



## Séminaire Risques Psychosociaux (RPS)

Pôle Régional Travail  
MMSH – Aix-en-Provence

Résumé de la 5<sup>ème</sup> séance – 2 octobre 2012

« La médecine du travail et la réforme du système de santé au travail »

Deux interventions structuraient ce séminaire :

- **Pascal Marichalar**, sociologue, post-doctorant au Groupe de Sociologie Politique Européenne, Centre Maurice Halbwachs : "De la prévention à la gestion des risques ? Réformes et résistances des services de médecine du travail depuis trente ans" ;
- **Gérard Magalon**, médecin du travail en service interentreprises : "Que font les services de santé au travail face risques psychosociaux et qu'apporte la réforme de ces services pour faciliter leurs interventions ?" ;
- La troisième partie fut consacrée au **débat avec la salle**.

### Pascal MARICHALAR

« De la prévention à la gestion des risques, réformes et résistances des services de médecine du travail depuis 30 ans »

Ce séminaire porte sur les RPS mais le propos ne sera pas directement sur les RPS, même si ils en font partie. Evolution de la médecine du travail, de la santé au travail, des services de prévention des questions de santé au travail depuis 30 ans, l'évolution des missions de ces services. On parle des conditions matérielles de l'exercice de la prévention, comment on peut mettre en place la prévention, sur les RPS mais aussi sur les autres risques.

Travail mené dans cadre thèse doctorat sur la médecine du travail « Prévenir ou produire. Autonomie et subordination dans la médecine du travail ». Réflexion sur l'indépendance des médecins du travail, indépendance toujours problématique parce question gouvernance patronale des services, pressions exercées, position en porte à faux où se trouve le médecin du travail, exigences contradictoires, mais indépendance qui existe néanmoins.

De la prévention à la gestion des risques : on peut penser prévention comme mission des médecins du travail telle que définie par la loi 11 octobre 1946, c'est à dire prévenir toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail. C'est l'idée qu'à partir du moment où on identifie une situation à risque, il faut le réduire à zéro.

La gestion des risques, il faut distinguer deux pôles :

- c'est la mission dévolue au service hygiène sécurité, à des ingénieurs de sécurité, ça va être de réduire au maximum les risques encourus, mais avec également toujours l'idée qu'il faut essayer de trouver un moyen de continuer la production, compromis acceptable à trouver entre la production qui doit se faire et la réduction des risques ;
- mais également gestion du risque juridique de l'employeur (l'ingénieur de sécu protège la responsabilité de l'employeur). Ce pôle est différent de la prévention pure.

Dans une entreprise où vous êtes exposés aux CMR, la gestion des risques portera sur la réduction de l'exposition tout en continuant de produire, et servira à montrer combien l'employeur s'engage à réduire les risques, pour qu'il ne soit pas inquiété par la justice) alors que la prévention pure serait d'enlever le danger, supprimer le risque. Faire comme en Italie l'usine à Tarente où une juge a décidé d'arrêter la production parce que cette usine empoisonne l'atmosphère de toute la ville depuis des décennies et a des

effets nocifs sur les salariés. Donc stopper l'activité tant que pas de mise aux normes, c'est de la prévention pure. Ça crée des tensions, y compris parmi les salariés de l'usine.

N'y a-t-il pas une évolution des missions des services de médecine du travail, de santé travail depuis 30 ans, depuis la mission de la prévention vers une gestion des risques ? Je voudrais montrer une tendance qui existe. Mon propos est de revenir sur une histoire linéaire de la réforme de la ST qui commence avec la directive européenne de 1989 sur la santé et la sécurité, qui imposerait la pluridisciplinarité, impose à l'employeur l'évaluation et la prévention des risques dans son entreprise. Directive transcrite dans le droit français, loi de 2002, puis de 2011 sur la médecine du travail. En fait, cette histoire n'est pas linéaire, il y avait des enjeux, des politiques patronales, débats politiques au niveau des instances politiques nationales qui ont conduit à une certaine interprétation de cette directive, à une certaine application, mais ça aurait pu être autrement. Il y a eu une volonté de modifier les missions de ces services.

## 1. Le rapport du CISME en 1987

CISME : organisation patronale (gestion des services interentreprises est à majorité patronale, et même dans les services paritaires, le président à une voix prépondérante par rapport aux salariés dans le CA).

Il faut toujours prendre un point de départ, je ne dis pas que tout a commencé là mais c'est 2 ans avant la directive européenne. De 1989 et ce rapport préfigure beaucoup des évolutions qui vont suivre.

Le CISME c'est une association qui regroupe les responsables de services interentreprises de France, existe depuis 1942, date de la première loi sur la médecine du travail en France passée sous Vichy (qui crée des services de médecine du travail pour toutes les entreprises de plus de 50 salariés). En 1946, l'essentiel va être repris.

Le CISME est une organisation liée à l'UIMM et au MEDEF avec des relations plus ou moins conflictuelles selon les périodes. Il s'occupe principalement de questions de santé travail et de médecine du travail. En 1987, une commission au CISME va écrire un rapport sur « l'avenir de la médecine du travail » pour prévoir l'évolution de la médecine du travail pour les 20 prochaines années.

Les auteurs du rapport expliquent que la reconnaissance des MP ne devrait pas être au centre des services de médecine du travail, de leur activité, que ce n'est pas de la prévention. De même que les soins aux victimes et les accidents ne font pas partie de la prévention. Les auteurs ont un point de vue critique sur le côté médicocentrique du système français. Il n'y aurait trop de médecins, avec une approche trop médicale, ils insistent trop sur les maladies alors qu'il faudrait s'occuper de la prévention dans une optique plus d'ingénieur, de technicien. Réduire les risques en amont plutôt que de s'occuper de leurs effets sur la santé en aval. Rapport très critique sur le système français, jugé trop lourd, trop cher, trop médical. Ce que proposent les auteurs du rapport : un service plus global de la santé à la carte, plus flexible, avec plus d'options, avec moins de médecins, plus d'infirmières, d'ergonomes, de services sociaux. On voit donc une organisation qui regroupe des responsables influents de services de médecine du travail qui pensent qu'il faut passer à ce genre de système, vers un service avec moins de médecins et plus de pluridisciplinarités. Passer de la médecine du travail aux services de santé au travail.

En 1994, réunion du CISME, la pluridisciplinarité est vue comme les médecins contre les autres professionnels, on va les remplacer par d'autres professionnels qu'on va promouvoir. C'est à un moment où les syndicats de salariés et de médecins du travail demandent depuis longtemps une nouvelle voie d'entrée à la médecine du travail parce qu'il y a une pénurie de médecins du travail, mais le gouvernement dit « on est en train d'envisager un projet de « capacité », formation courte pour des médecins de se convertir à la médecine du travail ». Le CISME pense difficile de refuser cette proposition mais souligne le risque de figer vers la pluridisciplinarité pour de nombreuses années. Les années 1990 seront les années où le déficit de médecins du travail va vraiment s'installer, où on aurait pu faire quelque chose pour régler cette situation (en formant plus de médecins du travail) mais on ne l'a pas fait, et le CISME et les organisations patronales ont été très silencieuses à ce moment-là. N'ont pas fait d'effort dans ce sens. Peur que le système soit trop médicocentrique.

Cette position a évolué ensuite, début 2000 pour demander plus de médecins du travail, quand ils ont eu peur que les services disparaissent face au manque de médecins du travail pour remplir les obligations réglementaires.

## 2. Précéder le droit pour le faire advenir

Début 2000, application des préconisations de ce rapport dans les services de santé travail, médecine du travail. Notamment avec une méthode : « précéder le droit pour le faire advenir ». L'idée c'est qu'il faut expérimenter sur une nouvelle forme d'organisation du travail dans les services où on délègue des tâches des médecins à d'autres professionnels, on cherche à mettre en place une organisation du travail qui repose moins sur les médecins du travail et davantage sur les autres professionnels. Il va y avoir des expérimentations dans différents services en France (comme par exemple des questionnaires pour les salariés, faits par les infirmières pour orienter plus rapidement le salarié, pour trouver des formules moins lourdes en temps médical, pour que le médecin du travail ne voie qu'une partie des salariés par exemple).

## 3. Réformer par la démarche qualité

Autre axe de réforme : une réforme par la démarche qualité. Le président du CISME durant cette période, Jacques Texier, également président de l'ACMS (plus grand service de ST en France) et prédisent fondateur de l'AFNOR. Mise en place d'une « démarche de progrès » à l'aide d'une brochure qui liste des référentiels de bonnes pratiques, les services devant s'en rapprocher le plus possible pour être jugés de qualité. Ces bonnes pratiques ne sont pas forcément une transcription du droit mais ajoutent d'autres missions également et permet à chaque service d'adapter les missions selon sa sensibilité (bonnes pratiques toujours pour alléger le temps et les missions du médecin du travail). Démarche de progrès : démarche d'accompagnement au changement pour amener les SST vers moins d'implications des médecins, mais plus d'équipes pluridisciplinaires.

## 4. Transformer les métiers

Actions également pour transformer les métiers, mettre en évidence la division du travail lors des congrès du CISME (où sont présents de nombreux responsables de services). L'argumentaire du congrès de 2001 par exemple porte sur la remise en cause de la division du travail, sur les métiers qui existent et ceux qui devraient exister ? Les tâches à supprimer ? Le partage des rôles, etc.

En 2007, le congrès porte sur le transfert et la délégation de tâches. Le CISME cherche des solutions. En 2010, le nouveau médecin conseil du CISME explique que l'une des actions du CISME est de mettre à disposition du plus grand nombre le même langage, est d'être en capacité de prioriser les objectifs des services interentreprises et de leurs salariés, donc de peser sur les priorités du service en proposant des mots, des idées et des nouveaux métiers dans les services de médecine du travail.

## 5. Le prétexte de la directive européenne

Il est important de revenir sur la directive européenne de 1989, parce qu'elle sera par la suite toujours évoquée par les réformateurs comme l'aiguillon qui fait qu'on est obligé de changer l'organisation du travail dans les services. Mais si on regarde la directive de 1989, on peut voir qu'elle ne mentionne jamais la pluridisciplinarité !

Cette directive, en son article 7 dit qu'il faut qu'il y ait un ou plusieurs travailleurs, un ou des services distincts qui assurent la tâche de PRP, et cette tâche est confiée à cette entité très vague, parce que c'est une directive qui a vocation à s'appliquer à tous les pays de l'union européenne, et qui donc doit s'appliquer à des pays où la réalité est très diverse (pays où la médecine du travail est avancée comme en France, pays où pas de couverture pour les salariés, pas de prévention et visites annuelles obligatoires, etc.).

Le CISME et le CNFP puis le MEDEF vont utiliser le fait que la directive ne mentionne pas explicitement le médecin du travail pour tordre le sens de la directive et vont traduire par « il ne faut pas que des médecins du travail, mais une pluralité d'acteurs » alors que la directive ne le dit pas comme ça. La directive ne parle pourtant pas de démedicaliser !

## 6. L'évolution de la loi

En France, on revient rapidement dessus. Dans la loi on a des expérimentations également. Décret expérimental le 28 décembre 1988 qui va permettre à certains médecins du travail d'espacer la périodicité des visites systématiques, de consacrer moins de temps à ces visites, pour moduler l'organisation du temps de travail du médecin du travail.

Loi du 17 janvier 2002 de modernisation sociale va entériner le passage de Service de médecine du travail à Service Santé au Travail. Loi qui permet également d'espacer périodicité visites médicales et qui encourage l'action dans des équipes pluridisciplinaires. La notion d'IPRP est créée (intervenant en PRP), des collègues d'habilitation sont créés pour ces IPRP. Les services sont incités à avoir des services interdisciplinaires.

Loi du 20 juillet 2011, dernière grande loi sur cette question des SST : loi qui a plusieurs effets dont le déplacement de la mission du médecin du travail (auparavant « prévenir toute altération des travailleurs du fait de leur travail ») à la mission de service. On voit que certaines obligations du médecin du travail au service, permet de transférer mission du médecin du travail vers d'autres professions. La figure du médecin du travail s'estompe petit à petit. Médecin du travail a disparu du titre. Petit à petit, les choses bougent, en même temps que le corps des médecins du travail disparaît car pas de relève dans la jeune génération.

## 7. Causes, effets et enjeux de ces réformes

Pénurie des médecins présentée comme inéluctable, on en parlait déjà dans les années 1980, ce n'est pas récent, quand la loi sur le *numerus clausus* au niveau de l'internat et le passage de la médecine du travail à tout internat (diplôme CES disparaît). Le nombre de nouveaux médecins du travail formés va donc chuter dramatiquement. Très peu de mobilisation pour faire de nouvelles procédures d'accès à la profession. Les directions du travail ferment les yeux sur l'embauche de médecins non habilités à exercer la médecine du travail dans ces années-là. Période de plus ou moins grande souplesse. Périodes où des non spécialistes exercent. Vagues de régularisation ensuite par une procédure assez courte et peu contraignante.

Des années où plus de mobilisation pour régler ce problème. En 2000 grand conflit entre le CISME et le MEDEF, conflit intéressant parce qu'avant, ils tenaient les mêmes positions. Conflit quand le MEDEF, lors des accords de refondation sociale propose que les visites médicales des salariés puissent être réalisées par des médecins de ville. Et là le CISME va se désolidariser du MEDEF parce qu'ils ont très peur d'une disparition des SST complètement. Le CISME va donc plaider pour l'augmentation du nombre de médecins du travail, contrairement à sa position de 10 ans auparavant, parce qu'il sent une menace forte sur le métier. La pénurie est donc un enjeu très complexe, mais est au moins pour partie le produit de la volonté de certains acteurs de ne pas renouveler le corps de médecins du travail.

La coordination : cheval de Troie de la subordination. Statut des nouveaux professionnels qui arrivent dans les SST à partir des années 2000. Dans un service par exemple, j'ai rencontré tous les médecins du travail durant ma thèse puis j'ai voulu rencontrer les 5 membres de l'équipe IPRP. Je les ai appelés, pour leur demander une heure de leur temps pour un entretien. Ils ont tous demandé l'autorisation à la direction du service (ce que n'avaient pas fait les médecins du travail avant), et en même temps ils en étaient obligés parce que leur bureau est un bureau en verre, situé en face de celui de la directrice du service (en verre aussi). Forcément la direction aurait vu que j'étais là. J'ai dû aller justifier de mon enquête du service, montrer pattes blanches, ils avaient peur de la publicité que j'allais en faire (bonne ou mauvaise) et j'ai pu seulement après rencontrer les IPRP, qui m'ont parlé de manière beaucoup plus surveillée que les médecins du travail. Les IPRP se sentent beaucoup plus dans un rapport de subordination que les médecins du travail qui font ce qu'ils veulent de leurs emplois du temps, qui prennent de leur tiers temps pour me voir. Les IPRP devaient rendre des comptes à la direction. Contrôle beaucoup plus grand de l'activité des IPRP que sur celle des médecins du travail. Licenciement beaucoup plus facile d'un IPRP qu'un médecin du travail (qui a presque le même statut qu'un représentant du personnel, donc très difficile à licencier).

Résistances de certains médecins du travail à l'apparition de nouveaux professionnels dans leur service. Beaucoup d'entre eux pensent que parce qu'il y a des nouveaux prof, il y avait un plus grand contrôle de la direction sur les actions mises en place. Parce qu'il y a nécessité de coordonner les équipes pluridisciplinaires, la direction avait plus son mot à dire sur le terrain tous les jours, alors que quand pas besoin de coordonner, moins d'ingérence dans l'activité des médecins du travail. Il y a également des cas où ça se passe bien et où ce contrôle n'est pas aussi fort aussi.

Loi de 2011 renforce ça avec des priorités au niveau des services et la notion de mission du service qui remplace la notion de mission du médecin du travail. Changement de la mission des services sur cette période : passage de la prévention des risques à la gestion des risques ? Si vous regardez dans une grande entreprise aujourd'hui, vous avez des services autonomes de santé au travail et des services hygiène sécurité ou qualité hygiène sécurité ou qualité hygiène sécurité environnement qui sont deux services différents. Avec la réforme, les services interentreprises ont tendance à prendre en charge des missions de services hygiène sécurité extérieurs, pour les petites et moyennes entreprises. Idée : avant les SST n'avaient comme seule mission la prévention mais maintenant également assister l'employeur dans l'évaluation et la gestion des risques au quotidien. L'introduction des nouveaux professionnels (IPRP) est concomitante de cette modification des missions, de l'ajout de ces nouvelles missions.

Dans mon enquête, j'ai rencontré les médecins du travail qui me disaient « moi quand on me demande de signer le DU ou de le rédiger moi-même, je refuse. Le DU c'est la responsabilité de l'employeur, pas celle du médecin du travail, je peux aider à faire, mais je ne vais pas mettre ma signature, m'engager, engager ma responsabilité ». C'était une position de certains médecins du travail. Ceux-là même qui pensent qu'il ne faut pas participer au volet « gestion » des risques. Mais l'évolution législative rend les choses complexes.

Il peut parfois y avoir contradiction entre gestion et prévention des risques (quand le procès AZF en appel récemment, dans le procès les médecins du travail appelés à témoigner ne disent pas la même chose que les ingénieurs sécurité de Total qui sont appelés à témoigner. Les ingénieurs sécu ont un bilan à défendre, montrer qu'ils ont fait leur travail, protéger leur employeur. Le médecin du travail n'a pas toutes ces considérations en jeu, pas aussi lié à l'employeur). Les ingérences qui peuvent s'appuyer sur ces évolutions réglementaires.

Un médecin du travail, effaré par le nombre de salariés à prendre en charge, décide de faire un tri dans ses visites médicales et de ne s'occuper que des visites à problème ou visites ciblées, à la demande du salarié, où il est sûr qu'il y a quelque chose qui se passe, pour faire un travail de meilleur qualité. Le médecin du travail avait écrit à la DIRECCTE pour dire de ne pas renouveler l'agrément du service dans les conditions qu'il décriait. Le président du service lui répond que l'effectif de 2950 salariés est un effectif en deçà de ce qui pourrait lui être demandé ! Il nie la charge de travail et demande au médecin du travail de se conformer aux exigences et directives données (et de ne prendre aucune initiative). Pression des directions sur le quantitatif (visites, services rendus). Cela est très fort et a été encore renforcé par ces réformes, même si les services essaient de montrer d'autres types d'actions.

Autre exemple d'un courrier de licenciement d'un ergonomiste par un président de service de santé au travail, en raison d'une trop grande faiblesse de l'activité. Courrier dans lequel tout est chiffré (nombre d'interventions, de projets, etc.). N'ayant pas rempli le contrat de travail en terme quantitatif, il est licencié. Le médecin du travail n'a pas été licencié au contraire de l'ergonomiste, qui a été licencié, puis a été contester son licenciement devant les Prud'hommes.

### Conclusion sur la marchandisation de la prévention

Certains SST facturent en plus de la cotisation les actions de prévention. Plusieurs exemples de médecins du travail ou d'ergonomistes qui m'ont expliqué que quand ils font des actions en entreprise, leur direction leur dit de ne pas trop en faire, commencer, n'en faites pas trop, car après il faut qu'on produise la prestation payante pour la suite, il faut juste susciter l'envie dans le plus d'envie. J'ai voulu montrer qu'il pouvait y avoir des motivations différentes derrière les évolutions législatives. Les métiers changent, sont moins protégés parfois. Il peut y avoir marchandisation, mais il y a des résistances.

Dans un contexte de réforme des services de santé au travail, perçu par les uns comme une régression et par d'autres comme une évolution du système, que font sur le terrain au quotidien ces services face à cette « épidémie » des RPS ? Je vous propose de partager l'expérience d'un petit service interentreprises situé dans un petit département où il fait bon vivre.

### Cadre éthique international de la santé (au travail)

- Le **principe d'autonomie** qui prescrit de faire participer l'individu (ou la collectivité d'individus telle l'entreprise) à toute décision le concernant. Ainsi le salarié doit être acteur de sa santé et l'entreprise moteur de la prévention.
- Le **principe de bienfaisance** qui prescrit d'accomplir un bien reconnu comme tel par l'interlocuteur. Ainsi la communication doit être un axe prioritaire de nos actions.
- Le **principe de non-malfaisance** qui prescrit d'épargner toute souffrance inutile
- Le **principe d'équité** qui prescrit de bien répartir entre toutes les actions du service. Ce qui impose de le faire en fonction des besoins.

Les 4 principes internationaux d'éthique en matière de santé sont parfaitement applicables à la santé au travail et ils permettent de guider la démarche de mise en œuvre de toutes les actions pluridisciplinaires. Il est clair que les services de santé au travail globalement et les médecins du travail en particulier ne pourront espérer modifier la prise en compte de problématique complexe comme les RPS que s'ils arrivent à convaincre les acteurs que sont les employeurs et les salariés d'agir sur l'organisation du travail. Pour cela, garder en référence ces quatre principes éthiques aidera probablement la démarche.

### Rappel contexte juridique

1946 : Loi créant la médecine du travail  
1979 : Intégration du « tiers temps »  
1986 : Charte d'Ottawa définissant la santé et sa promotion.  
1989 : Directive Européenne définissant la prévention des risques a priori et la surveillance de la santé des travailleurs  
1991 : Transcription de la directive en droit français  
1997 : Mise en demeure de la France  
2000 : Accord des partenaires sociaux  
2002 : Loi sur la pluridisciplinarité, naissance des SST  
2004 : Décrets réorganisant les SST  
2011 : Loi réformant les SST – introduction de la Pénibilité, du projet de service et des contrats d'objectifs et de moyens  
2012 : Décrets réorganisant les SST – Introduction des infirmiers

Les services de santé au travail sont le reflet de l'implication des partenaires sociaux dans la santé au travail. Il a fallu 39 ans pour rendre réglementaire les interventions dans le milieu de travail et qu'il a encore fallu 25 ans pour rendre effectif ce tiers du temps en action sur le milieu de travail ! Il s'agit pas de chercher un fautif mais de partager un constat.

### Les apports de la loi du 20 juillet 2011

- Précisions sur les missions de préservation de la santé des travailleurs du fait de leur travail
  - Conduisent les actions de santé au travail ;
  - Conseillent les employeurs, les travailleurs et leurs représentants ;
  - Assurent la surveillance de l'état de santé des travailleurs ;

- Participent au suivi et contribuent à la traçabilité des expositions professionnelles et à la veille sanitaire).
- Précisions sur la constitution de l'équipe pluridisciplinaire et le rôle particulier du médecin du travail.
- Contrat d'objectifs et de moyens sur les priorités « en fonction des réalités locales ».
- Rôle d'alerte si risque pour la santé des travailleurs.
- Projet de service élaboré par la CMT, approuvé par le CA et mis en œuvre par le directeur.

### Qu'est-ce que la santé ?

« Il s'agit d'un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté » (définition de l'OMS).

La santé n'est probablement pas que l'absence de maladie identifiée, l'OMS parle de complet bien-être physique mental et social et dans sa définition de la santé mentale, est précisé le but de ce bien être. Surmonter les tensions normales de la vie, laisse clairement entendre que la vie est rarement un long fleuve tranquille ! La vie professionnelle non plus.

La notion de finalité de la santé est posée « travail productif et fructueux » mais heureusement aussi « contribuer à la vie de sa communauté ». Pour la santé au travail, on peut imaginer que la santé à préserver est celle qui permet à chacun de garder un emploi en adaptant les exigences des tâches aux capacités des individus y compris lorsque ces capacités sont amoindries (maladie, handicap, etc.).

Le besoin de santé pourrait être défini comme l'écart « évalué » entre la situation de santé actuelle (pour un individu ou une population) et la situation de santé souhaitée c'est-à-dire la situation de santé sans risque non négligeable pour le maintien dans l'emploi.

### Traduction dans un service interentreprises : de cette loi 2011, on a entériné 4 axes stratégiques

1. Agir pour que l'entreprise soit le moteur de la prévention
2. Rendre le salarié acteur de sa santé
3. Contribuer à l'évolution des connaissances et à la veille sanitaire
4. Assurer la qualité du fonctionnement du service

D'où les axes stratégiques définis par le GEST05, au sein de sa CMT et approuvé par le CA. Toutes les actions prioritaires seront rattachées à un de ces 4 axes.

### Que fait le GEST05 ?

Les actions du service forment un tout, dont chaque partie nourrit les autres. L'axe central à ne jamais perdre de vue restant la santé du salarié. Sur le plan des actions de nature médicale individuelles, on retrouve l'écoute, le conseil et l'information qui restent les principaux outils du médecin ou de l'infirmier. Les orientations vers le système de soins et les services sociaux ainsi que les avis d'aptitudes bien sûr (ou plutôt d'inaptitude quand la situation est trop critique pour la santé), les prises en charge individuelle par la psychologue du travail du service (prise en charge ayant pour but principal de différencier les problématiques strictement individuelles nécessitant plutôt un suivi par le système de soins des problématiques pouvant nécessiter de construire une action collective sur le milieu de travail). Ces actions répondent à l'axe stratégique « rendre le salarié acteur de sa santé ». Il est donc important qu'on essaie de ne pas agir à sa place mais à ses côtés avec sa pleine participation.

Cette approche individuelle de nature médicale comprend les consultations par le médecin du travail et les entretiens réalisés par les infirmiers. A la jonction entre les actions médicales individuelles et les actions "techniques" individuelles, la lettre d'alerte vers l'employeur pour déclencher un rendez-vous et un échange en entreprise.

Pour les actions "techniques" individuelles, les mêmes outils sont mis en œuvre (observation, écoute, conseils, information, objectivation). Notre Fiche d'Entreprise avec introduction de "scores résiduels" de risque permet d'attirer l'attention du chef d'entreprise et des salariés (mais aussi de l'inspecteur du travail)

quand les risques psychosociaux (par exemple) apparaissent importants et/ou pas suffisamment prévenus. Les actions "techniques" collectives comme l'aide à l'évaluation des RPS dans un secteur d'activité comme le secteur sanitaire et social du 05, les Domaines Skiables ou en inter services comme pour des grandes sociétés couvrant l'ensemble de la région répondent bien à l'axe 1 en donnant ainsi à chaque entreprise ou chaque établissement ou service un comparatif pour se situer et des pistes d'amélioration en échangeant sur les pratiques (qu'est qui marche bien ici ?). Le retour de ces actions vers chaque établissement avec l'orientation vers les consultants ad hoc pour la mise en œuvre des démarches de prévention et leur suivie dans le temps (Exemple la démarche collective construite dans le secteur sanitaire et social en partenariat avec la Direccte, la Carsat, Act Méditerranée et 2 cabinets de consultants) ou l'accompagnement de la démarche de prévention ou encore l'accompagnement du manager en difficulté pour cette mise en œuvre avec la psychologue du travail.

Un nouveau type d'actions à la double jonction des actions individuelles et collectives ainsi que médicale et technique : les actions d'information et de prévention instituées par les décrets de janvier 2012, sont mises en œuvre depuis 2006 dans notre service suite à un accord dérogatoire expérimental des partenaires sociaux négocié dans le cadre de la commission paritaire interprofessionnelle départementale. Ces actions permettent, pour des contrats saisonniers courts de remplacer la visite d'embauche par une sensibilisation sur le rôle du service de santé au travail, les risques du poste occupé et les moyens de prévention à utiliser.

### Comprendre pour agir

Pour agir, il faut comprendre et faire comprendre. Un modèle d'analyse des RPS issu d'un travail collectif impliquant une dizaine d'établissements du domaine sanitaire et social du 05, le service de santé au travail, la Direccte, l'ARACT, la CARSAT, le Conseil Général du 05 a été formalisé. ([http://www.santesecurite-paca.org/documentation/pdf\\_documentation/prevention\\_action/risques\\_psychosociaux.pdf](http://www.santesecurite-paca.org/documentation/pdf_documentation/prevention_action/risques_psychosociaux.pdf)).

Les résultats produits par ces actions et les retours d'expérience ont permis de construire un « modèle » explicatif utilisé pour des présentations d'information tant auprès des employeurs qu'auprès des salariés. L'enjeu de ces présentations étant de convaincre de s'attaquer aux « facteurs de risques » et pas uniquement aux « conséquences des risques » et montrer que c'est possible.

Le collège d'experts missionné par le gouvernement en 2008 pour définir les modalités nécessaires pour construire des indicateurs validés des RPS afin de prévoir une grande enquête nationale, a produit deux rapports (octobre 2009 et mars 2011). Six grandes « familles » de facteurs de risque ont été décrites. Pour chacune de ces familles, plusieurs « thèmes » peuvent être explorés par des questionnaires validés qui ont permis de disposer de valeurs en population française dans des enquêtes de référence antérieures. On aboutit ainsi à une équation à 25 inconnues ! L'enjeu de la démarche de prévention sera d'agir pour améliorer les facteurs de l'équation qui apparaissent en lien avec les atteintes à la santé dans l'entreprise étudiée, sans altérer les facteurs qui sont favorables. Ces dangers (facteurs de risque) sont nombreux et nous concernent tous plus ou moins.

### Stress et RPS de quoi parle-t-on ?

Ensemble des dimensions organisationnelles et relationnelles ayant un impact sur la santé des salariés et le fonctionnement de l'entreprise. Tentative d'une définition simple qui rappelle que prévention des atteintes à la santé va de pair avec l'efficacité économique de l'entreprise.

### L'approche du GEST05 pour la FE (fiche d'entreprise)

- Participation de l'équipe pluridisciplinaire à la réalisation des FE (IPRP, DRE), avec le Médecin du Travail ;
- Introduction du « score de risque résiduel » : Gravité x Fréquence x Niveau de prévention (transformé en indicateur coloré à 3 niveaux) ;
- Aider l'entreprise à la réalisation ou mise à jour du Document Unique (DU) ;\*
- Analyser les écarts entre l'évaluation des risques faite par l'entreprise (DU) et celle faite par le service de santé au travail (FE).



Pour cela, il a été décidé de manière consensuelle que l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire devait participer à l'élaboration de ces FE. Le médecin du travail assurant la coordination par la validation de toutes les FE avant transmission à l'entreprise. Un « score de risque résiduel » a été construit à partir de la définition de la gravité de chaque danger, de l'observation de la fréquence et de l'intensité de l'exposition et du niveau de prévention constaté lors de la visite de l'entreprise. Pour faciliter la lecture par tous les types d'entreprises, ce score est transformé en indicateur coloré à 3 niveaux (score de gravité des dangers, score de fréquence et score de prévention). Le score de prévention est établi à partir de l'attendu permettant d'espérer une prévention des RPS organisée et durable.

### De l'individuel au collectif

L'évolution de la législation nous amène de plus en plus vers une approche populationnelle. Il s'agit pour les services d'être capables de passer facilement des constats individuels vers un rendu collectif. Cela favorise la prise en compte des problématiques au niveau des branches professionnelles, des syndicats de salariés, des conseils d'administration des services. C'est aussi un atout pour le travail en partenariat avec les préventeurs et les tutelles. Cette adaptation de la fiche individuelle permet de rendre compte de manière visuelle. Ainsi, les RPS apparaissent clairement comme concernant un nombre important de salariés et encore insuffisamment prévenus.

L'outil : EVREST (Evolution et Relations En Santé au Travail)

- Vécu des contraintes professionnelles par le salarié ;
- Avis du médecin du travail (ou de l'IDEST) sur la santé du salarié ;
- Analyse des relations Santé-Travail vécu et de leurs évolutions ;
- Echantillon : octobre année paire

Ainsi, les indicateurs de vécu des conditions de travail et de santé peuvent être utilisés pour évaluer le besoin de santé. 12.5% des salariés sont suspects de souffrance psychique en lien avec le travail (c'est-à-dire avoir au moins un symptôme parmi « lassitude », « anxiété » et « troubles du sommeil »), parmi eux 28% présentent un risque pour le maintien dans l'emploi. 15% des salariés présentent un TMS en lien avec le travail, parmi eux 28% ont un risque pour le maintien dans l'emploi.

2.8% des salariés cumulent les 3 signes de souffrance psychique et sont donc suspects de dépression en lien avec le travail, parmi eux 46% présentent un risque pour le maintien dans l'emploi. Ainsi, la souffrance psychique vient clairement au même niveau de besoin de santé que les TMS tant par la proportion de salariés concernés par ces problématiques que par l'impact sur le risque de perte de l'emploi actuel. Quand la gravité est plus marquée (dépression) l'impact sur le risque pour le maintien dans l'emploi explose. En moyenne la proportion de salariés présentant un risque pour le maintien dans l'emploi actuel est de 8%.

Trois hypermarchés de la même ville sont suivis via EVREST, ce qui permet de comparer ces entreprises entre elles et avec la moyenne des hypermarchés de la région PACA. Gérald Magallon commente alors l'intérêt de ce type d'outil.

### Apport de la réforme ?

L'objectif politique « préserver la santé des salariés » est rappelé et il s'impose à tout le service. Les objectifs stratégiques découlent clairement des principes fondamentaux de l'éthique médicale et de l'article L.4622-2 issu de la loi de 2011. Le rôle de chaque métier est précisé et le médecin du travail doit rester (ou devenir) l'animateur et le coordonnateur de cette équipe pluridisciplinaire. La mission des instances est complétée, notamment celui de la CMT qui a la mission capitale de construire un projet de service qui servira de support au contrat d'objectifs et de moyens qui facilitera le travail avec la CARSAT et la Direccte.

La définition de ce projet de service est donc centrale. Les indicateurs issus de la définition du besoin de santé et de prévention font très clairement apparaître les RPS comme une priorité d'action pour les services. Ces services de santé au travail sont probablement les mieux placés pour assurer une prise en charge et un suivi dans la durée ayant pour objectif de réduire l'exposition aux facteurs de risque et de limiter les atteintes à la santé découlant de ces expositions. Il est évident que tout ne peut être réalisé par

le médecin du travail seul. Les infirmiers en santé au travail ont les compétences nécessaires pour assurer des entretiens individuels sources d'informations indispensables pour connaître le vécu des conditions de travail. Les ergonomes, les techniciens de prévention ont les compétences pour connaître le travail tel qu'il est réellement effectué. Les psychologues du travail sont compétents pour interroger le travail et son organisation sans pour cela tomber dans la seule vision psychologisante individuelle. Cet ensemble de compétences doit bien sûr être coordonné et animé. Mais aussi expliqué à l'extérieur de manière compréhensible.

De nombreuses sources d'indicateurs sont disponibles pour que la CMT puisse élaborer l'analyse du besoin qui sera le fondement du projet de service. Mais certains de ces indicateurs, et probablement les plus proches de la prévention primaire, peuvent être produits par le service lui-même. L'évolution du dossier médical de santé au travail pourrait en être le réceptacle. Ensuite tout s'enchaîne ! La communication vers le CA doit être forte et adaptée, puis le directeur du service veillera à ce que soit mis en œuvre les priorités définies à partir des constats des professionnels de santé au travail. Par contre, si ces professionnels de terrain (dont bien sûr les médecins du travail) ne se saisissent pas de cette opportunité, le directeur mettra en œuvre des priorités issues d'on ne sait où !

### Impact sur la structure du service

En 2000, nous avions 10 médecins du travail, 9 assistantes médicales, 1 directrice et 2 assistantes administratives. En 2012, nous sommes 8.5 médecins du travail, 3 infirmiers santé-travail, 8 assistantes médicales, 1 AST, 2.5 techniciens, 1 ergonome, 0.7 psychologue du travail, 1 directrice, 2 assistantes administratives et 0.2 qualicienne.

Au final, pour reprendre une image de développement durable (un arbre), la santé au travail va pouvoir grandir harmonieusement si cet arbre dispose un système racinaire complet pour nourrir son tronc (les valeurs partagées par tous les métiers du service), ces branches (les actions construites ensemble), son feuillage (la communication) et ses fruits (la reconnaissance des professionnels du service et la reconnaissance par son environnement). Ce système racinaire devra comprendre, certes une racine principale qui serait la réglementation (donc à appliquer comme un moyen d'atteindre un but mais pas comme un but en soi), mais aussi des racines au moins aussi importantes pour rester dans le réel du travail : le besoin de santé des salariés, le besoin de prévention et le besoin de sensibilisation. Pour chaque besoin, il existe des outils qui permettent de l'évaluer. A nous de jouer !

Compte-rendu :  
Cathel KORNIG  
Sociologue du travail  
Membre associé du LEST-CNRS  
<http://www.cathelkornig.fr>