



HAL
open science

Étude descriptive des risques professionnels ressentis et de l'état de santé des salariés des différents types de restauration en Normandie à partir du dispositif Evrest

Lucile Rault

► **To cite this version:**

Lucile Rault. Étude descriptive des risques professionnels ressentis et de l'état de santé des salariés des différents types de restauration en Normandie à partir du dispositif Evrest. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03259518

HAL Id: dumas-03259518

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03259518>

Submitted on 14 Jun 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'Etat)

Par

RAULT Lucile

NEE LE 13 aout 1989 A DREUX

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 24/03/2021

Etude descriptive des risques professionnels ressentis et
de l'état de santé des salariés des différents types de
restauration en Normandie à partir du dispositif Evrest

PRESIDENT DE JURY : Pr GEHANNO Jean-François

DIRECTEUR DE THESE : Dr ROLLIN Laetitia

MEMBRES DU JURY : - Pr MERLE Véronique

- Dr ROLLIN Laetitia

- Dr COURTOIS Rosa

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESEURS : **Professeur Loïc FAVENNEC**

Professeur Agnès LIARD

Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

| | | |
|------------------------------------|-------|--|
| Mr Frédéric ANSELME | HCN | Cardiologie |
| Mme Gisèle APTER | Havre | Pédopsychiatrie |
| Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR | HCN | Chirurgie plastique |
| Mr Jean-Marc BASTE | HCN | Chirurgie Thoracique |
| Mr Fabrice BAUER | HCN | Cardiologie |
| Mme Soumeya BEKRI | HCN | Biochimie et biologie moléculaire |
| Mr Ygal BENHAMOU | HCN | Médecine interne |
| Mr Jacques BENICHOU | HCN | Bio statistiques et informatique médicale |
| Mr Olivier BOYER | UFR | Immunologie |
| Mme Sophie CANDON | HCN | Immunologie |
| Mr François CARON | HCN | Maladies infectieuses et tropicales |
| Mr Philippe CHASSAGNE | HCN | Médecine interne (gériatrie) |
| Mr Moïse COEFFIER | HCN | Nutrition |
| Mr Vincent COMPERE | HCN | Anesthésiologie et réanimation chirurgicale |
| Mr Jean-Nicolas CORNU | HCN | Urologie |
| Mr Antoine CUVELIER | HB | Pneumologie |
| Mr Jean-Nicolas DACHER | HCN | Radiologie et imagerie médicale |
| Mr Stéfan DARMONI | HCN | Informatique médicale et techniques de communication |

| | | |
|--|-------|--|
| Mr Pierre DECHELOTTE | HCN | Nutrition |
| Mr Stéphane DERREY | HCN | Neurochirurgie |
| Mr Frédéric DI FIORE | CHB | Cancérologie |
| Mr Fabien DOGUET | HCN | Chirurgie Cardio Vasculaire |
| Mr Jean DOUCET | SJ | Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie |
| Mr Bernard DUBRAY | CHB | Radiothérapie |
| Mr Frank DUJARDIN | HCN | Chirurgie orthopédique - Traumatologique |
| Mr Fabrice DUPARC | HCN | Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| Mr Eric DURAND | HCN | Cardiologie |
| Mr Bertrand DUREUIL | HCN | Anesthésiologie et réanimation chirurgicale |
| Mme Hélène ELTCHANINOFF | HCN | Cardiologie |
| Mr Manuel ETIENNE | HCN | Maladies infectieuses et tropicales |
| Mr Thierry FREBOURG | UFR | Génétique |
| Mr Pierre FREGER (<i>surnombre</i>) | HCN | Anatomie - Neurochirurgie |
| Mr Jean François GEHANNO | HCN | Médecine et santé au travail |
| Mr Emmanuel GERARDIN | HCN | Imagerie médicale |
| Mme Priscille GERARDIN | HCN | Pédopsychiatrie |
| M. Guillaume GOURCEROL | HCN | Physiologie |
| Mr Dominique GUERROT | HCN | Néphrologie |
| Mme Julie GUEUDRY | HCN | Ophtalmologie |
| Mr Olivier GUILLIN | HCN | Psychiatrie Adultes |
| Mr Claude HOUDAYER | HCN | Génétique |
| Mr Fabrice JARDIN | CHB | Hématologie |
| Mr Luc-Marie JOLY | HCN | Médecine d'urgence |
| Mr Pascal JOLY | HCN | Dermato – Vénérologie |
| Mme Bouchra LAMIA | Havre | Pneumologie |
| Mme Annie LAQUERRIERE | HCN | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Mr Vincent LAUDENBACH | HCN | Anesthésie et réanimation chirurgicale |
| Mr Hervé LEFEBVRE | HB | Endocrinologie et maladies métaboliques |
| Mr Thierry LEQUERRE | HCN | Rhumatologie |
| Mme Anne-Marie LEROI | HCN | Physiologie |
| Mr Hervé LEVESQUE | HCN | Médecine interne |
| Mme Agnès LIARD-ZMUDA | HCN | Chirurgie Infantile |
| Mr Pierre Yves LITZLER | HCN | Chirurgie cardiaque |
| M. David MALTETE | HCN | Neurologie |

| | | |
|--|--------------|---|
| Mr Christophe MARGUET | HCN | Pédiatrie |
| Mme Isabelle MARIE | HCN | Médecine interne |
| Mr Jean-Paul MARIE | HCN | Oto-rhino-laryngologie |
| Mr Loïc MARPEAU | HCN | Gynécologie - Obstétrique |
| Mr Stéphane MARRET | HCN | Pédiatrie |
| Mme Véronique MERLE | HCN | Epidémiologie |
| Mr Pierre MICHEL | HCN | Hépto-gastro-entérologie |
| M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>) | HCN | Réanimation Médicale |
| Mr Marc MURAINÉ | HCN | Ophtalmologie |
| Mr Christian PFISTER | HCN | Urologie |
| Mr Jean-Christophe PLANTIER | HCN | Bactériologie - Virologie |
| Mr Didier PLISSONNIER | HCN | Chirurgie vasculaire |
| Mr Gaëtan PREVOST | HCN | Endocrinologie |
| Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>) | HCN | Réanimation médicale - Médecine d'urgence |
| Mr Vincent RICHARD | UFR | Pharmacologie |
| Mme Nathalie RIVES | HCN | Biologie du développement et de la reproduction |
| Mr Horace ROMAN (<i>détachement</i>) | HCN | Gynécologie - Obstétrique |
| Mr Jean-Christophe SABOURIN | HCN | Anatomie – Pathologie |
| Mr Mathieu SALAUN | HCN | Pneumologie |
| Mr Guillaume SAVOYE | HCN | Hépto-gastrologie |
| Mme Céline SAVOYE-COLLET | HCN | Imagerie médicale |
| Mme Pascale SCHNEIDER | HCN | Pédiatrie |
| Mr Lilian SCHWARZ | HCN | Chirurgie Viscérale et Digestive |
| Mr Michel SCOTTE | HCN | Chirurgie digestive |
| Mme Fabienne TAMION | HCN | Thérapeutique |
| Mr Luc THIBERVILLE | HCN | Pneumologie |
| Mr Hervé TILLY (<i>surnombre</i>) | CHB | Hématologie et transfusion |
| M. Gilles TOURNEL | HCN | Médecine Légale |
| Mr Olivier TROST | HCN | Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale |
| Mr Jean-Jacques TUECH | HCN | Chirurgie digestive |
| Mr Benoît VEBER | HCN | Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale |
| Mr Pierre VERA | CHB | Biophysique et traitement de l'image |
| Mr Eric VERIN | Les Herbiers | Médecine Physique et de Réadaptation |
| Mr Eric VERSPYCK | HCN | Gynécologie obstétrique |
| Mr Olivier VITTECOQ | HC | Rhumatologie |

| | | |
|-------------------------------|-----|-------------|
| Mr David WALLON | HCN | Neurologie |
| Mme Marie-Laure WELTER | HCN | Physiologie |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

| | | |
|--|-----|-------------------------------------|
| Mme Najate ACHAMRAH | HCN | Nutrition |
| Mme Elodie ALESSANDRI-GRADT | HCN | Virologie |
| Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG | HCN | Bactériologie – Virologie |
| Mr Emmanuel BESNIER | HCN | Anesthésiologie - Réanimation |
| Mme Carole BRASSE LAGNEL | HCN | Biochimie |
| Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS | HCN | Chirurgie Vasculaire |
| Mr Gérard BUCHONNET | HCN | Hématologie |
| Mme Mireille CASTANET | HCN | Pédiatrie |
| Mme Nathalie CHASTAN | HCN | Neurophysiologie |
| M. Vianney GILARD | HCN | Neurochirurgie |
| Mr Serge JACQUOT | UFR | Immunologie |
| Mr Joël LADNER | HCN | Epidémiologie, économie de la santé |
| Mr Jean-Baptiste LATOUCHE | UFR | Biologie cellulaire |
| M. Florent MARGUET | HCN | Histologie |
| Mme Chloé MELCHIOR | HCN | Gastroentérologie |
| M. Sébastien MIRANDA | HCN | Chirurgie Vasculaire |
| Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>) | HCN | Virologie |
| Mr Gaël NICOLAS | UFR | Génétique |
| Mme Muriel QUILLARD | HCN | Biochimie et biologie moléculaire |
| Mme Laëtitia ROLLIN | HCN | Médecine du Travail |
| Mme Pascale SAUGIER-VEBER | HCN | Génétique |
| M. Abdellah TEBANI | HCN | Biochimie et Biologie Moléculaire |
| Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN | HCN | Anatomie |
| Mr Julien WILS | HCN | Pharmacologie |

PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉ

| | | |
|---------------------------------|-----|---------------|
| Mr Thierry WABLE | UFR | Communication |
| Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL | UFR | Anglais |

ATTACHE TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE à MI-TEMPS

Mme Justine **SAULNIER**

UFR Biologie

II - PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

| | |
|---|----------------------|
| Mr Jérémy BELLIEN (PU-PH) | Pharmacologie |
| Mr Thierry BESSON | Chimie Thérapeutique |
| Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite) | Pharmacologie |
| Mme Isabelle DUBUS | Biochimie |
| Mr Abdelhakim EL OMRI | Pharmacognosie |
| Mr François ESTOUR | Chimie Organique |
| Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH) | Parasitologie |
| Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite) | Toxicologie |
| Mme Christelle MONTEIL | Toxicologie |
| Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH) | Microbiologie |
| Mr Rémi VARIN (PU-PH) | Pharmacie clinique |
| Mr Jean-Marie VAUGEOIS | Pharmacologie |
| Mr Philippe VERITE | Chimie analytique |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

| | |
|--|--|
| Mme Cécile BARBOT | Chimie Générale et Minérale |
| Mr Frédéric BOUNOURE | Pharmacie Galénique |
| Mr Thomas CASTANHEIRO MATIAS | Chimie Organique |
| Mr Abdeslam CHAGRAOUI | Physiologie |
| Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO) | Statistiques |
| Mme Elizabeth CHOSSON | Botanique |
| Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB | Législation pharmaceutique et économie de la santé |
| Mme Cécile CORBIERE | Biochimie |

| | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|
| Mme Nathalie DOURMAP | Pharmacologie |
| Mme Isabelle DUBUC | Pharmacologie |
| Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER | Pharmacologie |
| Mr Gilles GARGALA (MCU-PH) | Parasitologie |
| Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA | Chimie analytique |
| Mme Marie-Laure GROULT | Botanique |
| Mr Chervin HASSEL | Biochimie et Biologie Moléculaire |
| Mme Maryline LECOINTRE | Physiologie |
| Mme Hong LU | Biologie |
| Mme Marine MALLETER | Toxicologie |
| M. Jérémie MARTINET (MCU-PH) | Immunologie |
| M. Romy RAZAKANDRAINIBÉ | Parasitologie |
| Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT | Chimie analytique |
| Mr Mohamed SKIBA | Pharmacie galénique |
| Mme Malika SKIBA | Pharmacie galénique |
| Mme Christine THARASSE | Chimie thérapeutique |
| Mr Frédéric ZIEGLER | Biochimie |

PROFESSEURS ASSOCIES

| | |
|-----------------------------------|----------------------|
| Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ | Pharmacie officinale |
| Mme Caroline BERTOUX | Pharmacie |

PAU-PH

M. Mikaël **DAOUPHARS**

PROFESSEUR CERTIFIE

| | |
|----------------------------|---------|
| Mme Mathilde GUERIN | Anglais |
|----------------------------|---------|

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

| | |
|-------------------------|-----------|
| Mme Alice MOISAN | Virologie |
| M. Henri GONDÉ | Pharmacie |

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

| | |
|------------------------------------|--------------|
| Mme Soukaina GUAOUA-ELJADDI | Informatique |
| Mme Clémence MEAUSOONE | Toxicologie |

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT

Mme Ramla **SALHI**

Pharmacognosie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile **BARBOT**

Chimie Générale et minérale

Mr Thierry **BESSON**

Chimie thérapeutique

Mr Abdeslam **CHAGRAOUI**

Physiologie

Mme Elisabeth **CHOSSON**

Botanique

Mme Marie-Catherine **CONCE-CHEMTOB**

Législation et économie de la santé

Mme Isabelle **DUBUS**

Biochimie

Mr Abdelhakim **EL OMRI**

Pharmacognosie

Mr François **ESTOUR**

Chimie organique

Mr Loïc **FAVENNEC**

Parasitologie

Mr Michel **GUERBET**

Toxicologie

Mme Martine **PESTEL-CARON**

Microbiologie

Mr Mohamed **SKIBA**

Pharmacie galénique

Mr Rémi **VARIN**

Pharmacie clinique

M. Jean-Marie **VAUGEOIS**

Pharmacologie

Mr Philippe **VERITE**

Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG) UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mme Laëtitia **BOURDON** UFR Médecine Générale

Mme Elsa **FAGOT-GRIFFIN** UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Paul **MULDER** (phar) Sciences du Médicament

Mme Su **RUAN** (med) Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

| | |
|--|--|
| Mr Sahil ADRIOUCH (med) | Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905) |
| Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med) | Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079) |
| Mme Carine CLEREN (med) | Neurosciences (Néovasc) |
| M. Sylvain FRAINEAU (med) | Physiologie (Inserm U 1096) |
| Mme Pascaline GAILDRAT (med) | Génétique moléculaire humaine (UMR 1079) |
| Mr Nicolas GUEROUT (med) | Chirurgie Expérimentale |
| Mme Rachel LETELLIER (med) | Physiologie |
| Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med) | Physiologie (Unité Inserm 1076) |
| Mr Frédéric PASQUET | Sciences du langage, orthophonie |
| Mme Anne-Sophie PEZZINO | Orthophonie |
| Mme Christine RONDANINO (med) | Physiologie de la reproduction |
| Mr Youssan Var TAN | Immunologie |
| Mme Isabelle TOURNIER (med) | Biochimie (UMR 1079) |

DIRECTEUR ADMINISTRATIF : M. Jean-Sébastien VALET

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ - Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui leur sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Table des matières

| | | |
|------|--|----|
| I. | Introduction..... | 19 |
| A. | Les différents types de restauration..... | 20 |
| 1. | La restauration traditionnelle..... | 20 |
| 2. | La restauration collective | 21 |
| 3. | La restauration rapide | 21 |
| B. | Les postes de travail | 22 |
| C. | Les risques professionnels en restauration | 22 |
| 1. | Les addictions | 23 |
| 2. | Les troubles musculosquelettiques | 24 |
| 3. | Le risque chimique..... | 25 |
| 4. | Le risque biologique | 26 |
| 5. | Le risque physique | 26 |
| 6. | Les risques psychosociaux | 27 |
| 7. | Les accidents..... | 28 |
| D. | Sinistralité..... | 30 |
| 1. | Accidents du travail | 30 |
| 2. | Maladies professionnelles | 32 |
| E. | Contexte de l'étude | 33 |
| F. | Objectifs..... | 33 |
| II. | Matériels et Méthodes..... | 34 |
| A. | Le dispositif Evrest..... | 34 |
| B. | Le questionnaire personnalisé | 35 |
| C. | Type d'étude..... | 35 |
| D. | Critères d'inclusion | 35 |
| E. | Analyse statistique..... | 36 |
| F. | Ethique..... | 37 |
| III. | Résultats | 38 |
| A. | Description de la population de l'étude | 38 |
| 1. | Caractéristiques de l'échantillon | 38 |
| a) | Données sociodémographiques | 38 |
| (1) | Sexe..... | 38 |
| (2) | Age..... | 39 |
| b) | Catégories socioprofessionnelles | 40 |
| c) | Postes et contrats de travail | 41 |
| 2. | Données de l'entreprise | 42 |
| a) | Secteur privé/public | 42 |

| | | |
|-------|--|----|
| b) | Code NAF | 43 |
| c) | Taille de l'entreprise | 44 |
| B. | Résultats de l'enquête et comparaison des résultats selon les différents types de restauration | 45 |
| 1. | Carrière professionnelle | 45 |
| a) | Formation | 45 |
| b) | Diplôme | 47 |
| c) | Ancienneté..... | 48 |
| d) | Orientation future | 50 |
| 2. | Les risques professionnels..... | 52 |
| a) | Les addictions | 52 |
| b) | Les troubles musculo squelettiques | 54 |
| (1) | Postures contraignantes..... | 55 |
| (2) | Effort, port de charges lourdes..... | 56 |
| (3) | Gestes répétitifs..... | 57 |
| (4) | Importants déplacements à pied..... | 58 |
| (5) | Station debout prolongée..... | 59 |
| c) | Le risque chimique..... | 60 |
| d) | Le risque biologique..... | 60 |
| e) | Les risques physiques | 61 |
| (1) | Rayonnements ionisants | 61 |
| (2) | Vibrations..... | 61 |
| (3) | Bruit | 62 |
| (4) | Contrainte visuelle..... | 62 |
| (5) | Ambiance thermique..... | 63 |
| f) | Les risques psychosociaux | 63 |
| (1) | Intensité et temps de travail | 64 |
| (a) | Contraintes de rythme..... | 64 |
| (i) | Horaires et temps de travail | 64 |
| (ii) | Pression temporelle | 67 |
| (iii) | Conciliation vie privée – vie professionnelle..... | 69 |
| (b) | Interruption de tâches..... | 71 |
| (2) | Exigences émotionnelles | 73 |
| (3) | Autonomie..... | 75 |
| (4) | Rapports sociaux au travail..... | 77 |
| (5) | Conflits de valeur..... | 78 |
| (6) | Insécurité de la situation de travail | 79 |
| g) | Le risque d'accidents prépondérants | 80 |

| | | |
|-----|---|-----|
| 3. | La santé des salariés | 80 |
| a) | Mode de vie | 80 |
| b) | Etat de santé..... | 81 |
| (1) | Indice de masse corporelle..... | 81 |
| (2) | Appareil cardiorespiratoire..... | 82 |
| (3) | Troubles neuropsychiques..... | 83 |
| (4) | Appareil digestif..... | 85 |
| (5) | Appareil ostéo-articulaire..... | 86 |
| (a) | Membres supérieurs..... | 86 |
| (b) | Membres inférieurs | 88 |
| (c) | Le rachis..... | 89 |
| (6) | Dermatologie..... | 91 |
| (7) | Audition | 92 |
| IV. | Discussion | 93 |
| A. | Objectifs, intérêts et limites de l'étude | 93 |
| 1. | Objectifs de l'étude | 93 |
| 2. | Intérêts de l'étude | 93 |
| 3. | Limites de l'étude | 94 |
| B. | Discussion des résultats..... | 96 |
| 1. | Discussion de la représentativité | 96 |
| 2. | Carrière professionnelle | 97 |
| 3. | Risques professionnels | 99 |
| a) | Les addictions | 99 |
| b) | Les troubles musculosquelettiques..... | 102 |
| c) | Le risque chimique..... | 103 |
| d) | Le risque biologique..... | 104 |
| e) | Les risques physiques | 105 |
| (1) | Rayonnements ionisants | 105 |
| (2) | Vibrations..... | 105 |
| (3) | Bruit | 106 |
| (4) | Contrainte visuelle..... | 107 |
| (5) | Ambiance thermique | 107 |
| f) | Les risques psychosociaux | 109 |
| (1) | Intensité et temps de travail | 109 |
| (2) | Exigences émotionnelles | 114 |
| (3) | Autonomie..... | 115 |
| (4) | Rapports sociaux au travail..... | 116 |

| | |
|---|-----|
| (5) Conflit de valeurs..... | 117 |
| (6) Insécurité de l'emploi..... | 117 |
| (7) Risques psychosociaux et état de santé..... | 118 |
| g) Le risque d'accidents..... | 119 |
| C. Difficultés liées au secteur..... | 121 |
| V. Conclusion..... | 123 |
| VI. Bibliographie..... | 124 |
| Annexes..... | 135 |
| Résumé..... | 139 |

Liste des abréviations :

CDD : Contrat à durée déterminé

CDI : Contrat à durée indéterminé

CIRC : Centre international de recherche sur le cancer

EVREST : Evolutions et relations en santé au travail

PME : Petite et moyenne entreprises

TPE : Très petite entreprise

I. Introduction

En 2017, le secteur de la restauration commerciale comptait plus de 203 000 entreprises et 624 000 salariés. (1)

Ce secteur regroupe différents type d'activités :

- la restauration collective,
- la restauration traditionnelle,
- la restauration rapide.

Dans ces activités, il existe de nombreuses unités de travail (production, service en salle, stockage, plonge,...) entraînant la coexistence de nombreux métiers (cuisinier, commis, serveurs, plongeurs,..) et de nombreux risques professionnels.

90% des entreprises du secteur de la restauration sont des TPE (1), ce qui entraîne des difficultés pour les services de santé au travail. En effet, un nombre important d'entreprises entraînent des besoins nombreux d'actions en milieu de travail pour identifier les risques professionnels spécifiques à chaque entreprise puis pour sensibiliser les employeurs et les salariés aux risques professionnels (2).

Aucun diplôme n'est généralement requis dans la restauration, ce qui fait des restaurants une source d'emploi aux travailleurs qui n'ont pas eu la possibilité de suivre une formation. L'emploi dans les restaurants constitue ainsi un point d'entrée important sur le marché du travail (3).

Le turn-over important parmi les salariés (23% ont moins d'un an d'ancienneté et 56 % ont moins de 5 ans d'ancienneté) (4) entraîne également des difficultés notamment de formation au poste des salariés et un risque accru d'accident du travail (2/3 des victimes d'accidents du travail ont moins d'un an d'ancienneté dans le poste de travail) (5).

L'enjeu en terme de santé au travail est très important dans ce secteur particulièrement à risque : la sinistralité en terme de risque d'accident du travail (6) est plus importante en restauration qu'au niveau national.

L'enjeu est également financier puisque 2 millions de journées de travail ont été perdues suite à des accidents du travail, de trajet ou de maladies professionnelles en 2016 (5). S'y rajoutent les coûts indirects, entièrement à la charge des employeurs, liés au remplacement du salarié, le coût administratif, la perte de production, le coût du matériel à réparer, les coûts commerciaux et les coûts répressifs (7).

A. Les différents types de restauration

1. La restauration traditionnelle

La restauration traditionnelle concerne tout établissement servant des repas à consommer exclusivement sur place contre rémunération (8).

Elle regroupe, sous le code NAF 5610A, les restaurants avec service à table, les restaurants fonctionnant en libre-service type cafétéria, la restauration ferroviaire, la restauration maritime, les restaurants à thème et les cafés-restaurants (9).

En 2018 en France, la restauration traditionnelle comptait 110.000 entreprises et 360.000 salariés (4). 92% des entreprises sont des TPE (10).

59% des salariés sont des hommes. 68% des salariés travaillent à temps plein. L'âge moyen est de 34,6 ans (10).

2. La restauration collective

La restauration collective est définie par la préparation et la distribution de repas et de boissons à des personnes ayant un lien entre elles (11). Elle comprend :

- Les restaurants d'entreprise et d'administration
- Les restaurants des secteurs médicaux et sociaux
- Les restaurants scolaires et universitaires
- Les restaurants d'autres collectivités (armée, prisons...).

Il existe également des cuisines centrales de préparation de repas destinés à plusieurs collectivités.

Elle représente 50% des repas pris hors du domicile (12).

En 2018 en France, la restauration collective comportait 14.200 établissements et 110.300 salariés. 83% des entreprises sont des TPE (4).

52% des salariés sont des femmes. 14% des salariés ont 29 ans ou moins, 55% ont entre 30 et 49 ans et 32 % ont plus de 50 ans (4).

3. La restauration rapide

La restauration rapide possède trois spécificités : paiement avant consommation, utilisation de vaisselles et de conditionnements jetables et possibilité de consommer sur place, d'emporter ou de se faire livrer (13).

On retrouve environ 30 catégories différentes (14) : pâtes, bagels, pizza, smoothies, hamburgers, sushi, salades, soupes, crêpes, glaces,... La majorité des produits vendus sont des sandwiches et des hamburgers.

En 2013, on dénombrait 26.700 entreprises de restauration rapide pour 154 000 salariés. 90% sont des très petites entreprises de moins de 10 salariés (15).

La profession est mixte (50% de femmes et 50% d'hommes). 80% des salariés sont en CDI mais seuls 29% ont des contrats à temps plein. 80% des salariés travaillent dans des entreprises de moins de 50 salariés dont 40% dans des TPE (15).

Les salariés sont plutôt jeunes : 74% ont moins de 30 ans (15). On estime que 3% des travailleurs commencent leur vie professionnelle en restauration rapide (14).

B. Les postes de travail

Il y a 3 principaux types d'unité de travail dans la restauration :

- Les postes en cuisine : cuisinier, commis, plongeur,... qui assurent la préparation des repas, le nettoyage de la vaisselle et de la cuisine
- Les postes en salle : serveur, chef de rang, barman, garçon de café, sommelier,... qui assurent le service à table, au comptoir ou au buffet et l'entretien de la salle
- Les services supports regroupant les postes administratifs et managériaux : directeur, comptable, secrétaire,...

Les postes de travail sont très variables d'une entreprise à l'autre. Dans certaines entreprises, les employés sont polyvalents et sont amenés à effectuer tous les postes de travail alors qu'à contrario, dans certaines entreprises, les postes sont très « définis » comme par exemple le poste de plonge, où le salarié effectue principalement de la plonge « manuelle » et du chargement-déchargement de lave-vaisselle.

C. Les risques professionnels en restauration

L'INRS et l'assurance maladie ont créé des fiches de bonnes pratiques de prévention des risques professionnels pour les 3 types de restauration : collective (11), traditionnelle (16) et rapide (17). Ces fiches permettent de cibler la plupart des risques professionnels même si elles ne sauraient être exhaustives en raison de la particularité de chaque entreprise (unités de travail, postes de travail, organisation,...)

1. Les addictions

Le risque d'addiction est particulièrement important dans ce secteur : il est le 3^e secteur le plus consommateur avec l'hôtellerie pour toutes les substances après le secteur de la construction et le secteur des arts et spectacles (18).

Aux Etats-Unis, 12,0% des travailleurs de la restauration consomment au moins une fois par semaine cinq verres ou plus, contre 8,8% de la totalité des travailleurs (19). Une autre étude, plus ancienne, montre qu'ils sont 15% (contre 7,5% des travailleurs en industrie) à consommer 5 verres ou plus par jour sur au moins 5 des 30 derniers jours (20).

En France, dans le secteur de l'hôtellerie-restauration, sur l'année, 39,7% des hommes déclaraient avoir eu une alcoolisation ponctuelle intense (taux le plus important de tous les secteurs), 36,7% déclaraient avoir eu une ivresse, 42,8% consomment quotidiennement du tabac, 17,6% avait consommé du cannabis, 15,6% ont expérimenté la cocaïne et 3,9% ont expérimenté les amphétamines (21).

La consommation d'alcool en lien avec le travail est également plus importante en restauration (22) : comparativement aux professions considérées comme à faible risque (toutes professions à l'exclusion des cadres, les arts/spectacles/sports/médias, les travaux d'entretien, les métiers de la vente, les professions de la construction, les activités de transport et de déménagement), les probabilités de consommation d'alcool étaient plus élevées chez les travailleurs de la restauration durant le travail (OR = 3,80 [1.90-7.58]), avant le travail (OR= 5,90 [1.69-20.59]) ainsi que la probabilité de travail sous l'influence de l'alcool (OR = 8,75 [2.58-29.61]). Par ailleurs, cette étude démontrait également que, comparativement aux travailleurs à la journée, ceux qui travaillent en horaires atypiques comportant des heures de travail irrégulières ou flexibles (comme c'est souvent le cas dans la restauration) étaient plus susceptibles de déclarer boire avant de venir au travail (OR = 3,82 [1.59-9.17]) et pendant la journée de travail (OR = 1,98 [1.24-3.17]).

Concernant la dépendance ou l'abus d'alcool, on perd même l'effet travailleur sain chez les serveurs puisque le diagnostic de dépendance ou d'abus d'alcool est plus fréquent chez les serveurs employés (OR = 4,5) que chez les chômeurs (OR = 1,3) (23).

2. Les troubles musculosquelettiques

La manutention manuelle de charges est un risque important dans la restauration que l'on retrouve dans toutes les unités de travail (11) (16) (17) (24) (25) à l'exception des services dits supports :

- Manutention des cartons et/ou palettes à la réception et au stockage des matières premières
- Manutention de denrées et/ou de matériel en cuisine
- Manutention de vaisselle en salle et à la plonge

43,2% d'un échantillon de travailleurs des hôtels et restaurants ont indiqué être exposés aux manutentions manuelles de charges dans leur emploi (26). Les ports de charges maximum observés sont des plateaux allant jusqu'à 9,6 kg et des bacs de vaisselles sales allant jusqu'à 14,8 kg, un seau à glace de 17,6 kg (27) et des futs de 72kg (28).

Les postures contraignantes sont fréquentes dans cette branche d'activité : on retrouve la posture penchée en avant en cuisine lors de la production et à la plonge, la station debout prolongée pour tous les postes opérationnels, la marche prolongée avec piétinement pour les serveurs et les gestes répétitifs en cuisine lors de la production. Les postures contraignantes pour les épaules sont également fréquentes (24).

Les salariés sont également exposés aux gestes répétitifs notamment en production en cuisine (épluchage des fruits et légumes par exemple) (24).

Ces risques ont des répercussions sur la santé des salariés : parmi les travailleurs des restaurants, 84 % ont déclaré avoir eu des troubles musculosquelettiques liés au travail dans le mois précédent. La majorité d'entre eux avaient des douleurs à l'épaule (58%), mais les lombalgies étaient les douleurs les plus intenses. 12% des salariés déclarant avoir des troubles musculosquelettiques considéraient que ces douleurs avaient un retentissement sur leur vie privée ou professionnelle. Mais seuls 5% d'entre eux avaient bénéficié d'un traitement médical (29).

Parmi la population spécifique des serveurs, 42% ont déclaré avoir eu des douleurs au cours de la dernière année : 18% ont eu des lombalgies basses, 11% des douleurs d'épaules, 9% des douleurs de cuisses/genoux, 7% des douleurs de chevilles/pieds et 5% des douleurs aux poignets (27).

Les résultats sont très variables d'une étude à l'autre : par exemple, le nombre de salariés présentant des troubles musculosquelettiques peut varier de 25% (30) à 87% (31). La variabilité de ces résultats peut être due à des conditions de travail différentes, dans des types de restaurations différentes et à la définition même des troubles musculosquelettiques.

3. Le risque chimique

Les salariés en plonge et ceux qui s'occupent du nettoyage en cuisine et en salle sont exposés à des produits irritants, corrosifs, toxiques,... présents dans les produits détergents, désinfectants et dégraissants en fonction des produits mis à disposition par l'employeur (11) (16) (17). Cette exposition entraîne des risques d'allergies cutanées et/ou respiratoires et des risques d'irritation.

Tous les salariés sont susceptibles d'être exposés puisqu'il est fréquent que les cuisiniers et commis nettoient la cuisine en fin de service et que les serveurs et barmans nettoient la salle.

La manipulation des denrées alimentaires expose les salariés au risque d'allergie alimentaire (farine, fruits à coques,...), reconnu aux tableaux n°65 (32) et n°66 (33) du régime général.

En cuisine, les salariés sont exposés aux fumées de cuisson. La dégradation du sucre, la pyrolyse des protéines et des acides aminés et la dégradation des graisses peut entraîner la formation d'aldéhydes comme le formaldéhyde, l'acétaldéhyde et l'acroléine (34) lorsque la température est supérieure à 180° (35). Ces produits peuvent entraîner une irritation des voies respiratoires par voie inhalée. Cette exposition peut expliquer la prévalence de symptômes pulmonaires plus élevée chez les salariés travaillant en cuisine que dans la population générale (36). Le formaldéhyde est également classé comme « substance cancérogène avérée pour l'Homme », groupe 1 de la classification du CIRC pour le nasopharynx (37). L'acétaldéhyde est classé « possiblement cancérogène pour l'homme » (CIRC 2B) pour les voies respiratoires (38). Les salariés sont également exposés à l'acrylamide lorsque la température de cuisson dépasse les 120° pour les

fritures et les aliments d'origine végétale riche en glucides et faible en protéines. L'acrylamide est classée « probablement cancérigène pour l'homme » (CIRC 2A) (39).

Les salariés sont également exposés au monoxyde d'azote, au dioxyde d'azote, et au monoxyde de carbone, plus fréquent dans les cuisines à gaz que dans les cuisines électriques. Chez les salariés travaillant dans les cuisines au gaz, les symptômes pulmonaires sont plus fréquents et leur fonction pulmonaire moins bonne que chez ceux travaillant avec des cuisinières électriques (40).

4. Le risque biologique

Les salariés en contact avec le public sont exposés aux épidémies et pandémies circulantes (grippe, covid19, conjonctivite, gastroentérite,...).

Les salariés en contact avec les produits alimentaires sont également exposés aux moisissures alimentaires ou de stockage et aux produits sucrés entraînant des risques de mycoses cutanées et unguéales reconnues au tableau n°77 du régime général (41).

Le nettoyage des sanitaires peut également entraîner un contact avec les matières fécales, sources de transmission de gastroentérite et d'hépatite A (42).

Les coupures entraînent également un risque de tétanos (42).

5. Le risque physique

Les salariés peuvent être exposés au froid dans les chambres froides/congélateur/réfrigérateur de stockage des matières premières (12).

A l'inverse, la cuisine et la plonge peuvent entraîner une exposition à la chaleur à cause des multiples points de cuisson (12).

En plonge, les salariés sont souvent exposés à l'humidité (11).

Lors de services en terrasse, les serveurs peuvent également être exposés au chaud, au froid et aux intempéries (16).

Le bruit est également présent à tous les postes opérationnels : en cuisine, lié à l'utilisation de multiples appareils, en salle et à la plonge, lié au bruit de la vaisselle et en salle, lié au bruit des clients et à la musique d'ambiance (11) (16) (17).

6. Les risques psychosociaux

De nombreux facteurs de risques sont présents dans cette profession. On peut les décrire grâce aux 6 axes proposés par le rapport du collège d'expertise de Michel Gollac (43) :

- Intensité et temps de travail : contrainte de rythme lié au « coup de feu » (8) (44)
- Exigences émotionnelles : contact avec le public (exigence de sourire) (8)
- Manque d'autonomie : lié aux demandes multiples des clients (44), aux contraintes d'hygiène et à la traçabilité (44),
- Rapports sociaux au travail dégradés : relations avec les collègues ou la hiérarchie, difficultés liées à la coactivité (11),
- Conflit de valeurs
- Insécurité de la situation de travail : turn-over important. (45)

Ces facteurs de risques sont très variables d'un poste à l'autre et d'un établissement à l'autre.

Chez les serveurs (25), les facteurs de risques psychosociaux principaux identifiés sont : l'interruption de tâches (demandes des clients), la difficulté d'organisation du travail avec une pression temporelle importante (coup de feu, 30 opérations observées sur une période de 8 minutes), la nécessité de mémorisation et les exigences émotionnelles (« rester toujours gentils et

souriants »). Les serveurs doivent également faire le lien entre la cuisine et les clients (l'exigence du client n'est pas toujours compatible avec le travail accompli par les salariés en cuisine) et être constamment disponibles pour le client. Les serveurs témoignent également d'un manque de reconnaissance de la part des clients (25) (46).

Dans certains pays, un facteur de risque se surajoute : les serveurs sont entièrement rémunérés par les pourboires des clients (25). Cela peut entraîner un manque de reconnaissance quand le client ne laisse pas de pourboire, augmente la charge émotionnelle (satisfaire le client à tout prix) et augmente l'insécurité sociale liée à un salaire très variable.

En France, le pourboire peut, soit s'ajouter en complément d'un salaire contractuel fixe, soit constituer la seule rémunération du salarié avec un montant minimum garanti (l'employeur doit verser un complément de salaire lorsque le pourboire n'atteint pas le salaire fixé) (47). Le salarié bénéficie donc d'un salaire minimum permettant de s'amender en partie de l'insécurité sociale.

Les conséquences de ce rapport au client peuvent être très délétères sur la santé des serveurs puisque les salariés déclarent « favoriser la plupart du temps la rapidité et l'image de service au détriment de leur santé » (25).

En cuisine, les salariés sont exposés à une forte pression temporelle liée au coup de feu (5).

La prise en charge des risques psychosociaux est importante car ils peuvent entraîner des risques psychosociaux puis des problèmes de santé (47).

Par exemple, en cuisine, les facteurs de risques psychosociaux influencent la survenue de troubles musculosquelettiques et les troubles musculosquelettiques influencent la survenue des facteurs de risques psychosociaux (48).

7. Les accidents

Le risque de chute de plain-pied existe à tous les postes. Il peut être augmenté par un sol abîmé, un sol mouillé, (particulièrement en cuisine ou à la plonge mais également en chambre froide ou en salle), des dénivellations (pentes ou différences de niveaux) et si les sols sont encombrés et/ou l'éclairage insuffisant (11) (16).

Il y a également un risque de chute augmenté en cas de présence d'escaliers, particulièrement si les escaliers sont en mauvais états, mal éclairés, encombrés ou que les salariés effectuent une manutention en les empruntant (17).

Des objets stockés en hauteur sont susceptibles de chuter et de blesser un salarié (17).

Il existe également un risque de blessures lors de l'ouverture des cartons de matières premières (17).

Le risque de brûlures et de coupures est le plus important en cuisine (favorisé par des cuisines petites et par la cuisine au gaz (49)) et en plonge (utilisation d'eau chaude, nettoyage des couteaux,..) (11) mais est également présent en salle (manutention de plats chauds, manipulation de couteaux,...) (16).

Le risque électrique est également présent surtout en cuisine et peut être augmenté si le matériel est défectueux (11).

Enfin, le risque incendie est présent pour tous les postes de travail, plus important en cuisine lié à l'utilisation de fours, de cuisinières, de friteuses... (24)

Certains restaurants avec terrasse extérieure exposent également leur salarié au risque d'accident de la voie publique.

D. Sinistralité

1. Accidents du travail

| Secteur \ Sinistralité | Indice de fréquence ** | | Taux de fréquence | Taux de gravité | Indice de gravité |
|---|---------------------------|-------------------|----------------------|--------------------|----------------------|
| | National (51) | Normandie (50) | *** (50) | **** (50) | ***** (50) |
| Tout secteur | 33,4 | 37,1 | 20,9 | 1,4 | 11,6 |
| Services, commerces, industries de l'alimentation | 44,0 | 45,4 | 26,9 | 1,7 | 10,6 |
| Restauration traditionnelle | 34,1 | 39,57 | 21,1 | 1,1 | 6,3 |
| Restauration rapide | 46,6 | 69,74 | 31,3 | 1,5 | 8,2 |
| Restauration collective sous contrat* | 57,9 | 47,58 | 33,3 | 2,6 | 18,8 |

Tableau n°1 : les accidents du travail dans le secteur de la restauration en 2017

* Les restaurants non sous-traités des grandes entreprises sont inclus dans l'activité dont dépend l'entreprise.

** Indice de fréquence = (nombre des accidents en premier règlement/effectif salariés) x 1 000

*** Taux de fréquence = (nombre des accidents en premier règlement/heures travaillées) x 1 000 000

**** Taux de gravité = (nombre des journées perdues par incapacité temporaire/heures travaillées) x 1 000

***** Indice de gravité = (somme des taux d'incapacité permanente/heures travaillées) x 1 000 000

La restauration présente un taux et un indice de fréquence plus élevés d'accidents du travail que tous les secteurs confondus.

Il y a moins d'accidents du travail en restauration traditionnelle que dans les autres types de restauration. De plus, les taux et indices de gravité sont moins importants en restauration traditionnelle que dans les autres types de restauration et que dans tous les secteurs confondus.

A l'inverse, les accidents sont plus souvent responsables d'incapacité permanente en restauration collective et entraînent plus d'arrêts de travail.

En Normandie, le nombre d'accidents du travail est plus important en restauration traditionnelle et rapide qu'au niveau national. Il est, en revanche, moins important pour la restauration collective qu'au niveau national.

En restauration traditionnelle, les accidents du travail étaient surtout dus à la manutention manuelle (39%), l'outillage à main (21%), et les chutes de hauteur et de plain-pied (31%) (52), la prévention des chutes de plain-pied et de hauteur fait d'ailleurs partie des risques prioritaires ciblés par le Plan Santé au Travail 2016-2020 (53). La répartition des accidents par âge est assez homogène : environ 39% des accidents avaient lieu chez les 20-29 ans, 21% chez les 30-39 ans, 26% chez les 40-49 ans et 12% environ chez les 50-59 ans. Les zones blessées étaient très majoritairement les membres supérieurs.

En restauration collective, les principales causes d'accidents du travail sont les manutentions manuelles (54%), les chutes de plain-pied (20%) et l'outillage à mains (9%) (54). Les accidents semblent plus graves puisque les taux et incidences de gravité sont plus élevés qu'en restauration traditionnelle et rapide. Les salariés entre 40 et 59 ans représentent plus de la moitié des victimes et plus de 9 sur 10 étaient en CDI. Les lésions touchaient très majoritairement les membres supérieurs et le dos.

En restauration rapide, les accidents du travail sont causés par les manutentions manuelles (41%), les chutes de plain-pied (19%) et le risque routier (14%) (55). Ils touchaient majoritairement les salariés de 20 à 29 ans et 86% d'entre eux étaient en CDI. Les zones touchées étaient principalement les membres supérieurs et inférieurs.

Néanmoins, le nombre d'accidents de travail tend à diminuer : dans la restauration traditionnelle, en 2015, il y a eu près de 14300 accidents du travail contre environ 13700 en 2017. L'indice de fréquence est passé de près de 39 à 34,5 (52). En restauration collective, l'indice de fréquence est passé de 68 à 58 en 2 ans (54). En restauration rapide, le nombre d'accidents est passé de plus de 7600 à environ 8900 mais ce chiffre est à pondérer par l'augmentation des effectifs du secteur : quand on regarde l'indice de fréquence, il est passé de plus de 52 en 2015 à 46,5 en 2017, témoignant d'une baisse du nombre d'accidents par salarié (55).

Aux Etats Unis, parmi les accidents entraînant une absence pour maladie, les entorses, les foulures et les déchirures étaient la blessure la plus fréquente (34%) (dont 46% concernaient le dos), suivies des coupures (18%), des ecchymoses (10%) et des brûlures (10%).

En termes d'événements ou d'expositions, la catégorie la plus fréquemment signalée était la chute de plain-pied (26%), suivie par les blessures par objet (15%), le surmenage (14%) et l'exposition aux substances ou à l'environnement nocifs (11%) (56).

2. Maladies professionnelles

La caisse nationale d'assurance maladie recensait en 2018, 1707 maladies professionnelles indemnisées dans le secteur de la restauration (comprenant restaurations traditionnelles, rapides, cafétérias et autres libre-services, services des traiteurs, restaurations collectives sous contrat et autres services de restauration), 566 maladies consolidées avec un taux d'IPP<10% et 183 avec un taux d'IPP≥10% (57). Pour comparaison, il y a eu 49 538 maladies professionnelles reconnues au niveau national (58). La restauration a donc représenté 3,4% des maladies professionnelles indemnisées en 2018 alors que la restauration représente 4,3% des actifs (833 223/19 236 481 salariés) (58).

656 maladies professionnelles ont été déclarées en 2018 dans la restauration traditionnelle (52), 209 dans la restauration rapide (55) et 311 dans la restauration collective sous contrat (54). La très grande majorité (94%) de ces maladies professionnelles étaient des affections périarticulaires de l'épaule décrites au tableau 57A (59). Les autres étaient des maladies professionnelles hors

tableau (alinéa 4), des affections du rachis lombaire (tableau 98) (59) des eczémas allergiques (tableau 65A) (32) et des affections respiratoires (tableau 66A) (33).

E. Contexte de l'étude

Un groupe de médecins du travail de Basse-Normandie a décidé de travailler sur la restauration après avoir constaté de nombreux risques professionnels avec un retentissement important sur l'état de santé des salariés. Ces médecins ont créé le questionnaire complémentaire lors de groupes de travail. L'étude a initialement été lancée sur la Basse-Normandie et a été secondairement étendue à la Haute Normandie.

F. Objectifs

Les risques professionnels dans la restauration représentent, comme nous l'avons vu, un challenge difficile pour les services au travail et les employeurs. Les conséquences sur la santé sont majeures. Ils ont également un impact financier pour les employeurs et la société.

Les études épidémiologiques décrivent les risques professionnels et l'état de santé mais très peu s'attachent à différencier les différents types de restauration.

Les objectifs de cette étude sont donc de comparer les conditions de travail et l'état de santé des salariés selon le secteur de restauration dans lequel ils travaillent.

II. Matériels et Méthodes

A. Le dispositif Evrest

Le dispositif EVREST (Evolutions et Relations en Santé au Travail) (60) est un dispositif de veille et de recherche en santé au travail mis en place en France depuis 2008. Cet observatoire national pluriannuel repose sur un questionnaire à questions fermées court et stable (61). Le questionnaire, disponible en annexe 1, explore quatre thèmes :

- les conditions de travail (y compris les risques psychosociaux)
- la formation reçue et dispensée
- le mode de vie (hors alcool)
- l'état de santé.

Les trois premières parties sont remplies sous forme d'auto-questionnaire par les salariés. La partie sur l'état de santé est remplie par le professionnel de santé.

Ce dispositif est à destination des médecins du travail et des infirmières en santé au travail. Le questionnaire Evrest est administré au minimum à tous les salariés nés en octobre (62), lors de chaque entretien systématique de santé au travail (visite d'information et de prévention initial, périodique, examen médical d'embauche ou périodique réalisé au moins 2 mois après la prise de poste).

Le dispositif contribue à rendre visible sous une forme quantitative les informations collectées par le médecin du travail ou l'infirmière lors des consultations.

Le rapport descriptif national 2017-2018 publié en décembre 2019 recense 801 équipes de santé au travail qui ont participé au recueil des données pour inclure 28507 salariés.

B. Le questionnaire personnalisé

Pour cette étude, un questionnaire personnalisé a été créé et ajouté à la suite du questionnaire standard. Il a été créé par un groupe de travail de médecins du travail Bas-Normand. Le médecin ou l'infirmier devait différencier le type de restauration : rapide, collective ou traditionnelle.

Le questionnaire (Annexe 2) comptait ensuite 10 questions supplémentaires visant à décrire :

- La carrière professionnelle : mobilité des salariés, l'ancienneté dans le secteur, le niveau de diplômes, le changement d'orientation professionnelle prévu
- Le retentissement des rythmes et conditions de travail sur la consommation des substances psychoactives et sur l'organisation de la vie privée en cas de coupure
- Les violences internes ou externes ressenties
- La répartition ressentie des tâches en cas de polyvalence.

Ce questionnaire personnalisé a été créé spécifiquement pour cette étude. Les données n'ont donc été recueillies qu'en Normandie et ne seront pas disponibles au niveau national.

C. Type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle descriptive transversale multicentrique.

D. Critères d'inclusion

Du 01/01/2018 au 31/12/2019 en Basse Normandie et du 01/01/2019 au 31/12/2019 en Haute Normandie, un questionnaire Evrest personnalisé a été proposé aux salariés du secteur de la restauration lors des visites périodiques ou d'embauche avec au moins 2 mois d'ancienneté au poste par les médecins du travail et les infirmières en santé au travail volontaires.

E. Analyse statistique

A titre informatif, les résultats globaux de notre échantillon Normand et les résultats Evrest nationaux du secteur de la restauration sont présentés.

Les résultats nationaux sont issus du rapport descriptif national 2017-2018 paru fin 2019 (63). L'analyse des données par secteur d'activité de niveau 1 n'est pas pertinente puisque le secteur de l'hôtellerie-restauration représente un ensemble très hétérogène (4) :

- Restauration traditionnelle : 360 000 salariés
- Restauration collective : 110 300 salariés
- Casino : 15 000 salariés
- Cafétéria/libre-service : 14 000 salariés
- Hôtel : 173 000 salariés
- Traiteur : 19 000 salariés
- Café/Bar : 47 000 salariés
- Thalassothérapie : 3000 salariés

Ainsi, de nombreux salariés de ce secteur n'entrent pas dans le cadre de cette étude, ce qui ne permet pas d'utiliser les chiffres issus du secteur d'activité « hébergement et restauration » des données nationales pour les comparer aux résultats de notre étude.

En revanche, l'analyse par secteur d'activité de niveau 2 semble plus pertinente puisqu'elle distingue les secteurs de l'hôtellerie et de la restauration.

Nous présenterons donc dans chaque graphe :

- les résultats nationaux du secteur de la restauration
- les résultats de l'échantillon normand
- les résultats des 3 secteurs de notre échantillon.

L'analyse statistique a compris des tests de Chi2 ou de Fisher permettant de comparer des variables catégorielles selon le type de restauration.

Les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel Stata IC 11.2. Les résultats sont considérés comme significatifs si $p < 0,05$.

F. Ethique

Les données ont été recueillies par les équipes santé travail après information des salariés interrogés, puis saisies et exploitées en respectant la confidentialité des informations (déclaration CNIL de l'observatoire EVREST n°906290 du 7 février 2007, modification n°906290VI du 4 mars 2008).

Le projet de thèse a été présenté au comité de pilotage d'Evrest Normandie et accepté.

III. Résultats

A. Description de la population de l'étude

240 questionnaires ont été remplis entre le 01/01/2018 et le 31/12/2019 par 11 équipes santé-travail : 90 pour la restauration collective, 63 pour la restauration traditionnelle et 64 pour la restauration rapide. Pour 23 questionnaires, le type de restauration n'était pas précisé.

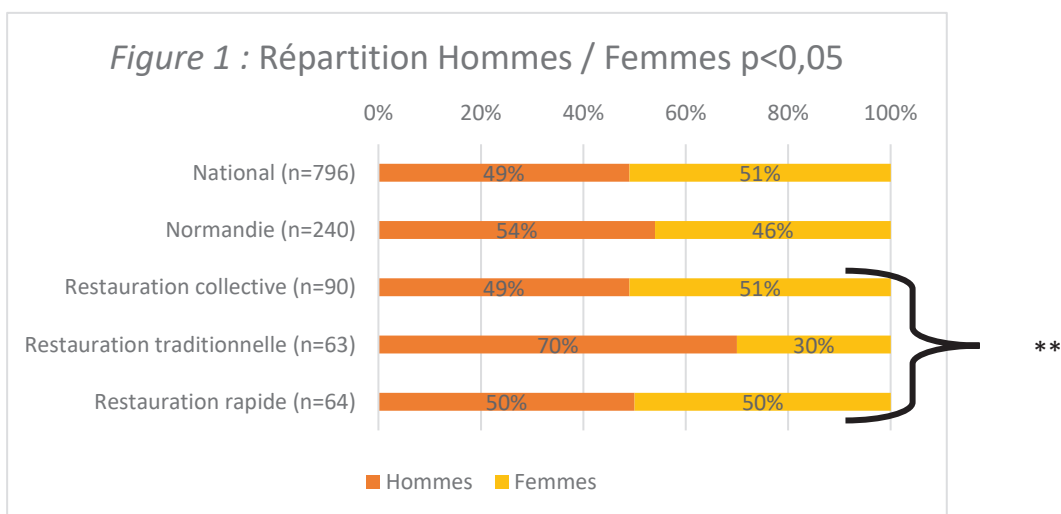
Pour la restauration, 796 questionnaires Evrest ont été remplis en 2017-2018 au niveau national.

1. Caractéristiques de l'échantillon

a) Données sociodémographiques

(1) Sexe

Sur les 240 salariés enquêtés, on comptait 129 hommes et 111 femmes, soit une prédominance masculine de 54 % ;

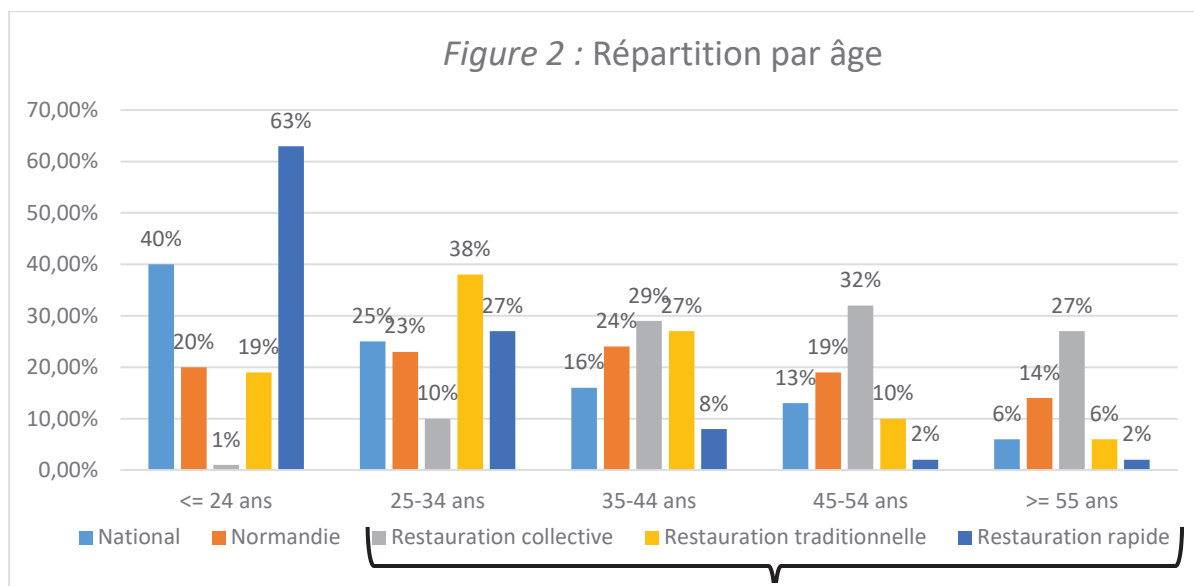


** p<0,01

Au niveau national, le ratio hommes/femmes semble équilibré alors qu'en Normandie, il y a une prédominance masculine entièrement due à la restauration traditionnelle où 70% des salariés sont des hommes alors qu'en restauration collective et rapide, les ratios sont équilibrés (différence significative $p < 0,05$ entre restauration rapide et traditionnelle).

(2) Age

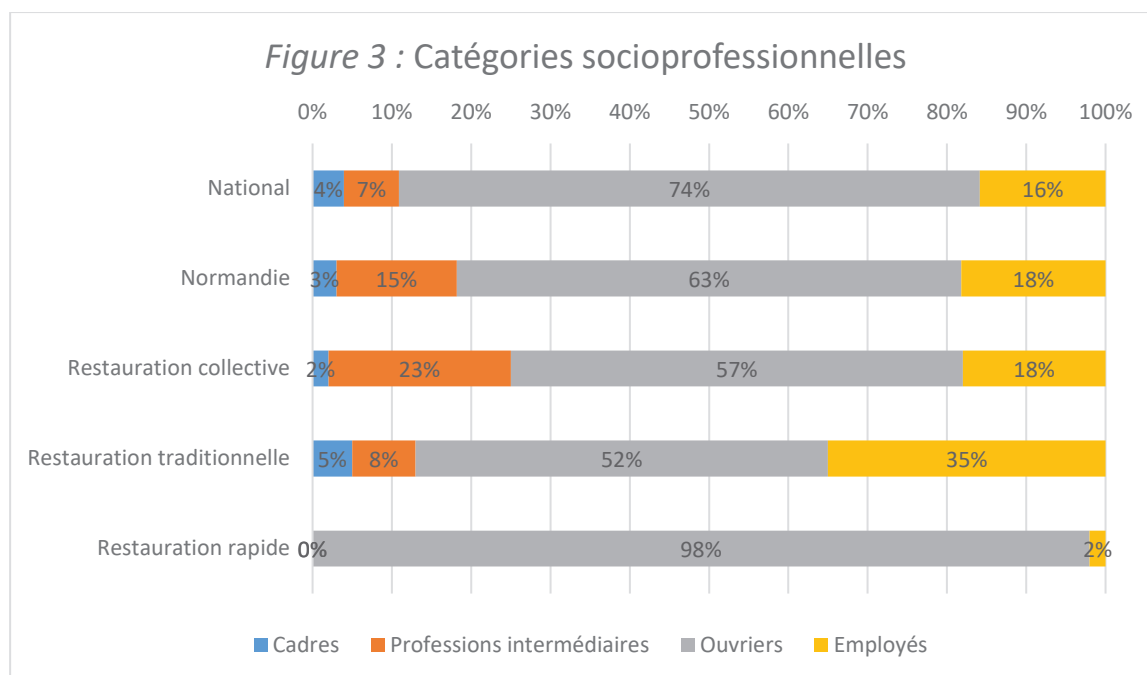
L'âge moyen des salariés était de 37 ans, la classe d'âge entre 35-44 ans était la plus représentée.



*** $p < 0,001$

Les salariés de la restauration rapide sont plus jeunes (différence significative avec la restauration collective et avec la restauration traditionnelle $p < 0,001$) : plus de 60 % ont moins de 25 ans alors que seuls 3 % ont 45 ans ou plus. En restauration collective, les salariés sont plus âgés (différence avec la restauration traditionnelle $p < 0,001$) : 57 % ont 45 ans ou plus et seuls 1% ont moins de 25%.

b) Catégories socioprofessionnelles



En France, il y a plus d'ouvriers qu'en Normandie. Les salariés ouvriers sont très largement majoritaires dans tous les types de restauration mais ils représentent la quasi-totalité des salariés de la restauration rapide.

En restauration traditionnelle, il y a plus d'employés que dans les autres types de restauration. Il s'agit de serveurs/commis de restaurant qualifiés.

En restauration collective, il y a plus de professions intermédiaires que dans les autres types de restauration. Les professions intermédiaires en restauration collective sont composées de salariés de cuisine/ production de niveau maitrise.

c) Postes et contrats de travail

| | Poste de travail | Nombre | Pourcentage |
|-----------------------------|--|-----------|-------------|
| Restauration collective | Aide de cuisine | 48 | 53% |
| | Cuisinier / Commis | 15 | 17% |
| | Chefs d'unité ou gérants d'établissement niveau maîtrise | 10 | 11% |
| | Chefs de cuisine ou de production niveau maîtrise | 9 | 10% |
| | Technicommerciaux ou commerciaux | 2 | |
| | Cadres de l'hôtellerie et de la restauration | 2 | |
| | Serveurs ou commis de restaurant | 2 | |
| | Ouvrier qualifié des travaux publics | 1 | |
| | Agent de service hospitalier | 1 | |
| | Total | 90 | 100% |
| Restauration traditionnelle | Cuisiniers ou commis de cuisine | 21 | 33% |
| | Serveurs ou commis de restaurant | 25 | 40% |
| | Aide de cuisine ou apprentis de cuisine ou employés polyvalent | 6 | 10% |
| | Chef de cuisine ou de production niveau maîtrise | 4 | |
| | Cadre de l'hôtellerie et de la restauration | 3 | |
| | Agents d'accueil | 2 | |
| | Apprenti boulanger, boucher ou charcutier | 1 | |
| | Maitrise de restauration : salle et service | 1 | |
| | Total | 63 | 100% |
| Restauration rapide | Aide de cuisine, apprenti de cuisine ou employé polyvalents | 59 | 92% |
| | Employé de libre-service, magasinier | 3 | |
| | Cuisinier ou commis | 1 | |
| | Serveur ou commis de restaurant | 1 | |
| | Total | 64 | 100% |

Tableau 2 : Répartition des postes de travail par type de restauration

En restauration collective, la moitié des salariés sont aides de cuisine, les autres étant cuisiniers, chefs de cuisine ou d'unités.

En restauration traditionnelle, la majorité des salariés sont cuisiniers, serveurs ou commis. On retrouve également quelques chefs de cuisine et cadre.

En restauration rapide, la très grande majorité des salariés sont aides de cuisine ou employés polyvalents.

En restauration rapide, 94% des salariés sont en CDI alors qu'ils ont 83% en restauration collective et 71 % en restauration traditionnelle (différence significative entre les restaurations rapide et traditionnelle). En Normandie il y a donc 89% de CDI dans ce secteur.

2. Données de l'entreprise

a) Secteur privé/public

En restauration traditionnelle et rapide, 100% des salariés travaillent dans une entreprise privée. En restauration collective, 27% travaillent dans une entreprise privée et 73% dans une entreprise publique (différence significative $p < 0,001$ avec les restaurations traditionnelle et rapide).

Au total, 64% des salariés de l'étude travaillent dans une entreprise privée et 36% dans une entreprise publique.

b) Code NAF

| | Normandie | Restauration collective | Restauration traditionnelle | Restauration rapide |
|--|-----------|-------------------------|-----------------------------|---------------------|
| 1086Z : Fabrication d'aliments homogénéisés et diététiques | 0% | 1% | 0% | 0% |
| 5510Z : Hôtels et hébergement similaire | 5% | 0% | 17% | 0% |
| 5610A : Restauration traditionnelle | 20% | 0% | 78% | 0% |
| 5610C : Restauration de type rapide | 27% | 0% | 0% | 100% |
| 5629A : Restauration collective sous contrat | 2% | 5% | 0% | 0% |
| 5629B : Autres services de restauration | 2% | 4% | 0% | 0% |
| 5630Z : Débits de boissons - Bar | 0% | 0% | 2% | 0% |
| 8610Z : Activités hospitalières | 43% | 90% | 0% | 0% |
| 9311Z : Gestion d'installations sportives | 1% | 0% | 3% | 0% |

Tableau 3 : Répartition des salariés par code NAF en fonction du type de restauration

Dans notre échantillon, la restauration collective est pour 90% des salariés dépendante d'une structure hospitalière.

En restauration traditionnelle, la majorité des entreprises entre dans le Code NAF « restauration traditionnelle » mais on retrouve quelques salariés d'hôtels, de bars et d'installations sportives.

Tous les salariés de la restauration rapide travaillent dans le secteur « restauration de type rapide ».

c) Taille de l'entreprise

20% des salariés de notre échantillon travaillent dans des TPE. Ils ne sont que 6% dans la restauration collective et 9% dans la restauration rapide contre 60% dans la restauration traditionnelle.

36% des salariés travaillent dans une entreprise de 10 à 250 salariés, ils ne sont que 4% dans la restauration collective, 40% dans la restauration traditionnelle et 91% dans la restauration rapide.

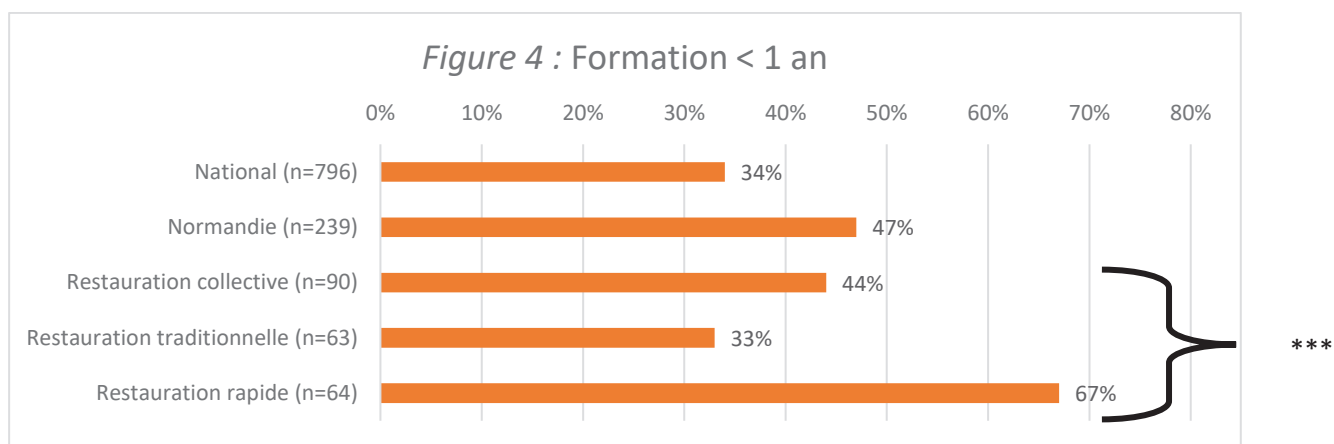
44% des salariés travaillent dans une entreprise de plus de 250 salariés. Dans la restauration collective, ils sont 90%. Il n'y a aucun salarié de la restauration traditionnelle ou collective travaillant dans une entreprise de plus de 250 salariés.

Statistiquement, les salariés de la restauration traditionnelle travaillent dans des entreprises plus petites que ceux de la restauration collective ($p < 0,001$) et rapide ($p < 0,001$). Ceux de la restauration collective travaillent dans des entreprises plus grandes (différence non significative).

B. Résultats de l'enquête et comparaison des résultats selon les différents types de restauration

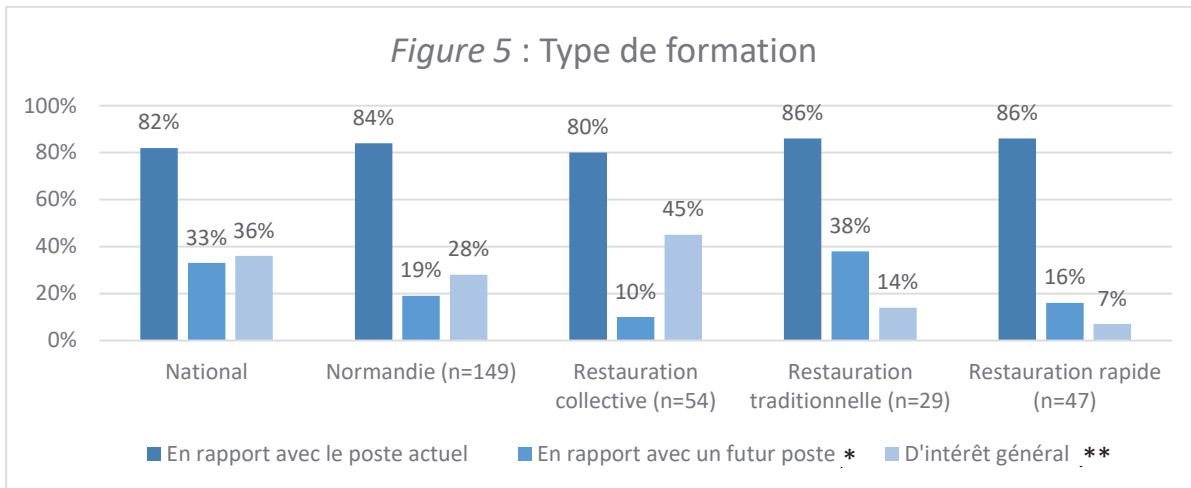
1. Carrière professionnelle

a) Formation



*** Différence significative $p < 0,001$

Les salariés de la restauration rapide semblent plus souvent bénéficier de formation puisque plus de 2/3 des salariés ont bénéficié d'une formation sur 1 an. C'est plus de 2 fois plus que dans la restauration traditionnelle ($p < 0,001$).



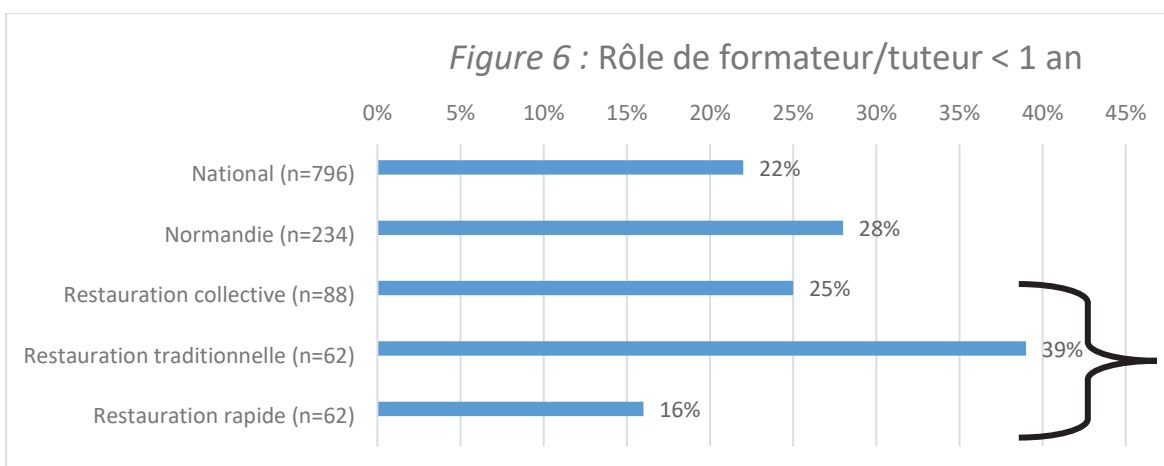
* Différence significative $p < 0,05$

** Différence significative $p < 0,01$

Dans tous les types de restauration, parmi les salariés ayant bénéficiés d'une formation, au moins 4 sur 5 ont bénéficié d'une formation en rapport avec le poste occupé par le salarié (pas de différence significative entre les différents types de restauration).

Les formations en rapport avec un futur poste concernent surtout la restauration traditionnelle (différence significative avec la restauration collective $p < 0,05$).

Les formations d'intérêt général sont plus fréquentes en restauration collective qu'en restaurations traditionnelle ($p < 0,05$) et rapide ($p < 0,001$).



* Différence significatif $p < 0,05$

En restauration traditionnelle, plus d'un tiers des salariés ont eu un rôle de formateur contre ¼ en restauration collective et 16% en restauration rapide (p<0,01).

b) Diplôme

| | | Normandie | Collective | Traditionnelle | Rapide |
|-------------------|---|-----------|------------|----------------|--------|
| Aucun | | 6% | 6% | 2% | 15% |
| Restauration | CAP BEP métiers de la restauration | 33% | 47% | 29% | 5% |
| | BP ou mention complémentaire métiers de la restauration | 4% | 6% | 6% | 0% |
| | Bac pro restauration | 8% | 8% | 15% | 3% |
| | Diplôme supérieur restauration (post BAC) | 2% | 2% | 3% | 0% |
| | Ecole hôtelière (tous diplômes) | 1% | 2% | 2% | 0% |
| Hors restauration | Certificat d'études ou brevet des collèges | 6% | 3% | 10% | 8% |
| | CAP-BEP autres que restauration | 13% | 18% | 15% | 8% |
| | BAC autres que restauration | 18% | 6% | 13% | 47% |
| | Diplôme supérieur autres que restauration | 7% | 2% | 6% | 15% |

Tableau 4 : Description des diplômes obtenus par les salariés en fonction du type de restauration dans lequel ils travaillent

*** Différence significative p<0,001

En restauration collective et traditionnelle, environ 6 salariés sur 10 sont diplômés dans le secteur de la restauration.

Dans la restauration rapide, plus de 3 salariés sur 4 sont diplômés en dehors de la restauration (différence significative avec les restaurations traditionnelle et rapide p<0,001). On

note également qu'en restauration rapide, il y a plus de salariés non diplômés que dans les autres types de restauration.

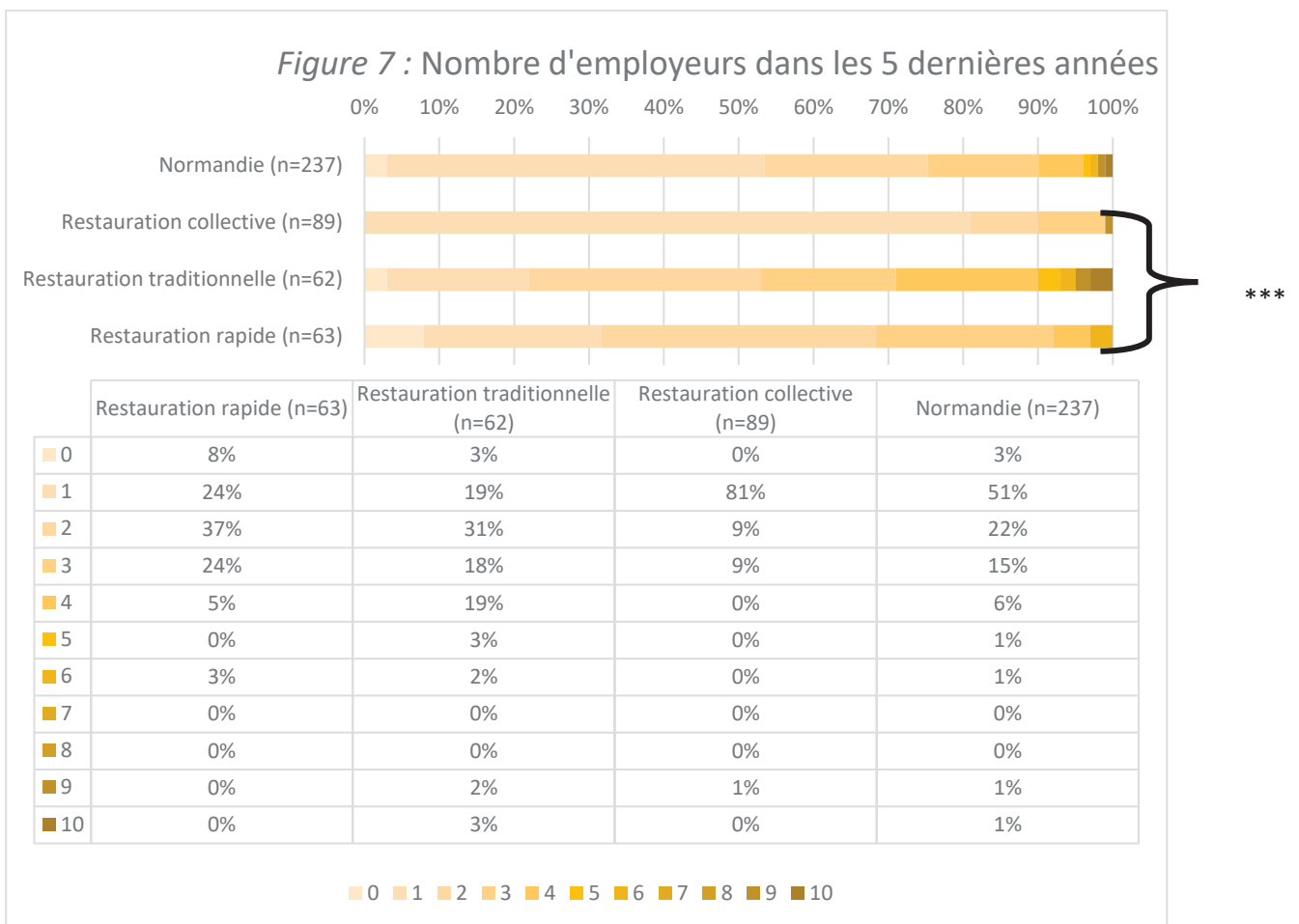
c) Ancienneté

Au niveau national, 35,2 % des salariés de la restauration ont changé de travail depuis moins d'un an dont 0,5% pour raison médicale. Au niveau régional, ils étaient 25% (n=59) dont 3% (n=2) pour raison médicale.

En restauration rapide, ils étaient 32% (n=20) à avoir changé de travail depuis moins d'un an et 43% (n=27) en restauration traditionnelle alors qu'ils n'étaient que 4% (n=4) en restauration collective ($p < 0,001$ entre restauration collective et traditionnelle, collective et rapide). Les emplois dans la restauration collective semblent plus stables que dans les autres types de restauration.

Aucun salarié n'avait changé d'emploi pour raison médicale dans ces 2 types de restauration. En restauration rapide, 10% (n=2) de ceux qui ont changé de travail depuis moins d'un an l'ont fait pour raison médicale (résultats non significatifs).

Figure 7 : Nombre d'employeurs dans les 5 dernières années

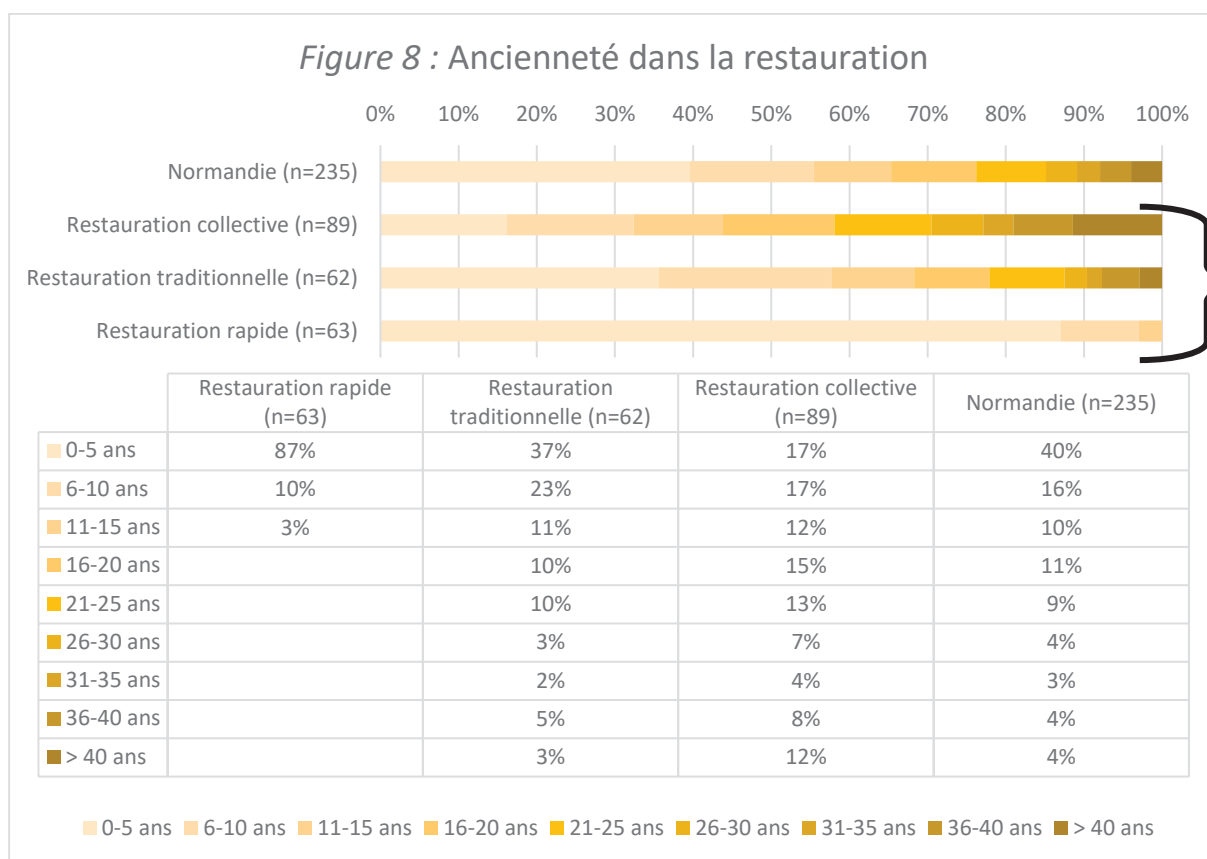


*** Différence significative $p < 0,001$

Les salariés de la restauration changent souvent d'emploi. En restauration collective, l'emploi semble plus stable puisque 81% des salariés ont le même employeur depuis 5 ans (différence significative avec la restauration traditionnelle et rapide $p < 0,001$).

En revanche, en restauration traditionnelle, les salariés semblent plus souvent changer d'entreprise : 10% ont eu au moins 5 employeurs dans les 5 dernières années contre 1% dans la restauration collective ($p < 0,001$) et 3% dans la restauration rapide (pas de différence significative).

Figure 8 : Ancienneté dans la restauration



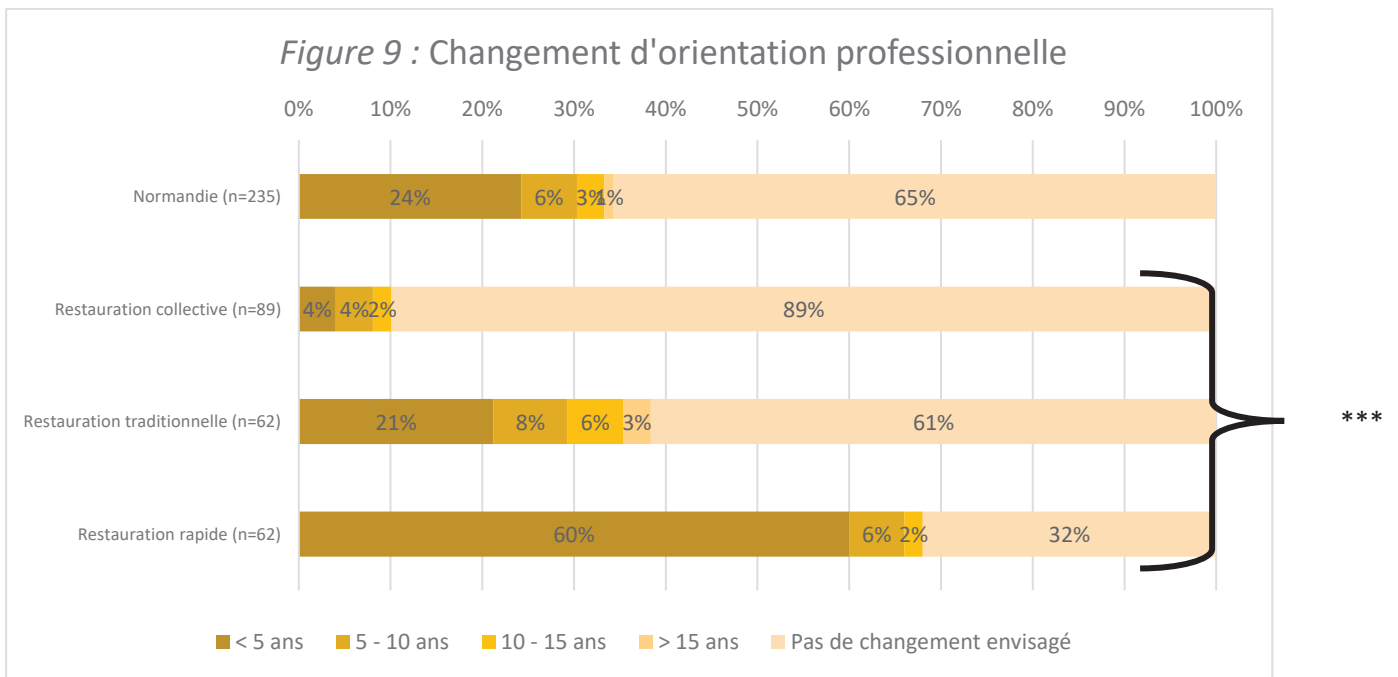
*** Différence significative $p < 0,001$

Les salariés de la restauration rapide ont tous peu d’ancienneté dans la profession : près de 9 salariés sur 10 ont moins d’un an d’ancienneté et aucun n’a plus de 15 ans d’ancienneté (différence significative $p < 0,001$ avec la restauration collective). A l’inverse en restauration collective, plus d’un salarié sur 2 a au moins 15 ans d’ancienneté (différence significative avec la restauration traditionnelle et rapide $p < 0,001$).

En restauration traditionnelle, l’ancienneté est très variable : 1 salarié sur 2 a plus de 10 ans d’ancienneté et 1 sur 10 a plus de 30 ans d’ancienneté.

d) Orientation future

La question, posée dans le questionnaire complémentaire était : « Si vous envisagez un changement d’orientation professionnelle, quel serait le délai ? »



*** Différence significative $p < 0,001$

90% des salariés de la restauration collective souhaitent poursuivre leur carrière dans la restauration alors qu'ils ne sont que 32% dans la restauration rapide.

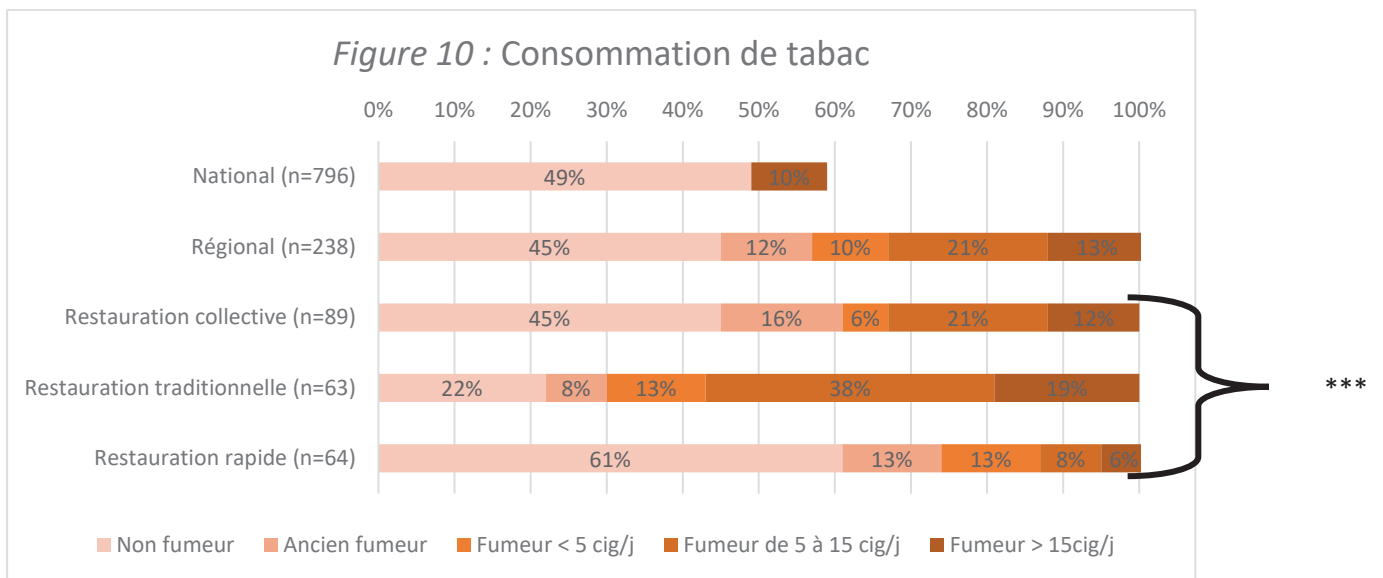
60% des salariés de la restauration rapide envisagent de changer d'orientation dans les 5 prochaines années. C'est 3 fois plus qu'en restauration traditionnelle et 15 fois plus qu'en restauration collective.

Les salariés de la restauration rapide veulent changer plus rapidement d'orientation que ceux de la restauration traditionnelle ($p < 0,001$) qui veulent eux-mêmes changer plus rapidement que ceux de la restauration collective ($p < 0,01$).

2. Les risques professionnels

a) Les addictions

Le questionnaire Evrest 2018-2019 posait la question de la consommation de tabac et de café mais pas des autres toxiques. Le questionnaire complémentaire posait la question : « Est ce que le rythme ou les conditions de travail influent une de ces consommations : alcool, tabac ou drogues ? »

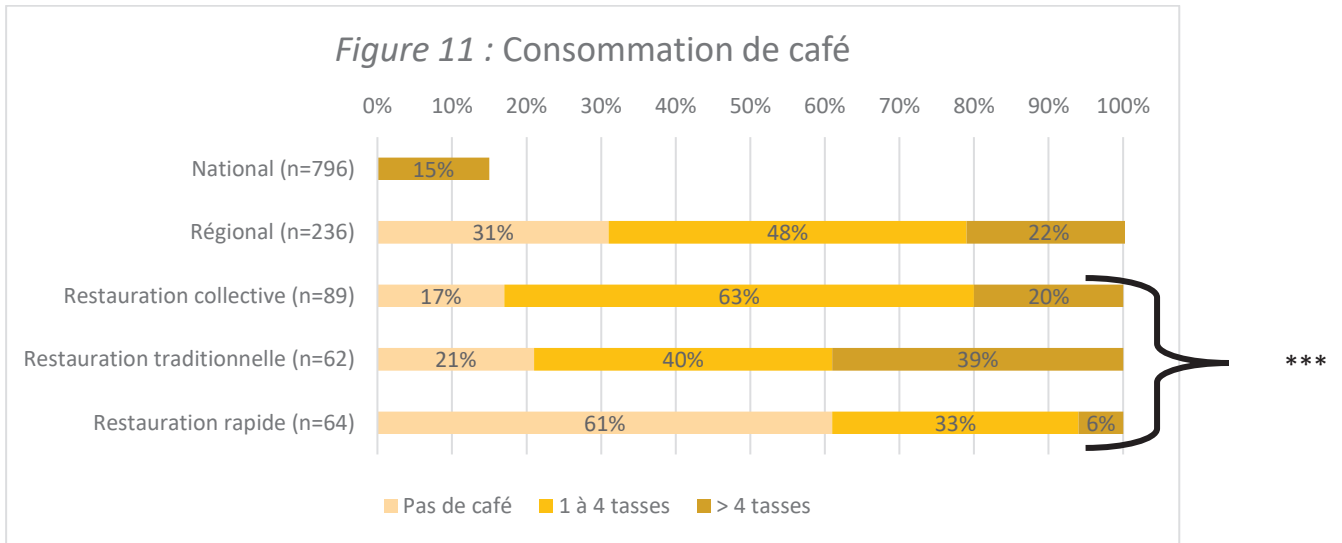


*** Différence significative $p < 0,001$

Les salariés de la restauration traditionnelle fument plus que ceux de de la restauration collective ($p < 0,01$) et de la restauration rapide ($p < 0,001$).

Parmi les fumeurs, ceux de la restauration rapide semblent de moins gros consommateurs puisque 47% d'entre eux fument moins de 5 cigarettes par jour alors qu'ils sont 14% et 18% en restauration collective et traditionnelle.

On notera également qu'en restauration traditionnelle, la proportion de fumeurs > 5 cigarettes par jour atteint 57% alors qu'ils ne sont que 33% en restauration collective et 14% en restauration rapide.

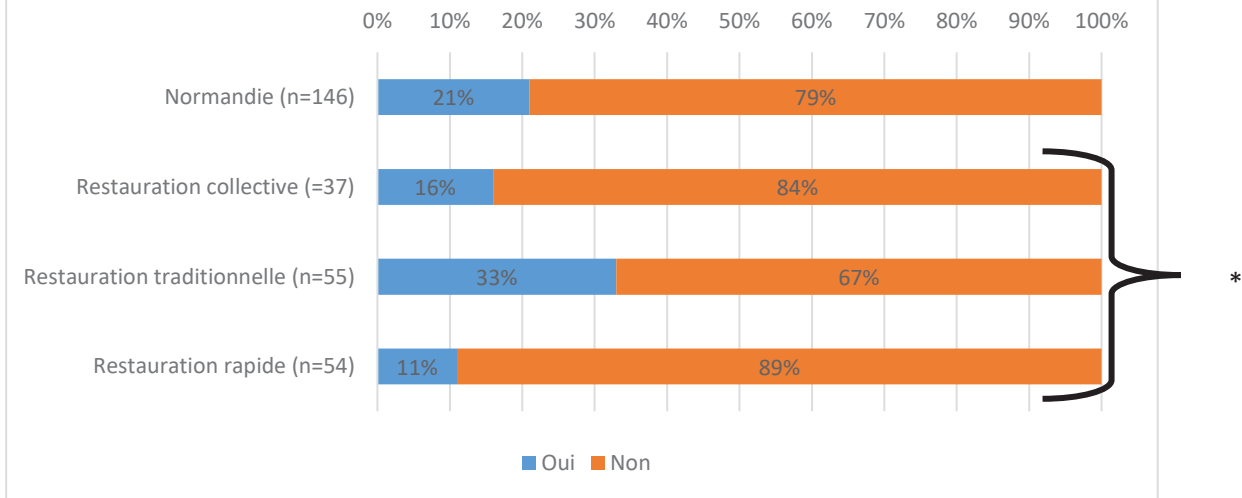


*** Différence significative $p < 0,001$

Les salariés de la restauration rapide consomment beaucoup moins de cafés que ceux des autres types de restauration ($p < 0,001$ avec les 2 autres types de restauration). On note d'ailleurs une proportion importante (61%) de salariés qui ne consomment pas du tout de café. Ceux de la restauration traditionnelle sont plus gros consommateurs que ceux de la restauration collective ($p < 0,05$).

A la question sur l'influence du rythme ou des conditions de travail sur la consommation d'alcool, de tabac ou de drogues, 32% des salariés ont répondu « sans objet » et sont donc non consommateurs de ces substances. Ils sont beaucoup plus nombreux en restauration collective (58%) qu'en restauration traditionnelle (11%) et rapide (13%). Ces salariés ont donc été exclus de l'analyse statistique.

Figure 12 : Influence du rythme ou des conditions de travail sur la consommation d'alcool, de tabac ou de drogues, "sans objet" exclus



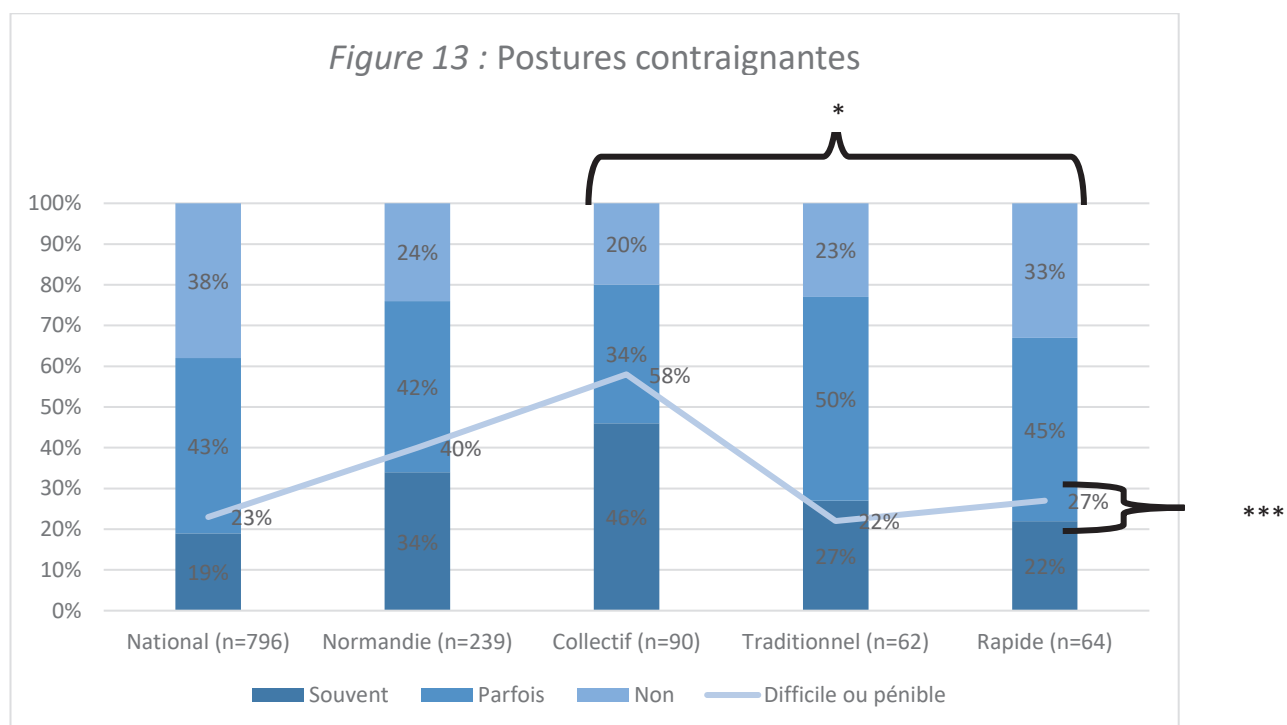
* Différence significative $p < 0,05$

Les salariés de la restauration traditionnelle déclarent plus d'influence du rythme ou des conditions de travail sur la consommation de substances psychoactives que ceux de la restauration rapide ($p < 0,01$) et collective (différence non significative). Il faut toutefois noter que la question ne permet pas de préciser si le travail a une influence positive ou négative sur ces consommations.

b) Les troubles musculo squelettiques

Pour chaque risque professionnel, l'histogramme présentera les réponses des salariés à la question « votre poste de travail présente-t-il les caractéristiques suivantes ? ». Les réponses proposées étaient « oui, souvent », « oui, parfois » et « non, jamais ». La courbe présente le pourcentage de salariés ayant trouvé la caractéristique « difficile » ou « pénible » parmi ceux ayant répondu « oui, souvent » ou « oui parfois »

(1) Postures contraignantes



* Différence significative $p < 0,05$

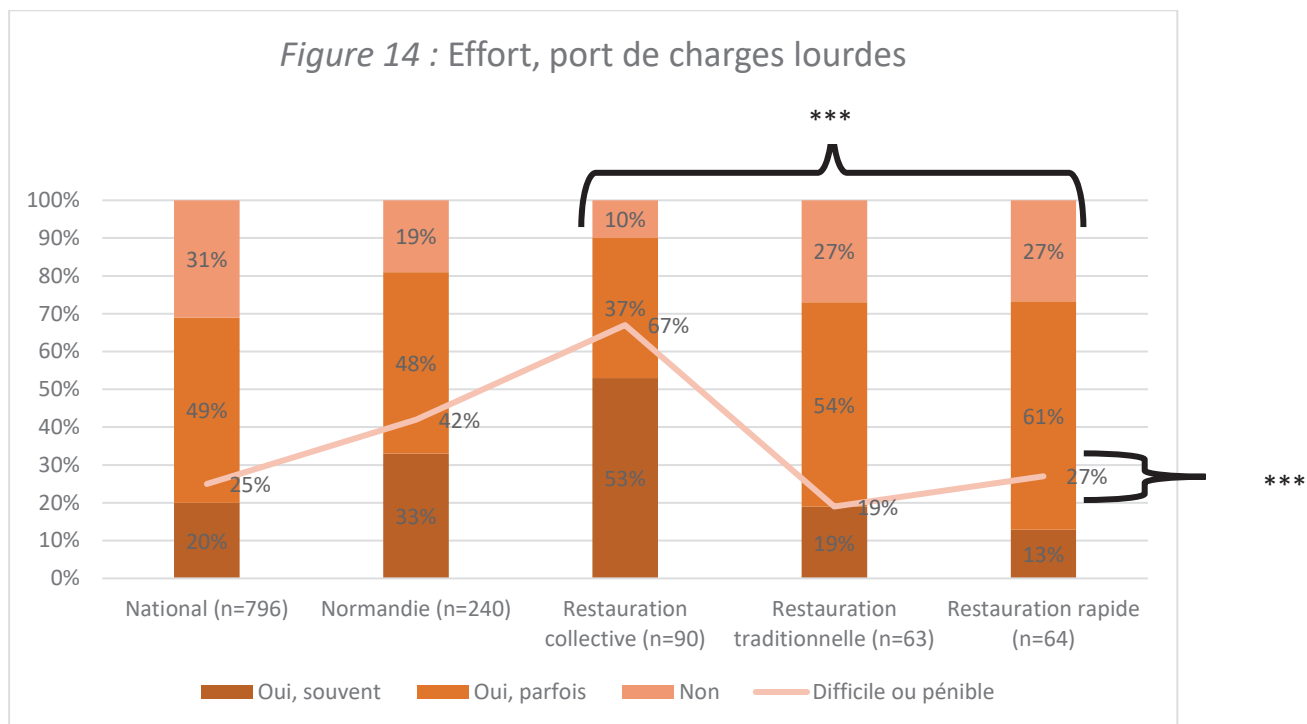
*** Différence significative $p < 0,001$

En restauration collective, les salariés sont 46% à penser que leur travail les expose aux postures contraignantes fréquentes alors qu'elles ne sont ressenties que par 27% des salariés de la restauration traditionnelle et 22% des salariés de la restauration rapide.

Concernant les postures contraignantes, on retrouve une différence significative entre restauration collective et rapide $p < 0,01$.

Le perception difficile ou pénible est particulièrement importante en restauration collective (différence significative avec les autres $p < 0,001$).

(2) Effort, port de charges lourdes



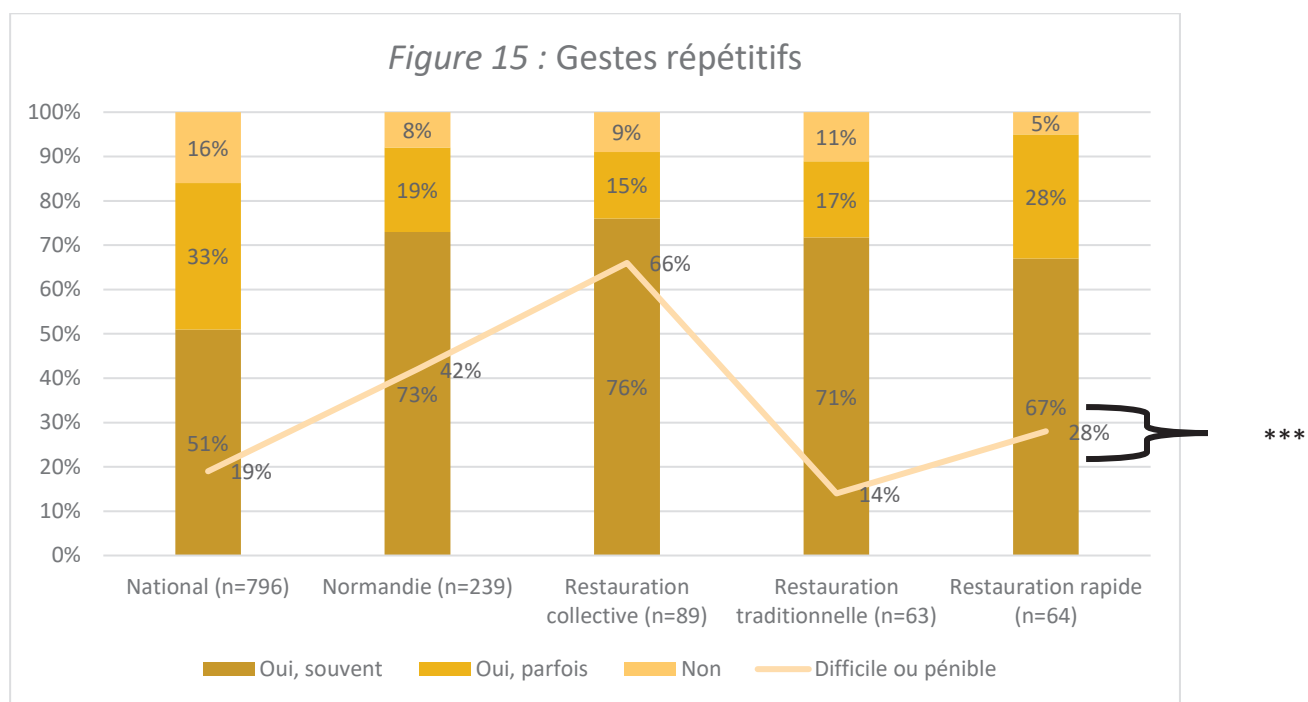
*** Différence significative p<0,001

Les salariés dans la restauration collective sont plus exposés au port de charges lourdes (90%) qu'en restauration traditionnelle (73%, p< 0,001) et rapide (73%, p<0,001).

On peut également noter que plus d'un salarié sur 2 déclare être souvent exposé à l'effort et/ou au port de charges lourdes en restauration collective.

Le port de charges lourdes est plus souvent considéré comme pénible par les salariés de la restauration collective que dans la restauration traditionnelle (p<0,001) ou rapide (p<0,001).

(3) Gestes répétitifs



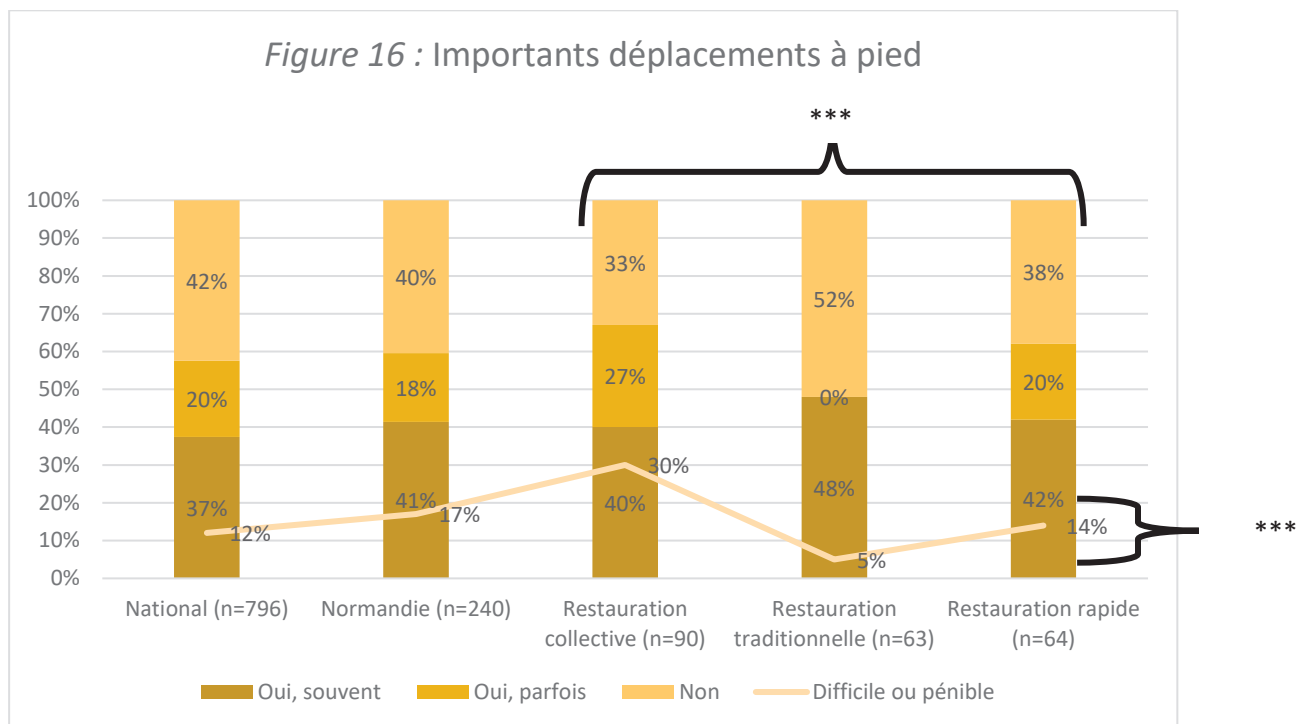
*** $p < 0,001$

Les gestes répétitifs semblent être un risque professionnel très important puisqu'ils sont déclarés par 84% des salariés au niveau national. 19% des salariés déclarent ces gestes répétitifs difficiles ou pénibles.

La restauration rapide est particulièrement concernée puisque 95% des salariés déclarent effectuer des gestes répétitifs. Il n'y a pas de différence significative avec les autres secteurs de la restauration. En revanche, ce sont les salariés de la restauration collective qui déclarent le plus y être exposés souvent.

Les gestes répétitifs difficiles ou pénibles sont plus souvent déclarés en restauration collective qu'en restauration traditionnelle ($p < 0,001$) ou rapide ($p < 0,001$).

(4) Importants déplacements à pied

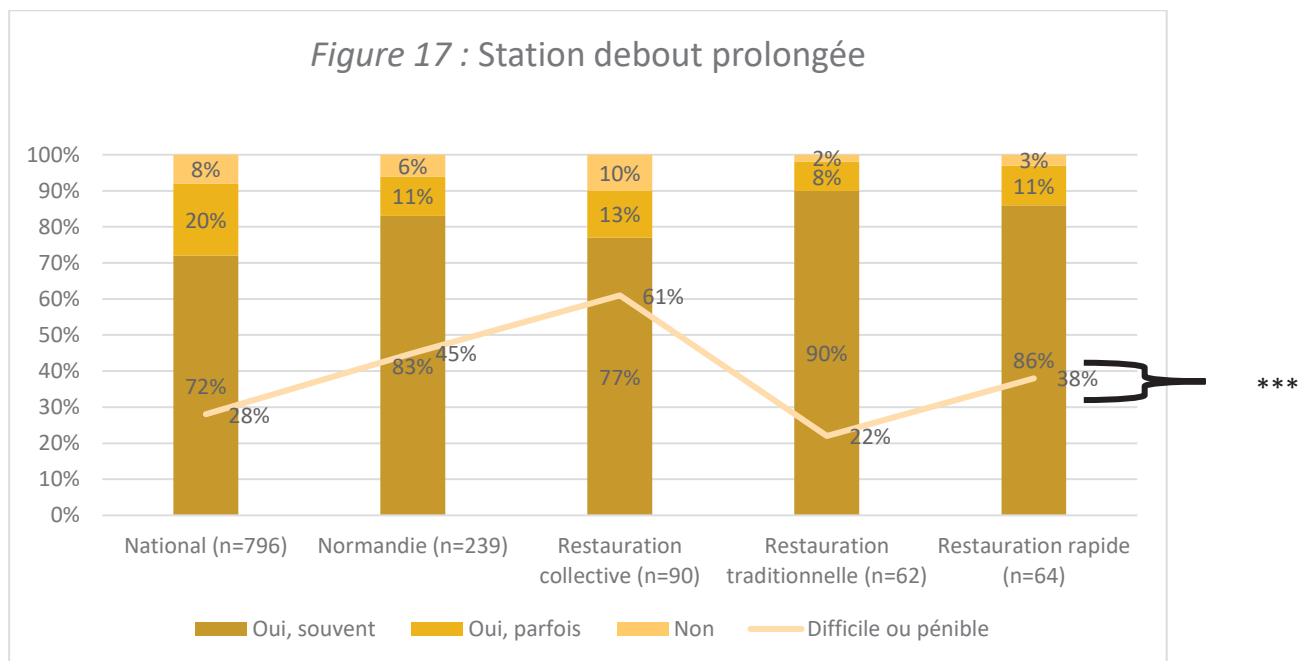


*** Différence significative $p < 0,001$

Les salariés de la restauration traditionnelle sont moins exposés aux déplacements à pied que dans la restauration collective ($p < 0,001$) ou rapide ($p < 0,01$). En revanche, lorsqu'ils y sont exposés, ils y sont toujours « souvent ». Ils sont donc plus nombreux à y être « souvent » exposés que dans les autres.

Parmi les salariés exposés aux déplacements à pied, ceux de la restauration collective la trouvent plus pénible et/ou difficile que dans la restauration traditionnelle ($p < 0,01$) ou rapide ($p < 0,05$).

(5) Station debout prolongée

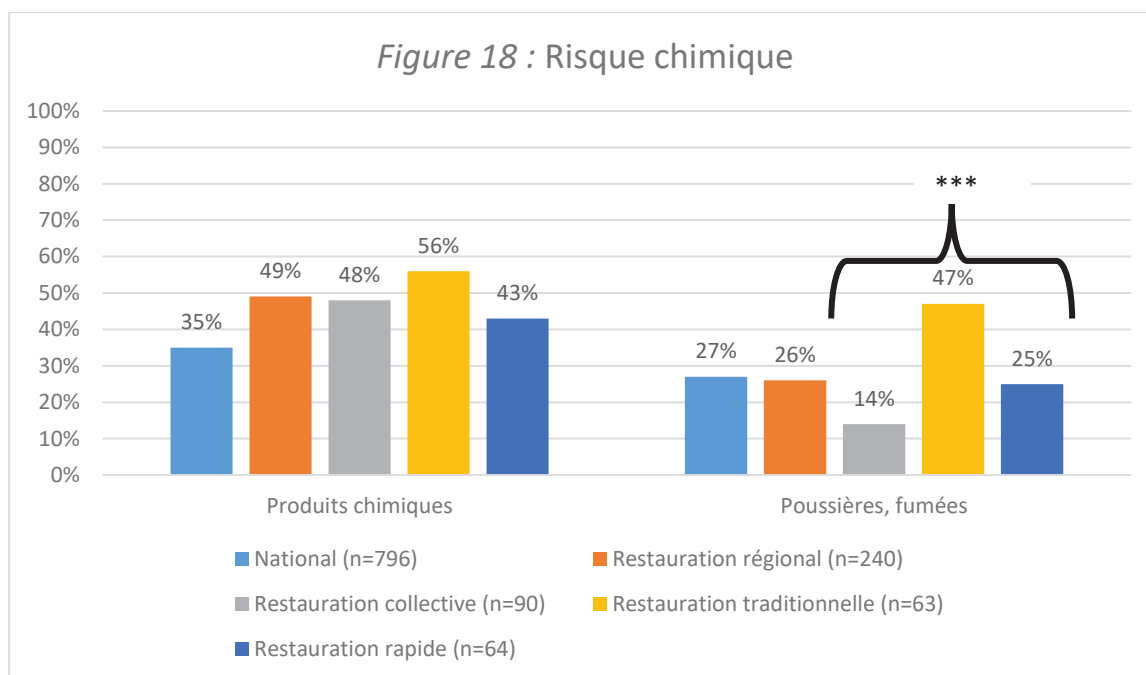


*** Différence significative $p < 0,001$

La station debout prolongée est un risque professionnel très fréquent dans la restauration mais il semble y avoir des différences entre les types de restauration puisque seuls 90% des salariés de la restauration collective déclarent être exposés à la station debout prolongée alors qu'ils sont 98% en restauration traditionnelle et 97% en restauration rapide. Cependant, il n'y a pas de différence significative.

En revanche, il y a de grandes disparités sur le vécu pénible et /ou difficile : les plus touchés sont en restauration collective puis en restauration rapide ($p < 0,01$) et enfin en restauration traditionnelle ($p < 0,05$).

c) Le risque chimique



*** Différence significative $p < 0.001$

Les salariés de la restauration traditionnelle sont plus exposés aux produits chimiques (56%) que ceux de la restauration collective et de la restauration rapide sans différence significative.

L'exposition aux poussières et fumées est beaucoup plus importante en restauration traditionnelle qu'en restauration rapide ($p < 0,05$) ou collective ($p < 0,001$).

d) Le risque biologique

Notons que les questionnaires de cette étude ont été passés avant l'émergence du nouveau risque biologique Covid19.

En Normandie, 14% des salariés déclarent être exposés au risque biologique alors qu'ils ne sont que 7% au niveau national.

Les salariés de la restauration traditionnelle sont les plus nombreux à déclarer être exposés au risque biologique (23%) sans différence significative avec les autres secteurs de la restauration (11% chacun).

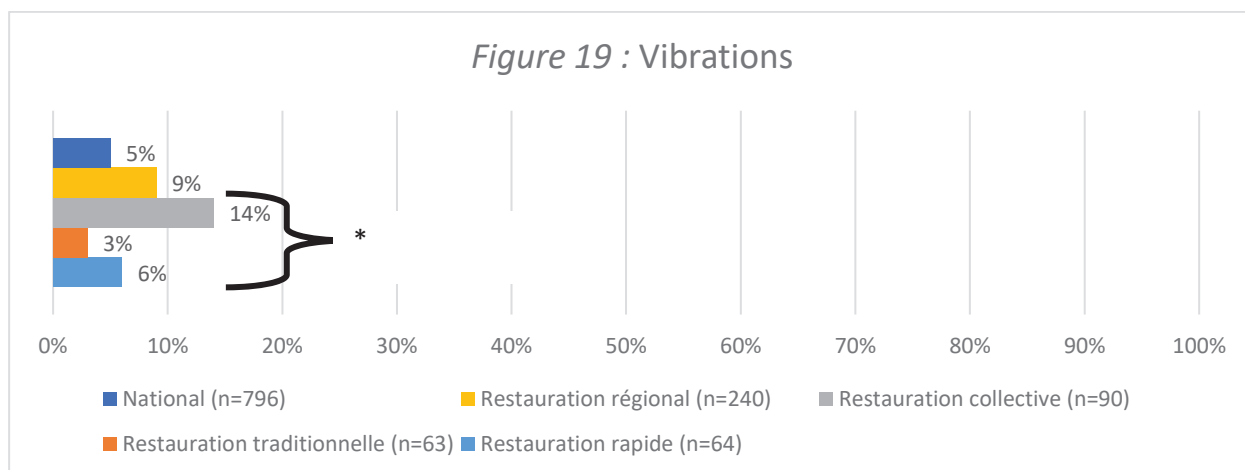
e) Les risques physiques

(1) Rayonnements ionisants

L'exposition aux rayonnements ionisants est très faible dans ce secteur d'activité. Seul 2 salariés (1 en restauration collective et 1 en restauration traditionnelle) déclarent y être exposés, sans différence significative entre les différents types de restauration.

Au niveau national, 0,7% des salariés déclarent y être exposés.

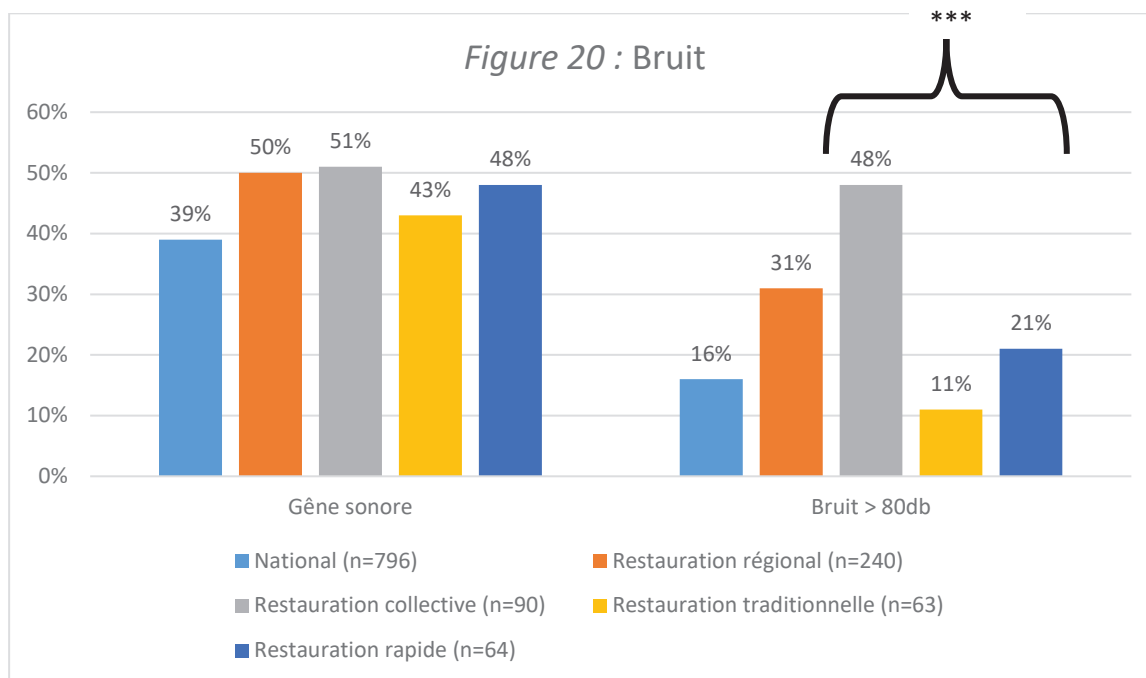
(2) Vibrations



* Différence significative $p < 0.05$

Les salariés de la restauration collective sont plus exposés aux vibrations que ceux de la restauration traditionnelle ($p < 0,05$) ou rapide (pas de différence significative).

(3) Bruit



*** Différence significative $p < 0.05$

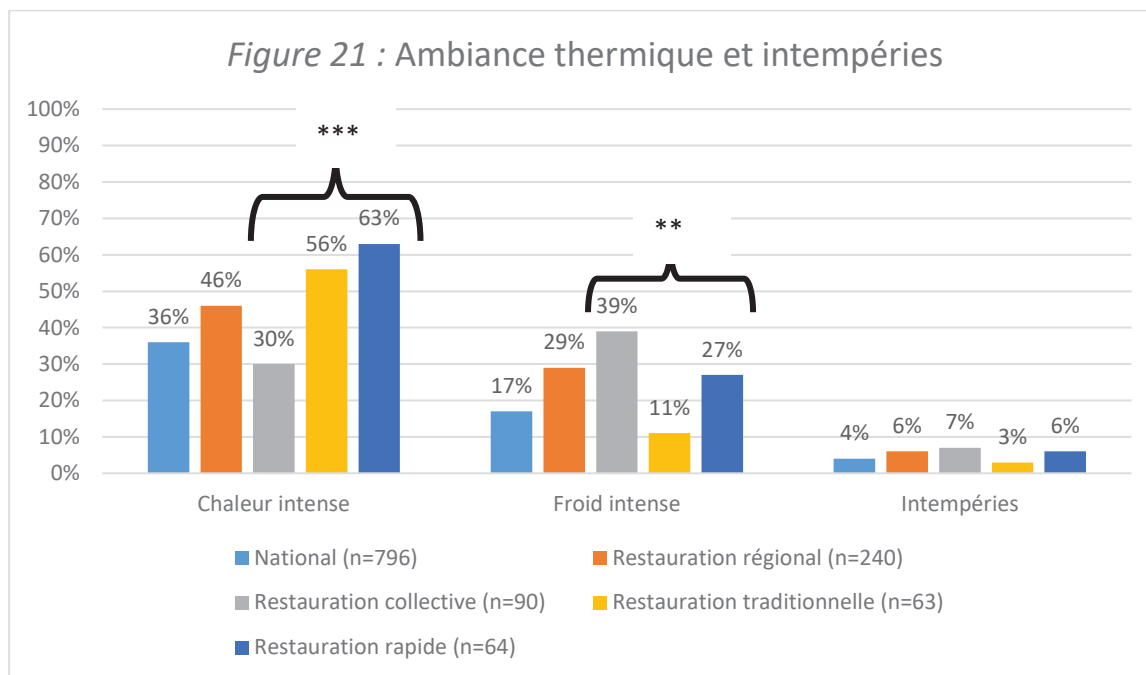
La gêne sonore concerne 1 salarié sur 2 même si moins d'1 sur 3 pense que cette exposition dépasse 80 dB. Il n'y a pas de différence significative entre les 3 groupes mais les salariés de la restauration traditionnelle semblent moins décrire cette gêne.

Le bruit de plus de 80 dB touche plus les salariés de la restauration collective que ceux de la restauration traditionnelle ($p < 0,001$) et rapide ($p < 0,01$).

(4) Contrainte visuelle

Concernant la contrainte visuelle, 12% des salariés déclarent y être exposés en Normandie alors qu'ils ne sont que 6% au niveau national. Les salariés des restaurations collective et rapide semblent y être plus exposés (respectivement 16 et 14%) que la restauration traditionnelle (5%, différence significative avec la restauration collective).

(5) Ambiance thermique



*** Différence significative $p < 0,001$

** Différence significative $p < 0,01$

Les salariés de la restauration collective sont moins exposés à la chaleur intense que ceux de la restauration traditionnelle ($p < 0,01$) ou rapide ($p < 0,001$).

A l'inverse, ils semblent plus exposés au froid intense qu'en restauration rapide (différence non significative), eux-mêmes plus exposés qu'en restauration traditionnelle ($p < 0,05$).

Peu de salariés sont exposés aux intempéries. Les salariés de la restauration traditionnelle y semblent moins exposés mais il n'y a pas de différence significative.

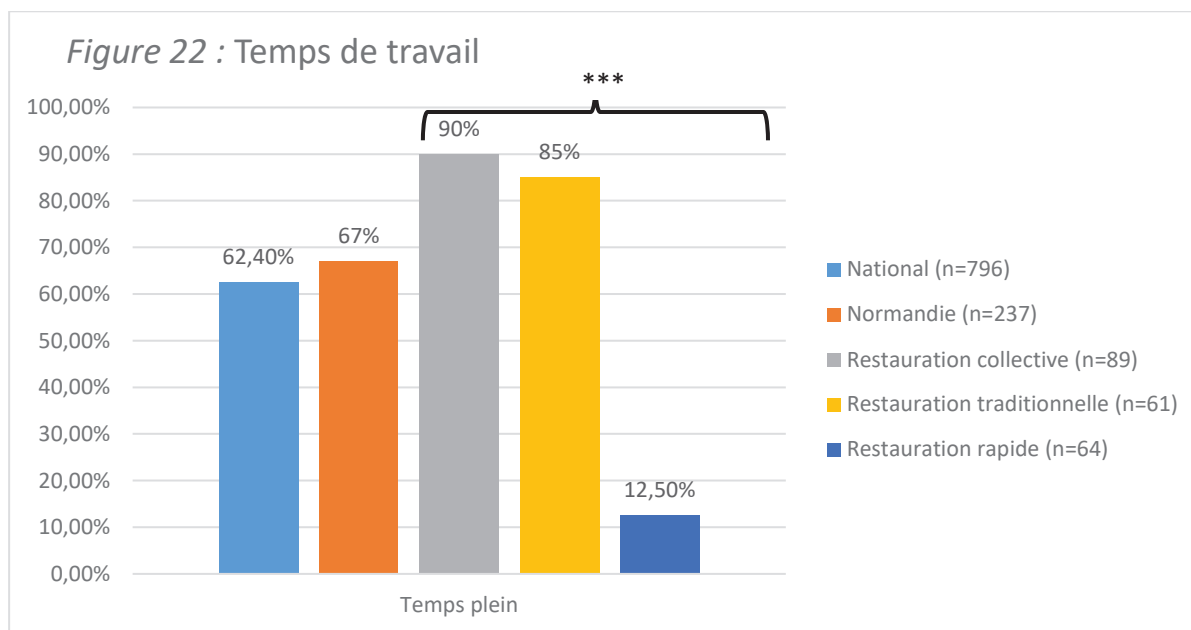
f) Les risques psychosociaux

Les réponses aux questions concernant les risques psychosociaux sont présentées selon les 6 axes de facteurs de risques psychosociaux du rapport Gollac (43).

(1) Intensité et temps de travail

(a) Contraintes de rythme

(i) Horaires et temps de travail

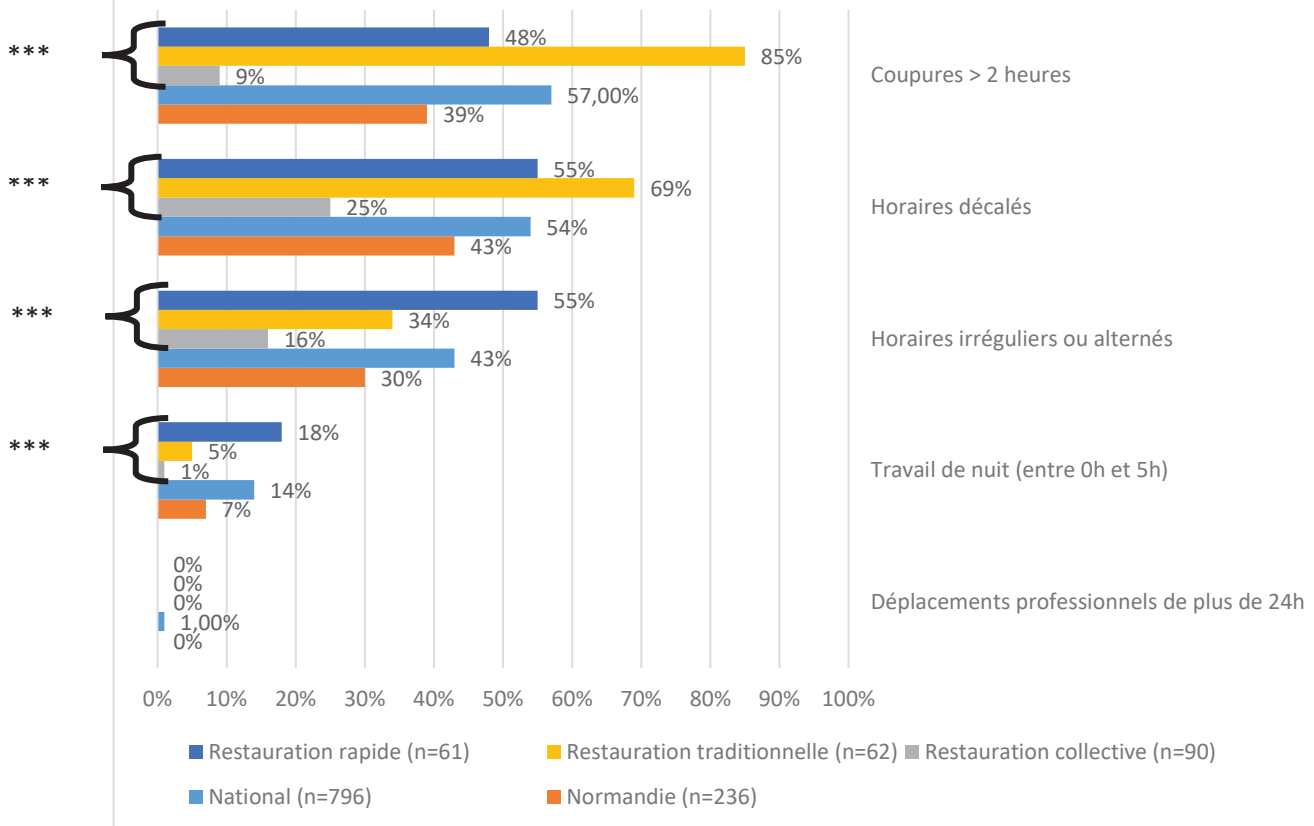


*** Différence significative $p < 0,001$

La restauration rapide comporte une forte majorité (87,5%) de contrat de travail à temps partiel contrairement aux restaurations collectives et traditionnelles dont les salariés sont principalement à temps plein ($p < 0,001$).

En restauration collective, 81% des salariés déclarent travailler en journée normale alors qu'ils ne sont que 50% et 48% en restauration traditionnelle et rapide. La différence est significative lorsqu'on prend les 3 types de restauration ($p < 0,001$) et entre restauration collective et les autres types de restauration ($p < 0,001$). Il n'y a pas de différence significative entre restauration traditionnelle et rapide.

Figure 23 : Rythme de travail



*** Différence significative $p < 0,001$

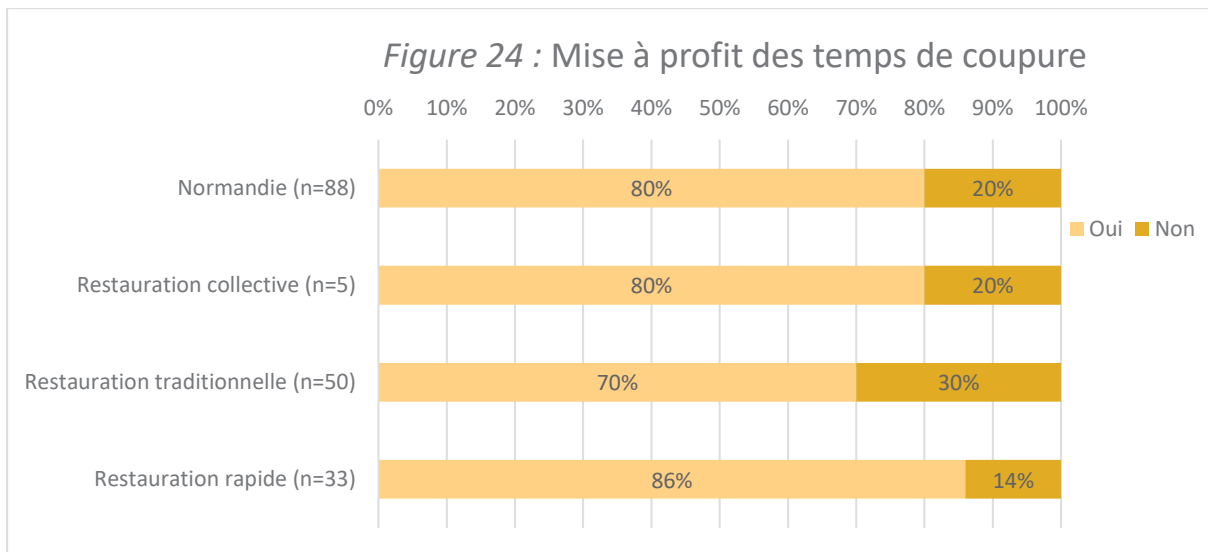
Les horaires décalés sont moins fréquents chez les salariés de la restauration collective que les salariés des restaurations traditionnelle ($p < 0,001$) et rapide ($p < 0,001$). Les salariés de la restauration traditionnelle semblent y être plus exposés que ceux de la restauration rapide mais la différence n'est pas significative.

En restauration rapide, les horaires irréguliers ou alternés sont plus fréquents qu'en restauration traditionnelle ($p < 0,05$), eux-mêmes plus fréquents qu'en restauration collective ($p < 0,01$).

Les salariés de la restauration rapide sont plus exposés au travail de nuit que les salariés des restaurations collective ($p < 0,001$) et traditionnelle ($p < 0,05$). Il n'y a pas de différence significative entre les salariés de la restauration collective et de la restauration traditionnelle. Il y a 2 fois plus de salariés travaillant de nuit au niveau national qu'en Normandie.

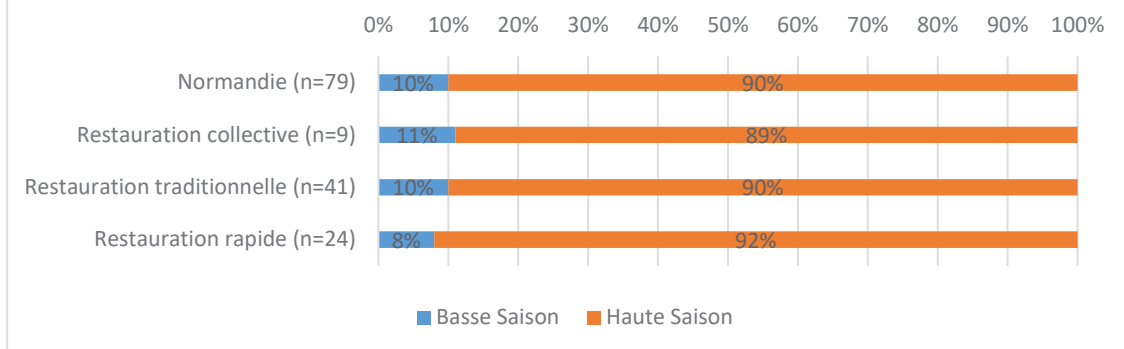
Dans notre échantillon, aucun salarié n'a déclaré de déplacement professionnel avec découché.

Concernant les coupures de plus de 2 heures, il existe de grosses disparités : les salariés de la restauration traditionnelle y sont beaucoup plus exposés que les salariés de la restauration rapide ($p < 0,001$), eux même plus exposés que ceux de la restauration collective ($p < 0,001$).



Les salariés de la restauration traditionnelle sont les plus nombreux à avoir des temps de coupures alors qu'ils sont également ceux qui les mettent le moins à profit (près d'1/3 des salariés exposés). Ceux de la restauration rapide sont près d'un sur 2 à subir les coupures et sont nombreux à réussir à les mettre à profit. En restauration collective, seuls 15% d'entre eux travaillent avec des coupures et 4 sur 5 les mettent à profit. Il n'y a pas de différence statistiquement significative concernant la mise à profit des temps de coupures.

Figure 25 : Influence des saisons touristiques sur les conditions de travail, "sans objet" et "pas de différence" exclus

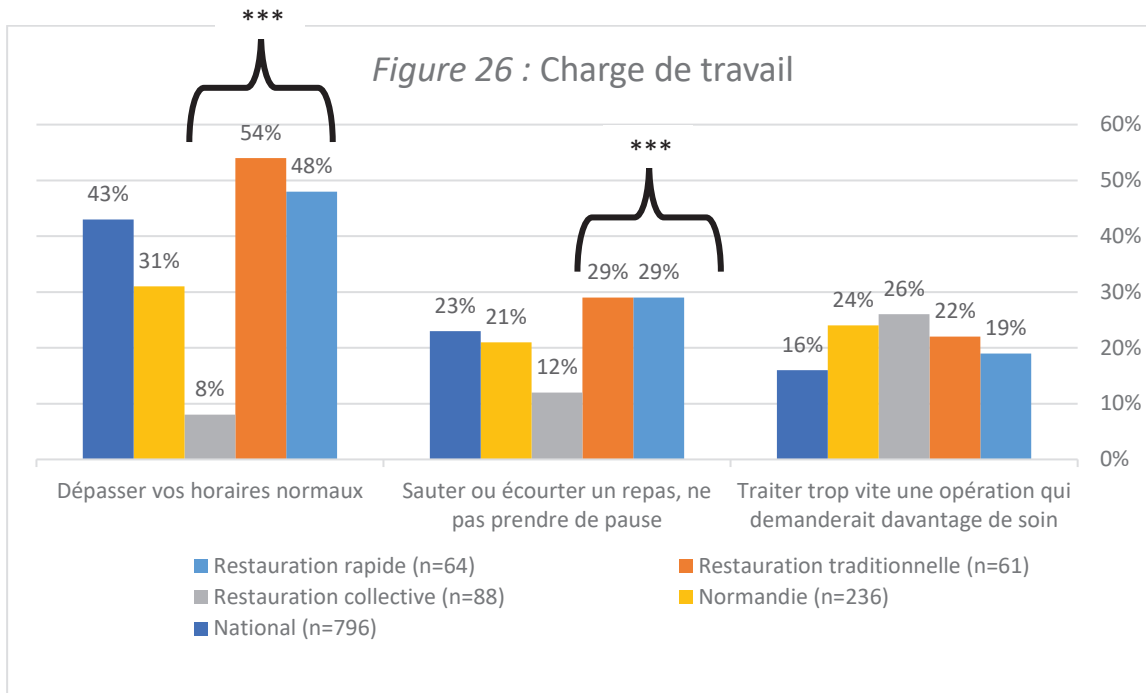


Les saisons touristiques ont une influence sur les conditions de travail de 33% des salariés de l'échantillon. Cette influence est particulièrement marquée en restauration traditionnelle (66%) et est moins importante en restauration rapide (39%) puis collective (10%).

Parmi les salariés trouvant des conditions de travail fluctuantes, 90% constatent des conditions de travail plus difficiles en haute saison sans qu'il semble y avoir de différence entre les groupes.

(ii) Pression temporelle

Pour une meilleure lisibilité du graphique, aux réponses concernant la charge de travail, les réponses « assez souvent » et « très souvent » ont été regroupées.



*** Résultats significatifs avec $p < 0,001$

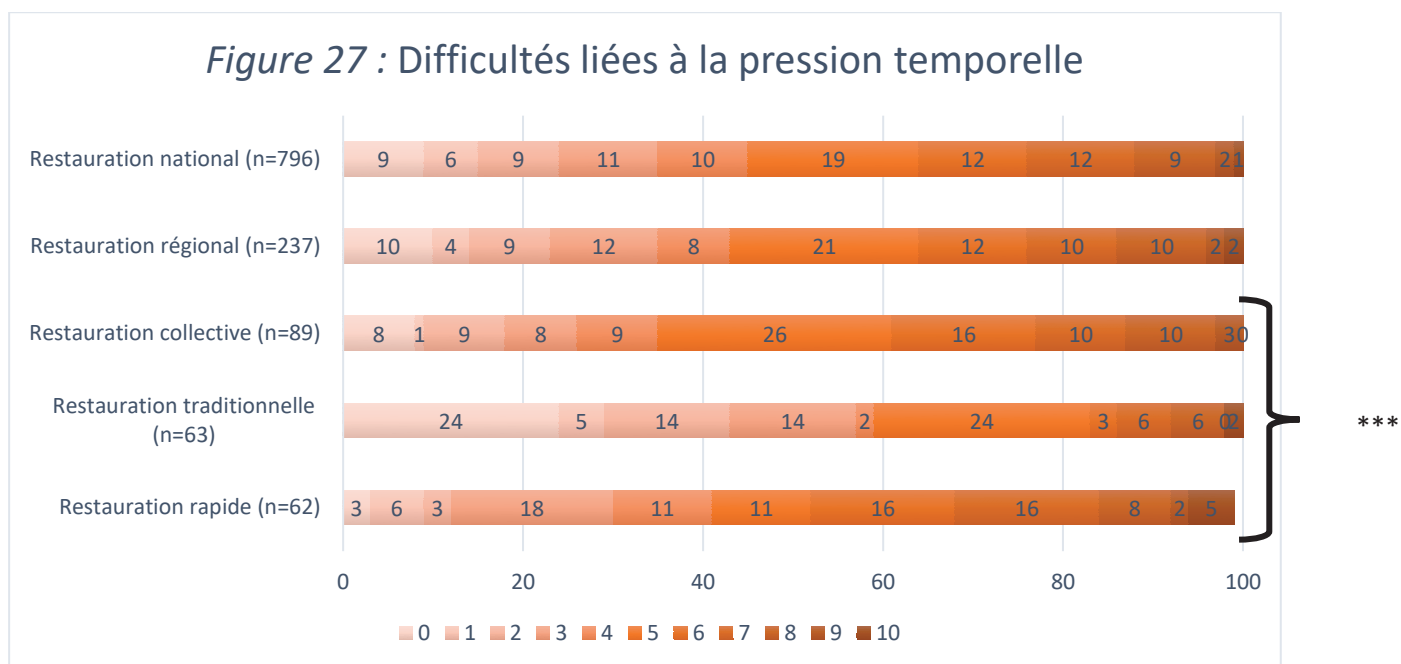
Les salariés de la restauration collective respectent beaucoup plus leurs horaires que ceux des restaurations rapide ($p < 0,001$) et traditionnelle ($p < 0,001$). En restauration rapide, ils sont 14% à dépasser très souvent leurs horaires. Il n’y a pas de différence significative entre la restauration rapide et la restauration traditionnelle.

Concernant le fait de sauter ou écourter un repas ou une pause, il ne semble pas y avoir de différence significative entre les populations françaises et normandes. En revanche, les salariés de la restauration collective respectent plus leur temps de repos que ceux de la restauration traditionnelle ($p < 0,01$) et de la restauration rapide ($p < 0,001$). Plus d’1/4 des salariés des restaurations rapide et traditionnelle doivent sauter ou écourter un repas ou une pause « assez souvent » à « très souvent » et 11% de ceux de la restauration traditionnelle le font « très souvent ».

Près d’1/4 des salariés de notre échantillon doivent « Traiter trop vite une opération qui demanderait davantage de soin ». En restauration rapide, les salariés semblent moins exposés que dans les autres types de restauration mais il n’y a pas de différence significative. On notera tout de

même que 7% des salariés de la restauration traditionnelle le font très souvent alors qu'ils ne sont que 3% et 1% en restauration rapide et collective.

Figure 27 : Difficultés liées à la pression temporelle



*** résultats significatifs avec $p < 0,001$

La pression temporelle ressentie est plus importante en restauration rapide qu'en restauration collective ($p < 0,05$), elle-même plus importante qu'en restauration traditionnelle ($p < 0,01$).

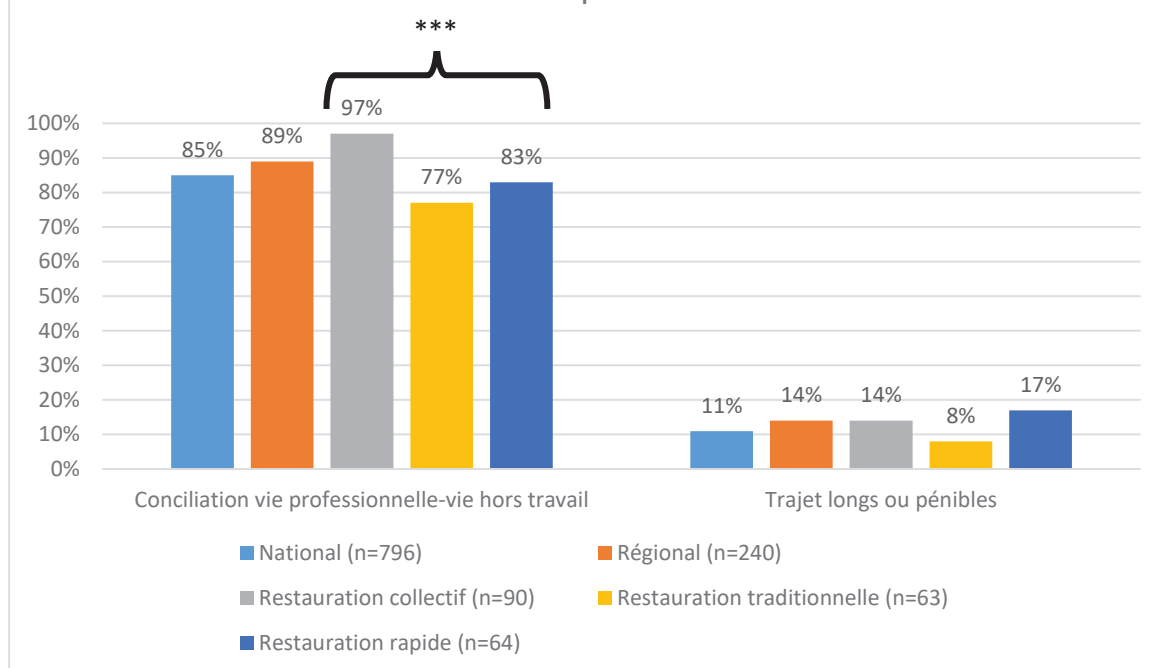
En restauration traditionnelle, seuls 41% des salariés cotaient une pression temporelle ≥ 5 contre 63% dans la restauration collective et 59% dans la restauration rapide.

La très forte pression temporelle (cotée à 9 ou 10) semblait plus fréquente en restauration rapide (7% contre 2 et 3% pour les autres types de restauration).

(iii) Conciliation vie privée – vie professionnelle

Les réponses « oui » et « plutôt oui » ont été regroupées dans le graphique.

Figure 28 : Conciliation vie privée-vie professionnelle

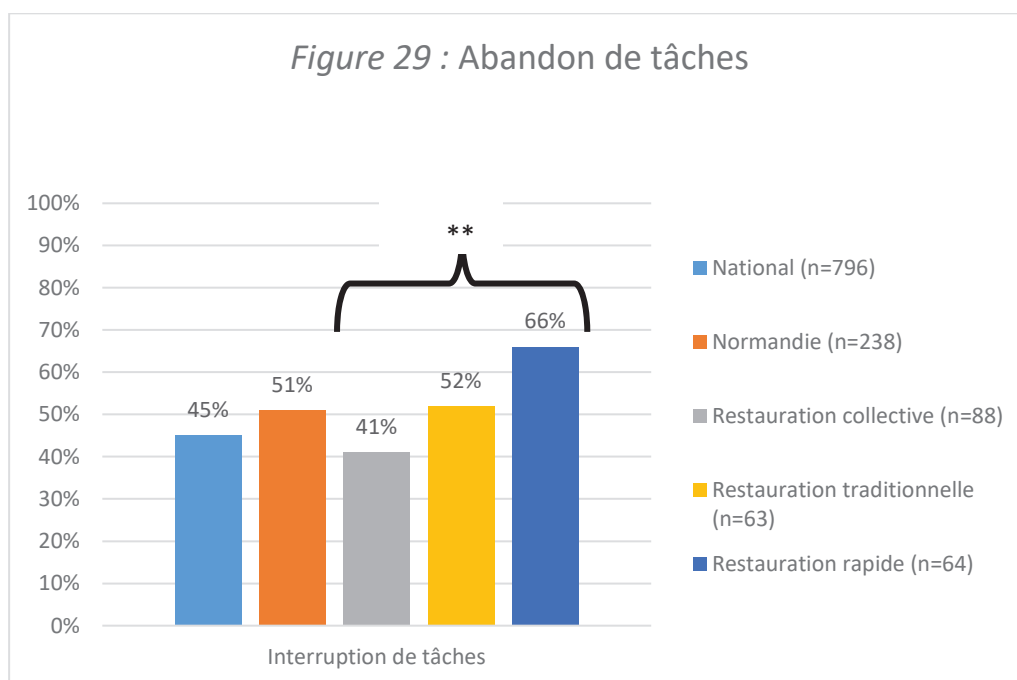


*** Différence significative $p < 0,001$

Près de 9 salariés sur 10 de notre échantillon arrivent à concilier leur vie privée et leur vie professionnelle. Elle est plus aisée dans la restauration collective que dans la restauration traditionnelle ($p < 0,01$) ou rapide ($p < 0,01$). Il n’y a pas de différence significative entre les restaurations traditionnelles ou rapides mais la conciliation vie privée – vie professionnelle semblent plus difficile en restauration traditionnelle.

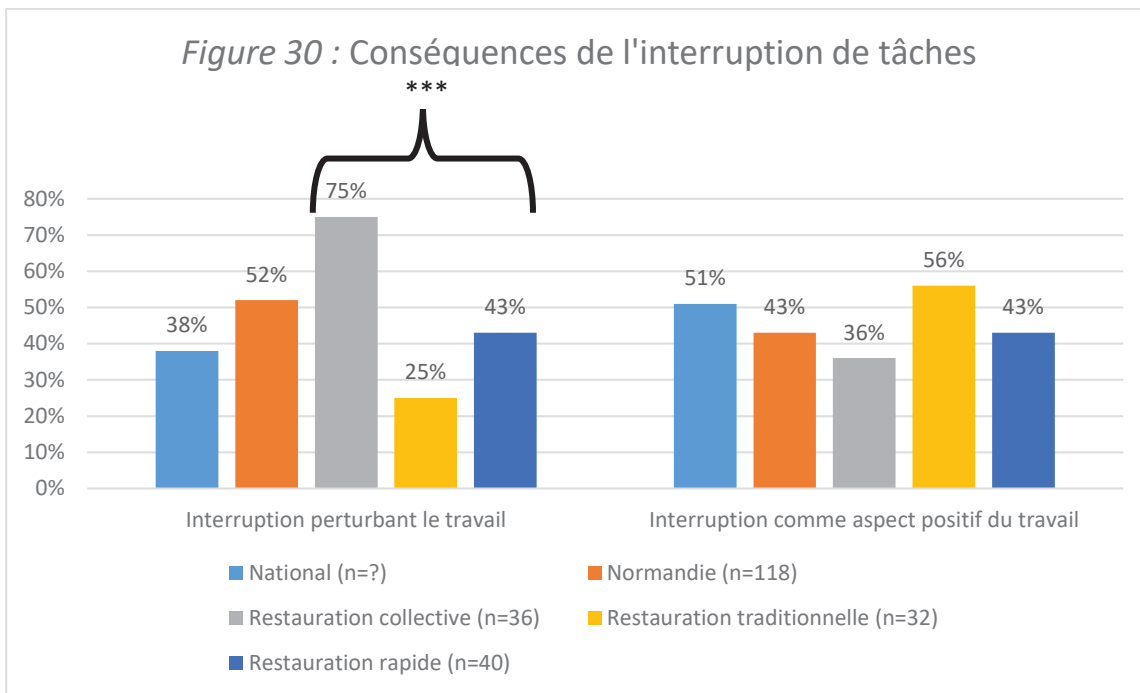
Concernant les trajets longs ou pénibles, les salariés de la restauration rapide semblent plus exposés et à l’inverse, ceux de la restauration traditionnelle semblent moins exposés. Il n’y a pas de différence significative entre les groupes.

(b) Interruption de tâches



** Résultats significatifs $p < 0,05$

Les salariés de la restauration collective décrivent moins être exposé à l'interruption de tâches que ceux de la restauration rapide ($p < 0,01$). Il semble également que les salariés de la restauration traditionnelle y soient plus exposés mais les tests statistiques ne démontrent pas de différence significative.

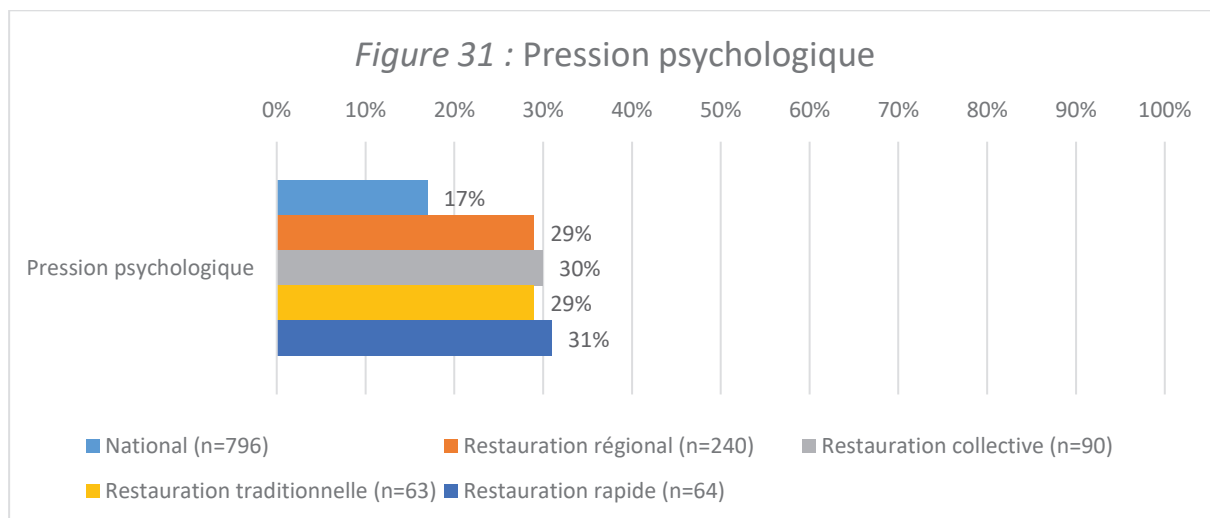


*** Résultats significatifs $p < 0,001$

L'interruption de tâches perturbe le travail chez 3/4 des salariés de la restauration collective contre 1/4 dans la restauration traditionnelle ($p < 0,001$) et 43% dans la restauration rapide ($p < 0,01$). Les salariés de la restauration rapide semblent plus subir d'interruption de tâches perturbant le travail que ceux de la restauration traditionnelle mais il n'y a pas de différence significative au niveau statistique.

L'interruption de tâches est perçue comme un aspect positif du travail chez 43% des salariés de notre échantillon. Elle est mieux vécue par les salariés de la restauration traditionnelle que de ceux de la restauration collective ($p > 0,05$). Il n'y a pas de différence significative entre les salariés de la restauration rapide et les autres.

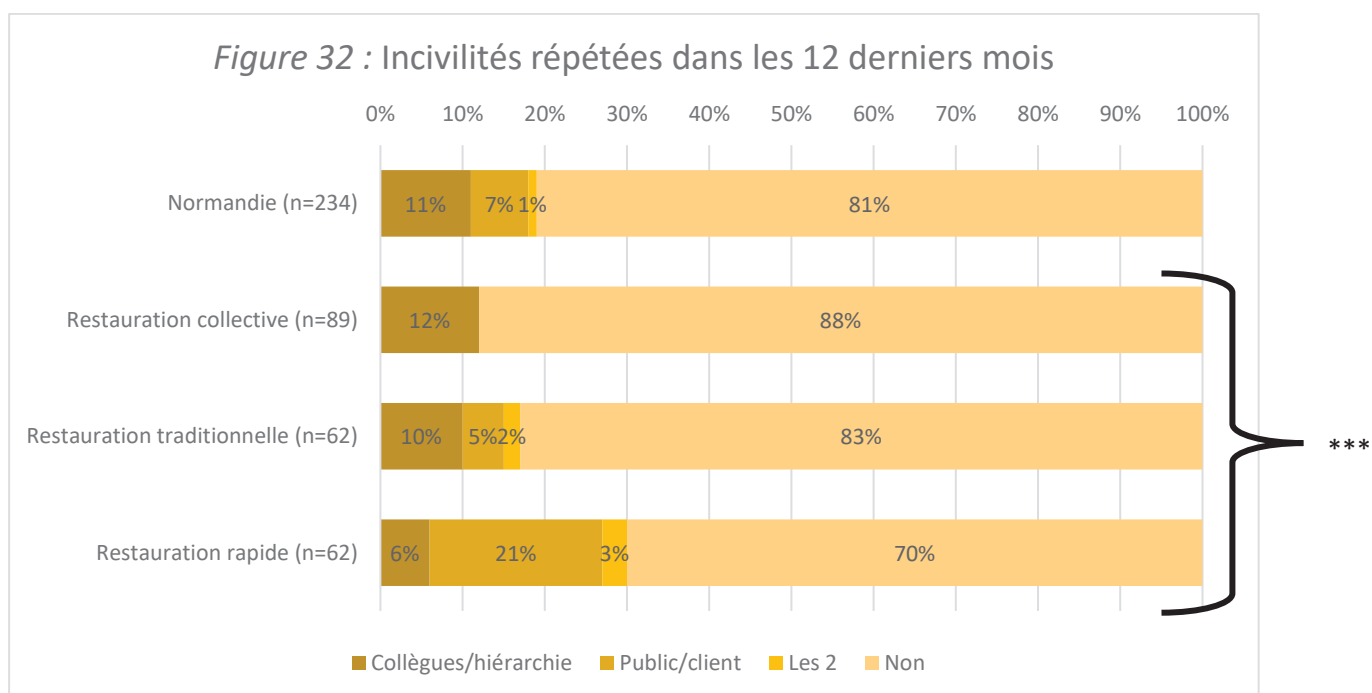
(2) Exigences émotionnelles



La pression psychologique semble toucher tous les salariés de la restauration indépendamment du type de restauration (pas de différence significative).

Concernant les contacts avec le public, les salariés de la restauration collective ne sont que 47% à y être exposés contre 68% en restauration traditionnelle (différence significative $p < 0,05$) et 79% en restauration rapide (différence significative $p < 0,001$). Il n'y a pas de différence significative entre les restaurations traditionnelle et rapide.

Figure 32 : Incivilités répétées dans les 12 derniers mois



*** Différence significative $p < 0,001$

Près de 20% des salariés déclarent subir des incivilités de façon répétée en Normandie. On peut remarquer que les incivilités sont plus souvent liées aux collègues de travail qu'aux clients.

Les incivilités sont beaucoup plus souvent subies en restauration rapide (30%, différence significative avec la restauration collective $p < 0,001$, pas de différence significative avec la restauration traditionnelle) où les incivilités sont surtout subies de la part des clients. Cependant, 9% des salariés subissent tout de même des incivilités de la part des collègues et/ou de la hiérarchie.

En restauration collective, les salariés ne sont que 12% à déclarer être victimes d'incivilités répétées et aucun salarié ne subit des incivilités du public ou des clients.

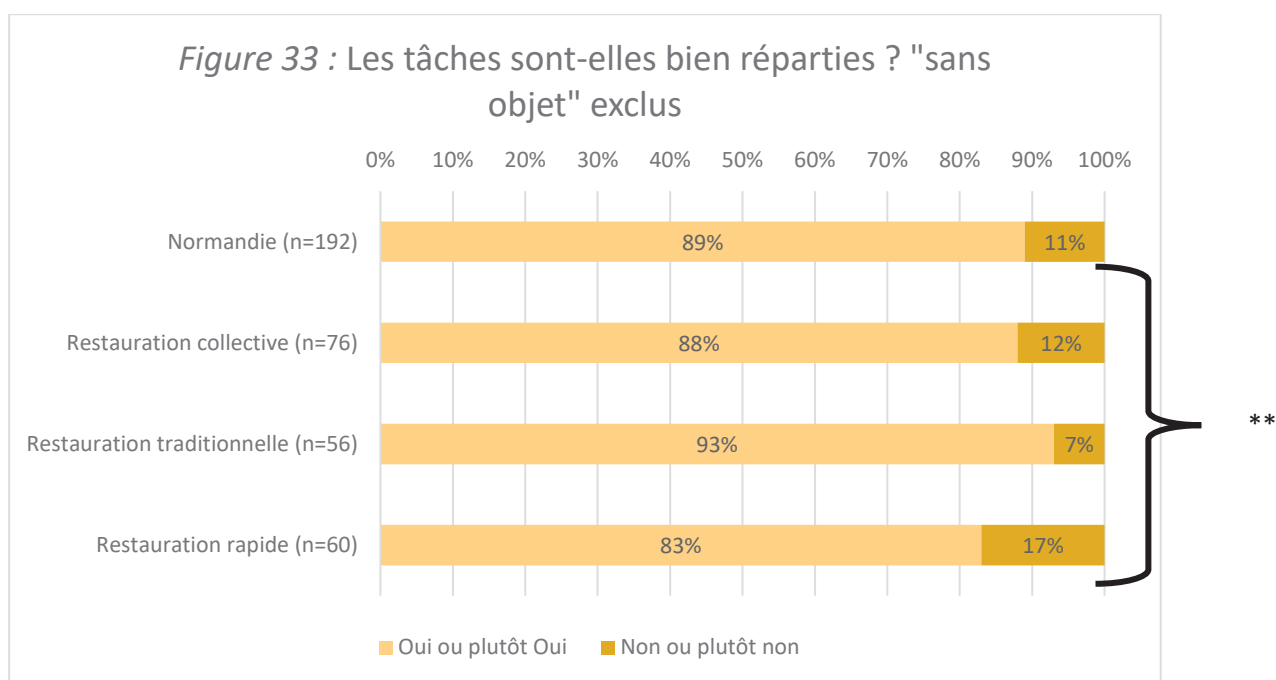
En restauration traditionnelle, les incivilités répétées touchent 17% des salariés. Elles sont causées par les clients et les collègues.

(3) Autonomie

Le travail est considéré comme plus varié en restauration traditionnelle (89%) que dans les autres types de restauration (74%, différence significative, $p < 0,05$).

En Normandie, plus de 80% des salariés en Normandie ont répondu « oui, tout à fait » ou « plutôt oui » à la question « les tâches sont-elles bien réparties ? ». Moins de 10% disent être non concernés par la polyvalence. Ils sont 15% à être non concernés en restauration collective, 10% en restauration traditionnelle et 3% en restauration rapide sans différence significative.

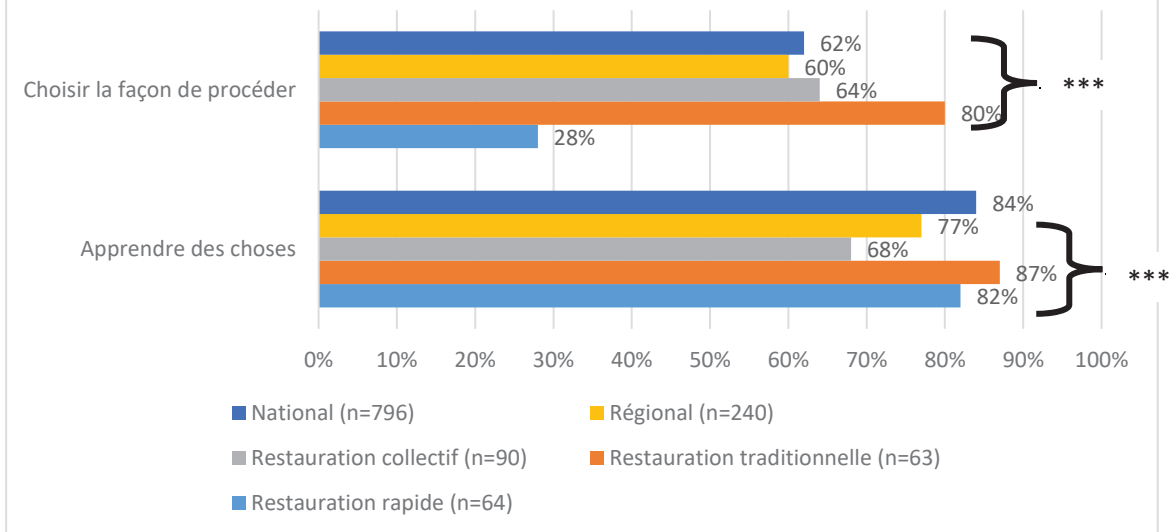
Pour affiner l'analyse, nous excluons les salariés ayant répondu « sans objet ».



** $p < 0,01$

Parmi les salariés étant concernés par la polyvalence, près de 9/10 considèrent qu'elles sont bien réparties. En restauration traditionnelle, les tâches sont mieux réparties qu'en restauration rapide ($p < 0,001$). Il n'y a pas de différence significative avec la restauration collective.

Figure 34 : Autonomie - aspects positifs : salariés ayant répondu "plutôt oui" ou "oui tout à fait"



*** Différence significative $p < 0,001$

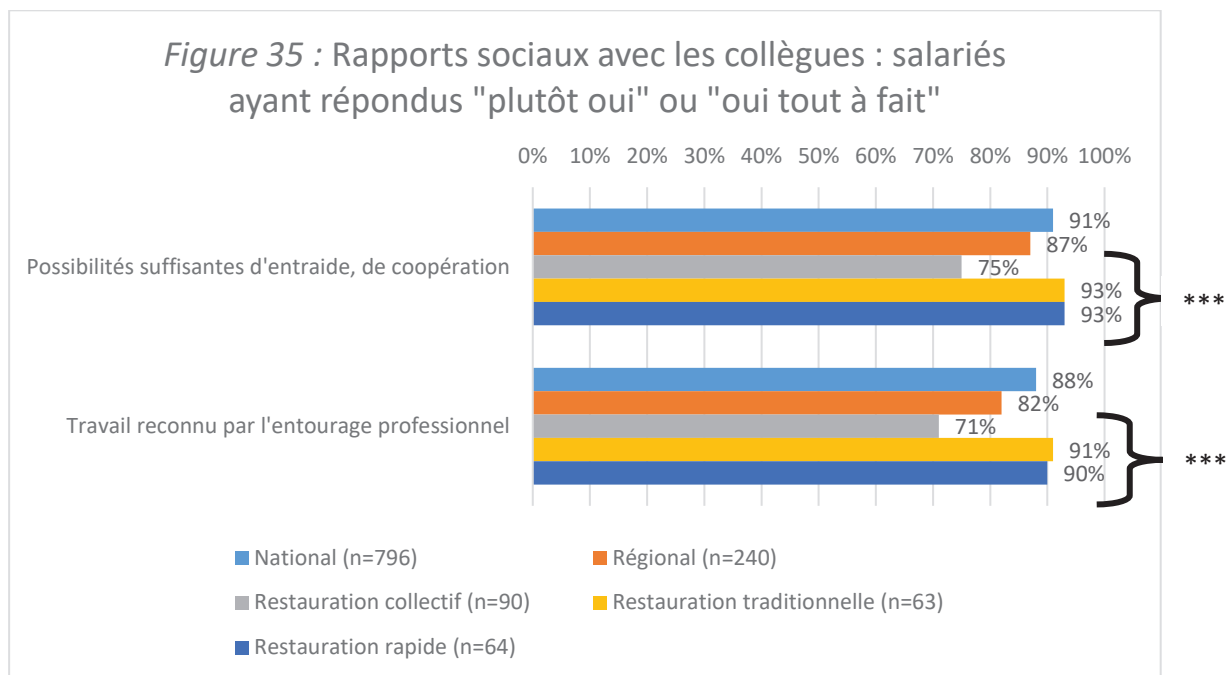
Une majorité de salariés ont des appréciations positives sur l'autonomie dans leur travail. Cependant, il y a de grandes disparités par type de restauration : 4/5 des salariés de la restauration traditionnelle pensent pouvoir choisir la façon de procéder, plus de 2/3 de ceux de la restauration collective mais seulement chez 28% des salariés de la restauration rapide. La différence est significative entre la restauration rapide et les autres types de restauration ($p < 0,001$).

Notons qu'1/3 des salariés de la restauration collective et 40% de ceux de la restauration traditionnelle déclarent « tout à fait » pouvoir choisir la façon de procéder alors qu'ils ne sont que 5% en restauration rapide.

Ils sont moins nombreux à penser que le travail leur permet d'apprendre des choses dans notre échantillon que dans l'échantillon national. Ils sont moins nombreux en restauration collective (68%) qu'en restauration traditionnelle (87%, différence significative $p < 0,001$) ou rapide (82% mais différence non significative).

17% des salariés de la restauration collective déclarent même que leur travail ne leur permet pas du tout d'apprendre des choses alors qu'ils ne sont que 6% et 5% dans les autres types de restauration.

(4) Rapports sociaux au travail

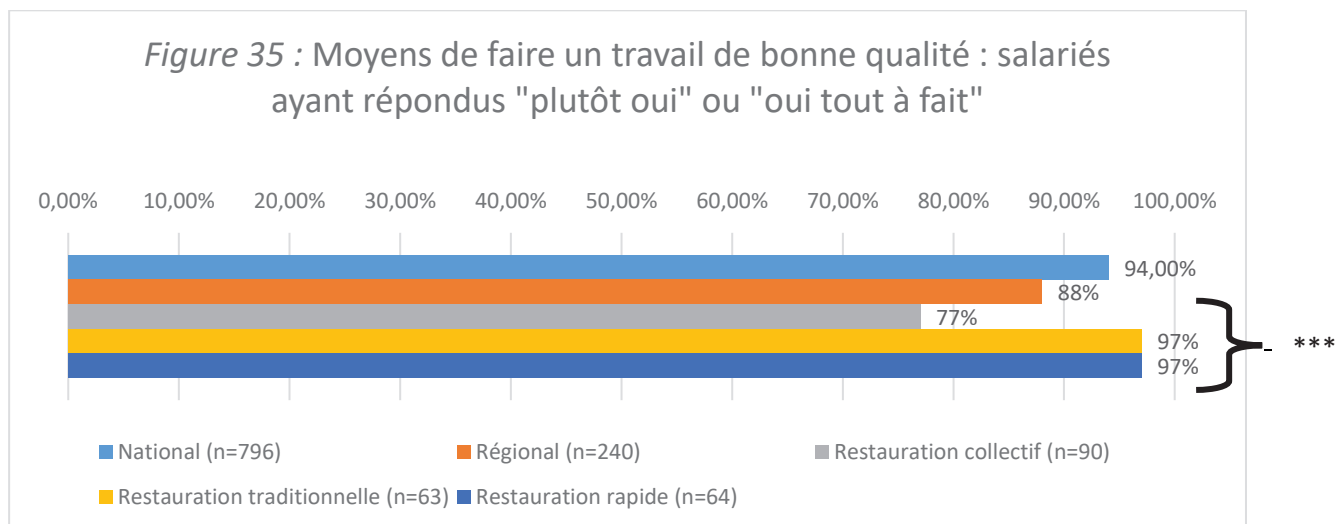


*** Différence significative $p < 0,001$

L'entraide et la coopération sont jugées comme très fortes dans ce secteur puisqu'elle concerne environ 9 salariés sur 10. En restauration collective, cette entraide est moins importante (75%) qu'en restaurations rapide (93%, $p < 0,01$) et traditionnelle (93%, $p < 0,001$). Notons que 9% d'entre eux considèrent ne pas avoir du tout de possibilités d'entraide alors qu'il n'y a qu'un seul salarié dans chacun des 2 autres types de restauration.

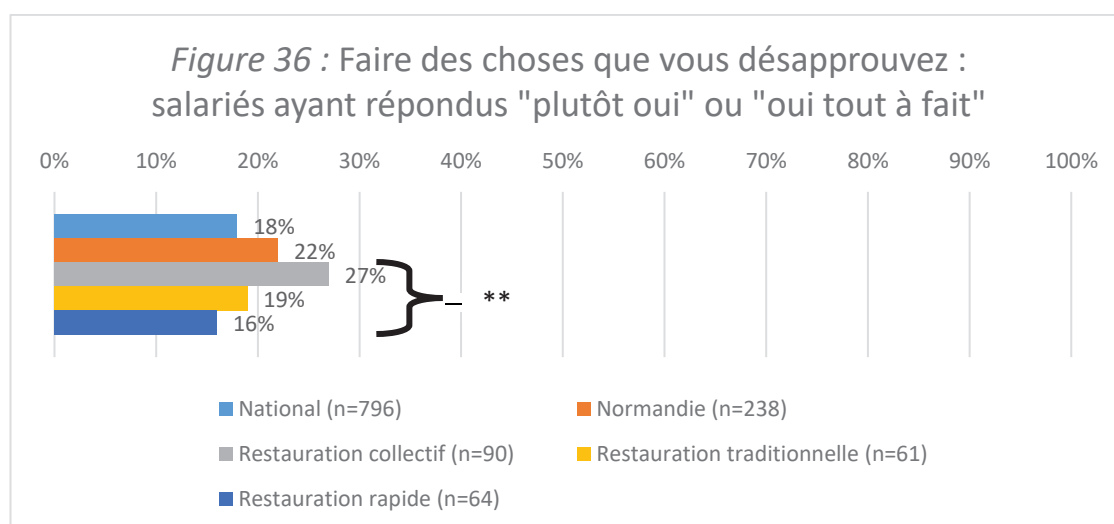
82% des salariés considèrent que leur travail est reconnu dans leur entourage professionnel en Normandie. Cette appréciation est moins perçue en restauration collective (71%) qu'en restauration traditionnelle (91%, $p < 0,001$) ou rapide (90%, $p < 0,05$). Les salariés en restauration traditionnelle sont même 60% à penser que leur travail est tout à fait reconnu par leur entourage professionnel alors qu'ils sont environ 1/3 dans les autres types de restauration.

(5) Conflits de valeur



*** Différence significative $p < 0,001$

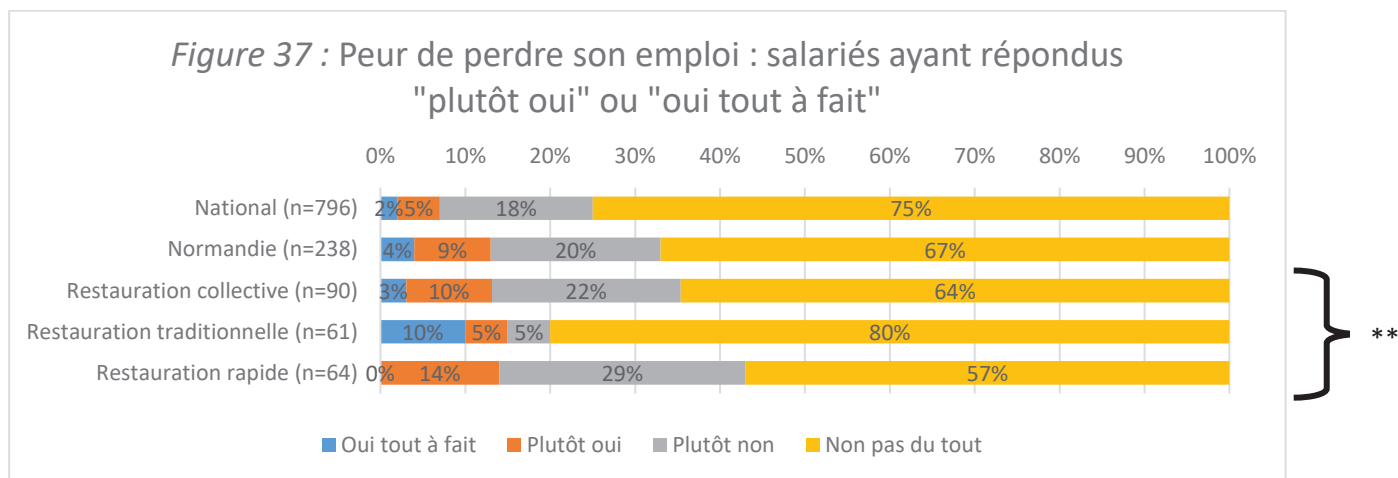
77% des salariés de la restauration collective pensent avoir les moyens de faire du travail de bonne qualité contre 97% dans les restaurants traditionnel ($p < 0,001$) et rapide ($p < 0,01$). 70% des salariés en restauration traditionnelle considèrent même avoir tout à fait les moyens de faire du travail de bonne qualité (contre 47% en restauration rapide et 24% en restauration collective) et aucun ne considère n'avoir pas du tout les moyens de faire du travail de bonne qualité.



** Différence significative $p < 0,01$

Les salariés en restauration collective (27%) déclarent plus souvent devoir « faire des choses que vous désapprouvez » que les autres sans différence significative. En restauration traditionnelle, ils sont même 56% à ne pas du tout faire de choses qu'ils désapprouvent alors qu'ils ne sont que 42% et 36% en restaurations rapide et collective.

(6) Insécurité de la situation de travail



** Différence significative $p < 0,01$

Concernant la peur de perdre son emploi, le pourcentage de salarié ayant répondu « plutôt oui » ou « oui, tout à fait » est semblable dans les 3 types de restauration. Il faut néanmoins noter que 10% des salariés de la restauration traditionnelle ont répondu « oui, tout à fait » concernant la question « vous travaillez avec la peur de perdre votre emploi » alors qu'il n'y en a aucun dans la restauration rapide. Nous pouvons également remarquer que 80% des salariés de la restauration traditionnelle n'ont « pas du tout » peur de perdre leur emploi contre 64% dans la restauration collective et 57% dans la restauration rapide. Sur le plan statistique, on a donc une différence significative entre la restauration traditionnelle et les restaurations collective ($p < 0,01$) et rapide ($p < 0,001$).

g) Le risque d'accidents prépondérants

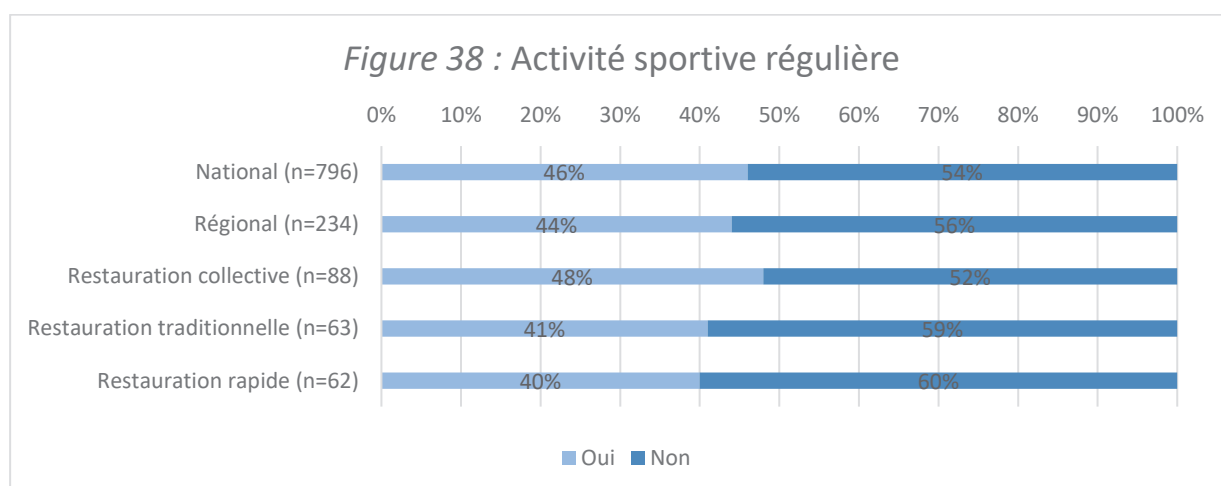
34 salariés soit 14% des salariés de notre échantillon déclarent avoir eu un accident de travail ou de trajet dans la dernière année. 15 salariés ont eu un accident en restauration collective soit 17% de l'effectif, 8 en restauration traditionnelle soit 13% de l'effectif et 9 en restauration rapide soit 15% de l'effectif. Il n'y a pas de différence significative entre les groupes.

En restauration collective, 1 salarié n'avait pas déclaré son ou ses accidents du travail et 2 les avaient partiellement déclarés. En restauration traditionnelle, 3 n'avaient pas déclaré leur(s) accident(s) du travail et 1 les avaient partiellement déclarés. En restauration rapide, 1 salarié n'avait pas déclaré son/ses accident(s) du travail.

Très peu de salariés (6) sont exposés à la conduite routière prolongée (2 en restauration rapide, 3 en restauration collective, 1 indéterminé). Il n'y en avait aucun en restauration traditionnelle. Il n'y a pas de différence significative entre les différents groupes.

3. La santé des salariés

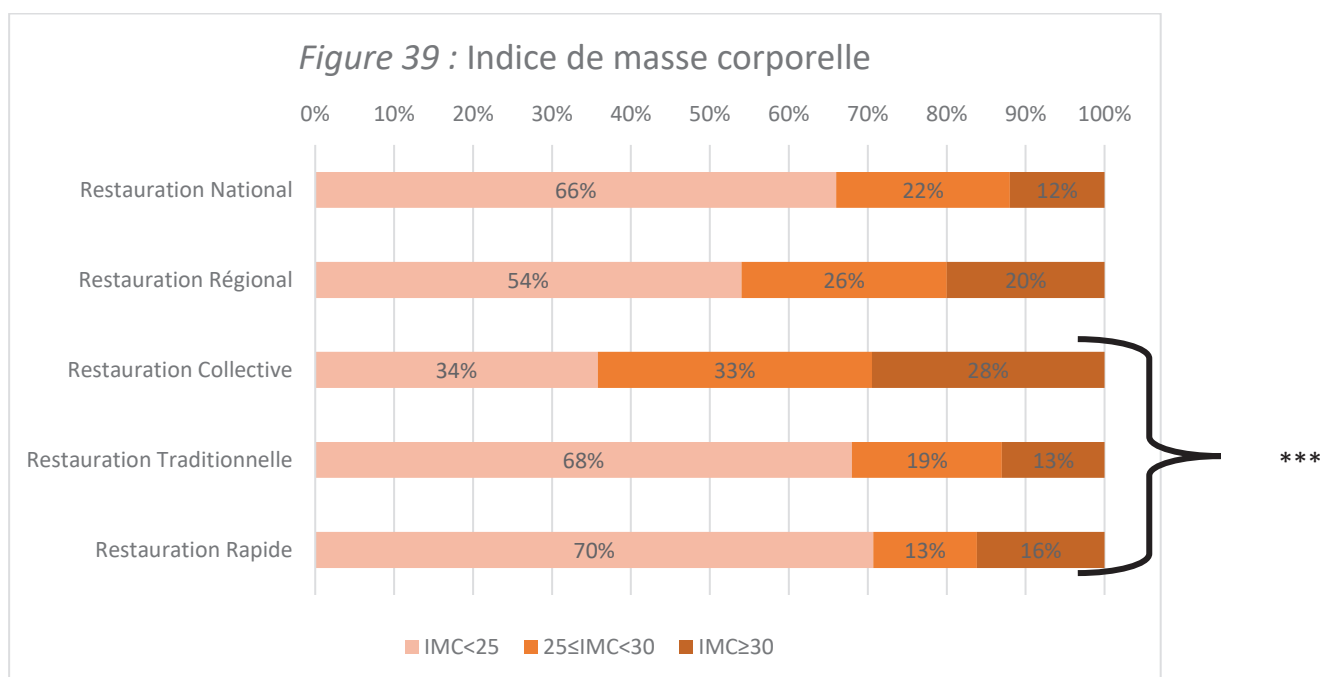
a) Mode de vie



En restauration collective, les salariés semblent plus sportifs puisqu'ils sont 48% à avoir une activité physique régulière alors qu'ils ne sont que 40 et 41% en restauration rapide et traditionnelle mais il n'y a pas de différence significative entre les groupes.

b) Etat de santé

(1) Indice de masse corporelle



*** Différence significative p<0,001

Dans notre échantillon, les salariés sont plus souvent en surpoids ($25 \text{ kg/m}^3 \leq \text{IMC} < 30 \text{ kg/m}^2$) et en obésité ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$) dans la restauration collective que dans la restauration traditionnelle ($p < 0,001$) ou rapide ($p < 0,001$).

Il n'y a pas de différence significative entre les restaurations traditionnelle et rapide. Il semble y avoir plus de personnes en obésité en restauration rapide mais plus de personne en surpoids en restauration traditionnelle.

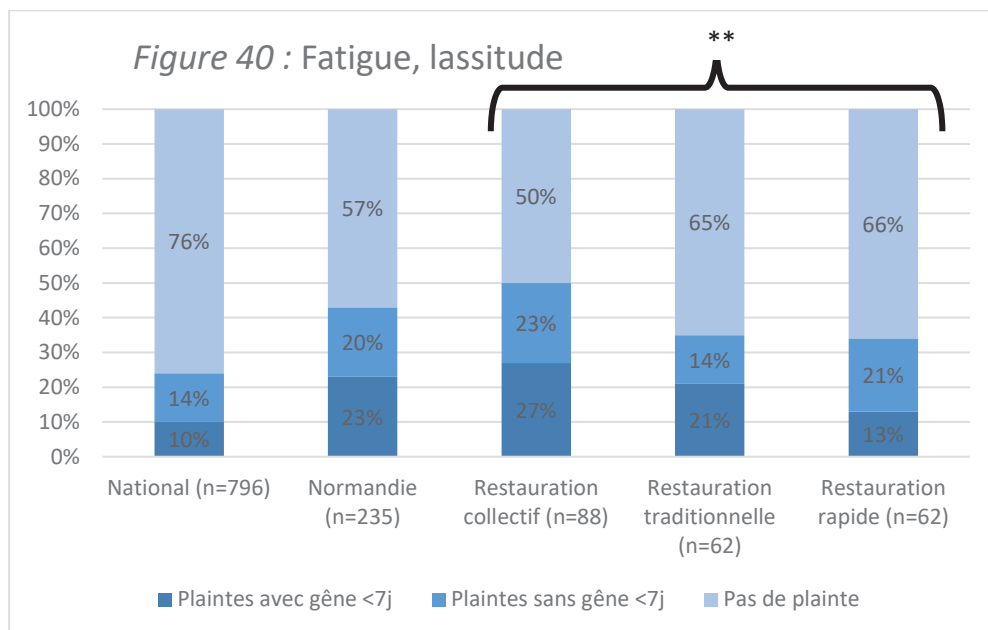
(2)Appareil cardiorespiratoire

Concernant l'appareil respiratoire, sur la totalité de notre échantillon, seuls 20 salariés rapportaient des plaintes ou signes cliniques (11/90 en restauration collective, 5/63 en traditionnelle et 3/64 en rapide ; différence significative entre restauration collective et rapide $p<0,05$). Cela entraînait une gêne pour seulement 4 d'entre eux (2 en restauration rapide, 1 en traditionnelle, 1 en collective sans différence significative).

Concernant l'appareil cardiovasculaire, seuls 12 salariés présentent des plaintes ou signes cliniques (8/90 en restauration collective, 2/63 en traditionnelle, 0 en rapide et 2 pour lesquels le type de restauration est indéterminé, différence significative entre restaurations collective et rapide $p<0,01$). Seul 1 salarié de la restauration collective rapportait une gêne dans le travail.

Concernant l'hypertension artérielle, 26 salariés ($p<0,001$) présentaient des plaintes ou signes cliniques : 23/90 travaillaient en restauration collective alors qu'ils n'étaient que 2/63 en traditionnelle ($p<0,001$) et qu'il n'y en avait aucun en restauration rapide ($p<0,001$). Pour 1 salarié, le type de restauration est indéterminé. Aucun salarié n'avait de gêne dans le travail.

(3) Troubles neuropsychiques



** Différence significative $p < 0,01$ concernant les plaintes et/ou signes cliniques

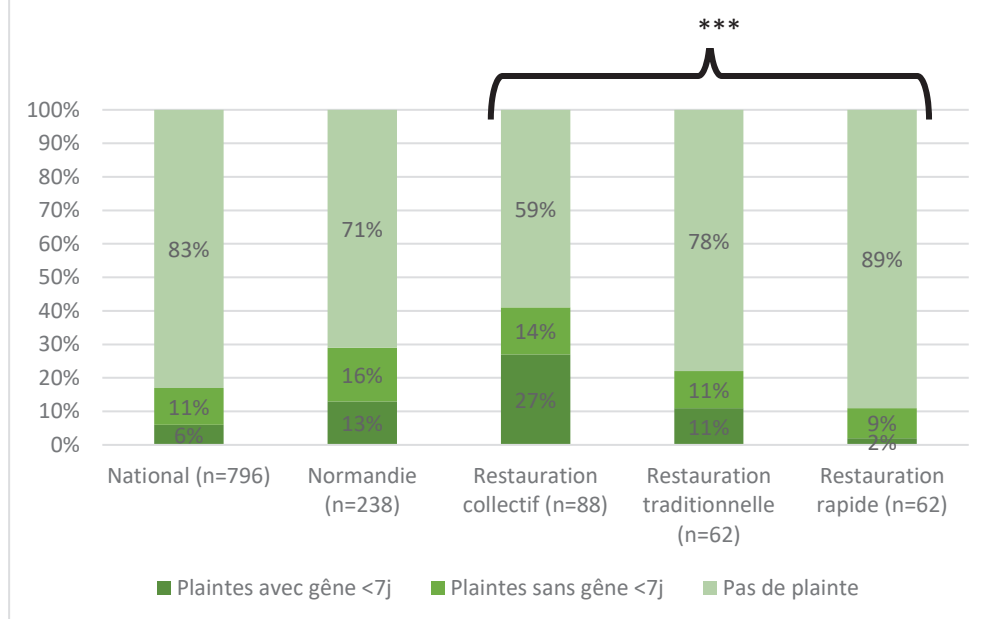
En restauration collective, 1 salarié sur 2 déclare être fatigué, lassé et cela représente une gêne au travail pour plus de la moitié d'entre eux.

En restauration traditionnelle, 35% des salariés sont lassés/fatigués et parmi eux 59% sont gênés dans leur travail.

Les salariés de la restauration rapide sont environ 1/3 à être fatigués/lassés mais cela représente une gêne au travail pour seulement 38% d'entre eux.

Les salariés de la restauration rapide sont donc moins fatigués/lassés et moins gênés que ceux de la restauration collective ($p < 0,05$) et traditionnelle ($p < 0,05$).

Figure 41 : Anxiété, nervosité, irritabilité



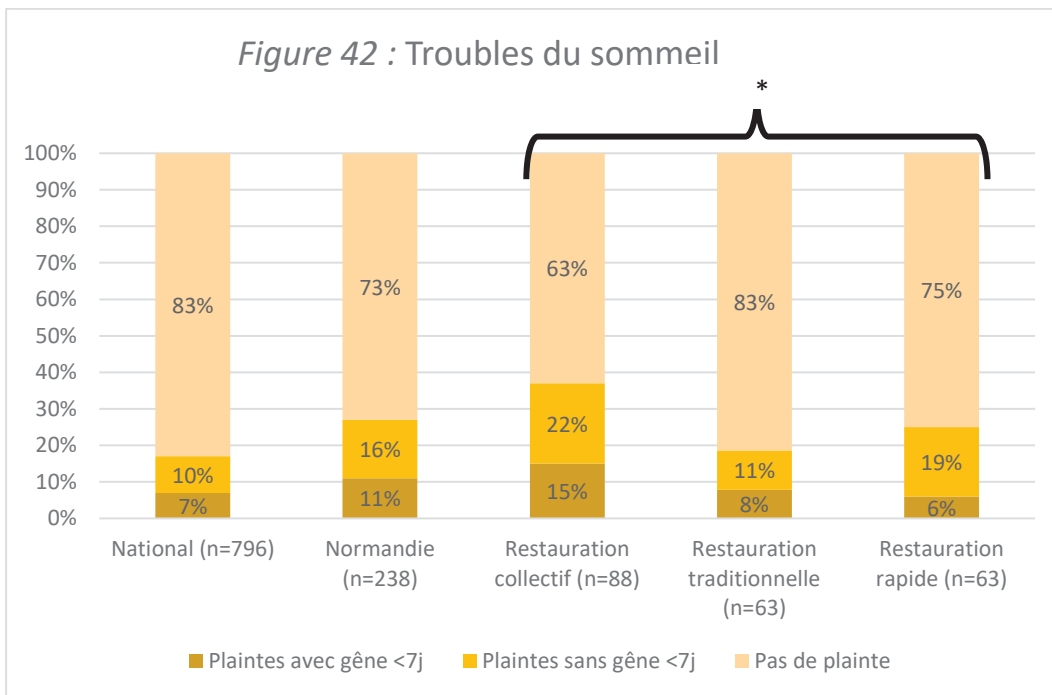
*** Différence significative $p < 0,001$ concernant la présence de plaintes/ signes cliniques et la présence d'une gêne au travail

Les salariés de la restauration rapide sont plus épargnés que ceux de la restauration traditionnelle ($p < 0,01$) et de la restauration collective ($p < 0,001$). En effet, dans notre échantillon, en restauration rapide, seuls 7/62 salariés avaient des symptômes alors qu'ils sont 36/88 en restauration collective et 14/63 en restauration traditionnelle.

Ils ont également moins de gêne dans le travail que dans les restaurations collective ($p < 0,001$) et traditionnelle ($p < 0,05$).

En revanche, il n'y a pas de différence significative entre les salariés des restaurations collective et traditionnelle même si les salariés de la restauration collective décrivent plus souvent ces symptômes et une gêne dans le travail.

Figure 42 : Troubles du sommeil



* Différence significative pour la présence de plainte

Les salariés de la restauration collective sont plus touchés par les troubles du sommeil, comparativement à ceux de la restauration traditionnelle ($p < 0,05$) ou rapide (différence non significative). Ils semblent également avoir plus de gêne dans le travail sans différence significative.

14 salariés de l'échantillon (soit 5%) prennent un traitement pour les troubles neuropsychiques. 8 sont en restauration collective, 3 en restauration traditionnelle et pour 3 salariés, le type de restauration n'est pas renseigné.

(4) Appareil digestif

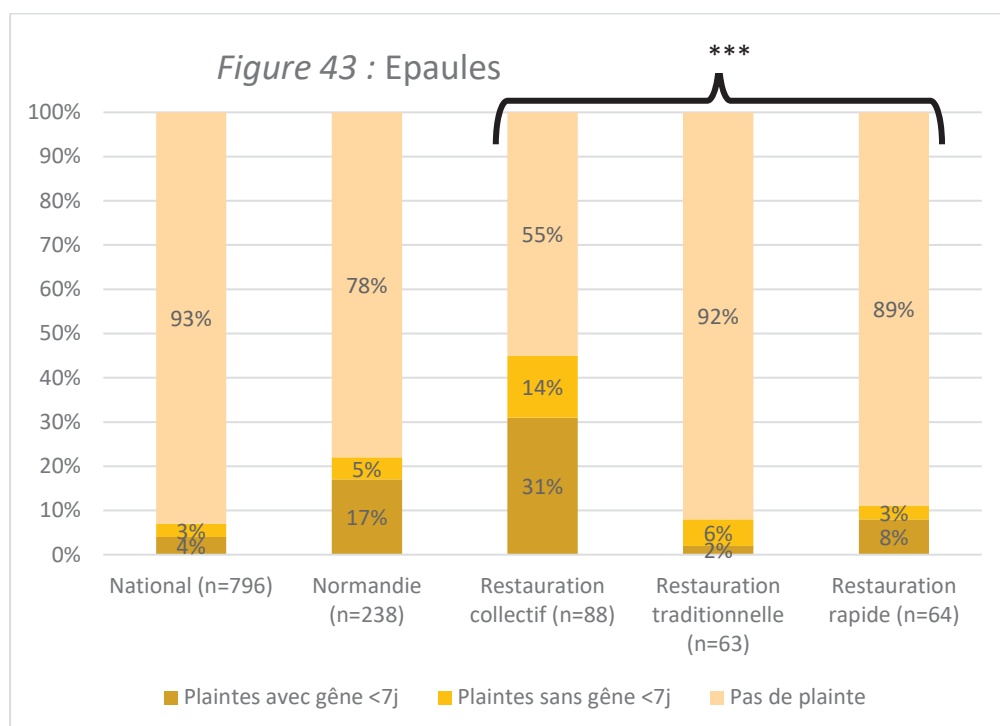
Seuls 13 salariés de notre échantillon ont déclaré avoir des plaintes ou signes cliniques digestifs (soit 5%). 7/90 sont en restauration collective, 2/63 en restauration traditionnelle, 2/64 en restauration rapide et 2 salariés pour lesquels le type de restauration n'est pas spécifié. Cela entraîne une gêne pour 5 d'entre eux (4 en restauration collective et 1 indéterminé). Seul 1 salarié de la restauration traditionnelle a des soins en rapport avec l'appareil digestif.

Il n'y a pas de différence significative entre les groupes.

(5) Appareil ostéo-articulaire

(a) Membres supérieurs

Épaules :



*** Différence significative $p < 0,001$ pour les plaintes/signes cliniques et pour la gêne au travail

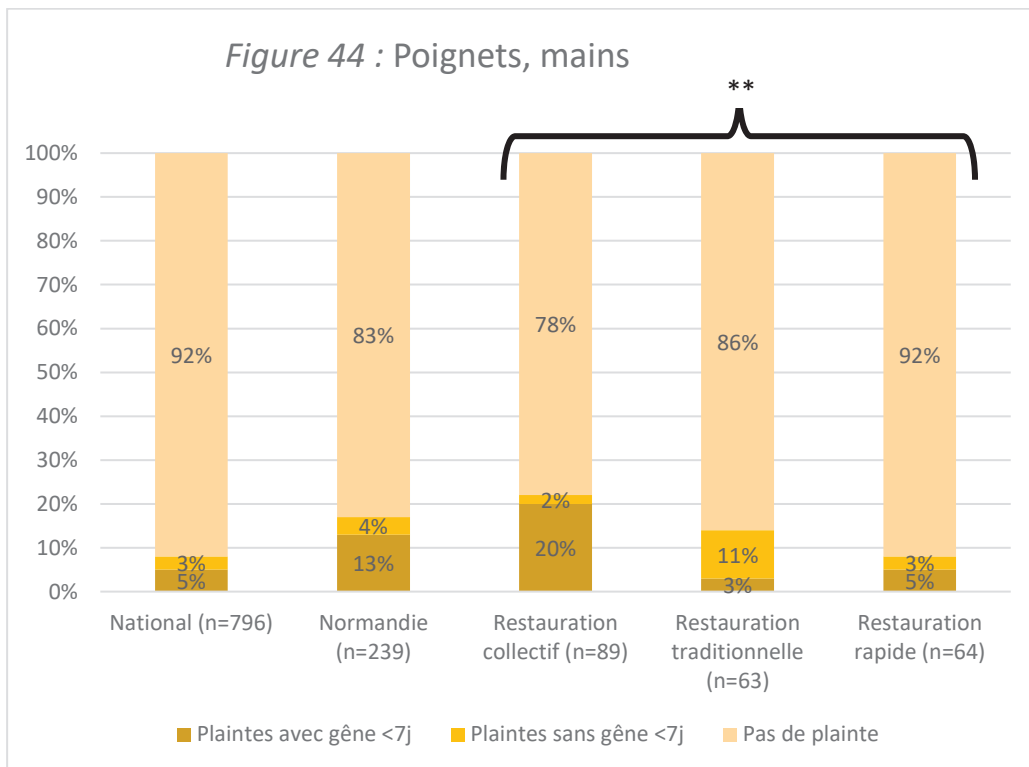
Les salariés de la restauration collective ont plus de signes cliniques/plaintes au niveau de l'épaule que les salariés des restaurations traditionnelle ($p < 0,001$) ou rapide ($p < 0,001$). Ils ont également plus de gêne au travail qu'en restaurations traditionnelle ($p < 0,001$) et rapide ($p < 0,01$). Il n'y a pas de différence significative entre les restaurations traditionnelle et rapide mais il semble que les salariés de la restauration rapide ont plus de gêne que ceux de la restauration traditionnelle.

7 salariés de la restauration collective ont même des soins en lien avec une pathologie d'épaule alors qu'il n'y en a que 3 en restauration rapide et 1 seul en restauration traditionnelle.

Coudes :

Très peu de salariés ont des symptômes au niveau du coude (17 soit 7% dans notre échantillon), mais ils ont quasiment tous pour conséquence une gêne au travail (15, seuls 2 salariés ont une plainte sans gêne au travail). 13 des salariés ayant une plainte travaillent en restauration collective, 2 en restauration traditionnelle et 1 en restauration rapide. Seuls 3 salariés de la restauration collective et 1 salarié de la restauration rapide ont des soins et/ou un traitement en lien avec le coude.

Poignets/Mains :



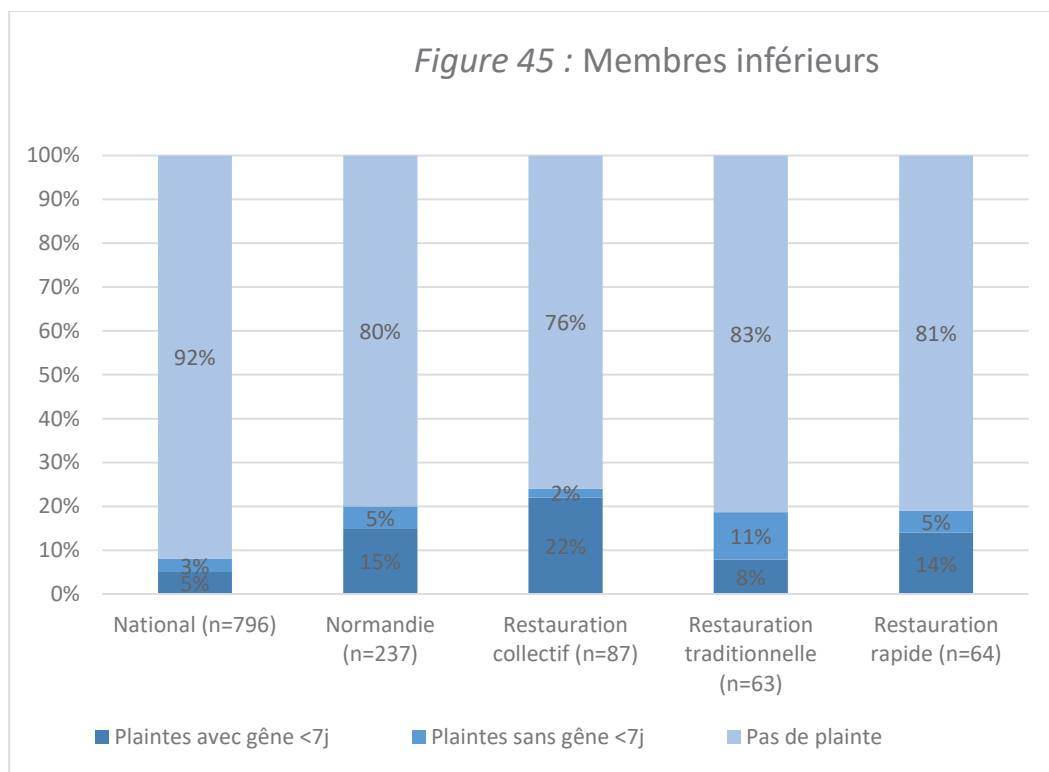
** Différence significative p<0,01

Les salariés de la restauration collective ont plus de plaintes que ceux de la restauration traditionnelle (différence non significative) ou rapide ($p < 0,05$) et plus de gêne au travail ($p < 0,01$ pour les restaurations traditionnelle et rapide).

En restauration traditionnelle, il semble également y avoir plus de plainte qu'en restauration rapide sans différence statistiquement significative.

Seuls 8 salariés ont des soins en lien avec une pathologie des mains ou des poignets : 4 en restauration collective, 1 en restauration traditionnelle et 3 en restauration rapide.

(b) Membres inférieurs

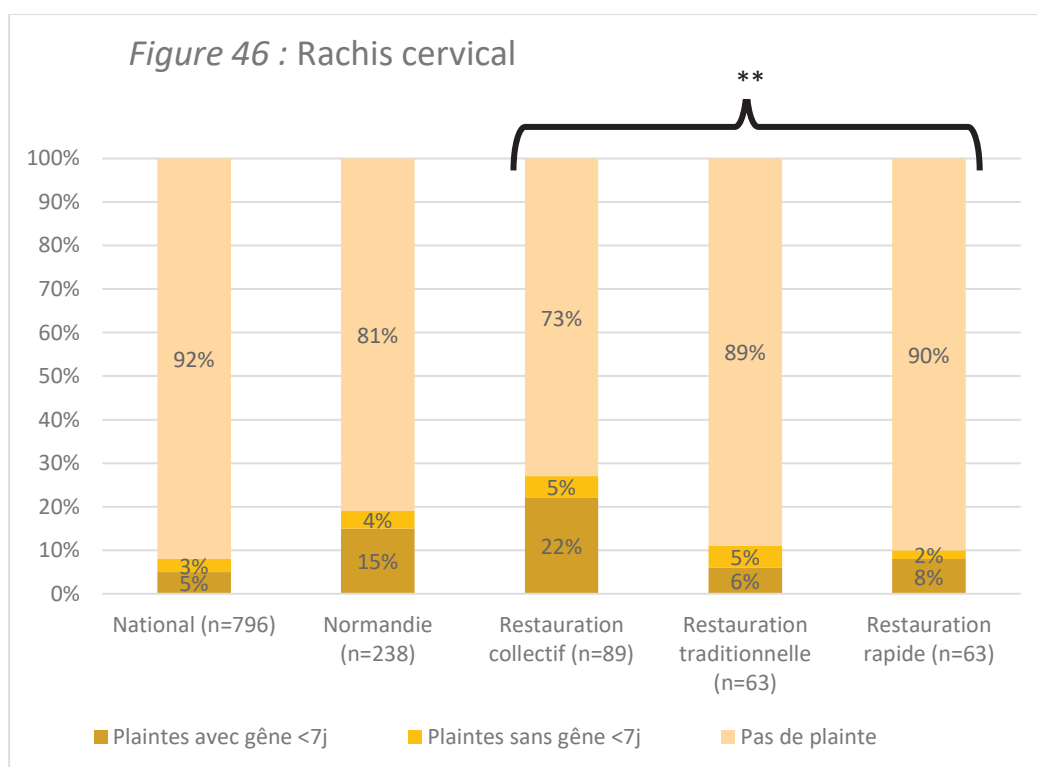


Les salariés de la restauration collective déclarent plus de plaintes, de gêne au travail pour les troubles ostéoarticulaires des membres inférieurs (pas de différence significative pour les plaintes, différence significative pour la gêne au travail avec les salariés de la restauration traditionnelle $p < 0,05$). Il y a autant de salariés présentant des signes cliniques au niveau des

membres inférieurs en restauration traditionnelle et rapide mais il semble y avoir plus de gêne en restauration rapide sans différence significative.

13 salariés bénéficient de soins pour une pathologie des membres inférieurs. Ils sont 9/87 en restauration collective, 2/63 en restauration traditionnelle et 2/64 en restauration rapide.

(c) Le rachis

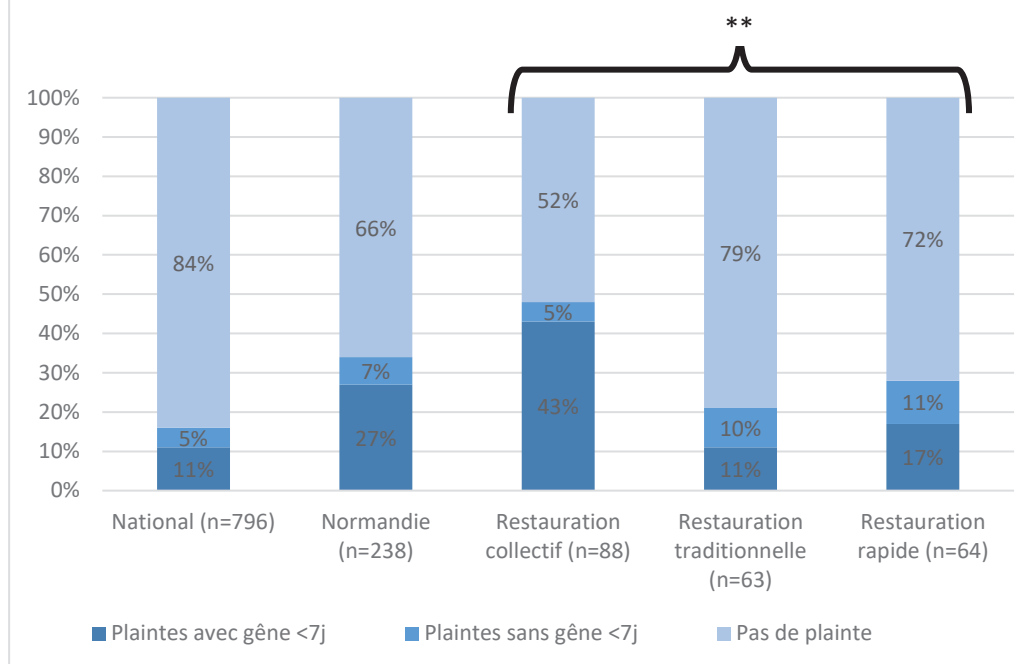


** Différence significative $p < 0,01$ pour les plaintes/signes cliniques et la gêne au travail

Les salariés de la restauration collective rapportent plus de symptômes et de gênes au travail que ceux de la restauration traditionnelle (plaintes $p < 0,05$, gêne $p < 0,01$) et de la restauration rapide (plaintes $p < 0,01$ et gêne $p < 0,05$). Il n'y a pas de différence significative entre les salariés des restaurations rapide et traditionnelle.

11 salariés prennent un traitement, 6/89 en restauration collective, 1/63 en restauration traditionnelle et 3/64 en restauration rapide.

Figure 47 : Rachis dorsolombaire

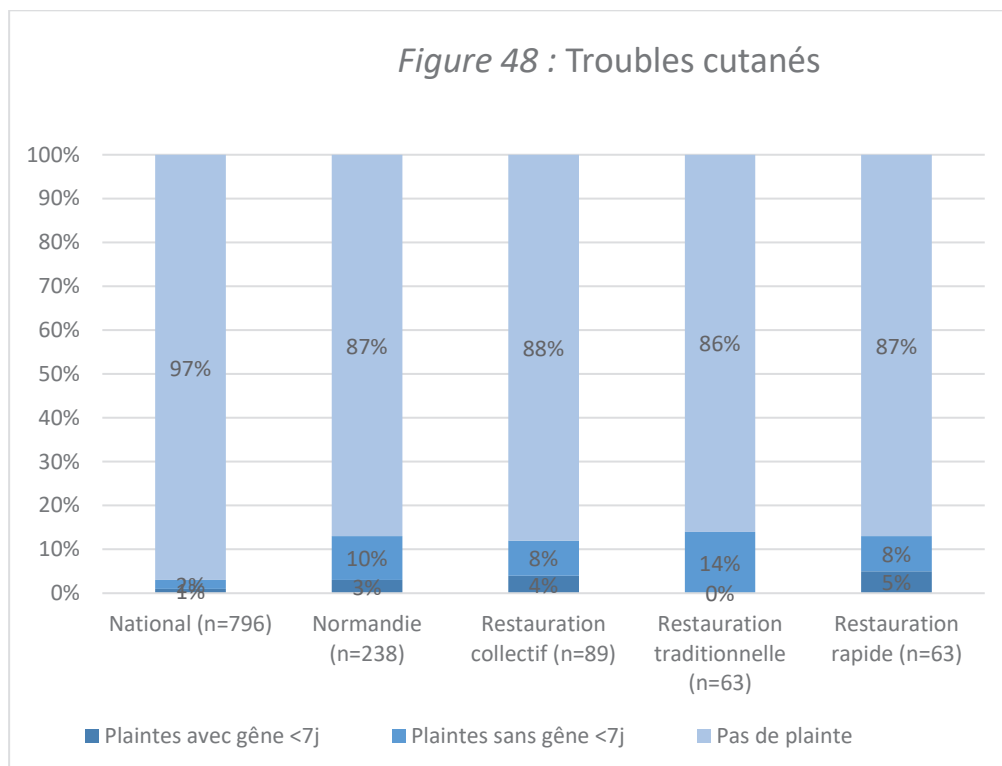


** Différence significative $p < 0,01$ pour les plaintes/ signes cliniques et $p < 0,001$ pour la gêne au travail

Les salariés de la restauration collective se plaignent plus souvent de symptômes du rachis dorsolombaire que ceux de la restauration traditionnelle ($p < 0,01$) et rapide ($p < 0,05$). Ils présentent également plus de gêne au travail (respectivement $p < 0,001$ et $p < 0,01$).

26% des salariés de la restauration collective ont des soins et/ou un traitement pour une pathologie du rachis dorsolombaire contre 3% de ceux de la restauration traditionnelle et 8% de ceux de la restauration rapide.

(6) Dermatologie

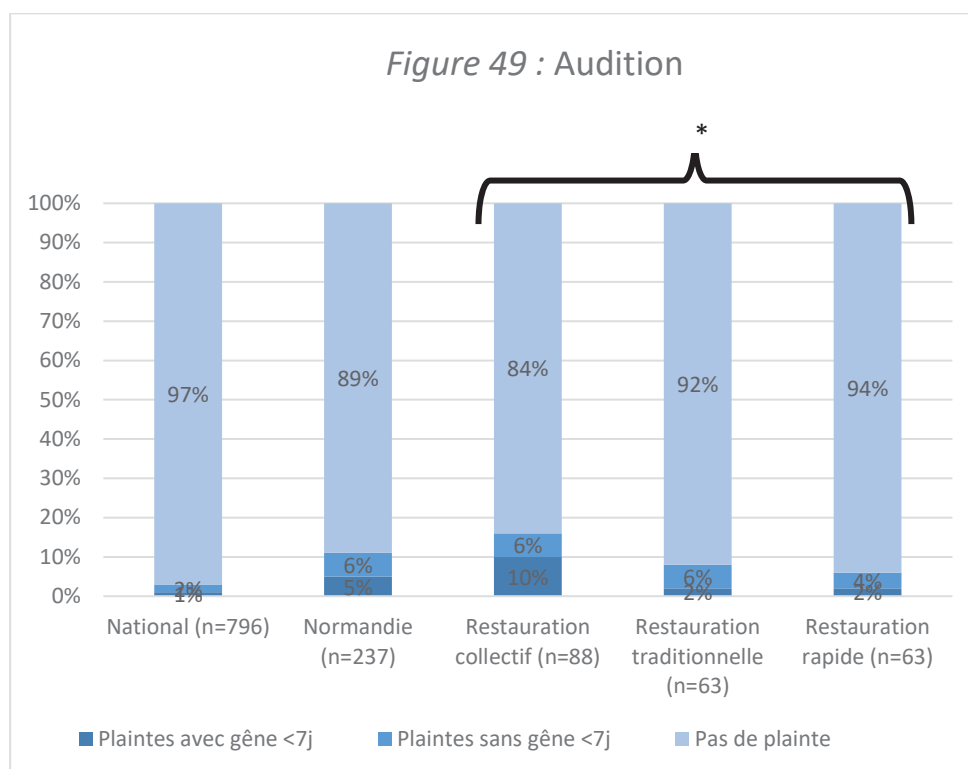


Les problèmes cutanés semblent toucher de la même façon tous les salariés de la restauration en Normandie mais ont moins de retentissement sur le travail en restauration traditionnelle.

12 salariés prennent un traitement ou ont des soins pour une pathologie dermatologique, 5/90 en restauration collective, 3/63 en restauration traditionnelle et 4/64 en restauration rapide.

Il n'y a pas de différence significative entre les groupes.

(7) Audition



* Différence significative $p < 0,05$ pour les plaintes/signes cliniques et $p < 0,01$ pour la gêne au travail

Les troubles auditifs semblent plus fréquents dans la restauration collective (différence significative avec la restauration traditionnelle $p < 0,05$, pas de différence significative avec la restauration rapide) et entraînent plus de gêne au travail que dans les autres types de restauration ($p < 0,05$). Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les restaurations rapide et traditionnelle.

Seuls 5 salariés bénéficient de soins et/ou de traitement. 3 sont en restauration collective et pour les 2 autres, le type de restauration n'est pas précisé.

IV. Discussion

A. Objectifs, intérêts et limites de l'étude

1. Objectifs de l'étude

Cette étude a permis de faire un état des lieux des conditions de travail ressenties et de l'état de santé des salariés de la restauration en Normandie.

Le point fort de cette étude est d'avoir pu décrire ces indicateurs en fonction des 3 types de restauration. En effet, chaque type de restauration a ses spécificités, pouvant entraîner des risques professionnels différents avec un retentissement différent sur l'état de santé des salariés.

La participation à l'étude des médecins et infirmières du dispositif Evrest était bonne puisque 240 questionnaires ont été remplis uniquement sur la Normandie en 2 ans alors qu'il y en a eu 796 en 2 ans également sur l'ensemble de la France.

2. Intérêts de l'étude

En restauration, la sinistralité est importante : les troubles musculosquelettiques sont les principales causes de maladie, les manutentions manuelles et les glissades sont les principales causes d'accident (52) (55) (54). Le risque routier a également été identifié comme prioritaire dans la restauration rapide (64). De plus, le taux de fréquence des accidents du travail des salariés de la restauration est supérieur au taux national et les maladies professionnelles de la restauration représentent 3,4% des maladies professionnelles déclarées en France en 2018.

On sait également que les salariés de la restauration changent souvent de branche professionnelle en cours de carrière. Les salariés ont en moyenne 7 ans d'ancienneté, 22% d'entre

eux ont moins d'1 an d'ancienneté (65) alors qu'en France en 2019, les salariés ont en moyenne 11 ans d'ancienneté et 15% ont moins d'un an d'ancienneté (66).

Pourquoi les salariés changent-ils d'emploi si rapidement dans la restauration ? A cause des conditions de travail ? Pour raison de santé ? Pour des raisons personnelles ?

Beaucoup d'entreprises dans la restauration sont des TPE (53% des salariés travaillent dans une entreprise de moins de 5 salariés et seuls 9% des salariés travaillent dans une entreprise de 50 salariés ou plus) (65). Une très large majorité des salariés sont donc visés par l'action 1.1 du Plan Régional Santé Travail 2016-2020 « Accompagner les démarches d'évaluation des risques et de planification de la prévention, notamment dans les PME-TPE » (53). En effet, dans les TPE-PME, la culture de prévention en entreprise est surtout vue comme une obligation réglementaire (67), tout comme le document unique d'évaluation des risques professionnels. Les services de santé au travail doivent donc développer une prise en charge spécifique de ces entreprises et de leurs salariés, au plus proche de leurs besoins.

3. Limites de l'étude

On retrouve un grand nombre de sources de biais de sélection.

Le secteur de l'hôtellerie-restauration représente 960 000 actifs dont 220 000 non-salariés. Cette étude effectuée à partir des salariés vus en visite médicale exclue donc les actifs non-salariés de l'étude (4).

Un biais de sélection peut également apparaître car l'enquête Evrest est basée sur le volontariat. De plus, cette enquête est effectuée uniquement lors des visites initiales et périodiques. Nous avons donc un effet « travailleur sain ».

L'enquête se base également sur le volontariat des médecins du travail, ainsi seuls 11 équipes santé travail y ont participé. Leurs secteurs d'exercice ne sont pas forcément représentatifs de l'ensemble de la branche de la restauration. On retrouve en particulier, 66 salariés travaillant dans la même entreprise pour lesquelles nous avons 54 personnes qui travaillent dans la restauration collective et 8 personnes pour lesquels le type de restauration n'est pas précisé. Cette entreprise

contribue donc à 60% des questionnaires du secteur de la restauration collective. On a donc une surreprésentation d'une entreprise. De la même manière, 2 entreprises de restauration rapide ont permis de compléter 12 et 28 des 64 questionnaires et représentent donc 62,5% des salariés interrogés.

Le recueil des données a eu lieu en 2018-2019. Les résultats de l'enquête Evrest National pour cette période ne sont pas encore disponibles. Nous avons donc comparé nos données à l'enquête nationale 2017-2018.

L'enquête a été effectuée en Haute et Basse Normandie. La Normandie ne représente que 4,6% des entreprises de la restauration (4). Les entreprises Normandes ne sont pas forcément représentatives de l'ensemble des entreprises de la restauration (par exemple, moins de saisonnalité en Normandie dans la restauration traditionnelle que dans d'autres régions plus touristiques).

On retrouve également un biais de mesure : comme précisé précédemment, l'enquête est en grande partie basée sur un auto-questionnaire (sauf concernant la partie « état de santé » qui se base sur un questionnaire administré par le médecin ou l'infirmière). On a donc comme dans toute étude basée sur un questionnaire, un biais de mémorisation mais ce biais est non différentiel, c'est-à-dire qu'il affecte tous les groupes de l'étude.

De plus, de par le recueil par questionnaire, l'enquête se base sur les conditions de travail ressenties. Il n'y a aucune évaluation objective des conditions de travail comme on peut le voir dans certaines études de la littérature, en particulier sur le plan ergonomique.

Le point fort de cette étude est donc de distinguer les différents types de restaurations permettant de supprimer ce biais d'échantillonnage et de comparer les salariés des différents types de restauration.

B. Discussion des résultats

1. Discussion de la représentativité

Notre échantillon, constitué de 240 salariés comportait 37,5% de salariés de la restauration collective, 26% de salariés de la restauration traditionnelle et 22% de salariés de la restauration rapide. Nous avons 23 salariés pour qui le type de restauration n'est pas précisé, pouvant induire un biais de mesure.

| | National (4) (15) | | Normandie (67) | | Population de l'étude | |
|-----------------------------|-------------------|-------------|----------------|-------------|-----------------------|-------------|
| | Nombre | Pourcentage | Nombre | Pourcentage | Nombre | Pourcentage |
| Restauration collective | 110 300 | 17% | 1 325* | 7% | 90 | 41% |
| Restauration traditionnelle | 360 000 | 58% | 14 703 | 63% | 63 | 29% |
| Restauration rapide | 154 000 | 25% | 7 066 | 30% | 64 | 30% |

Tableau 6 : Comparaison de la répartition des salariés dans les différents types de restauration entre la population nationale, la population normande et la population de notre étude

* Ces données correspondent à la restauration collective sous contrat, ce qui exclut donc les restaurants non sous traités dans les grandes entreprises. Les données sont donc sous-estimées.

Dans ce tableau, qui compare le nombre de salariés en fonction du type de restauration en France, en Normandie et dans notre échantillon, on constate en effet, que la restauration collective est surreprésentée alors que la restauration traditionnelle est sous représentée, ce qui entraîne un biais d'échantillonnage.

Dans notre échantillon, il y a autant d'hommes que de femmes en restauration rapide et collective, ce qui correspond aux données de la littérature (4) (68). Les femmes ne représentent que

30% des salariés de la restauration traditionnelle, ce qui est un peu moins important qu'au niveau national (42%, (4)).

L'âge moyen dans la restauration collective est de 41 ans en France (4) alors qu'il est de 47 ans dans notre échantillon. Dans la restauration traditionnelle, il est de 34 ans (10), comme dans notre échantillon. Dans la restauration rapide, il est de 28 ans (10) alors qu'il est de 26 ans dans notre échantillon.

Concernant les données sociodémographiques, notre échantillon de salariés de la restauration collective est donc plus âgé que les données nationales exhaustives et notre échantillon de salariés de la restauration traditionnelle contient moins de femmes qu'attendu.

Notre échantillon n'est donc pas représentatif : les caractéristiques sociodémographiques démontrent une différence entre les populations françaises, normandes et celle de notre étude. Cela peut biaiser les comparaisons avec l'échantillon des salariés de la restauration nationale d'Evrest mais ne biaisera pas les comparaisons entre les différents types de restauration. De plus, l'échantillon national comporte d'autres types de restauration qui ne sont pas étudiées ici notamment les débits de boissons et les services traiteurs.

2. Carrière professionnelle

De nombreux salariés avaient peu d'ancienneté en restauration traditionnelle. On peut supposer que l'influence des saisons étant décrite comme importante dans ce secteur, de nombreux salariés ont des contrats à durée déterminée qui permettent de s'adapter aux pics d'activité. Par exemple, en Occitanie, on estime que les saisonniers représentent 17% des emplois du secteur de l'hôtellerie-restauration (69) dont environ 58% pour la restauration traditionnelle et les traiteurs (70) (71). Ce travail saisonnier explique également le nombre important d'employeurs récents par salarié.

La proportion de contrat court explique peut-être le faible nombre de salariés ayant eu accès à une formation récente, notamment en restauration traditionnelle. En effet, les emplois précaires ont tendance à avoir moins accès à des formations (72). Les formations dispensées dans ce secteur sont majoritairement en rapport avec le poste actuel mais plus d'1/3 des formations sont en rapport avec un futur poste, laissant supposer des possibilités d'évolution professionnelle dans ce secteur.

L'absence de formation professionnelle induit également une absence de formation à la sécurité des salariés.

En restauration collective, les emplois saisonniers ne représentent que 12% des salariés (71). Les salariés ont tendance à rester très longtemps dans la restauration et chez le même employeur. On peut supposer que ce sont des salariés qui se destinaient d'emblée à une carrière dans la restauration puisqu'une bonne majorité d'entre eux est diplômée d'un cursus de formation dans la restauration. Leur ancienneté explique qu'il y a plus de recours aux formations d'intérêt général que dans les autres secteurs malgré le fait que les formations sont toujours majoritairement en rapport avec le poste actuel.

Les formations d'intérêt général peuvent également être en lien avec des formations à l'hygiène dans notre étude, étant donné qu'une forte proportion des salariés de la restauration collective travaillent dans un hôpital et qui sont donc soumis à des normes d'hygiène particulièrement strict.

La restauration rapide, bien qu'assez peu influencée par une saisonnalité a un turn over important : les salariés ont peu d'ancienneté à la fois dans la restauration et chez l'employeur. Les formations dont ils bénéficient sont très centrées sur le poste actuel. En effet, la restauration rapide peine à « fidéliser » les salariés servant surtout de transition aux jeunes actifs dans l'attente de meilleure opportunité (73), ce qui explique la forte proportion de salariés diplômés en dehors du secteur.

3. Risques professionnels

a) Les addictions

Tabac :

Concernant le tabac, les facteurs de risques professionnels connus qui favorisent la consommation sont (74) :

- l'exposition aux risques psychosociaux notamment l'insécurité de l'emploi. En revanche, l'augmentation des contraintes de rythme ne semblent pas favoriser la consommation de tabac
- l'exposition aux contraintes physiques notamment le port de charges lourdes, l'exposition au froid, au chaud, à l'humidité et au bruit
- l'exposition au risque chimique

Ainsi, ces facteurs de risques peuvent contribuer à la proportion plus importante de fumeurs en restauration traditionnelle : l'insécurité de l'emploi y est très importante pour 10% des salariés ainsi que les contraintes physiques même si elles le sont moins qu'en restauration collective. Ce sont également les salariés de la restauration traditionnelle qui déclarent le plus souvent être exposés aux produits chimiques.

Les autres substances n'ont pas été évaluées dans cette étude. Une question concernant la consommation d'alcool a depuis été rajoutée dans la mise à jour 2020 du questionnaire Evrest.

Alcool :

On estime que 10 à 20% des accidents du travail seraient dus à la consommation d'alcool (75). La prévention des addictions est donc un enjeu majeur pour les salariés, comme pour les employeurs.

De nombreux facteurs de risques professionnels d'addiction à l'alcool sont présents dans la restauration :

- les salariés du secteur de la restauration sont plus jeunes que dans d'autres secteurs. Or, chez les jeunes, la consommation d'alcool a tendance à être plus élevée que dans la population générale (76).
- la disponibilité du produit au poste (77) (18)
- les horaires décalés et irréguliers (18)
- le haut niveau de pénibilité physique (18) (78)
- les risques psychosociaux (79), en particulier, le contact avec le public (78)
- on peut également retrouver une culture d'entreprise incitant à la consommation (pots entre collègues, rituel d'intégration, signatures de contrats,...) (78) (79).

Ces facteurs de risques sont moins fréquents dans notre étude en restauration collective : les salariés sont moins jeunes, le produit n'est pas disponible au poste hormis les alcools autorisés sur le lieu de travail : le vin, la bière, le cidre et le poiré (article R4228-20 du code du travail) mais souvent interdit par le règlement intérieur, les horaires sont moins souvent décalés et les incivilités sont moins nombreuses. En revanche, le niveau de pénibilité physique apparaît plus élevé.

Ceci peut donc expliquer la forte proportion de salariés de la restauration collective ayant répondu « non » ou « sans objet » à la question concernant l'influence du rythme ou des conditions de travail sur la consommation d'alcool, de tabac ou de drogues, à savoir 93%.

A l'inverse, les salariés de la restauration traditionnelle ont plus de facteurs de risques. Il faut tout d'abord prendre en compte le fait qu'il y a plus d'hommes en restauration traditionnelle, facteur favorisant la consommation d'alcool (80). Les conditions de travail dans ce type d'activité sont également favorables à cette consommation : des horaires atypiques et souvent irréguliers (le travail se termine quand le service est fini), un niveau de pénibilité physique important même s'il l'est moins que dans la restauration collective et une disponibilité du produit au poste. En effet, il n'est pas rare que les salariés partagent un moment convivial en consommant de l'alcool sur le lieu de travail, fourni par l'employeur à la fin du service : dans une étude de 2017, 67% des salariés consommaient avec leurs collègues et 19% avec leur employeur dont 20% pendant le quart de travail (81). Ces facteurs de risque expliquent donc probablement que 29% des salariés considèrent que leurs conditions de travail ont une influence sur leurs consommations.

Dans la littérature, on constate que les salariés de la restauration ne sont que 14% à être non consommateurs d'alcool, 41% consommaient de façon excessive sans différence entre les personnels de cuisine et de salle ni en fonction de la catégorie socioprofessionnelle mais elle est plus importante chez les moins de 25 ans, chez les fumeurs et chez les salariés se retrouvant pour un moment convivial après le travail (82). Des auteurs suggèrent que les horaires de travail atypiques entraînent pour les salariés des difficultés dans leurs relations sociales. Les personnes avec qui ils travaillent deviennent des « familles de substitution » (76). De plus, les serveurs et les barmans, grâce aux pourboires fournis par les clients ont de l'argent liquide à disposition, ce qui semble entraîner une consommation plus importante (76).

Cannabis :

Dans la littérature, on retrouve 6,0% de consommateurs de cannabis parmi les actifs (83), 12,9% dans le secteur de l'hôtellerie-restauration (3^e secteur le plus consommateur après les arts et spectacles et la construction). D'autres sources montrent qu'environ 1/3 des salariés de la restauration consomment du cannabis (84) (85).

Les facteurs de risque professionnel connus sont le fait d'occuper un poste de sécurité (83), les horaires de travail atypiques, l'exposition au chaud, l'exposition au froid, l'exposition à des dangers et de mauvaises relations au travail (18). Les salariés de la restauration sont donc exposés à de nombreux facteurs de risques professionnels de consommation de cannabis.

Médicaments psychotropes :

Concernant les médicaments psychotropes, la prévalence de consommateurs au cours de la vie est de 36,1 %. Le stress augmente la consommation (83). Pour la consommation dans l'année, la prévalence est estimée à 16,7 % parmi les actifs (86).

En population générale, 10% consomment des anxiolytiques, 6,1% des hypnotiques et 6% des antidépresseurs.

Concernant les traitements de substitution aux opiacés, nous ne connaissons pas la prévalence dans la population des actifs. Une étude sur des chauffeurs poids lourd a estimé que 1,8%

consommaient de la buprénorphine et 0,5% de la méthadone. Les facteurs de risques professionnels et les conséquences en terme d'accident du travail ne sont pas connus (87).

b) Les troubles musculosquelettiques

Dans notre étude, les salariés sont nombreux à se plaindre de troubles musculosquelettiques, avec ou sans gêne. Pour toutes les localisations ils sont beaucoup plus nombreux que dans tous les secteurs confondus (88). Cette proportion accrue en restauration peut être liée à des facteurs de risques biomécaniques importants. En effet, de nombreux salariés déclarent être exposés aux postures contraignantes, gestes répétitifs, port de charges lourdes, froid et stress.

En restauration collective, les salariés ont plus de plaintes et/ou de gêne en lien avec les troubles musculosquelettiques, quelle que soit la zone anatomique concernée. Cette tendance est objectivée par un taux de maladies professionnelles liées aux troubles musculosquelettiques plus important : en effet, 6,44‰ des salariés de la restauration collective ont déclaré une maladie professionnelle reconnue aux tableaux 57 ou 98 du régime général (54) contre 0.15 ‰ en restauration traditionnelle (52) et 0.91‰ en restauration rapide (55).

Plusieurs pistes peuvent expliquer cette proportion plus importante de troubles musculosquelettiques dans la restauration collective. Tout d'abord, les salariés ont tendance à être plus âgés (41 ans (79) contre 35 et 28 ans (10)), ce qui favorise l'apparition des troubles musculosquelettiques (89). Ils sont également plus en surpoids et en obésité, ce qui favorise également les douleurs (90). En revanche, ils pratiquent plus d'activité physique que les autres, ce qui tend à les protéger des troubles musculosquelettiques (91).

Ensuite, les salariés déclarent plus souvent être exposés à des contraintes physiques : le port de charges, les gestes répétitifs, les vibrations, les postures contraignantes, favorisant l'apparition de troubles musculosquelettiques (89). Pour les contraintes physiques plus importantes, plusieurs pistes d'explications sont possibles : tout d'abord, le « coup de feu » de la pause méridienne entraîne un rythme de travail très soutenu durant le service. En effet, l'entreprise utilisatrice impose les horaires de repas aux salariés/patients/écoliers prenant un repas de restauration collective sur des tranches horaires parfois courtes. L'industrialisation des restaurations collectives et leur regroupement en cuisine centrale conduit également à un découpage des tâches pouvant

augmenter les gestes répétitifs. Le grand nombre de repas préparés impose des manipulations de volumes importants de denrées alimentaires et vaisselles entraînant des ports de charges lourdes importants. Enfin, les locaux mis à disposition par l'entreprise utilisatrice ne sont pas forcément adaptés, risquant d'entraîner des contraintes supplémentaires.

Les salariés de la restauration collective sont également plus exposés au froid, connu pour être un facteur aggravant de troubles musculosquelettiques (92).

Enfin, les facteurs psychosociaux qui favorisent les troubles musculosquelettiques sont plus nombreux en restauration collective dans notre étude.

Ainsi, l'âge, conjugué à des conditions de travail jugées comme difficiles peut entraîner une usure professionnelle (93) pouvant expliquer les nombreux troubles musculosquelettiques décrits.

c) Le risque chimique

Près d'un salarié sur deux déclare être exposés aux produits chimiques qui sont principalement utilisés pour le nettoyage et la désinfection des surfaces et en plonge, pour le nettoyage de la vaisselle. Ces produits sont choisis par l'employeur qui doit les mettre à disposition des salariés avec leurs fiches techniques, leurs fiches de données de sécurité et les équipements de protection collectifs et individuels nécessaires. Ces produits peuvent être irritants, allergisants, cancérogènes, mutagènes et/ou reprogènes.

Depuis l'émergence du risque Covid19, la proportion de salarié exposé aux produits chimiques a dû augmenter en raison des protocoles sanitaires mis en place nécessitant une désinfection régulière des locaux de travail et des mains (94).

Seuls 13% des salariés déclarent des troubles cutanés et seuls 3% ont une gêne. Il n'y a pas de spécificité remarqué en fonction des types de restauration.

En effet, en restauration traditionnelle et rapide, les salariés sont souvent polyvalents et effectuent donc du ménage. En restauration collective, à la fin du service, la plupart des salariés participent également au ménage dans le cadre de l'organisation en 3 temps (préparation, service,

rangement/nettoyage). Chaque salarié peut donc être exposés, mais souvent pour des durées relativement courtes.

Néanmoins, le cas des postes de plongeur est à distinguer des autres puisque les plongeurs sont beaucoup plus exposés aux produits chimiques. En effet, l'essentiel de leur activité est de nettoyer la vaisselle à l'aide de produits chimiques à la main ou avec un lave-vaisselle.

Plus d'un salarié sur quatre déclare être exposé aux poussières et fumées, correspondant probablement surtout aux fumées de cuisson auxquels sont plus exposés les salariés de la restauration traditionnelle, notamment dans les restaurants de grillades.

Les salariés de la restauration collective sont moins exposés alors que ce sont eux qui décrivent le plus de symptômes respiratoires. Notre effectif trop faible de salariés avec des symptômes respiratoires et les nombreux facteurs de confusion empêchent de rechercher un éventuel lien entre exposition aux fumées/poussières et les pathologies pulmonaires dans notre étude.

La prévention repose sur le contrôle et la surveillance des températures de cuisson et le fait d'éviter de faire brûler les aliments.

d) Le risque biologique

Le risque était peu pris en compte et méconnu des salariés puisque seuls 14% des salariés déclarent y être exposés alors que 59% sont en contact avec le public. Ces données ne sont probablement plus d'actualité depuis la crise sanitaire de la Covid19 qui a dû entraîner une prise de conscience des salariés de leur exposition aux épidémies circulantes (39).

La manipulation de denrées alimentaires peut également entraîner des risque de dermatites irritatives ou allergiques mais également de mycoses cutanées ou unguéales, reconnu au tableau 77 du régime général (41). Cependant, très peu de salariés déclarent des symptômes gênants. On peut supposer que les facteurs de prévention sont efficaces (gants, lavages des mains réguliers).

e) Les risques physiques

(1) Rayonnements ionisants

2 salariés ont déclaré être exposés aux rayonnements ionisants. Il s'agit de 2 serveurs ou commis de restaurants travaillant dans 2 entreprises différentes. Cette exposition n'est pas habituelle dans ce secteur et elle n'a pas été retrouvée dans la littérature. Il est probable qu'il s'agisse d'une erreur de saisie ou de mesure.

(2) Vibrations

L'exposition aux vibrations peut être liée à la conduite de véhicule (95). Ce peut être le cas pour la restauration rapide lors de la livraison des commandes aux particuliers mais également dans la restauration collective lorsque les repas sont produits en cuisine centrale puis livrés dans les différents établissements. Elle concerne dans ce cas le corps entier. Cette exposition est souvent méconnue des salariés. Pourtant elle peut favoriser les lésions dégénératives du dos et ainsi favoriser les sciatalgies, radiculalgies et lombalgies (96). Certaines de ces pathologies peuvent être indemnisées au titre de la maladie professionnelle avec le tableau n°97 du régime général (97) mais aucun des travaux cités ne correspond à des tâches de la restauration.

Les vibrations peuvent également être transmises au système mains-bras. La littérature est très pauvre sur l'exposition aux vibrations en cuisine. Néanmoins, l'utilisation d'outils à main tels que des mixeurs, trancheurs à jambon,... entraîne forcément une exposition aux vibrations. On peut supposer que la production (nombre de repas par jour) étant souvent plus importante en restauration collective, ils disposent de plus d'aides techniques entraînant l'utilisation d'outils à mains, ce qui pourrait expliquer la proportion plus importante de salariés exposés aux vibrations dans la restauration collective.

Cette exposition aux vibrations au membre supérieur peut entraîner un syndrome des vibrations (96) pouvant prendre différentes présentations cliniques. Il associe une atteinte vasculaire à type de syndrome de Raynaud au niveau des doigts, une atteinte neurologique à type de paresthésie des doigts, une perte de la sensibilité tactile ou thermique, une perte de force

musculaire ou une perte de dextérité et des troubles ostéoarticulaires à type d'ostéonécrose du semi lunaire, de pseudarthrose du scaphoïde ou arthrose du coude (98). Ces atteintes peuvent être indemnisées au titre de la maladie professionnelle via le tableau n°69 du régime générale (99) dans lequel il n'est pas fait mention de travaux susceptibles de provoquer la maladie en restauration.

(3) Bruit

1 salarié sur 2 déclare une gêne sonore mais la plupart des salariés considérant être exposés à un bruit > 80dB sont en restauration collective, ce qui entraîne, comme le montre notre étude, des troubles auditifs plus fréquents en restauration collective.

En effet, en restauration collective, le bruit est présent à tous les postes. Les 3 principales sources de bruit sont le fonctionnement des machines (cellules de refroidissement, lave-vaisselles, ventilateurs, broyeurs à déchets,...), le choc des casseroles et les voix du personnel et des clients (100). Le bruit est habituellement de 60 à 80 dB (100) environ mais il peut atteindre 120 à 130dB pour des bruits impulsionnels tels qu'une soufflette, le choc de matériel en inox contre d'autres éléments de la cuisine, roulement des chariots,... (101).

L'exposition est probablement plus importante que dans les autres types de restauration car le nombre de repas servis et par conséquent de clients présents est plus importants et que l'utilisation d'outils y est plus fréquente. L'utilisation des machines entraîne un bruit même en dehors d'une activité humaine.

Cette exposition a des conséquences sur la santé des salariés : une exposition aiguë peut être responsable d'une fatigue auditive entraînant une baisse d'acuité auditive parfois accompagnée d'acouphènes. Lors d'une exposition chronique, le salarié peut également souffrir d'une surdité irréversible d'apparition et d'aggravation progressive (sauf en cas de traumatisme sonore aiguë : apparition aiguë) (102).

Dans notre étude, les salariés de la restauration collective étant plus nombreux à déclarer une exposition au bruit, ils sont également plus nombreux à déclarer souffrir de troubles de l'audition.

Il favorise également les accidents de travail (risque de ne pas entendre les signaux d'alerte, frein à la communication, diminution la concentration) (103), l'hypertension artérielle (104) et donc probablement des troubles cardiovasculaires (105), les troubles du sommeil (106), le stress et les performances cognitives (107).

(4) Contrainte visuelle

Les plaintes oculaires les plus fréquentes en milieu professionnel sont des picotements, des sensations de brûlures ou de lourdeur, des difficultés d'accommodation, des flous visuels, des irisations et des diplopies transitoires. Les plaintes générales sont des céphalées, des troubles musculosquelettiques au niveau cervical, des nausées, des sensations vertigineuses et des troubles de l'humeur (108)

Au travail, la fatigue visuelle touche surtout les métiers de travail sur écran (109), en particulier si il y a des anomalies de l'écran (reflets, défaut de luminosité, défaut de contraste). Ce peut être le cas en restauration dans les services administratifs et en caisse (11).

Les autres facteurs favorisants sont multiples : la climatisation, la présence de substances polluantes dans l'air ambiant, l'ergonomie du matériel (mauvaises postures au poste) et l'organisation du travail (pauses insuffisantes) (108).

Ce peut être le cas en restauration sur tous les postes.

Ainsi, la différence constatée dans cette étude entre les restaurations collective et rapide et la restauration traditionnelle semblent mal expliquée par les facteurs favorisants susceptibles d'être rencontrés au poste de travail.

(5) Ambiance thermique

Les salariés en restauration peuvent être exposés au froid, au chaud et à l'humidité (11) (16) (17). Ces 3 expositions peuvent être retrouvées chez tous les salariés travaillant en extérieur notamment les livreurs et les salariés s'occupant de la réception de marchandises sur des quais mais également les serveurs dans les restaurants disposant d'un espace extérieur.

Ainsi les salariés de tout type de restauration peuvent être exposés aux intempéries mais cette exposition ne concerne que des postes spécifiques entraînant un faible effectif exposé, ce qui explique probablement l'absence de différence significative.

Concernant l'exposition au froid, on la retrouve aux postes de préparation froide dans un local spécifique entre 12° et 15°. Les salariés s'occupant du rangement des livraisons en chambre froide positive ou négative puis leur acheminement vers les postes de préparation sont également exposés.

Cette exposition est plus fréquente en restauration collective probablement de par la fréquence plus importante de production froide dans un local spécifique pour les entrées et desserts, qui n'est pas présent dans tous les établissements de restauration rapide ou traditionnel.

Elle peut entraîner des engelures ou un urticaire au froid (110).

Concernant l'exposition au chaud, on la retrouve au poste de préparation chaud via l'utilisation des fours, plaques de cuisson, rôtière, tourne broche,...

On peut supposer que l'exposition au chaud concerne plus de salariés en restauration rapide car 94% d'entre eux sont polyvalents et donc susceptibles de travailler en production chaude. De plus, en restauration rapide, une partie des établissements ne fait que de la préparation chaude et vente à emporter (pizzas, hamburger, pâtes,...).

L'exposition à la chaleur, d'autant plus si elle est conjuguée à une activité physique intense peut entraîner une déshydratation, une hyperthermie, des crampes,... (110).

Des courants d'air peuvent être générés par le système de réfrigération ou par l'ouverture des fenêtres et/ou portes sur l'espace extérieur.

Enfin, l'humidité est présente au poste plonge avec la vapeur d'eau créée par l'utilisation d'eau chaude et par les machines à laver la vaisselle et au poste de distribution en cas d'utilisation

de bain d'eau chaude ou de vapeurs d'eau chaude pour maintenir les aliments à bonne température le temps du service.

Elle favorise les dermatites irritatives (111), le développement de moisissures pouvant entraîner des réactions allergiques ou des infections (112).

f) Les risques psychosociaux

Les risques psychosociaux sont définis comme étant à la jonction entre l'individu (« psycho ») et sa situation de travail (« social ») (113). Ils regroupent le stress, les violences internes et les violences externes (114). Les causes de ces risques psychosociaux, appelés facteurs de risque psychosociaux sont multiples et souvent imbriqués. Elles sont classées en 6 catégories depuis le rapport Gollac (43) : intensité et temps de travail, exigences émotionnelles, manque d'autonomie, rapports sociaux au travail dégradés, conflits de valeurs et insécurité de la situation de travail.

L'exposition à ces risques psychosociaux peut avoir des conséquences sur la santé des salariés, en particulier, troubles musculosquelettiques, maladies cardiovasculaires, pathologies psychiatriques (épisode dépressif, troubles anxieux, état de stress post-traumatique), aggravation ou rechute de maladies chroniques,... (113).

Il peut également y avoir des conséquences pour l'entreprise : taux d'absentéisme élevé, turnover important, perte de productivité, accidents du travail, dégradation du climat social, atteinte à l'image de l'entreprise,... (113).

(1) Intensité et temps de travail

La grosse majorité des salariés de la restauration qui sont à temps partiel travaillent dans la restauration rapide. Ils sont près de 9/10 dans notre échantillon mais les statistiques nationales de l'INSEE montrent que seuls 70% des salariés de la restauration rapide travaillent à temps partiel (68) en France. En restauration traditionnelle, ils sont 1/3 à travailler à temps partiel (68), 2 fois plus que dans notre échantillon.

L'objectif des temps partiels est de s'adapter aux pics de fréquentation (70% de l'activité se concentre sur les déjeuners et diners) (14). Le temps partiel, s'il est choisi, ne semble pas avoir de conséquences psychiatriques (115). En revanche, lorsqu'il est subi, les femmes sont plus à risque d'avoir des symptômes dépressifs (115). Néanmoins, dans notre étude, les troubles neuropsychologiques sont plus fréquents en restauration collective alors que les salariés travaillent beaucoup plus à temps plein. Les nombreux facteurs de confusion doivent être pris en compte : événements de vie négatifs, traumatisme dans l'enfance, vulnérabilité génétique (116), situation conjugale, âge, niveau d'études (117),...

Près d'un salarié sur 5 travaille de nuit (travail entre 21h et 6h, article L3122-29 du Code du travail) en restauration rapide contre un sur 10 en restauration traditionnelle. Ce travail de nuit ne semble qu'anecdotique en restauration collective. Le travail de nuit entraîne des troubles du rythme circadiens (118). Il a donc des conséquences sur la santé des salariés : maladies cardiovasculaires (119), hypertension artérielle (120), syndrome métabolique (121), trouble digestif (120), ulcère gastroduodéal (122), fatigue (123), sommeil diurne moins efficace et plus court (124), risque de somnolence (125), trouble du sommeil (126), augmentation du risque de cancer du sein chez la femme (127).

Ces données ne concordent pas avec l'état de santé constaté des salariés puisque dans notre échantillon, ce sont les salariés de la restauration collective qui ont plus de symptômes cardiovasculaires, de surpoids ou d'obésité, de troubles du sommeil. La fatigue et l'anxiété touchent plus souvent les salariés des restaurations collective et traditionnelle. Mais de nombreux facteurs de confusion doivent être pris en compte dans cette analyse : l'âge plus élevé en restauration collective, les femmes moins nombreuses en restauration traditionnelle, l'activité physique qui semble plus fréquente en restauration collective, la consommation de tabac, plus fréquente en restauration traditionnelle puis collective qu'en rapide et d'autres facteurs non mesurés dans cette étude : antécédents familiaux, hygiène alimentaire, consommation de substances psychoactives,...

Les horaires décalés sont définis par opposition au travail à la journée comme étant tôt le matin ou tard le soir, de nuit ou les week-ends (128). Ils sont plus fréquents en restauration traditionnelle et rapide et entraînent une diminution du temps de sommeil (129), un risque de somnolence (129), de cancer du sein chez la femme (129), de surpoids ou d'obésité (116), une

augmentation du risque cardiovasculaire (116), une hypertension artérielle (116), des troubles digestifs dont l'ulcère gastroduodéal (116).

Les horaires irréguliers ou alternés regroupant les salariés ayant un rythme de travail régulier cyclique (3x8, 2x12,...) ou irrégulier et sont plus fréquents en restauration rapide puis traditionnelle qu'en collective. Ces horaires peuvent entraîner des troubles du sommeil et des troubles métaboliques (130).

De la même façon que pour le travail de nuit, l'existence de nombreux autres facteurs de risque de ces pathologies expliquent qu'elles ne sont pas forcément plus fréquentes en restauration traditionnelle ou rapide malgré l'exposition plus fréquente dans ces types de restaurations aux horaires décalés et/ou alternés.

Le travail en coupure rejoint également la notion d'horaires atypiques. A la différence des autres types d'horaires, celui-ci n'entraîne pas de compensation salariale et est souvent subi (131). Il est beaucoup plus fréquent en restauration traditionnelle puisqu'il concerne plus de 8 salariés sur 10 alors qu'il en concerne moins d'un sur 2 en restauration rapide et moins d'1 sur 10 en restauration collective. Les salariés sont 27% à vivre ça comme un problème (132). Le travail en coupure augmente aussi le nombre de trajets allers-retours entre le domicile et le travail entraînant une perte des temps de repos. Etonnamment, dans notre étude, les salariés de la restauration traditionnelle sont les moins nombreux à trouver les trajets longs ou pénibles alors qu'ils sont les plus susceptibles de faire 2 allers-retours pour aller au travail chaque jour.

Les horaires en coupure sont aussi un frein à la déconnexion entre les 2 périodes de travail (131), ce qui est constaté dans notre étude par le fait qu'un salarié sur 5 ne met pas à profit ses temps de coupure pour une activité extraprofessionnelle. En revanche, ils permettent aux entreprises d'avoir plus de salariés présents lors des pics d'activités, au moment des repas (déjeuner et diner) (133).

Le travail en horaires atypiques, qu'il soit posté, de nuit, avec coupure ou les week-ends a une influence défavorable sur la vie privée, familiale et sociale (134). En effet, le salarié travaille à des moments clefs de la vie familiale et sociale. Nous constatons cela dans notre étude puisque la

conciliation vie privée-vie professionnelle semble plus facile en restauration collective, secteur où les salariés travaillent plus souvent en horaires typiques. Les difficultés de conciliation augmentent le risque d'addiction, de troubles de l'humeur et de trouble anxieux (135).

Les saisons touristiques entraînent des conditions de travail plus difficiles en restauration traditionnelle et de façon moins importante, en restauration rapide. L'influence est probablement moins importante que dans d'autres régions étant donné que la Normandie n'est pas une destination touristique importante (136). Ceci peut expliquer la proportion moins importante de salariés en CDI en restauration traditionnelle, secteur où les salariés déclarent plus souvent que les saisons touristiques ont une influence sur leurs conditions de travail : les entreprises peuvent avoir recours à des salariés en contrat à durée déterminée pour absorber le pic d'activité dû aux saisons touristiques.

La pression temporelle est très forte dans ce secteur d'activité. Elle est particulièrement marquée en restauration rapide : on la retrouve dans notre étude par une pression temporelle cotée à 7 ou plus pour plus d'un tiers des salariés. C'est également en restauration rapide qu'il y a le plus d'interruptions de tâches qui sont vécues pour moitié comme positive et pour moitié comme perturbant le travail. Cela entraîne des dépassements d'horaires pour près d'un salarié sur 2, des pauses écourtées pour près d'1 sur 3 et un travail effectué trop vite pour près d'1 sur 5. Cette forte pression temporelle est probablement en rapport avec la nécessité de service « rapide » qui est le propre de ce type de restaurant imposant un rythme de travail intense au moment des pics d'activité mais aussi une disponibilité nécessaire vis-à-vis des clients. La plupart des salariés sont polyvalents dans ce secteur, c'est-à-dire qu'ils peuvent à la fois faire de la production en avance (préparation froide) ou au fur et à mesure des commandes (préparation chaude) et effectuer de la vente.

En restauration collective, les salariés ont peu de dépassement d'horaires ou de pauses écourtées. En revanche, ils font souvent un travail qu'ils considèrent comme effectué trop rapidement. La pression temporelle n'est que très peu cotée ≥ 9 , en revanche la majorité des salariés cotent une pression moyenne (à 5-6/10). Ils ont moins d'interruptions de tâches que dans les autres secteurs mais ces interruptions sont plus souvent vécues comme perturbant le travail. L'organisation du travail en restauration collective, compartimentée en 3 temps : la production, le

service et le nettoyage (12) permet d'avoir des employés plutôt polyvalents avec plusieurs avantages (réduction de la monotonie et des contraintes physiques (137)). De plus, les inconvénients de la polyvalence tels que les difficultés d'apprentissage et d'adaptation au changement (137) ne doivent à priori pas atteindre les salariés en restauration collective puisque les salariés sont formés pour travailler sur les 3 temps et y travaillent chaque jour.

Le cas de la restauration traditionnelle est contradictoire : près de 2/3 des salariés cotent une pression temporelle < 5 mais plus d'1 sur 2 dépassent ses horaires normaux de travail et près d'1 sur 3 écourtent leurs pauses. Ils sont plus de 50% à avoir des interruptions de tâches mais elles sont plutôt bien vécues. Ces particularités peuvent être dues aux métiers très différents qui sont présents en restauration traditionnelle : on a d'une part, les salariés travaillant en cuisine qui ne sont pas au contact du public et effectuent leur travail avec une pression temporelle (tous les plats doivent être prêts en fonction des commandes des clients mais avec à priori, peu d'interruptions de tâches) et les salariés en salle qui sont constamment interrompus par les clients et qui doivent attendre la fin du service pour nettoyer la salle et quitter leur poste de travail. Ainsi, même avec une pression temporelle faible, les salariés peuvent être amenés à dépasser leurs horaires pour rester disponibles pour les clients, ce qui participe à rendre difficile l'équilibre vie privée – vie professionnelle (138), comme constaté dans notre étude.

Le temps de travail long semble associé à des troubles cardiovasculaires, à des troubles psychiatriques (139) et à une augmentation du risque d'accident (140).

L'intensité forte du travail entraîne un travail dans l'urgence ne laissant pas de possibilité de préparation, de prise de recul, d'apprentissage de nouvelles compétences et de possibilité d'entraide (141). L'intensité du travail ne permet donc pas le choix du mode opératoire optimal et entraîne une augmentation de la pénibilité physique et mentale du poste. Il augmente également le risque d'accident de travail (142). Cependant, dans notre étude, ce sont les salariés de la restauration rapide qui subissent le plus de pression temporelle mais ce ne sont pas ceux qui déclarent le plus de pénibilité au poste de travail. Là encore, il est nécessaire de prendre en compte l'ensemble des conditions de travail, en particulier les risques de troubles musculosquelettiques et l'ensemble des facteurs de risques psychosociaux.

(2) Exigences émotionnelles

L'exigence émotionnelle est la nécessité de maîtriser et façonner ses émotions (92). Elle concerne donc les métiers au contact avec le public comme on peut le retrouver dans la restauration.

Du fait de la polyvalence précédemment décrite, la grande majorité des salariés de la restauration rapide sont en contact avec le public. Ce sont donc eux qui subissent le plus d'incivilités. En effet, ils sont près d'un quart à subir des incivilités de la part des clients. Ces incivilités, définies comme « des actes perçus comme des ruptures des codes élémentaires de la vie sociale » (143) regroupent impolitesse, mépris, sous-entendus, ... (144). Ces incivilités sont favorisées par le travail au contact de personnes potentiellement violentes dans les débits de boissons, le travail parfois isolé, le temps d'attente important, les repas non conformes aux attentes, l'éventuel manque de formation, la surcharge de travail et les horaires atypiques (145).

En restauration traditionnelle, 68% des salariés sont en contact avec le public. Ce sont les salariés travaillant en salle alors que ceux travaillant en cuisine n'ont peu ou pas de contact avec le public. 7% d'entre eux ont subi des incivilités de la part des clients.

En restauration collective, moins d'un salarié sur 2 est en contact avec le public. En effet, durant le temps de service, seule une partie des salariés effectuent le service proprement dit, d'autres organisant le réchauffement des plats et leur acheminement jusqu'à la zone de service et le nettoyage des plateaux repas. Aucun salarié de ce secteur n'a subi d'incivilité de clients. On peut supposer que l'organisation du travail, sans salarié isolé, sans vente d'alcool (ou très peu) et avec une barrière physique présente dans les selfs permet ce travail plus apaisé avec les clients.

Concernant les incivilités des collègues et de la hiérarchie, elles sont très inquiétantes puisque subies par plus de 10% des salariés sans qu'il semble y avoir de différences en fonction des types de restauration. Elles sont d'autant plus inquiétantes que le soutien de la hiérarchie et des collègues joue normalement un rôle protecteur sur le salarié contre l'épuisement professionnel lié aux incivilités des clients (146). A l'inverse, les incivilités des managers augmentent le risque

d'épuisement professionnel (147) (148). Les contacts avec le public augmentent le risque de conflit entre collègues (149).

(3) Autonomie

Le travail est varié pour près d'un salarié sur 4. Cela recoupe avec la notion de polyvalence décrite plus haut pour les salariés des restaurations rapide et collective. Malgré tout, ce sont les salariés de la restauration traditionnelle qui trouvent que leur travail est plus varié. On peut supposer que cela est dû au changement fréquent d'employeurs dans ce secteur (21% des salariés seulement n'avaient pas changé d'emploi dans l'année). Ce changement fréquent d'employeurs entraîne des changements dans les conditions de travail : changement de capacité d'accueil, type de restauration (franchisé, de quartier, familial,...), type de cuisine (gastronomique, spécialités, brasserie,...), le rythme de l'activité (saisonnier ou non), changement de type de clientèle, changement des plats/cartes/menus,...

Ces activités diversifiées semblent convenir aux salariés puisque près de 9/10 considèrent qu'elles sont bien réparties, quel que soit le type de restauration.

Un travail monotone peut augmenter le risque de troubles musculosquelettiques (150), de troubles de l'humeur et de troubles anxieux (151).

Cependant, si 80% des salariés de la restauration traditionnelle peuvent choisir la façon de procéder, ils ne sont que 64% en restauration collective et 28% en restauration rapide.

En restauration collective, plusieurs facteurs explicatifs peuvent être retrouvés : menus imposés par l'entreprise cliente et les contraintes de sécurité sanitaire importantes qui imposent des règles strictes en matière d'hygiène avec des procédures à suivre très précises mais aussi par la nécessité de préparation de repas adapté pour des régimes particuliers (allergies) (44).

En restauration rapide, 48% des entreprises sont franchisées (152). La franchise impose une filière d'approvisionnement, des recettes, un mode de conditionnement et de commercialisation des produits (153) qui entravent l'autonomie des salariés.

Le manque d'autonomie au poste augmente le risque de maladies cardiovasculaires (154) et de troubles de l'humeur (155).

En restauration traditionnelle, les salariés apprennent plus de choses qu'en restauration rapide qui eux-mêmes apprennent plus de choses qu'en restauration collective. Cet indicateur est difficile à interpréter puisqu'il dépend des marges de manœuvre, plus importants en restauration traditionnelle, mais également d'éventuelles possibilités d'évolution professionnelle et de l'ancienneté puisque l'on peut supposer que plus un salarié a de l'ancienneté à son poste, moins il est susceptible de développer de nouvelles compétences au travail.

Le fait de trouver son travail enrichissant est associé au bien-être au travail (43).

(4) Rapports sociaux au travail

Les rapports sociaux au travail « négatifs », que ce soit avec les collègues ou avec les clients ont déjà été traités dans le chapitre exigence émotionnelle.

En restauration, il y a de fortes possibilités d'entraide. Elles sont moins importantes en restauration collective. On peut supposer que cela est dû à un travail très compartimenté malgré le travail en 3 temps : chaque salarié a son poste de travail défini avec des compétences propres (préparation froide, préparation chaude, plonge, service chaud, service froid,...). Les salariés de la restauration rapide étant polyvalents sur tous les postes, il est plus facile de pouvoir s'entraider. En restauration traditionnelle, on peut supposer que l'entraide est possible à l'intérieur des différentes unités de travail.

Le travail est bien reconnu par l'entourage professionnel en restauration même s'il semble l'être moins en restauration collective, ce qui augmente les risques de maladie psychiatrique et cardiovasculaire (156).

Les rapports avec les collègues peuvent être une source de socialisation, notamment en restauration rapide, dans le cadre de « jobs étudiants » (157) qui participe au bien-être au travail.

(5) Conflit de valeurs

Près de 9 salariés sur 10 ont les moyens de faire du travail de bonne qualité. Les résultats sont étonnants, notamment dans la restauration rapide où plus de 2 salariés sur 3 déclarent ne pas avoir de marges de manœuvre. On peut supposer que le process imposé par l'entreprise ainsi que le produit final et le service proposé aux clients conviennent aux salariés.

En restauration collective près d'un salarié sur 4 pense ne pas avoir les moyens de faire un travail de bonne qualité. Cette notion rejoint celle précédemment décrite du fait que les salariés doivent traiter trop vite une opération qui demanderait davantage de temps et le fait que plus d'1/4 des salariés font des choses qu'ils désapprouvent.

Le manque de moyens peut entraîner un sentiment de dévalorisation du salarié, d'autant plus si elle crée un conflit avec les clients (158).

(6) Insécurité de l'emploi

L'insécurité de l'emploi est très importante en restauration traditionnelle puisqu'elle concerne 15% des salariés. Cette insécurité est directement liée au contrat de travail : les secteurs où il y a le plus de contrat à durée indéterminée sont moins touchés par la peur de perdre son emploi dans notre étude.

L'insécurité de l'emploi peut avoir des conséquences sur la santé : en CDD, les salariés sont plus à risque d'avoir des symptômes dépressifs (pour les femmes) (115) et de troubles anxieux (159) que les salariés en CDI.

(7) Risques psychosociaux et état de santé

Les facteurs de risques psychosociaux peuvent entraîner des risques psychosociaux (violences internes, externes et stress), eux-mêmes pouvant entraîner de multiples pathologies.

Concernant les maladies cardiovasculaires, les facteurs de risques psychosociaux peuvent favoriser l'hypertension artérielle, les coronaropathies (160) et les accidents vasculaires cérébraux (161). Notre étude comporte un trop faible échantillon présentant des pathologies cardiovasculaires pour rechercher un lien entre les risques psychosociaux et les pathologies cardiovasculaires.

Concernant les troubles musculosquelettiques, ils sont favorisés par les exigences professionnelles psychosociales élevées (162). Dans notre étude, les facteurs de risques psychosociaux semblent importants en restauration collective notamment en ce qui concerne les rapports sociaux au travail et les conflits de valeur, ce qui peut favoriser les nombreux troubles musculosquelettiques décrits par les salariés du secteur.

Concernant les pathologies psychiatriques, les facteurs de risques psychosociaux augmentent le risque de pathologies anxieuses et dépressives (163). Les facteurs de risques psychosociaux semblant avoir le plus d'effet sont les faibles latitudes décisionnelles, les exigences émotionnelles élevées, le faible soutien social, le manque de reconnaissance et les violences/incivilités (163).

En restauration traditionnelle, les salariés décrivent une forte autonomie au poste avec un soutien social professionnel fort et une reconnaissance du travail par l'entourage professionnelle, ce qui semble cohérent avec un état psychologique moins altéré que dans les autres types de restauration malgré des horaires atypiques et une insécurité de l'emploi importante.

En restauration rapide, les salariés ont peu d'autonomie au poste et sont très souvent en contact avec le public, ce qui entraîne de fortes exigences émotionnelles et un risque accru d'exposition aux violences et incivilités. Cependant, ils sont peu nombreux à décrire des symptômes psychiatriques. Le fort soutien social des collègues peut aider à protéger ces salariés.

En restauration collective, les salariés sont beaucoup plus nombreux à décrire des symptômes, fatigue, anxiété et trouble du sommeil. Le manque de soutien social, de reconnaissance au travail, les incivilités de la part des collègues et les conflits de valeur jouent probablement un rôle important.

g) Le risque d'accidents

L'accident du travail est défini par le Code de la sécurité sociale (article L411-1) comme un « accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant, à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise ». Il faut que l'accident soit soudain et inattendu et qu'il ait entraîné des lésions physiques ou psychologiques.

11% des salariés de notre échantillon avaient eu un accident de travail déclaré dans la dernière année. (13% en restauration collective, 6% en restauration traditionnelle et 13% en restauration rapide). Pour les 3 types de restauration, ces taux sont supérieurs aux taux régionaux (environ 5% pour la restauration collective, 4% pour la restauration traditionnelle et 7% en restauration rapide) et nationaux.

En restauration collective et rapide, quasiment tous les accidents sont déclarés alors qu'1 salarié sur 2 en restauration traditionnelle n'avait pas déclaré la totalité ou une partie de ses accidents du travail. Cette sous-déclaration peut entraîner des conséquences pour le salarié (perte financière, moins bonne protection contre le licenciement) mais aussi pour l'employeur : lorsque l'accident du travail n'est pas déclaré, il ne peut pas y avoir une enquête suite à un accident du travail avec réalisation de l'arbre des causes pour mettre en place les mesures de prévention adéquates, l'entreprise passe donc à côté d' « alerte » (164). La proportion importante de CDD peut

également participer à la sous-déclaration, le salarié ayant peur que son contrat ne soit pas renouvelé en cas de déclaration d'accident du travail. La pression de la hiérarchie et des collègues, la peur du conflit, la sous-estimation des conséquences, la lourdeur administrative et les éventuelles pertes financières (perte de prime individuelle ou collective,...) peuvent également participer à la sous-déclaration (164).

Les causes principales des accidents du travail que sont les chutes de plain-pied, les manutentions manuelles et les accidents liés à l'utilisation d'outils à main sont possibles à tous les postes de travail. Les facteurs favorisant ces accidents du travail ne sont jamais uniques : il s'agit d'une combinaison de nombreux facteurs qu'il convient d'évaluer à l'aide de l'arbre des causes. (165), l'objectif étant de mettre en place une démarche de prévention. Il convient de prendre en compte le ou les individus, le travail réel effectué, le matériel utilisé et l'environnement physique et psychosocial. Par exemple, dans le cas des chutes de plain-pied, le risque peut être augmenté par un sol abîmé, un sol mouillé, (particulièrement en cuisine ou à la plonge mais également en chambre froide ou en salle), des dénivellations (pentes ou différences de niveaux) ou si les sols sont encombrés ou l'éclairage insuffisant (11) (16) (17). Le risque de chute est également augmenté en cas de présence d'escaliers, particulièrement si les escaliers sont en mauvais état, mal éclairés, encombrés ou que les salariés effectuent une manutention en les empruntant (11) (16) (17).

Le risque de brûlures et de coupures est plus important en cuisine (favorisé par des cuisines petites et par la cuisine au gaz (49)) et en plonge (utilisation d'eau chaude, nettoyage des couteaux,..) mais est également présent en salle (manutention de plats chauds, manipulation de couteaux,...).

D'autres types d'accidents sont susceptibles de se produire :

- le risque électrique, également présent, surtout en cuisine et peut être augmenté si le matériel est défectueux, non conforme avec de multiples rallonges et raccordements (11)
- le risque incendie est présent pour tous les postes de travail, plus important en cuisine lié à l'utilisation de fours, de cuisinières, de friteuses... (166)
- certains restaurants avec terrasse extérieure exposent également leur salarié au risque d'accident de la voie publique.
- le risque routier en cas de conduite (livraison, acheminement des denrées).

La prévention des accidents est un enjeu majeur du secteur : dans la restauration, 2 millions de journée de travail ont été perdues à cause des accidents de travail (5). Pour contribuer à la baisse des accidents dans le secteur, les partenaires sociaux ont défini 8 actions formant « un socle minimum de prévention ». Les risques ciblés sont les chutes de plain-pied et dans les escaliers, les coupures avec des couteaux ou du verre cassé et les troubles musculosquelettiques. Les 8 actions préconisent de sécuriser les escaliers en salle et ceux d'accès aux réserves, de fournir des chaussures antidérapantes en cuisine, mettre à disposition des rehausses de fond pour la plonge, utiliser des couteaux bien aiguisés et en bon état, organiser le rangement des produits et matériels, supprimer l'essuyage manuel des verres et fournir des gants anti coupures pour l'épluchage et le découpage des légumes.

C. Difficultés liées au secteur

Dans la restauration collective, les locaux et le matériel sont souvent mis à disposition à l'entreprise par le donneur d'ordres pour des contrats de 3 ou 5 ans (12), ce qui ne permet pas à une nouvelle entreprise de prendre en compte la prévention et l'ergonomie dès la conception des lieux. A l'issue des contrats, de nouveaux appels d'offres mettent en concurrence plusieurs entreprises. Ce turn-over dans les entreprises ne permet pas non plus une approche de la prévention sur le long terme pour les salariés.

Les employeurs changent, ce n'est pas forcément le cas des salariés. En effet, lorsqu'il y a un changement d'employeurs ou d'exploitants, les contrats de travail peuvent être transférés. Ces changements réguliers d'employeurs entraînent également des changements organisationnels réguliers.

De la même façon, dans la restauration traditionnelle, un établissement change de propriétaires tous les 7 ans en moyenne (167). La restauration traditionnelle est aussi victime de la saisonnalité, entraînant un turn-over important. Chaque nouveau salarié arrivant doit donc être formé à son nouveau poste et a donc un risque accru d'accident du travail.

En restauration rapide, les emplois sont vus comme des « métiers d'insertion » permettant d'évoluer vers d'autres emplois du secteur ou comme job d'étudiant, permettant le financement d'études (168). Le turn-over est donc important dans ce secteur.

La précarité sociale dans le secteur de la restauration est importante (3) du fait de nombreux emplois non qualifiés et souvent à temps partiel. On est donc en droit de se demander si cette précarité sociale n'est pas un frein à la prise en charge précoce des problèmes de santé, entraînant une aggravation de ces problèmes de santé et donc, à terme, une prise en charge plus longue.

V. Conclusion

Notre étude démontre que les conditions de travail sont particulièrement difficiles en restauration quel que soit le type de restauration mais chacun d'entre eux a ses spécificités en terme de conditions de travail. On retiendra particulièrement l'exposition importante au risque de troubles musculosquelettiques en restauration collective, la pression temporelle très importante en restauration rapide et l'influence importante des conditions de travail sur la consommation de substances psychoactives dans la restauration traditionnelle. Ces conditions de travail entraînent une forte sinistralité dans ce secteur et un turn-over important parmi les salariés.

Le recul de l'âge de départ à la retraite risque également d'augmenter la sinistralité en employant des personnes plus âgées pour ces métiers difficiles. En effet, près de la moitié d'entre eux quittent leur emploi en fin de carrière avant de pouvoir bénéficier de leur retraite, les problèmes de santé étant à l'origine d'un départ sur quatre dans ces métiers, soit deux fois plus que tous métiers confondus (73).

Il est donc fondamental de développer la prévention des risques professionnels dans restauration, d'autant plus que ce secteur croît d'année en année grâce au développement du tourisme et à l'augmentation du nombre de repas pris « hors domicile ». Ce programme de prévention ne pourrait être commun aux différents types de restauration, leurs spécificités, que ce soit en terme de conditions de travail ou de catégories sociodémographiques des salariés au poste imposent des programmes de prévention spécifiques.

VI. Bibliographie

1. Ministère de l'économie, des finances et de la relance. La filière restauration. <https://www.entreprises.gouv.fr/fr/commerce-et-artisanat/la-filiere-restauration>. Consulté le 5/02/2020.
2. Perême J, Malenfer M. Prévention des risques professionnels dans la restauration traditionnelle : un programme d'action national à pérenniser dans les très petites entreprises. *Réf En Santé Au Trav.* Juin 2018;154:121-6.
3. Jayaraman S, Dropkin J, Siby S, Alston LR, Markowitz S. Dangerous dining: health and safety in the New York City restaurant industry. *J Occup Environ Med.* Déc 2011;53(12):1418-24.
4. Fond national d'Assurance Formation de l'Industrie Hôtelière. Connaître le secteur hôtellerie, restauration, loisirs et activité du tourisme - Portrait national 2018. 2018.
5. INRS. Restaurants - Votre métier. <http://www.inrs.fr/metiers/commerce-service/restaurants.html>. Consulté le 10/02/2020;
6. Direction des risques professionnels. Risque accident du travail : Statistiques sur la sinistralité de l'année 2017, résultats par CTN et code NAF. 2017;53.
7. Assurance Maladie - Risques professionnels. Le Coût d'un AT – La Tarification. L'information en Prévention. 2017. https://www.carsat-sudest.fr/images/nice_co%C3%BBt_dun_at-tarif_infopr%C3%A9v.pdf. Consulté le 02/01/2021
8. Plan régional santé travail Limousin. Secteur restauration traditionnelle. 2013. Disponible sur: <https://www.anact.fr/sites/anact/files/14926384.pdf> Consulté le 02/01/2021.
9. Parnière E, Pollet L. Panorama de la restauration commerciale en France. 2012. http://www.metiers-restaurationrapide.fr/fichiers_utilisateurs/fichiers/RR_Portrait_statistique_entreprises_salaries_synthese.pdf. Consulté le 23/09/2020.
10. Insee Focus. Le secteur de la restauration : de la tradition à la rapidité. 2015. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1379758>. Consulté le 03/05/2020.
11. INRS. La restauration collective - Brochure. 2019. Disponible sur: <http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=ED%206075>. Consulté le 23/09/2020.
12. Ravallec C, Delavalle K, Duval C. La restauration collective - Article de revue - INRS. *Trav Sécurité.* 2016;(769):13-25.
13. Syndicat national de l'alimentation et de la restauration rapide. Un secteur dynamique. <http://www.snarr.fr/1-un-secteur-dynamique.html>. Consulté le 23/09/2020.
14. Syndicat national de l'alimentation et de la restauration rapide. Dynamique, responsable, engagée, en finir avec les idées reçues en restauration rapide. 2015. <http://www.snarr.fr/stock/communications-1495112144-brochure-institutionnelle.pdf>. Consulté le 23/09/2020.
15. Observatoire des métiers de la restauration rapide. Portrait statistique des entreprises et des salariés de la restauration rapide. 2017. http://www.metiers-restaurationrapide.fr/fichiers_utilisateurs/fichiers/RR_Portrait_statistique_entreprises_salaries_synthese.pdf. Consulté le 23/09/2020.

16. INRS. La restauration traditionnelle. <http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=ED%20880>. Consulté le 23/09/2020.
17. INRS. La restauration rapide. <http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=ED%20933>. Consulté le 23/09/2020.
18. Palle C. Synthèse de la revue de littérature sur les consommations de substances psychoactives en milieu professionnel. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. 2015.
19. Barbosa-Branco A, Bultmann U, Steenstra I. Sickness benefit claims due to mental disorders in Brazil: associations in a population-based study. *Cad Saude Publica*. Aug 2012;28(10):1854-66.
20. Zhang Z. Worker drug use and workplace policies and programs : results from the 1994 and 1997 National household survey on drug abuse. Dept. of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. 1999.
21. Goullé J, Morel F, Barthélémy C, Bousser M, Fantoni-Quinton S, Réthoré M-O, et al. Addictions en milieu professionnel. *Bull Académie Natl Médecine*. Sep 2017;201(7-9):941-55.
22. Frone M. Prevalence and distribution of alcohol use and impairment in the workplace: a U.S. national survey. *J Stud Alcohol*. Jan 2006;67(1):147-56.
23. Mandell W, Eaton WW, Anthony JC, Garrison R. Alcoholism and Occupations: A Review and Analysis of 104 Occupations. *Alcohol Clin Exp Res*. 1992;16(4):734-46.
24. Officiel Prevention. Sécurité au travail, prévention risque professionnel. <https://www.officiel-prevention.com/dossier/formation/fiches-metier/la-prevention-des-risques-professionnels-dans-les-restaurants>. Consulté le 23/09/2020.
25. Labarre E. Documentation sur le travail de serveurs(euses). Rapport soumis au Département des Sciences biologiques de l'UQÀM. 2004.
26. Heran-Le Roy O, Niedhammer I, Sandret N, Leclerc A. Manual materials handling and related occupational hazards : a national survey in France. *Int J Ind Ergon*. Aug 1999;24(4):365-77.
27. Dempsey P, Filiaggi A. Cross-sectional investigation of task demands and musculoskeletal discomfort among restaurant wait staff. *Ergonomics*. Jan 2006;49(1):93-106.
28. Jones T, Strickfaden M, Kumar S. Physical demands analysis of occupational tasks in neighborhood pubs. *Appl Ergon*. Sep 2005;36(5):535-45.
29. Chyuan J, Du C, Yeh W, Li C. Musculoskeletal disorders in hotel restaurant workers. *Occup Med Oxf Engl*. Jan 2004;54(1):55-7.
30. Shiue H, Lu C, Chen C, Shih T, Wu S, Yang C, et al. Musculoskeletal Disorder among 52,261 Chinese Restaurant Cooks Cohort : Result from the National Health Insurance Data. *J Occup Health*. Mar 2008;50(2):163-8.
31. Haukka E, Leino-Arjas P, Solovieva S, Ranta R, Viikari-Juntura E, Riihimaki H. Co-occurrence of musculoskeletal pain among female kitchen workers - PubMed. *Int Arch Occup Environ Health*. 2006;80(141-146).
32. INRS. RG 65. Tableaux des maladies professionnelles. <http://www.inrs.fr/publications/bdd/mp/tableau.html?refINRS=RG%2065>. Consulté le 23/09/2020.

33. INRS. RG 66. Tableaux des maladies professionnelles. <http://www.inrs.fr/publications/bdd/mp/tableau.html?refINRS=RG%2066>. Consulté le 23/09/2020.
34. Zhong L, Goldberg M, Parent M, Hanley J. Risk of developing lung cancer in relation to exposure to fumes from Chinese-style cooking. *Scand J Work Environ Health*. 1999;25(4):309-16.
35. INRS. Cuisson d'aliments dans des bains de friture. Brochure. <http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=FAR%2042>. Consulté le 23/09/2020.
36. Svendsen K, Sjaastad A, Sivertsen I. Respiratory symptoms in kitchen workers - PubMed. *Am J Ind Med*. Apr 2003;43(4):436-9.
37. Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. Evaluation des risques sanitaires liés à la présence de formaldéhyde. <https://www.anses.fr/fr/content/evaluation-des-risques-sanitaires-li%C3%A9s-%C3%A0-la-pr%C3%A9sence-de-formald%C3%A9hyde>. Consulté le 23/09/2020.
38. INRS. Aldéhyde acétique. Fiche toxicologique n°120. Base de données fiches toxicologiques.
39. Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. L'acrylamide dans les aliments. [https://www.anses.fr/fr/content/l%E2%80%99acrylamide-dans-les-aliments#:~:text=L'acrylamide%20est%20une%20substance,sur%20le%20cancer%20\(CIRC\)](https://www.anses.fr/fr/content/l%E2%80%99acrylamide-dans-les-aliments#:~:text=L'acrylamide%20est%20une%20substance,sur%20le%20cancer%20(CIRC)). Consulté le 23/09/2020.
40. Wong T, Wong A, Lee F, Qiu H. Respiratory health and lung function in Chinese restaurant kitchen workers. *Occup Environ Med*. Oct 2011;68(10):746-52.
41. INRS. RG 77. Tableaux des maladies professionnelles. <http://www.inrs.fr/publications/bdd/mp/tableau.html?refINRS=RG%2077>. Consulté le 25/09/2020.
42. Présanse Paca-Corse. Les risques d'infection en hôtellerie-restauration. 2008. <https://www.presanse-pacacorse.org/f/ressources/332/fiche/?>. Consulté le 25/09/2020.
43. Gollac M, Bodier M. Mesurer les facteurs psychosociaux de risques au travail pour les maîtriser: rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé. 2011.
44. Observatoire national territorial. La restauration collective, des contraintes sanitaires au plaisir de la table. Jan 2014.
45. Coutrot T. Travail et bien être psychologique. DARES. Mar 2018. https://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/travail_et_bien-etre_tc_vd_2.pdf. Consulté le 25/09/2020.
46. Laperrière È, Messing K, Bourbonnais R. « Pour être serveuse, tu dois avoir toute ta tête » : efforts et reconnaissance dans le service de table au Québec. *Travailler*. Mar 2010;23(1):27-57.
47. Service Public. Paiement du salaire - professionnels. <https://www.service-public.fr/professionnels-entreprises/vosdroits/F2308>. Consulté le 25/09/2020.
48. Haukka E, Leino-Arjas P, Ojarjarvi A, Takala E. Mental stress and psychosocial factors at work in relation to multiple-site musculoskeletal pain: A longitudinal study of kitchen workers. *Eur J Pain*. Aug 2011;15(4):432-8.

49. Tomita S, Muto T, Matsuzuki H, Haruyama Y, Ito A, Muto S, et al. Risk factors for frequent work-related burn and cut injuries and low back pain among commercial kitchen workers in Japan. *Ind Health*. 2013;51(3):297-306.
50. CARSAT. Accident du travail, accident de trajet et maladie professionnelle. https://www.carsat-normandie.fr/files/live/sites/carsat-normandie/files/pdf/pdf_entreprises/statistiques_atmp_2017.pdf. Consulté le 25/09/2020.
51. Direction des risques professionnels. Risque accident du travail : Statistiques sur la sinistralité de l'année 2017, résultats par CTN et code NAF. 2017;53.
52. Direction des risques professionnels. Accidents du travail et maladies professionnelles 2017 NAF 5610A. http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fileadmin/fiches_statistiques/NAFAPE_2017_I_000_5610A_SY.pdf. Consulté le 25/09/2020.
53. Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue sociale, Direction générale du travail. Plan santé au travail 2016-2020. <https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/pst3.pdf>. Consulté le 25/09/2020.
54. Direction des risques professionnels. Accidents du travail et maladies professionnelles 2017 NAF 5629A. http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fileadmin/fiches_statistiques/NAFAPE_2017_I_000_5629A_SY.pdf. Consulté le 25/09/2020.
55. Direction des risques professionnels. Accidents du travail et maladies professionnelles 2017 NAF 5610C. http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fileadmin/fiches_statistiques/NAFAPE_2017_I_000_5610C_SY.pdf. Consulté le 25/09/2020.
56. U.S. Bureau of Labor Statistics. Sources of lost-worktime injuries and illnesses. *Econ Dly*. avr 2001. <https://www.bls.gov/opub/ted/2001/apr/wk1/art03.htm>. Consulté le 25/09/2020.
57. Direction des risques professionnels. Risque Maladie professionnelle : statistiques sur la sinistralité de l'année 2018 suivant la nomenclature d'activités française (NAF). 2018.
58. Assurance Maladie. Rapports annuels. <https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/publications-referance/assurance-maladie-risques-professionnels/rapports-annuels>. Consulté le 25/09/2020.
59. INRS. RG 57. Tableaux des maladies professionnelles. <http://www.inrs.fr/publications/bdd/mp/tableau.html?refINRS=RG%2057>. Consulté le 25/09/2020.
60. Evolution et relation en santé travail. Bienvenue sur le site EVREST. 2019. <http://evrest.istnf.fr/page-44-0-0.html>. Consulté le 25/09/2020.
61. GIS Evrest. Plaquette de présentation Evrest. http://evrest.istnf.fr/_docs/Fichier/2017/4-170408124137.pdf. Consulté le 25/09/2020.
62. Evolution et relation en santé travail. Comment participer ? <http://evrest.istnf.fr/page-48-0-0.html#menu>. Consulté le 25/09/2020.
63. Rollin L, Leroyer A. Rapport national pondéré 2019. Déc 2019.

64. Conseils d'orientation des conditions de travail. Bilan des conditions de travail 2018. 2019.
https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/bilan_des_conditions_de_travail_2018.pdf. Consulté le 02/10/2020.
65. Fond national d'Assurance Formation de l'Industrie Hôtelière. Portrait des actifs du secteur. 2012.
66. OECD. Stat. Emploi par tranche d'ancienneté -ancienneté moyenne.
67. Direccte Normandie. TPE PME : développer une culture de prévention.
<http://normandie.direccte.gouv.fr/TPE-PME-developper-une-culture-de-prevention-video>. Consulté le 02/10/2020.
68. INSEE Références. Les services en France - Services aux particuliers.
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1374448>. Consulté le 23/09/2020.
69. INSEE Analyses. L'emploi salarié saisonnier en Occitanie. 2017.
http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/61856/1/IA_OC_49.pdf. Consulté le 29/09/2020.
70. L'observatoire des métiers de l'hôtellerie de de la restauration. L'emploi saisonnier dans l'hôtellerie et la restauration. 2019. <https://www.observatoire-hotel-resto.fr/emploi-saisonnier-hotellerie-restauration/>. Consulté le 30/09/2020.
71. Fond national d'Assurance Formation de l'Industrie Hôtelière. L'emploi saisonnier dans l'hôtellerie et la restauration. 2014. https://www.fafih.com/sites/default/files/fichiers/new/etudes_statistiques/fafih-etude-population-saisonniers-2014.pdf. Consulté le 30/10/2020.
72. Perez C, Thomas G. Trajectoires d'emploi précaire et formation continue. Econ Stat. 2005;388(1):107-27.
73. DARES. Les métiers en 2022. Prospective par domaine professionnel. Hôtellerie, restauration, alimentation. SynthèseStat'. Avr 2015;11. https://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/s_-_hotellerie_restaurant_alimentation.pdf. Consulté le 30/09/2020.
74. DARES. Quelle influence des conditions de travail sur la consommation de tabac ? DARES Anal. Juill 2016;041. <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2016-041-2.pdf>. Consulté le 30/09/2020.
75. INRS. Addictions : alcool, tabac, drogues.... Données statistiques sur les accidents du travail - Risques.
<http://www.inrs.fr/risques/addictions/donnees-statistiques-accidents-travail.html>; Consulté le 30/09/2020.
76. Duke M, Ames G, Moore R, Cunradi C. Divergent Drinking Patterns of Restaurant Workers : The Influence of Social Networks and Job Position. J Workplace Behav Health. Mar 2013;28(1):30.
77. Frone M. Predictors of Overall and On-the-Job Substance Use Among Young Workers. J Occup Health Psychol. Feb 2003;8(1):39-54.
78. Institut national de la santé et de la recherche médicale (France), Bureau des expertises collectives. Alcool: dommages sociaux, abus et dépendance : synthèse et recommandations. Paris: Inserm. 2003.
79. Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. L'essentiel sur ... Addictions en milieu professionnel.<https://www.drogues.gouv.fr/l'essentiel-addictions-milieu-professionnel>. Consulté le 30/09/2020.

80. Inserm - La science pour la santé. Alcool & Santé - Lutter contre un fardeau à multiples visages; <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/alcool-sante>; Consulté le 03/02/2021.
81. Glorioso-Deraiche E. Stress, épuisement professionnel, comportements alimentaires et comportements à risque parmi les professionnels de la restauration au Québec.
82. Moore R, Cunradi C, Duke M, Ames G. Dimensions of Problem Drinking among Young Adult Restaurant Workers. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2009;35(5):329-33.
83. Hache P. Cannabis et travail. *Réf Santé Trav*. Déc 2017;152:37-51.
84. The National Survey on Drug Use and Health. Worker Substance Use and Workplace Policies and Programs. Aug 2014. https://www.researchgate.net/publication/268296631_Worker_Substance_Use_and_Workplace_Policies_and_Programs. Consulté le 25/09/2020.
85. Smith R, Katelyn E, Etkind P. Current Marijuana Use by Industry and Occupation. *Weekly*. Apr 2018;67(14):409-13.
86. Santé Publique France. Baromètre santé 2010. <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france/barometre-sante-2010>. Consulté le 29/09/2020.
87. Durand E. Médicaments psychotropes et travail (I) : traitements de substitution aux opiacés. *Doss Médicoteknique TC 111*. 2006;108:441-60.
88. Rollin L, Leroyer A. Rapport descriptif national 2017-2018. Evolutions et relations en santé au travail. Déc 2019.
89. Santé Publique France. Troubles musculo-squelettiques. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-liees-au-travail/troubles-musculo-squelettiques/la-maladie>. Consulté le 30/10/2020.
90. Doury-Panchout F, Fouquet B. Obésité, perte de poids et lombalgie. *Rev Rhum Monogr*. Fév 2016;83(1):50-5.
91. Claudon I, Aublet-Cuvelier A, Gauthier M, Kerlo-Brusset M. Pratique d'exercices physiques au travail et prévention des TMS - Revue de la littérature. *Réf En Santé Trav*. Mar 2018;TC 161(153):5-40.
92. INRS. Troubles musculosquelettiques (TMS). Facteurs de risque. <http://www.inrs.fr/risques/tms-troubles-musculosquelettiques/facteurs-risque.html>. Consulté le 30/09/2020.
93. Assurance maladie, risques professionnels, INRS. Bien vieillir au travail. http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fileadmin/user_upload/document_PDF_a_telecharger/Bien%20vieillir%20au%20travail.pdf. Consulté le 30/09/2020.
94. Protocole de déconfinement commun à toute la profession HCR. Code de bonne conduite sanitaire. mai 31, 2020. <https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/protocole-deconfinement-covid-19-hcr.pdf>
95. INRS. Vibrations. Ce qu'il faut retenir. <http://www.inrs.fr/risques/vibrations/ce-qu-il-faut-retenir.html>. Consulté le 30/09/2020.
96. Donati P. Les effets des vibrations mécaniques transmises aux membres supérieurs. *Arch Rev Acoust Tech*. 2002;28:43-6.

97. INRS. RG 97. Tableaux des maladies professionnelles. <http://www.inrs.fr/publications/bdd/mp/tableau.html?refINRS=RG%2097>. Consulté le 30/09/2020.
98. Turcot A, Roy S, Simpson A. Lésions professionnelles reliées aux vibrations mains-bras au Québec, 1993 à 2002. Rapport Partie II. 2007
99. INRS. RG 69. Tableaux des maladies professionnelles. <http://www.inrs.fr/publications/bdd/mp/tableau.html?refINRS=RG%2069>. Consulté le 30/09/2020.
100. Cannella C, Meconi S, Percoco A, Comi R, Graziani MP. Noise and communal dining facilities. *Ann Ig Med Prev E Comunita*. Aug 2000;12(4):315-22.
101. Rucay P, Fusellier C, Garnier L, Moisan S, Ripault B, Penneau-Fontbonne D. Le bruit dans un service de restauration collective hospitalière. *Arch Mal Prof Environ*. Déc 2010;71(6):882-7.
102. INRS. Bruit. Effets sur la santé - Risques. <http://www.inrs.fr/risques/bruit/effets-sante.html>. Consulté le 02/10/2020.
103. DARES. Accidents et conditions de travail. Aug 2007; 31.2. <http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/4197/1/2007.08-31.2.pdf>. Consulté le 02/10/2020.
104. Hafsia M, Brahem A, Riahi S, Aloui A, Gaddour A, Aroui H, et al. Exposition professionnelle au bruit et risque d'hypertension artérielle. *Arch Mal Prof Environ*. May 2018;79(3):424.
105. Van Kempen EE, Kruize H, Boshuizen HC, Ameling CB, Staatsen BA, de Hollander AE. The association between noise exposure and blood pressure and ischemic heart disease: a meta-analysis. *Environ Health Perspect* 2002 ; 110 : 307-17
106. Muret A. Les effets du bruit sur le sommeil. *Acoust Tech*. 2002;(28):13-9.
107. Makopa Kenda I, Agoub M, Ahami A. Les effets du bruit sur la santé mentale : recension des écrits. *Santé Ment Au Qué*. 2014;2:169-81.
108. Ebran J. Œil et pathologie professionnelle. *EM-Consulte*. 2009.
109. INRS. Travail sur écran. Risques pour la santé. <http://www.inrs.fr/risques/travail-ecran/risques-sante.html>. Consulté le 02/10/2020.
110. Savourey G, Launay JC, Melin B. Physiopathologie et prévention des troubles liés à l'exposition à la chaleur ou au froid. *Adsp*. Déc 2003;45:6.
111. Crépy N. Dermatologie de contact d'origine professionnelle : conduite à tenir. *Ref Santé Trav*. Mar 2013;133:109-125.
112. INRS. Surfaces contaminées par des moisissures : Que faire ? . 2018. <https://www.inrs.fr/media.html?refINRS=ED%206299#:~:text=Il%20s'agit%2C%20en%20premier,des%20mesures%20de%20s%C3%A9curit%C3%A9%20particuli%C3%A8res>. Consulté le 02/10/2020.
113. Ministère du Travail, de l'Emploi et de l'Insertion. Risques psychosociaux [Internet]. <https://travail-emploi.gouv.fr/sante-au-travail/prevention-des-risques-pour-la-sante-au-travail/article/risques-psychosociaux>. Consulté le 02/10/2020.
114. INRS. Risques psychosociaux (RPS). Ce qu'il faut retenir. <http://www.inrs.fr/risques/psychosociaux/ce-qu-il-faut-retenir.html>. Consulté le 25/09/2020.

115. Santin G. Emploi atypique et troubles dépressifs en France à partir de l'Enquête décennale santé 2003. Bull Epidemiol Hebd. Fev 2010;7.
116. Gardier A, Corruble E. Dépression - Mieux la comprendre pour la guérir durablement. Inserm - La science pour la santé. <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/depression>. Consulté le 01/02/2021.
117. Leroux I, Morin T. Facteurs de risque des épisodes dépressifs en population générale. DREES- Etudes Résultats. Déc 2006;(545):1-8.
118. Leger D, Esquirol Y, Gonfrier C, Metlaine. Le travail posté et de nuit et ses conséquences sur la santé : état des lieux et recommandations. Presse Médicale. Déc 2018;47(11-12, Part 1):991-9.
119. Ntawuruhunga E, Chouanière D, Prax-Christinaz S, Danuser B. Effets du travail de nuit sur la santé. Rev Médicale Suisse. 2008;4:2581-5.
120. Sakata K, Suwazono Y, Harada H, Okubo Y, Kobayashi E, Nogawa K. The relationship between shift work and the onset of hypertension in male Japanese workers. J Occup Environ Med. Sep 2003;45(9):1002-6.
121. Pietroiusti A, Neri A, Somma G, Coppeta L, Iavicoli I, Bergamaschi A, et al. Incidence of metabolic syndrome among night-shift healthcare workers. J Occup Environ Med. Jan 2010;67(1):54-7.
122. Sugisawa A, Uehata T. Onset of peptic ulcer and its relation to work-related factors and life events : a prospective study. J Occup Health. 1998;(40):22-31.
123. Jansen N, Kant I, Van Amelsvoort L, Nijhuis F, Van den Brandt P. Need for recovery from work : evaluating short-term effects of working hours, patterns and schedules. Ergonomics. 2003;46(7).
124. Pires M, Teixeira C, Esteves A, Bittencourt L, Silva R. Sleep, ageing and night work. Braz J Med Biol Res. Sep 2009;42(9):839-43.
125. Akerstedt T, Knutsson A, Westerholm P, Theorell T, Alfredsson L, Kecklund G. Work organisation and unintentional sleep: results from the WOLF study. J Occup Environ Med. 2002;59(9):595-600.
126. Garbarino S, De Carli F, Nobili L, Mascialino B. Sleepiness and Sleep Disorders in Shift Workers: A Study on a Group of Italian Police Officers. Sleep. Sep 2002;25(6):642-7.
127. Megdal SP, Kroenke CH, Laden F, Pukkala E, Schernhammer ES. Night work and breast cancer risk: A systematic review and meta-analysis. Eur J Cancer. Sep 2005;41(13):2023-32.
128. Direccte Nord Pas de Calais. Le travail en horaires decales. https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Le_travail_en_horaires_decales.pdf. Consulté le 02/10/2020.
129. SFMT. Surveillance médicoprofessionnelle des travailleurs postés et/ou de nuit. Méthode « Recommandations pour la pratique clinique ». Médecine Sommeil. Oct 2012;9(4):128-48.
130. INRS. Travail de nuit et travail posté. Effets sur la santé et accidents. <https://www.inrs.fr/risques/travail-de-nuit-et-travail-poste/effets-sur-la-sante-et-accidents.html>. Consulté le 01/02/2021.
131. INRS. Horaires atypiques de travail (hors travail de nuit) : quels effets sur la santé et la sécurité au travail ? - Article de revue. <http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=TC%20166>. Consulté le 02/10/2020.

132. Akerstedt T, Kecklund G. What work schedule characteristics constitute a problem to the individual? A representative study of Swedish shift workers. *Appl Ergon.* Mar 2017;59(Part A):320-5.
133. Laporte C. Les temporalités sociales des cuisiniers de la restauration. *Temporalité.* Juil 2013;17.
134. Cairn.info. Les discordances psychosociales des horaires postés : questions en suspens. <https://www.cairn.info/revue-le-travail-humain-2004-1-page-63.htm>. Consulté le 02/10/2020.
135. Frone M. Work-family conflict and employee psychiatric disorders: the National Comorbidity Survey. *J Appl Psychol.* Déc 2000;85(6):888-95.
136. Lejoux P. L'analyse de la géographie des flux touristiques en France métropolitaine : un autre regard sur l'attractivité des territoires. *Flux.* 2006;65(3):33-46.
137. INRS. « La rotation, est-ce une solution ? » Forum de Montréal (27-28 février 2003) - Article de revue. <http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=TD%20130>. Consulté le 02/10/2020.
138. Albertsen K, Rafnsdottir G. Workhours and worklife balance. *Scand J Work Environ Health.* Jan 2008;Suppl(5).
139. J Kodz, S Davis, D Lain, M Strebler, J Rick, P Bates, et al. Working long hours: a review of the evidence. Department of Trade and Industry.2003.
140. Schuster M, Rhodes S. The Impact of Overtime Work on Industrial Accident Rates. *Ind Relat J Econ Soc.* 1985;24(2):234-46.
141. Cairn.info. L'intensité du travail. <https://www.cairn.info/revue-economique-2005-2-page-195.htm>. Consulté le 02/10/2020.
142. DARES I. Enquête sur l'emploi 1998. Questionnaire complémentaire sur les conditions de travail. https://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Questionnaire_Conditions_de_Travail_1998.pdf. Consulté le 05/10/2020.
143. Roche S. La théorie de la « vitre cassée » en France. Incivilités et desordres en public. *Rev Fr Sci Polit.* 2000;(3):387-412.
144. INRS. Agression et violence externe. Ce qu'il faut retenir - Risques. Disponible sur: <http://www.inrs.fr/risques/agressions-violences-externes/ce-qu-il-faut-retenir.html>. Consulté le 05/10/2020.
145. INRS. Agression et violence externe. Les facteurs de risque - Risques. <http://www.inrs.fr/risques/agressions-violences-externes/facteurs-risque.html>. Consulté le 07/10/2020.
146. Jin Han S, Bonn M, Cho M. The relationship between customer incivility, restaurant frontline service employee burnout and turnover intention. *Int J Hosp Manag.* janv 2016;52:97-106.
147. Cho M, Bonn M. Workplace incivility and its effect upon restaurant frontline service employee emotions and service performance *Emerald Insight.* *Int J Contemp Hosp Manag.* 2016;28(12):2888-912.
148. Kim H, Qu H. The Effects of Experienced Customer Incivility on Employees' Behavior Toward Customers and Coworkers. *Journal of hospitality & Tourism Research.* 2019;43(1),58-77.
149. DARES Les effets de l'intensification du travail sur les pénibilités et les risques. 2000. <http://damien-cartron.free.fr/textes/rpdi.pdf>. Consulté le 07/10/2020.

150. Vézina N, Stock S, Simard M, Saint-Jacques Y, Marchand A, Bilodeau P, et al. Problèmes musculo-squelettiques et organisation modulaire du travail dans une usine de fabrication de bottes. IRST R 345.
151. Stansfeld S, North F, Marmot M. Work characteristics and psychiatric disorder in civil servants in London. *J Epidemiol Community Health*. 1995;49(1):48-53.
152. Observatoire de la franchise. Franchise restauration rapide. <https://www.observatoiredefranchise.fr/ouvrir-magasin/franchise-restauration-rapide.htm>. Consulté le 27/10/2020.
153. Observatoire de la franchise. Avantage franchise : avantages de devenir franchisé et inconvénient du contrat. <https://www.observatoiredefranchise.fr/guide-creation-entreprise-en-franchise/avantages-inconvenients-de-la-franchise.htm>. Consulté le 02/10/2020.
154. Niedhammer I, Siegrist J. Psychosocial factors at work and cardiovascular diseases: contribution of the Effort-Reward Imbalance model. *Rev Epidemiol Sante Publique*. nov 1998;46(5):398-410.
155. Stansfeld S, Candy B. Psychosocial work environment and mental health--a meta-analytic review. *Scand J Work Environ Health*. déc 2006;32(6):443-62.
156. Netterstrom B, Conrad N, Bech P. The Relation between Work-related Psychosocial Factors and the Development of Depression. *Epidemiol Rev*. 2008;1-15.
157. Cartron D. Etudiants en fast food : les usages sociaux d'un « petit boulot ». *Trav Empl*. Jan 2000(83):137-56.
158. Boussard, V. (2008). Plaintes de stress et modèle professionnel. Quand les collectifs encadrent l'expression et la régulation du stress lié à la relation téléphonique. Dans M. Buscatto, M. Lorient et J.-M. Weller (dir.), *Au-delà du stress au travail. « Une sociologie des agents publics au contact des usagers (Erès, p. 185-200). Ramonville-Saint-Agne.*
159. Virtanen M, Kivimäki M, Elovainio M, Vahtera J, Kokko K, Pulkkinen L. Mental health and hostility as predictors of temporary employment: Evidence from two prospective studies. *Soc Sci Med*. Nov 2005;61(10):2084-95.
160. Diène E, Fouquet A, Esquirol Y. Cardiovascular diseases and psychosocial factors at work. *Arch Cardiovasc Dis*. Jan 2012;105(1):33-9.
161. Chouanière D, Christine C, Edey Gamassou C, Kittel F, Lafferrerie A, Langevin V, et al. Expositions psychosociales et santé : état des connaissances épidémiologiques. *Doc Pour Médecin Trav*. 2011;(127):509-17.
162. Da Costa B, Vieira E. Risk factors for work-related musculoskeletal disorders: a systematic review of recent longitudinal studies. *Am J Ind Med*. Sept 2009;53:285-323.
163. DARES. L'organisation du travail à l'épreuve des risques psychosociaux. Jan 2016. <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2016-004v2.pdf>. Consulté le 02/10/2020.
164. CARSAT Centre Ouest. Politique de prévention et sous-déclaration des accidents du travail. <https://www.carsat-centreouest.fr/carsatpubv2/attachments/article/752/Brochure%20-%20.pdf>. Consulté le 05/10/2020.
165. INRS. La méthode de l'arbre des causes. <http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=ED%206163>. Consulté le 05/10/2020.

166. Officiel Prevention. La prévention des risques professionnels dans les restaurants.
<https://www.officiel-prevention.com/dossier/formation/fiches-metier/la-prevention-des-risques-professionnels-dans-les-restaurants>. Consulté le 05/10/2020.
167. Pereme J, Malenfer M. Prévention des risques professionnels dans la restauration traditionnelle : un programme d'action national à pérenniser dans les très petites entreprises. Ref Santé Trav. 2018;47.
168. INSEE. Hôtellerie, restauration, alimentation. Des difficultés de recrutement très contrastées selon les métiers. Dossier martinique n°7. Déc 2017.

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire Evrest

Date du jour : ___/___/___ Nom du Médecin: _____ SST : _____ SAISIE



EVREST 2018 RESTAURATION

Nom naiss Prénom Sexe M/F | | Date naiss | ___/___/___ | ___ | ___ | ___ | ___
Dép. naissance | ___ | ___ | Salarié | | Contrat : CDI ou assimilé Autre PCS-ESE | ___ | ___ | ___ | ___ | ___
Entreprise | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | NAF2008 | ___ | ___ | ___ | ___ | Nb salariés | ___ | ___ | ___ | ___
Etablissement de type : Privé Public Suivi individuel renforcé : oui non
Atelier | resto | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | Champ libre trad ou fast ou coll _____

Conditions de travail

En remplissant ce questionnaire, je reconnais avoir pris connaissance et accepter les termes de la note d'information sur le dispositif Evrest.

1. Depuis 1 an, avez-vous changé de travail ? Oui Non
Si oui, était-ce pour raison médicale ? Oui Non
2. Travaillez-vous à temps plein ? Oui Non
3. Habituellement, travaillez-vous en journée normale ? Oui Non
Avez-vous régulièrement :
- Des coupures de plus de 2 heures Oui Non
- Des horaires décalés (tôt le matin, tard le soir) Oui Non
- Des horaires irréguliers ou alternés Oui Non
- Du travail de nuit (entre 0h et 5h) Oui Non

Faites-vous régulièrement des déplacements professionnels de plus de 24h ? Oui Non

4. Contrainte de temps :

a) En raison de la charge de travail, vous arrive-t-il de :

- Dépasser vos horaires normaux Jamais Rarement Assez souvent Très souvent
- Sauter ou écourter un repas, ne pas prendre de pause
- Traiter trop vite une opération qui demanderait davantage de soin

b) Pouvez-vous coter les difficultés liées à la pression temporelle (devoir se dépêcher, faire tout très vite, ...)

Pas difficile | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Très difficile (Entourer un chiffre)

c) Devez-vous fréquemment abandonner une tâche que vous êtes en train de faire pour une autre non prévue ?

Oui Non

- Si oui, diriez-vous que cette interruption d'activité : - perturbe votre travail Oui Non
- est un aspect positif de votre travail Oui Non

5. Appréciations sur votre travail :

- Votre travail vous permet d'apprendre des choses Non pas du tout Plutôt Non Plutôt oui Oui tout à fait
- Votre travail est varié
- Vous pouvez choisir vous-même la façon de procéder
- Vous avez des possibilités suffisantes d'entraide, de coopération
- Vous avez les moyens de faire un travail de bonne qualité
- Votre travail est reconnu par votre entourage professionnel
- Vous devez faire des choses que vous désapprouvez
- Vous travaillez avec la peur de perdre votre emploi
- Vous arrivez à concilier vie professionnelle et vie hors-travail

6. Charge physique du poste de travail : votre poste de travail présente-t-il les caractéristiques suivantes ?

| | Non jamais ₁ | Oui parfois ₂ | Oui souvent ₃ | Si oui, est-ce difficile ou pénible ? | | |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Postures contraignantes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | SI OUI → | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Effort, Port de charges lourdes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | SI OUI → | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Gestes répétitifs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | SI OUI → | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Importants déplacements à pied | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | SI OUI → | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Station debout prolongée | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | SI OUI → | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

7. Etes-vous exposé à :

| Oui, Non, | | Oui, Non, | | Oui, Non, | | Oui, Non, | |
|--------------------|---|-----------------------------|---|------------------------|---|---|---|
| Produits chimiques | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Gêne sonore | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Chaleur intense | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Risque infectieux | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Poussières, fumées | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Bruit > 80db | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Froid intense | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Contact avec le public (usagers, patients, clients, élèves....) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Rx ionisants | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Contrainte visuelle | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Intempéries | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| Vibrations | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Conduite routière prolongée | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Pression psychologique | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

Formation

1. Depuis 1 an, avez-vous eu une formation ? Oui, Non,
- Si oui, était-ce : en rapport avec votre travail actuel Oui, Non,
 en rapport avec un futur poste Oui, Non,
 une formation d'intérêt général Oui, Non,
2. Depuis 1 an, avez-vous eu un rôle de formateur, de tuteur ? Oui, Non,

Mode de vie

1. Faites-vous de façon régulière (au moins 1 fois/semaine) une activité physique ou sportive : Oui, Non,
2. Consommation usuelle :
 Tabac (nbre de cig/jour) Non fumeur, Ancien fumeur, Moins de 5 cig, 5 à 15 cig, > 15 cig,
 Café (nbre de tasses/jour) Pas de café, 1 à 4 tasses, Plus de 4 tasses,
3. Avez-vous des trajets domicile/travail longs ou pénibles ? Oui, Non,

Etat de santé actuel = les 7 derniers jours (à remplir par le médecin ou l'infirmier(e))

Questionnaire renseigné par : le médecin, l'infirmier(e), Nom IdEST

Dernier entretien santé-travail (hors reprise, à la demande, ...) il y a : ≤1 an 2 ans 3 ans 4 ans 5 ans ou + jamais

| Poids : ___ kg Taille : ___ cm | | Plaintes ou signes cliniques au cours des 7 derniers j | Est-ce une gêne dans le travail ? | Traitement ou autre soin | (Colonne libre, facultatif) |
|--------------------------------|------------------------------------|---|---|---|-----------------------------|
| Cardio respiratoire | | | | | |
| RAS <input type="checkbox"/> | - appareil respiratoire | Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/> | Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/> | Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/> | _ _ _ |
| RAS <input type="checkbox"/> | - appareil cardio-vasculaire | Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/> | Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/> | Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/> | _ _ _ |
| RAS <input type="checkbox"/> | - HTA | Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/> | Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/> | Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/> | _ _ _ |
| Neuro-psychique | | | | | |
| RAS <input type="checkbox"/> | - fatigue, lassitude | Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/> | Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/> | Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/> | _ _ _ |
| RAS <input type="checkbox"/> | - anxiété, nervosité, irritabilité | Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/> | Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/> | Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/> | _ _ _ |
| RAS <input type="checkbox"/> | - troubles du sommeil | Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/> | Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/> | Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/> | _ _ _ |
| RAS <input type="checkbox"/> | Digestif | Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/> | Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/> | Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/> | _ _ _ |
| Ostéo-articulaire | | | | | |
| RAS <input type="checkbox"/> | - épaule | Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/> | Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/> | Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/> | _ _ _ |
| RAS <input type="checkbox"/> | - coude | Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/> | Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/> | Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/> | _ _ _ |
| RAS <input type="checkbox"/> | - poignet / main | Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/> | Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/> | Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/> | _ _ _ |
| RAS <input type="checkbox"/> | - membres inférieurs | Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/> | Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/> | Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/> | _ _ _ |
| RAS <input type="checkbox"/> | - vertèbres cervicales | Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/> | Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/> | Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/> | _ _ _ |
| RAS <input type="checkbox"/> | - vertèbres dorso-lombaires | Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/> | Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/> | Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/> | _ _ _ |
| RAS <input type="checkbox"/> | Dermatologie | Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/> | Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/> | Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/> | _ _ _ |
| RAS <input type="checkbox"/> | Troubles de l'audition | Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/> | Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/> | Oui, <input type="checkbox"/> Non, <input type="checkbox"/> | _ _ _ |

Annexe 2 : Questionnaire complémentaire au questionnaire Evrest

Questionnaire complémentaire au questionnaire Evrest

Pour utiliser ces champs libres :

- poser les questions que vous avez établies impérativement APRES avoir rempli, avec le salarié, le questionnaire Evrest dans son intégralité (poser les questions au début ou au milieu du questionnaire est susceptible d'en modifier les réponses)
- prévoir dès le départ le codage que vous allez utiliser (et le noter soigneusement), personne ne pourra vous dire à quoi correspondront les données saisies dans cette partie du questionnaire

(Q1) Combien avez-vous eu d'employeurs ces 5 dernières années ?
..... | _ | _ |

(Q2) Depuis combien d'années travaillez vous dans la restauration (0 si moins d'un an) ?.....
..... | _ | _ |

(Q3) Quel est votre niveau de diplômes ?

1 Aucune

En restauration :

2 CAP BEP métiers de la restauration

3 BP ou mention complémentaire métiers de la restauration

4 Bac pro restauration

5 Diplôme supérieur restauration (post BAC)

6 Ecole hôtelière (tous diplômes)

Hors restauration :

7 Certificat d'études ou brevet des collèges

8 CAP-BEP autres que restauration

9 BAC autres que restauration

10 Diplôme supérieur autres que restauration | _ | _ |

(Q4) Si vous envisagez un changement d'orientation professionnelle, quel serait le délai ?

1: - 5 ans 2 : 5- 10 ans 3 : 10-15 ans 4 : > 15 ans 5 : pas de changement envisagé

(Q5) Est ce que le rythme ou les conditions de travail influent une de ces consommations : alcool, tabac ou drogues ?

1 : Oui

2 : Non

3 : Sans objet

| _ | _ |

(Q6) Dans les 12 derniers mois, si vous avez été victime d'un accident de travail ou d'un accident de trajet, l'avez-vous déclaré ?

1 : Tous déclarés

2 : Certains déclarés

3 : Aucun déclaré

4 : Aucun AT | _ | _ |

(Q7) Si vous avez une amplitude horaire de + de 11 heures, pouvez vous mettre à profit les temps de coupure (sieste, courses, ménage, sport etc...)

1 : Oui 2 : Non 3 : Sans objet | _ | _ |

|
(Q8) Dans les 12 derniers mois, avez-vous subi des incivilités de façon répétée ?

1 : Collègues ou hiérarchie 2 : Public- client 3 : les 2 4 : Non | _ | _ |

(Q9) Estimez vous que les conditions de travail sont plus difficiles ?

1 : En basse saison, 2 : En haute saison, 3 : Pas de différence 4 : Sans objet : | _ | _ |

(Q10) Si vous êtes polyvalent dans votre travail, les tâches sont-elles bien réparties ?

1 : oui tout à fait 2 : plutôt oui 3 : plutôt non 4 : non pas du tout 5 : non concerné | _ | _ |

Principaux codes NAF concernés : 5610A Restauration traditionnelle

5610C Restauration de type rapide

5629A Restauration collective sous contrat

5629B Autre service de restauration (non codé ailleurs)

Attention : ne pas exclure les autres codes NAF (ex : un casino qui a un restaurant aura un code NAF « jeux de hasard et d'argent », les salariés du restaurant peuvent toutefois être interrogés - noter resto et trad dans les champs atelier et champ libre)

Codes PCS-ESE concernés :

- **377a : cadre restauration (gérant cuisine centrale, chef de cuisine,**
- **468a : maîtrise restauration salle et services (chef de rang, maître d'hôtel)**
- **488a : maîtrise cuisine/production**
- **488b : maîtrise de gestion d'établissement (gérant de cantine, chef d'unité non cadre..)**
- **561b : serveur-commis de cuisine qualifié (y compris l'ancien 561a)**
- **561c : serveur-commis de cuisine non qualifié (y compris l'ancien 561a)**
- **561d : employé polyvalent, aide de cuisine**
- **636d : cuisinier et commis de cuisine (artisanat –cuisine centrale...) (pâtissier, boucher etc...)**
Questionnaire complémentaire au questionnaire Evrest (facultatif)

Pour utiliser ces champs libres :

*- poser les questions que vous avez établies impérativement APRES avoir rempli, avec le salarié, le questionnaire Evrest dans son intégralité (poser les questions au début ou au milieu du questionnaire est susceptible d'en modifier les réponses
- prévoir dès le départ le codage que vous allez utiliser (et le noter soigneusement), personne ne pourra vous dire à quoi correspondront les données saisies dans cette partie du questionnaire*

Résumé

Introduction : Les objectifs de cette étude sont de comparer les conditions de travail et l'état de santé des salariés selon le secteur de restauration dans lequel ils travaillent : collectif, traditionnel ou rapide.

Méthodes : Cette étude porte sur un échantillon de salariés volontaires de la restauration ayant répondu au questionnaire Evrest lors de consultations santé-travail en 2018-2019 en Normandie.

Résultats : 240 questionnaires ont été analysés. En restauration collective les contraintes physiques sont plus pénibles : postures contraignantes (58% versus 22% et 27%), port de charges (67% versus 19% et 27%), gestes répétitifs (66% versus 14% et 28%). Les salariés déclarent plus souffrir des épaules (45% versus 8% et 11%), du rachis cervical (27% versus 11% et 10%), du rachis dorsolombaire (48% versus 21% et 28%). Il y a moins d'entraide (75% versus 93%) et un travail moins reconnu par l'entourage professionnel (71% versus 91% et 90%). En restauration traditionnelle, 15% des salariés ont peur de perdre leur emploi. 33% déclarent une influence du rythme et des conditions de travail sur leur consommation de toxiques. Les salariés subissent plus d'horaires en coupure (85% versus 9% et 48%). En restauration rapide, les salariés ont peu d'ancienneté au poste (>1 an pour 32%). 60% veulent changer d'emploi dans les 5 ans. 24% subissent des incivilités de la part des clients. Ils sont plus exposés aux horaires alternés (55% versus 34% et 16%).

Conclusion : L'état de santé des salariés et les risques professionnels auxquels ils sont exposés sont différents selon le type de restauration imposant une démarche de prévention spécifique au type de restauration.

Mots-Clefs : Santé au travail, restauration collective, restauration traditionnelle, restauration rapide, Questionnaire Evrest, risques professionnels, état de santé