occupational risk factors for hand dermatitis among professional cleaners in Spain. *Contact Dermatitis.* avr 2012;66(4):188-96.
17. Vizcaya D, Mirabelli MC, Gimeno D, Antó J-M, Delclos GL, Rivera M, et al. Cleaning products and short-term respiratory effects among female cleaners with asthma. *Occup Environ Med.* nov 2015;72(11):757-63.
18. ECFI. *The European cleaning Industry 1995-2016 Trend Report.* 2016.

8. ANNEXE

Accusé de réception concernant la soumission de l'article à la revue « Sciences sociales et Santé ».

Zimbra

sebastien.petit.etu@univ-lille.fr

RE: Article "Externalisation des agents d'entretien et santé au travail"

De : UMR8211 revue-sses <revue-sses@cnsr.fr>

lun., 14 sept. 2020 11:24

Objet : RE: Article "Externalisation des agents d'entretien et
santé au travail"

À : sebastien petit etu <sebastien.petit.etu@univ-lille.fr>

Bonjour,

Nous accusons bonne réception de votre proposition de contribution.
Conformément aux procédures en vigueur dans notre revue, avant d'être soumis de
façon anonyme à deux évaluateurs extérieurs, votre article sera examiné par les
membres du comité de rédaction sous l'angle de sa conformité aux orientations
thématiques et rédactionnelles de la revue.

Bien cordialement,
Pour le comité de rédaction,

Sciences Sociales et Santé

Secrétariat de rédaction

~~Lise Demange~~

revue-sses@cnsr.fr,

<https://sss.hypotheses.org>

Sur twitter : @revueSSS

De : sebastien petit <petit_sebastien@hotmail.com>

Envoyé : mardi 8 septembre 2020 22:41

À : UMR8211 revue-sses <revue-sses@cnsr.fr>

Objet : Article "Externalisation des agents d'entretien et santé au travail"

Madame, Monsieur,

Veillez trouver ci-joint l'article "Externalisation des agents d'entretien et santé au
travail" que vous vous proposons pour publication.
Les auteurs sont inscrits en première page.

Serait-il possible de recevoir un accusé de soumission de l'article ?

En vous remerciant et restant à votre disposition
Bien cordialement
Sébastien PETIT

AUTEUR : Nom : PETIT

Prénom : Sébastien

Date de soutenance : 30 Septembre 2020

Titre de la thèse : Externalisation des agents d'entretien et santé au travail

Thèse - Médecine - Lille 2020

Cadre de classement : Santé au travail

DES + spécialité : Médecine et santé au travail

Mots-clés : Nettoyage, externalisation, santé au travail

Résumé

Contexte : Depuis quarante ans, l'activité de « nettoyage » est de plus en plus externalisée, modifiant considérablement les conditions de travail des agents d'entretien. Le suivi de santé au travail est réglementairement encadré en France afin de protéger la santé des salariés. L'objectif de l'étude est de mettre en évidence une plus grande vulnérabilité de santé des agents de nettoyage externalisés par rapport aux internalisés.

Méthodologie : A partir des données recueillies en service de santé au travail entre 2013 et 2017, nous avons analysé des indicateurs reflétant l'état de santé des nettoyeurs externalisés et internalisés. Les principaux indicateurs concernent les motifs de visites réalisées, la déclaration en suivi individuel renforcé (SIR) pour l'année 2017, ainsi que les conclusions de visites.

Résultats : Par rapport aux internalisés, nous avons mis en évidence chez les externalisés moins de visites à la demande (9% vs 14.49%, $p < 0.0001$), plus de visites initiales (35.67% vs 31.31%, $p < 0.0001$), plus de visites d'inaptitude (2.32% vs 1.27%, $p < 0.001$), plus de visites en lien avec un arrêt de travail (20.9% vs 20,24%, $p < 0.0001$), et moins de visites périodiques (32.12% vs 32.69%, $p < 0.0001$). Pour l'année 2017, il y a moins de déclarations en SIR (4.59% vs 12.11%, $p < 0.0001$). Nous avons également mis en évidence plus de conclusions d'aptitude (62.59% vs 46.09%, $p < 0.0001$), moins de préconisations (30.33% vs 44.57%, $p < 0.0001$), plus de conclusions d'inaptitude (3.55% vs 2.80%, $p < 0.0001$), et moins de conclusions d'incompatibilité temporaire (1.69% vs 2.46%, $p < 0.0001$)

Discussion : L'ensemble des résultats concourt à mettre en évidence un état de santé plus précaire chez les nettoyeurs externalisés avec davantage d'inaptitudes et un suivi de santé non optimisé.

Composition du Jury :

Président : Madame le Professeur A. SOBASZEK

**Assesseurs : Monsieur le Professeur F.X. DEVETTER
Madame le Docteur A. LEROYER**

Directeur de thèse : Madame le Professeur S. FANTONI-QUINTON