

LABORATOIRE D'ECONOMIE ET SOCIOLOGIE DU TRAVAIL
UMR 6123 CNRS ET UNIVERSITE D'AIX-MARSEILLE
35, AVENUE JULES FERRY 13626 AIX EN PROVENCE CEDEX 1



La recherche en Santé Travail en Provence-Alpes-Côte d'Azur

Action d'animation de l'ANR en vue de la préfiguration d'un Pôle
régional de recherche dans le domaine Santé-Travail

ANR-08-ANIM-17
31/10/2008- 31/03/2010

Rapport final

Mars 2010

*Paul Bouffartigue, Ekaterina Melnik, Philippe Mossé,
Jean-René Pendaries et Eric Verdier (coord.)*

Sommaire

Introduction générale : Démarche et méthode de travail.....	7
Un constat. L'action collective en santé-travail : une expérience régionale originale.....	7
Une démarche exploratoire : quelques partis pris	8
Une démarche interactive	10
Cinq journées thématiques : structuration et objets	12
Qui participe ? Qui intervient ?.....	13
Chapitre 1 Santé au travail et organisation.....	17
Introduction.....	17
1.1. Les enjeux d'un pôle régional Santé-Travail : un premier aperçu du point de vue des participants	18
1.2. Sous-traitance et risques professionnels P. Bouffartigue et J-R. Pendaries, LEST),..	19
1.2.1. La sous-traitance : une zone majeure et obscure à la fois	20
1.2.2. Recherche « Action collective et précarité : le syndicalisme à l'épreuve »	22
1.2.3. Recherche « Représentations des relations travail-santé dans deux groupes socioprofessionnels : soignantes hospitalières et salariés de la sous-traitance pétrochimique »	25
1.3. Santé et Organisation du travail: le choix d'un mode d'action (C. Carmignani, ACT Med).....	32
1.3.1. La démarche générale	33
1.3.2. Un exemple d'action : le secteur de l'aide à domicile (2003-2009)	33
1.4. De très petites entreprises de l'hôtellerie-restauration et de la réparation automobile face aux normes de prévention des risques professionnels (E. Verdier, Lest)	38
Conclusion de la journée	43
Chapitre 2 Connaître et reconnaître de nouveaux risques.....	45
Introduction.....	45
2.1. La souffrance au travail (P. Roche, CEREQ)	45

2.2. Le Système d'Information Concret (M. Andéol, APCME).....	50
2.3. Différenciations sociales dans la construction de la perception des risques professionnels: Le cas des « risques psychosociaux » et des soignantes hospitalières (P. Bouffartigue, Lest).....	54
2.4. Quelles formations pour les représentants des salariés ? (R. Jean, Département d'ergologie, Université de Provence).....	62
Conclusion de la journée.....	64
Chapitre 3 Quels dispositifs de connaissances en vue de la prévention des maladies professionnelles ?	67
Introduction	67
3.1. Quels freins à la déclaration des maladies professionnelles : une enquête auprès des médecins généralistes, rhumatologues et pneumologues en région Provence Alpes Côte d'Azur ? (A. Viau, ORS PACA)	70
Problématiques	68
Méthodologie de l'étude	69
Principaux résultats et discussion	70
Conclusion.....	77
3.2. La surveillance des pathologies d'origine professionnelle en France : 2 exemples.82	
3.2.1. La veille sanitaire des risques professionnels à l'InVS (M. Valenty, InVS).....	82
3.2.2. Agrégat de cancers du rein dans une usine chimique : investigations épidémiologiques (Y. Iwatsubo, InVS).	83
3.2.3. Programme de surveillance des maladies à caractère professionnel en région PACA : résultats des Quinzaines MCP 2006 et 2007 (Y. Souares CIRE-Sud)	86
3.3. Peut-on caractériser les circonstances étiologiques des leucémies ? (F. Eisinger Centre Paoli Calmettes, Inserm)	92
Conclusion : synthèse de la journée (P. Mossé, Lest)	96
Chapitre 4 Normes et gouvernance de la santé au travail.....	99
Introduction.....	99
4.1. Les chartes en matière de santé au travail: l'expérience d'une charte de bonnes pratiques dans la radiographie industrielle (S. Mocaer DIRECCTE PACA, I. Sari-Minodier	

Faculté de Médecine de l'Université de la Méditerranée et N. Grolleau inspection du travail des BDR)	100
4.1.1. Quel positionnement de l'État ?.....	100
4.1.2. La charte de radiographie.....	101
4.1.3. Le suivi de la charte.....	105
4.2. Démarche de prévention par l'écoute: l'exemple de la charte signée avec le groupe Casino (G. Mougel, CRAM Sud-Est)	108
4.2.1. Historique	108
4.2.2. Objectifs et déroulement de la démarche.....	108
4.2.3. Démarche de prévention par l'écoute : bilan à date.....	110
4.3. Le Dialogue social face au paradigme épidémiologique en matière de santé au travail (E. Verdier, Lest).....	116
Conclusion de la journée.....	121
Chapitre 5. Les interactions entre santé et travail. Approches longitudinales	
Introduction.....	123
5.1. Trajectoires d'emploi après un cancer (B. Ventelou GREQAM).....	124
5.2. Suivi d'une pathologie indemnisable (C. Ha, InVS et F. Sillam, CIRE-Sud).....	130
5.2.1. Étude des facteurs associés au devenir professionnel après intervention chirurgicale pour un syndrome du canal carpien dans les Pays de la Loire.....	130
5.2.2. Le suivi du syndrome du canal carpien opéré dans les Bouches-du-Rhône..	134
5.3. Insertion professionnelle après un cancer : une démarche de suivi (F. Eisinger, Centre Paoli Calmettes, Inserm)	137
Conclusion générale	143
A Annexe Liste des Participants	151

Introduction générale

En premier lieu, il faut rappeler les motivations des « actions d'animation » que l'Agence Nationale de la Recherche (ANR) a entrepris de financer en lien avec les appels à projets thématiques qu'elle lance en direction de la communauté scientifique, en l'occurrence en matière de santé – travail, dans le cadre d'une convention passée avec d'une part, le Ministère de l'Emploi, de la Cohésion Sociale et du Logement (Direction générale du Travail) et d'autre part, le Ministère de l'Education Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche.

En effet, le premier Plan santé travail prévoit dans le cadre de l'axe « développer les connaissances en milieu professionnel » de « structurer et développer la recherche publique en santé et sécurité au travail » en soutenant la constitution de pôles scientifiques pluridisciplinaires dans le domaine santé-travail ». Ces derniers auront « pour objectifs de favoriser :

- la mobilisation des équipes (des universités, des organismes de recherche, des grandes écoles) travaillant dans le domaine, ou susceptibles de contribuer à l'accroissement des connaissances, et la collaboration entre les différents secteurs disciplinaires (sciences humaines et sociales, sciences de la vie, sciences physiques et chimiques, sciences pour l'ingénieur) ;
- la construction de synergies et le montage de projets de recherche concertés ;
- un état des lieux de la recherche ;
- la définition d'axes structurants ;
- la création de synergies entre les équipes et les différents organismes impliqués ;
- le montage de projets concertés ;
- le renforcement ou le développement de synergies avec les partenaires économiques ou institutionnels ».

Plus modestement, il s'est agi, dans le cadre de la présente action, de préfigurer ce que pourrait être un pôle de recherche Santé Travail en Provence – Alpes – Côte d'Azur (PACA). Cette action s'est organisée sur la base des acquis d'une trajectoire assez originale des dispositifs régionaux de santé au travail, d'une démarche collective et interactive et enfin d'une organisation thématique en journées d'études.

Démarche et méthode de travail

En préalable, il faut souligner que cette animation destinée à pré-figurer un éventuel pôle de recherche ne peut être dissociée du contexte socio-politique régional. En effet il donne son sens à la méthode qui a été mise en œuvre.

Un constat. L'action collective en santé-travail : une expérience régionale originale

En région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA), dès la fin des années quatre-vingt-dix, les enjeux politiques et épidémiologiques de la santé au travail ont conduit les acteurs publics et privés à mettre sur pied - inventer pourrait-on dire, des dispositifs institutionnels originaux. C'est particulièrement le cas avec la création de Réseaux de

Veille et de Prévention des Risques Professionnels (RVP) à compter de 1999, inscrits en 2000 dans le contrat de plan conclu par l'Etat et le Conseil régional. Ainsi avant même la sortie du Plan de Santé Publique (PSP) en 2004 puis du Plan santé Travail (PST) en 2005, de nombreux acteurs de cette région ont voulu mettre en commun les compétences existantes et développer des connaissances originales sur les risques professionnels (voir encadré ci-dessous) ; l'élaboration du 1^{er} plan régional sant travail (PRST) s'est d'ailleurs largement appuyée sur cette dynamique. Récemment, à l'automne 2008, le Comité Régional de Prévention des Risques Professionnels (CRPRP) a lancé deux groupes de travail, l'un vise à dresser un état des lieux sur les indicateurs de risques professionnels dans la région, tandis que l'autre s'attelle à recenser les actions collectives régionales en matière de santé au travail.

Encadré 1

Les Réseaux de veille et de prévention des risques professionnels : présentation des axes structurants dans le cadre du contrat de plan Etat-Région

5 axes thématiques définissent ces réseaux de veille :

- Transférer les compétences : informer et former
- Prévenir les cancers d'origine professionnelle
- Prévenir les atteintes de la santé liées aux facteurs psychosociaux liés au travail
- Evaluer les risques et gérer les informations relatives aux expositions
- Agir en entreprise

Chaque action de prévention est suivie par un « porteur » de projet et par la DRTEFP ; elle s'ancre sur un territoire. Tous ces projets forment les RVP. Deux moments de rassemblement ont eu lieu dans le cadre du contrat de plan : les Assises 2000, 2003 et 2006 (le contexte institutionnel ayant alors changé avec la nécessité de décliner le plan santé travail au niveau régional). La DRTEFP a organisé ces initiatives qui recouvraient chacune une vingtaine de manifestations, en partenariat avec les porteurs de projet. De facto ces journées semblent s'être attachées à rendre visibles les travaux réalisés plutôt qu'à sceller la mise en place d'un véritable collectif (voir les constats établis par le Conseil économique et social régional (CESR)).

Bien évidemment ces initiatives successives n'en rendaient que plus opportune une procédure de travail apte à favoriser une véritable réflexion collective de la part de partenaires hétérogènes au regard des disciplines scientifiques, des positionnements institutionnels et des types d'expertise à l'œuvre. C'est à ce prix que l'on pouvait espérer pré-figurer un éventuel pôle scientifique pluridisciplinaire santé-travail en PACA.

Une démarche exploratoire : quelques partis pris

Comme on le sait, que ce soit du point de vue des acteurs ou des règles, l'action publique en matière de santé-travail est en évolution rapide. En s'appuyant de façon privilégiée sur des travaux qui relèvent des sciences sociales (économie, sociologie, science

politique, gestion, droit ...), le parti pris proposé à l'ANR par l'équipe du LEST¹ a consisté à explorer les implications sociales, cognitives et épistémologiques de cette évolution : en quoi les changements qui affectent l'action publique et notamment ses référentiels engendrent ou appellent des évolutions dans la manière de penser les liens entre la sphère de la santé et celle du travail et de l'emploi ? En quoi les avancées scientifiques dans ce champ interpellent-ils les représentations, les référents et les modes d'intervention pratiques sur les risques professionnels et plus largement, sur la santé au travail ?

Dans cette perspective, afin de mobiliser les équipes engagées dans le domaine santé travail et de créer des synergies entre elles, l'équipe du LEST, avec l'accord préalable de la DRTEFP devenue DIRECCTE, du département « Prévention des risques professionnels » de la CRAM, de l'Observatoire régional de la santé (ORS) et de Act Méditerranée (antenne régionale de l'ANACT), a entrepris d'organiser un séminaire interdisciplinaire dont les conclusions visaient à éclairer les conditions de mise en place d'un pôle de recherche régional en santé travail. En quelque sorte, il s'agissait d'engager une démarche partagée entre différents types d'expertises – les unes issues de la recherche, les autres de l'action collective afin, à ce stade, de se doter d'un espace commun de réflexion, autrement dit, de mettre sur pied un forum de mise en débat de quelques enjeux clés en matière de santé-travail.

D'emblée, il a été convenu que l'origine et l'appartenance des participants et intervenants ne se limiteraient pas au monde de la recherche (publique) mais chercheraient à s'ouvrir à l'ensemble des expertises dont bénéficie la région (au sein des services de santé et sécurité au travail, de l'inspection du travail, du secteur associatif – par exemple l'Association pour la Prise en Charge des Maladies Eliminables etc ...).

Une structuration en journée d'études thématiques

Pour amorcer ce processus et à l'issue d'un premier inventaire, il avait semblé raisonnable de structurer, provisoirement, les réflexions autour de cinq enjeux principaux :

- 1 - Santé au travail et organisation
- 2 - Connaître et reconnaître de nouveaux risques.
- 3 - Quels dispositifs statistiques pour la prévention des risques ?
- 4 - Gouvernances territoriales de la santé au travail

¹ Paul Bouffartigue, Ekaterina Melnik (secrétariat scientifique), Philippe Mossé, Jean-René Pendariès, Michel Setbon et Eric Verdier (coordonnateur). Vifs remerciements à Jocelyne Martinière-Tesson (Lest), pour l'aide logistique apportée à ce projet ainsi qu'au Centre d'études et de recherches sur les qualifications (Céreq, Marseille) qui a bien voulu accueillir 4 des 5 séances de ce séminaire.

5 - Les normes en action : prescriptions, actions contractuelles et chartes

D'emblée, les échanges lors des premières séances ont conduit à faire évoluer l'organisation thématique du séminaire.

Une démarche interactive

Si l'équipe du LEST s'est initialement positionnée comme animateur et facilitateur de ce projet collectif, il a été d'emblée clairement affirmé que ce projet ne prendrait sens que si la démarche impliquait l'ensemble des participants dans le but d'élaborer collectivement des propositions susceptibles de préfigurer un pôle Régional de recherche Santé-travail. Ainsi la 1^{ère} journée du séminaire a certes été focalisée sur la thématique annoncée, à savoir les liens entre organisation et santé au travail (cf. plus bas), mais sa première séquence a été consacrée aux conditions dans lesquelles allaient se dérouler ce séminaire sur deux volets : le processus de travail collectif et le programme à venir.

Dans cette perspective, à l'issue de chaque journée d'études, un document de synthèse fournit un compte rendu des débats et des propositions sachant qu'il est appelé à évoluer en fonction des réactions, critiques et approfondissements formulées par les participants. Une liste de diffusion et la page Web du séminaire (hébergée sur le site du Lest²) sont là pour faciliter les échanges, en aval et en amont de chaque séance. Il faut bien reconnaître qu'entre autres raisons, les contraintes de temps font que ces échanges sont restés limités et qu'en réalité, l'élaboration des synthèses thématiques est restée confinée, pour l'essentiel au sein de l'équipe du Lest.

Il n'en demeure pas moins que dès la 1^{ère} séance, les échanges autour des thématiques santé – travail portées par les uns et les autres et susceptibles de nourrir le contenu ultérieur du séminaire se sont révélées riches d'enseignement. C'est ainsi que trois points sont clairement ressortis comme suffisamment importants pour motiver une évolution du contenu initialement prévu des cinq journées d'études (voir le chapitre 1 pour plus de précisions) :

- Trajectoires et santé au travail : le suivi longitudinal des individus et (secondairement) des entreprises ;
- La transmission des connaissances en santé au travail et la formation des acteurs
- L'identification de « cibles privilégiées » en matière de prévention des risques ou, dit en d'autres termes, comment se déterminent (ou s'évitent) socialement ces cibles ?

² http://www.lest.cnrs.fr/rubrique.php3?id_rubrique=254

Contenus et déroulement des premières journées d'études

Si le contenu des séances a évolué pour tenir compte des enseignements issus des premières étapes, le principe originel consistant à s'appuyer sur la confrontation de plusieurs types d'expertises a été tenu : la présentation et la discussion des travaux se sont ainsi efforcés d'associer des intervenants d'origines disciplinaires et institutionnelles variées. On notera que progressivement s'est opéré un double processus de diversification : moindre poids des chercheurs du Lest parmi les intervenants au profit de chercheurs et d'experts d'obédiences variées ; place croissante prise par les sciences médicales et épidémiologiques.

5 journées thématiques : structuration et objets

Tout au long du processus, les exposés des motifs, afin de favoriser l'appropriation collective de la démarche, la présentation transversale des journées d'études, les résumés des contributions et les synthèses des présentations et débats ont été téléchargeables sur le site dédié à cette action d'animation.

1. Santé et organisation, le 13 février 2009, Marseille

- Paul Bouffartigue et Jean-René Pendaries (sociologues, Cnrs, LEST, Aix en Provence) *Sous-traitance et risques professionnels.*

Discutant : Michel Coste (Coordination CHSCT-CGT Golfe de Fos).

- Christine Carmignani (ACT Méditerranée, ANACT) *Prévention et organisation : quel modèle d'intervention dans les entreprises ?*

Discutant : Philippe Mossé (économiste, Cnrs, LEST)

- Eric Verdier (sociologue, Cnrs, LEST) *Les petites entreprises face aux risques professionnels*

Discutant : Pierre Roche (sociologue, Centre d'Etudes et de Recherches sur les Qualifications, Marseille).

2. Connaître et reconnaître de nouveaux risques, le 7 avril 2009, Aix en Provence

- Pierre Roche (sociologue, CEREQ), *Approches sociologiques de la souffrance au travail*

Discutant : Philippe Mossé (économiste, Cnrs, LEST).

- Dr Marc Andéol (Association pour la Prise en Charge des Maladies Eliminables – APCME -) *Le Système d'Information Concret*

Discutant : Jean-René Pendaries (sociologue, Cnrs, LEST).

- Paul Bouffartigue (sociologue, Cnrs, LEST) *La construction de la perception des risques en milieu professionnel*

Discutante : Dr Irène Sari-Minodier (Service de Médecine et Santé au Travail, Laboratoire de Biogénotoxicologie - EA 1784 -, CHU de Marseille)

- Rémy Jean (Département d'ergologie, Université de Provence) *Quelles formations pour la représentation des salariés dans l'entreprise ?*

Discutant : Eric Verdier (sociologue, Cnrs, LEST)

3. Dispositifs d'enquêtes et prévention des risques professionnels, le 29 juin 2009, Marseille

- Dr Alain Viau (Observatoire Régional de la Santé – ORS -) *Freins à la déclaration de maladies professionnelles : une étude auprès des médecins de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur.*

Discutant : Robert Tchobanian (économiste, Cnrs, LEST).

- Yvan Souares (Cellule interrégionale d'épidémiologie, CIRE-Sud), Madeleine Valenty (InVS), Yuriko Iwatsubo (InVS) *La surveillance des pathologies d'origine professionnelle en France, deux exemples : 1. Les maladies à caractère professionnel en région Paca. 2. Agrégat de cancers du rein dans une usine chimique : investigations épidémiologiques.*

Discutant : Michel Setbon (sociologue, Cnrs, LEST)

- Dr François Eisinger (Institut Paoli-Calmettes, Inserm U.379, Marseille) *Peut-on caractériser les circonstances étiologiques des leucémies ?*

Discutant : Bruno Ventelou (économiste, ORS, GREQAM et Cnrs, Marseille).

4. Normes et gouvernance de la santé au travail, le 13 Octobre 2009, Marseille

- Sandrine Mocaer (Direccte PACA), Irène Sari-Minodier (Faculté de Médecine, Université de la Méditerranée) et Nicole Grolleau (Inspection du travail des Bouches du Rhône) *Les chartes en matière de santé au travail : l'exemple de la radiographie industrielle*

et Gérard Mougel (Département de prévention des risques professionnels, CRAM Sud-Est) *Prévention et management : l'exemple de la charte signée avec le groupe Casino*

Discutantes : Nathalie Louit-Martinod (juriste, Université de la Méditerranée, LEST) et Isabelle Schokaert (juriste, Institut Régional du Travail, LEST).

- Eric Verdier (sociologue, Cnrs, LEST) *La gouvernance territoriale des risques professionnels*

Discutante : Elvire Bornand (sociologue, IUT d'Aix-en-Provence, Laboratoire méditerranéen de sociologie – LAMES -).

5. Les interactions entre santé et travail : approches longitudinales, le 23 février 2010, Marseille

- Dr. Catherine Ha (Département Santé Travail, InVS) et Dr. Franck Sillam (CIRE-Sud) *Suivi d'une pathologie indemnisable dans les Pays de la Loire et le département des Bouches-du-Rhône.*

Discutant : Philippe Mossé (économiste, Cnrs, LEST)

- Bruno Ventelou (GREQAM, CNRS et Observatoire Régional de la Santé) *Trajectoires d'emploi après un cancer.*

Discutant : Marc Souville (psychologue, Département de Psychologie sociale et du travail de l'Université de Provence, Laboratoire de Psychologie Sociale, Aix en Provence)

- Dr. François Eisinger (Inserm U.379 et Institut Paoli Calmettes, Marseille) et Didier Blanckaert (Groupement Interprofessionnel Médico-Social – GIMS -, Marseille) *Insertion professionnelle après un cancer : une démarche de suivi.*

Discutant : Pierre Roche (sociologue, Céreq, Marseille)

Qui participe ? Qui intervient ?

La liste de diffusion du pôle a compté une bonne soixantaine de personnes. Le graphique 1 présente la répartition des participants inscrits sur la liste de diffusion selon les champs disciplinaires (pour les chercheurs et enseignants-chercheurs) et/ou selon les appartenances institutionnelles pour les autres membres.

La quasi-totalité des (enseignants)-chercheurs provient des Universités de la Méditerranée et de Provence, du Cnrs et de l'Inserm. Les laboratoires représentés sont souvent des UMR (LEST - Cnrs et Universités d'Aix-Marseille I et II ; LPED - Laboratoire Population Environnement Développement, IRD et Université d'Aix-Marseille I - ; Unité Inserm 379 « Epidémiologie & Sciences Sociales Appliquées à l'innovation Médicale », GREQAM - Cnrs, EHESS et Universités d'Aix-Marseille II et III - ...) mais aussi des équipes d'accueil comme le Laboratoire de Biogénotoxicologie - EA 1784 - du CHU de Marseille. Ont également été très présents des chercheurs et des universitaires membres d'instances d'interface 1. entre la formation et la recherche (département Ergologie de l'Université de Provence, Institut régional du travail) 2. entre la recherche, les études et la statistique (Cire-Sud et Institut National de la Veille Sanitaire, Observatoire Régional de la Santé, Centre d'études et de recherches sur les qualifications).

Une 3^{ème} composante de participants est issue d'institutions de régulation et d'expertises (notamment Inspection du travail – Direccte ex-DRTEFP -, Act Méditerranée - ANACT -, département Prévention des risques professionnels de la CRAM Sud-Est).

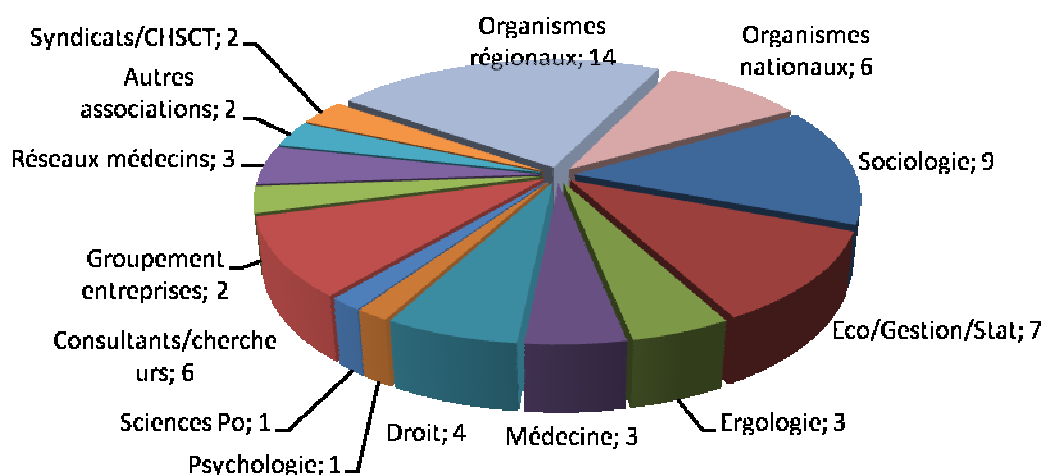
Enfin au titre des acteurs collectifs protagonistes sur le « terrain » de la santé au travail, citons l'APCME (association pour la prise en charge des maladies éliminables créée en 2000 par un réseau de généralistes), des représentants syndicaux de Comités d'hygiène

et de sécurité de grandes entreprises (Golfe de Fos et CEA-Cadarache), le Gims (Groupement interprofessionnel médico-social) ...

Les informations présentées dans les graphiques qui suivent doivent être interprétées avec prudence, en raison des multiples appartenances des intervenants, du fait que les travaux présentés sont souvent produits en collaboration entre différentes instances (enseignement-recherche, institutions de la santé au travail, professionnels) et enfin relèvent de recherches pluridisciplinaires. Aussi ces graphiques ne donnent qu'une représentation approximative des acteurs actuellement engagés dans cette action d'animation. Au total, le graphique 1 concerne 63 personnes ayant participé au moins une fois à la réunion du pôle. La liste de diffusion a contenu près de 80 personnes mais certaines d'entre elles n'ont pas pu assister aux réunions, malgré l'intérêt manifesté vis-à-vis de la démarche.

Graphique 1

Répartition des participants inscrits sur la liste de diffusion selon leur appartenance au champ disciplinaire ou institutionnel



La rubrique « organismes régionaux » regroupe les représentants de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie (CRAM Sud-Est), la DRTEFP, l'Act Méditerranée, le Conseil Régional, le Cire-Sud (attaché à l'Institut National de la Veille Sanitaire, InVS) et l'Observatoire Régional des Métiers.³

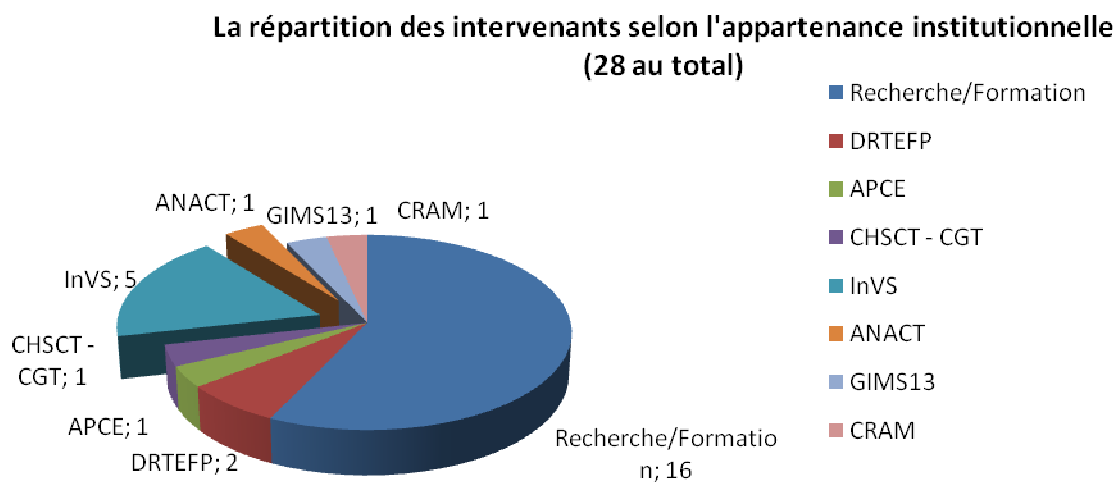
Dans la rubrique « organismes nationaux » nous avons regroupé les représentants de l'InVS et de l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT).

³ Les représentants de l'Observatoire Régional de Santé sont classés en tant que chercheurs.

Chacune des cinq journées de travail a réuni plus de la moitié des membres « actifs » inscrits sur la liste de diffusion (soit plus d'une trentaine sur 63). Le taux de recouvrement intervenants/participants s'élève à près de 44 % pour l'ensemble des journées de travail. En d'autres termes, plus d'un tiers des participants sont intervenus pour présenter leur travail et/ou pour jouer le rôle de discutant.

La répartition des intervenants (les discutants étant compris, soit près d'une trentaine de personnes) selon leur appartenance institutionnelle est présentée dans le graphique 2.

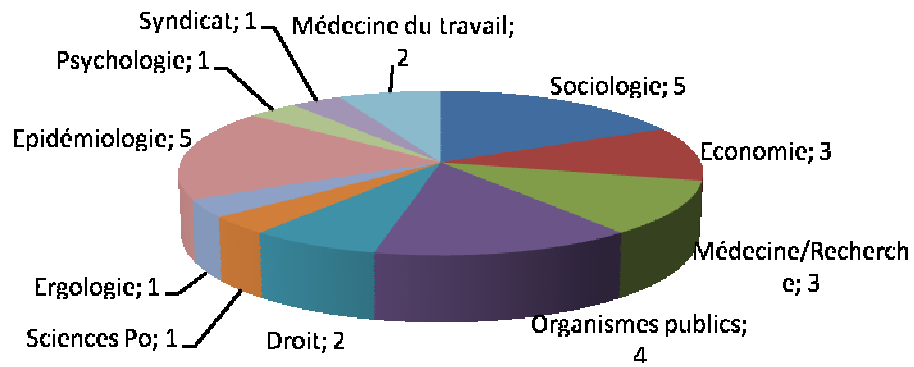
Graphique 2



Le graphique 3 détaille la répartition des intervenants (plus d'une vingtaine de personnes) selon les champs disciplinaires avec dans certains cas, des doubles appartenances réduites à une seule affiliation (par exemple, les intervenants de l'InVS affectés à l'«épidémiologie»).

Graphique 3

La répartition des intervenants selon le champ disciplinaire ou institutionnel (28 au total)



Chapitre 1

Santé au travail et organisation

Introduction⁴

Cette journée a réuni plus d'une trentaine de personnes venant d'horizons diversifiés : des chercheurs (en sociologie, gestion, ergonomie, médecine, science politique), des professionnels (médecins du travail, psychologues, épidémiologistes), mais aussi des institutionnels (DRTEFP, Act Méditerranée).

Bien que l'équipe du LEST se positionne comme animateur et facilitateur du projet, la démarche ne pouvait prendre sens qu'avec l'implication de toutes les participants. Il s'agit ici d'une démarche collective mettant en synergie la recherche académique, la recherche-action et d'autres types d'expertises dans le but de produire une connaissance commune et d'élaborer des propositions à soumettre à l'ANR et aux instances régionales en vue de la création du Pôle Régional Santé-travail.

Comme le prévoit la convention conclue avec l'ANR, dans un premier temps, il s'agit d'organiser cinq journées thématiques (dont celle-ci). A l'issue de chaque journée, un document de synthèse fournit un compte rendu des débats et des propositions. Un outil collaboratif, ainsi que la page Web du Pôle, permettront de faciliter les échanges entre des points de vue alternatifs, en aval et en amont de chaque séance. Les thématiques et l'ordre du jour des séances ultérieures gagneraient à être précisées en tenant compte de ces échanges.

⁴ La présentation de la démarche est consultable sur le site du projet à l'adresse suivante:
http://www.lest.cnrs.fr/IMG/pdf/Presentation_generale.pdf

1.1. Les enjeux d'un pôle régional Santé-Travail : un premier aperçu de la diversité des points de vue

Le tour de table des participants a permis d'établir un premier aperçu des préoccupations des différents acteurs, mais également de rendre compte de la diversité des attentes vis-à-vis du projet.

Ainsi, les problématiques auxquelles des réponses pourraient être apportées grâce à un dialogue multi-niveaux dans le cadre d'un pôle régional Santé-Travail, peuvent être regroupées en plusieurs catégories non exclusives comme suit:

Le travail comme facteur de la santé:

- Connaissance et reconnaissance des maladies et des risques professionnels à tous les niveaux (médecins de travail, collectifs, patronat, institutions).
- Caractérisation des risques et des individus en situation de risque : l'environnement dans lequel les individus évoluent, analyse du travail et des itinéraires professionnels, les différentes formes de souffrance.
- Trajectoires professionnelles et perceptions des risques.

La santé au travail et le dialogue social

- Les syndicats et collectifs : la santé comme vecteur de « production des collectifs », la question de l'identité professionnelle (facteur de prise de risque, ex. « virilité » chez les ouvriers, mais aussi facteur de réduction de certaines formes de souffrance au travail - ex. vis à vis de l'isolement dans le secteur des services aux particuliers).
- Le dialogue social au sens large (médecins de travail, syndicats, patronat, élus locaux, riverains).

Les différents axes de l'action publique

- Accompagnement des acteurs pour la prévention des risques professionnels (aux niveaux des organisations et des individus),
- Connaissance et reconnaissance des risques professionnels au travers des enquêtes et autres sources de données (les déclarations des maladies professionnelles, tableaux de bord.)
- Sensibilisation du corps médical vis à vis des risques de sous-déclarations des maladies professionnelles: le niveau actuel des déclarations des pathologies professionnelles tendrait-il à sous-estimer le phénomène? Ex: deux tiers des médecins

ne conseillent pas de déclarer les cancers de poumons liés à l'amiante si le patient est fumeur.

- Capitalisation des connaissances communes, transmission des connaissances et de l'expertise: élaboration et usages des indicateurs.
- « Faire remonter » les différentes expertises des acteurs vers les acteurs institutionnels, mais aussi « faire remonter » les problématiques spécifiques aux institutions vers les acteurs.
- Formation des professionnels de la santé au travail.

Des préoccupations d'ordre essentiellement médical

- La détermination et élimination des facteurs nocifs.
- Déterminer la part du « professionnel » dans une maladie ou encore Comment identifier, dans la durée, les lieux de travail où se sont produites les atteintes à la santé, notamment chez salariés des sous-traitants ou de l'intérim (ainsi les cancers sont généralement affectés aux entreprises qui salarient la personne donc à l'employeur d'un point de vue juridique, de ce fait une grande partie des cas est affectée du point de vue de l'assurance sociale à des personnes morales bien distinctes des entreprises responsables des lieux et des organisations qui ont provoqué les lésions).⁵

La santé comme facteur de l'efficacité économique

Comment rendre compte du lien entre la santé au travail et l'efficacité économique, sans pour autant subordonner la question de la santé aux seuls objectifs économiques ?

A l'issue d'un tour de table des participants, le séminaire s'est poursuivi avec les trois présentations programmées.

1.2. Sous-traitance et risques professionnels (J-R. Pendaries et P. Bouffartigue, Cnrs, LEST)

Dans un premier temps, Jean-René Pendaries présente deux travaux d'une équipe du LEST consacrés à la relation organisation et santé au travail. Bien que ces études ne

⁵ Une question qui n'a pas été abordée durant cette journée d'étude, mais qui était mentionnée dans le programme prévisionnel : la santé au travail du point de vue des normes juridiques. L'intérêt pourrait être de confronter sur ce registre normatif les points de vue médical et juridique.

s'intéressent pas exclusivement à la sous-traitance, elles mettent en exergue les problèmes associés à ce mode d'organisation industrielle⁶.

1.2.1. La sous-traitance : une zone à la fois majeure et obscure

L'importance du sujet de la sous-traitance est liée d'une part au poids de cette activité sur le marché du travail, notamment dans l'industrie de pétrochimie à partir des années 1980, et d'autre part à l'absence de données statistiques systématiques et fiables permettant de mettre en relation problèmes de santé au travail et situations de sous-traitance.

Le site de l'Etang de Berre compte près de 6000 personnes actives, soit 40% des salariés de la zone d'emploi, sans tenir compte des pics d'activités. On pourrait donc estimer qu'au minimum 40 % des enjeux de santé au travail se situent du côté de la sous-traitance. Cependant, des études disponibles montrent que la sous-traitance pèse manifestement plus lourd vis à vis des enjeux de santé-sécurité au travail que dans les effectifs salariés. Dans le secteur nucléaire, les salariés sous-traitants supportent 80% de l'exposition collective annuelle à la radio-activité (Doniol-Shaw et al. 1995, 1998, Thébaud-Mony A. 2000) et leur exposition mensuelle est 8 à 15 fois supérieure à celle des salariés EDF. Sur les sites pétrochimiques, le nombre d'accidents de travail déclarés par les entreprises sous-traitantes est supérieur de 87% à celui des donneurs d'ordres (DRTEFP-PACA, 1983) et la fréquence des accidents avec arrêt est 7,2 fois plus forte chez les salariés sous-traitants (Fernandez A., Jean R., 1995). Il faudrait ajouter à ces enquêtes, les études européennes, nationales et locales concernant les salariés intérimaires qui sont, pour l'essentiel, recrutés par les entreprises sous-traitantes (c'est particulièrement vrai pour la zone de l'Etang de Berre ⁷).

On note par ailleurs que ces études ne concernent que très rarement les maladies professionnelles et généralement, ne tiennent pas compte des phénomènes de sous-déclaration. Enfin, il ressort clairement de ces enquêtes que la sous-traitance est

⁶ Le résumé détaillé de cette intervention est consultable sur internet à l'adresse suivante:
http://www.lest.cnrs.fr/IMG/pdf/Pendaries_Bouffartigue.pdf

⁷ Cf. notamment KORNIG C., REVEST C., VAYSIERE J.-L. (2007). La prévention des risques professionnels des salariés intérimaires dans les industries de l'Etang de Berre et Fos-sur-Mer, Etude menée pour le DRTEFP PACA et la DDTEFP des Bouches-du-Rhône, Christian Revest Conseil, sept.

globalement associée à une dégradation de la situation des salariés en matière d'expositions professionnelles, d'accidents de travail et de maladies professionnelles.

La sous-traitance aggrave les problèmes généraux de la mesure statistique en matière de santé au travail. C'est lié d'une part à la mobilité de l'emploi et à la précarité des statuts, qui sont particulièrement fortes dans la sous-traitance et qui rendent difficile le suivi des salariés. En outre ces difficultés tiennent à la diversité et à l'instabilité des lieux de travail, ce qui rend quasi-impossible la traçabilité des expositions importante notamment en matière de maladies professionnelles. Enfin à cela, se rajoutent les phénomènes de sous-déclarations des accidents de travail et des maladies professionnelles.

Ce manque de données fiables ne pose pas seulement des problèmes de description de la situation. Il entrave également la mise au point d'une identification fiable des causes et l'analyse des processus susceptibles d'expliquer cette situation. Quels types de causalités sont à l'œuvre pour rendre compte de la sur-exposition professionnelle ?

A la lecture des différentes études sur la question, il apparaît en effet que plusieurs registres de causalités peuvent être invoqués :

1. Les stratégies d'entreprises (externalisation des travaux les plus dangereux et les plus pénibles, pressions des donneurs d'ordre en matière de rentabilité, brouillage en cascade des responsabilités des différents employeurs etc),
2. Les situations de travail et d'emploi des salariés (précarité des statuts ou de l'entreprise, instabilité des situations de travail),
3. Les services de santé au travail peinent à développer une véritable connaissance des postes de travail et des expositions tandis que les services de l'Etat ont du mal à opérationnaliser le dispositif de sanction...),
4. Les formes de représentation collective des salariés (affaiblissement des capacités d'expertise, d'intervention et de négociation collective ...)

L'absence de données statistiques complètes et fiables sur le secteur ainsi que le manque d'études approfondies prenant en compte la diversité des situations de sous-traitance entravent l'établissement d'une hiérarchisation des causes de cette sur-exposition : il est

difficile d'en démêler l'écheveau et d'en évaluer les effets respectifs dans les différents contextes rencontrés. Cela prive également l'action publique des moyens d'expertise lui permettant de cibler ses interventions et d'ajuster ses priorités en fonction de la variété des contextes et des acteurs.

Les enjeux relatifs à la santé au travail en situation de sous-traitance pèsent donc de manière particulièrement aiguë sur la question des dispositifs à concevoir et à mettre en œuvre, tant en termes de système d'information statistique que d'études empiriques, afin qu'ils soient à même de fournir aux acteurs et aux chercheurs intervenant dans ce domaine des données fiables et ajustées à une réalité à la fois obscure, complexe, diversifiée et très évolutive.

Les recherches du LEST dans ce domaine apportent des éléments sur le rapport entre les modes d'organisation et la santé au travail. Dans la première étude, il s'agit de s'intéresser en particulier aux formes de gouvernance locale dépassant les limites de l'entreprise. La deuxième étude est plus explicitement centrée sur la santé au travail des deux groupes socioprofessionnels sexués: les sous-traitants de l'industrie pétrochimique de la zone de l'Etang de Berre (hommes) et les infirmières aides soignantes du CHU de Marseille (femmes).

1.2.2. Recherche « Action collective et précarité : le syndicalisme à l'épreuve »⁸

Objet : étude des formes de mobilisation collective développées dans différentes situations de précarité professionnelle.

Terrains d'enquête : La Poste (Marseille), la Pétrochimie (Etang de Berre), la Restauration rapide (Région parisienne).

Méthodes : analyse documentaire, entretiens d'une cinquantaine de responsables, élus et militants syndicaux, observation-participante lors de mouvements (restauration rapide), « groupes de parole » (postiers précaires).

⁸ Contrat DARES, LEST, mars 2007, 200 p.

Cette recherche a permis d'établir plusieurs constats relatifs aux aspects de la représentation des travailleurs précaires et la santé. On observe notamment que la précarité en situation de sous-traitance (« précarité sous-traitée ») articule trois dimensions, à savoir précarisation de l'emploi (précarité des statuts, des contrats, voire de l'entreprise), précarisation du travail (instabilité des lieux et des collectifs, enchaînement des « chantiers » et des « missions », pression sur les horaires et les rythmes de travail etc) et enfin, précarisation des formes et instances de représentation collective (isolement géographique et social, segmentation, affaiblissement ou absence des organisations syndicales et des IRP).

De plus, l'étude a révélé la place centrale prise par les questions de santé-sécurité au travail dans les tentatives des syndicats CGT de la zone de reconstruire des solidarités au-delà des aspects introduits par la relation de sous-traitance. Les stratégies adoptées dans ce domaine prennent plusieurs formes. Outre celles, classiques, du *syndicalisme d'entreprise* (qui se heurtent aux difficultés bien connues de l'implantation syndicale dans les petites entreprises, et qui sont ici aggravées par l'éparpillement des salariés sur plusieurs sites), on en retiendra deux, le syndicalisme de site et le syndicalisme de zone.

Le syndicalisme de site vise à sortir les risques professionnels et les atteintes à la santé des salariés sous-traitants de l'invisibilité qui caractérise la « santé sous-traitée » et à rapprocher les conditions de sécurité-santé de tous les salariés intervenant sur le même site, indépendamment de leurs contrats de travail et de leurs employeurs (mot d'ordre « un site, un statut »). Le syndicalisme de site peut s'appuyer sur le soutien du syndicat organique aux salariés extérieurs à l'établissement donneur d'ordre, sur l'élargissement de la compétence des élus CHSCT, du donneur d'ordres à l'ensemble des salariés et des ateliers présents sur le site et enfin, sur une mise en cause de la responsabilité du donneur d'ordres pour tout ce qui touche à la sécurité-santé sur son site. Cette approche consiste donc à « sortir de l'entreprise » et à considérer le site industriel comme étant une entité pertinente pour l'alimentation du diagnostic et de l'action en matière de santé-sécurité.

Le syndicalisme de zone, dépasse les limites du site industriel et tend à réactiver l'approche interprofessionnelle, intersectorielle et territoriale portée, dès l'origine du mouvement ouvrier (« Bourses du travail »), par les Unions locales. Elle se concrétise

localement par la création en 2002 de la Coopération CHSCT de la zone de Fos, à l'initiative des élus CGT aux CHSCT des grands donneurs d'ordres et des sous-traitants syndicalement organisés de la zone de Fos (a priori, tous secteurs industriels confondus), et avec l'appui politique et matériel de l'Union locale CGT de Fos.

Comme son nom l'indique, l'objectif de cette « coopération » est de développer l'échange de savoirs et de pratiques syndicales locales en matière de santé-sécurité, d'élaborer un diagnostic global et une culture partagée sur ces questions, et d'aider à la convergence des stratégies des syndicats d'entreprises. De ce point de vue, elle prolonge la démarche du syndicalisme de site, mais s'en distingue aussi par une revendication de l'extension du principe de « CHSCT élargi » à l'ensemble des sites industriels recourant à la sous-traitance, y compris hors secteurs Seveso.

De plus, étant conçue hors entreprises et hors sites, cette structure tend à affranchir la confrontation des approches syndicales des rapports locaux de domination donneur d'ordres/sous-traitants qui pèsent de fait sur le syndicalisme de site (où le risque est toujours présent d'imposer aux salariés sous-traitants du site l'expertise et la problématique santé-sécurité propres au donneur d'ordres local). La dynamique de cette démarche l'amène à élargir et articuler les enjeux de santé au travail à ceux de la santé publique (collaborations avec un réseau de médecins mobilisés sur la question des maladies professionnelles) et d'environnement (implication dans l'opposition à l'incinérateur de déchets implanté sur le territoire de Fos).

Ces démarches « de site » et « de zone » restent fragiles et se heurtent à une multitude d'obstacles parmi lesquels on peut noter les difficultés traditionnelles du syndicalisme en direction des petites entreprises et du salariat isolé, le poids d'un syndicalisme professionnel et d'un modèle de négociation salariale centré sur l'entreprise et la branche, et enfin, la prégnance du système national de santé au travail dominé par la logique de la « réparation » au détriment de celui de la « prévention ». Reste qu'elles sont, chacune à leur manière, porteuses d'une démarche qui prône *la transgression des clivages juridiques, conventionnels et statutaires que la sous-traitance multiplie sur les sites industriels.*

Cette étude pourrait être prolongée par un suivi de ces initiatives et élargie à d'autres expériences syndicales. Dans la deuxième recherche, il s'agit d'étudier, de manière plus explicite, les représentations des liens santé-travail par deux groupes socioprofessionnels distincts.

1.2.3. Recherche « Représentations des relations travail-santé dans deux groupes socioprofessionnels : soignantes hospitalières et salariés de la sous-traitance pétrochimique »⁹

Objet :

- étude des représentations des relations travail-santé de deux catégories de salariés opposés par le genre (féminin/masculin) et les conditions de travail et d'emploi (santé publique/sous-traitance industrielle)
- confrontation entre démarches quantitative (enquête par questionnaires) et qualitative (enquête par entretiens)

Terrains d'enquête :

- exploitation secondaire de la base de données de l'enquête nationale SUMER 2002-2003
- enquête auprès des Infirmières et Aides-soignantes d'un CHU de Marseille et des salariés (Ouvriers, Agents de maîtrise et Techniciens) de la sous-traitance pétrochimique de l'Etang de Berre

Méthodes :

- Analyse statistique des données de l'enquête SUMER
- 239 questionnaires passés auprès des salariés :
 - 137 en CHU : questionnaires diffusés dans les services
 - 102 dans des entreprises de la sous-traitance : questionnaires remplis en face à face au Service de santé de Martigues
- 41 entretiens approfondis avec les salariés (22 CHU et 19 sous-traitance)

Les principaux résultats de la recherche sont résumés ci-dessous.

⁹ « De l'enquête SUMER à une enquête originale en PACA » (contrat DARES, LEST, septembre 2008, 300 p.)

Les principaux résultats

1. Une perception des risques encourus très nette, ... mais sans illusions

La comparaison avec les soignantes du CHU, a montré clairement le cumul de précarités et d'instabilités propre à la sous-traitance. Comme on pouvait s'y attendre, la représentation que se font les salariés sous-traitants des expositions professionnelles auxquelles ils ont affaire est très marquée par les risques de nature physique et chimique. Ainsi 90% des sous-traitants interrogés déclarent être exposés aux risques chimiques et 88% aux risques d'accidents graves.

Cette situation s'accompagne d'une perception claire des risques encourus de la part des salariés (pour soi-même et autrui), du sentiment très majoritaire d'avoir été formé à la prévention de ces risques et enfin d'un respect systématique des règles et consignes de sécurité.

Si l'on ajoute à cela que plus du quart des salariés enquêtés déclarent avoir (au moins une fois dans leur vie professionnelle), exercé leur « droit de retrait » pour raisons de sécurité, on aboutit à l'image d'un univers professionnel où la santé est fortement exposée, mais dans lequel les salariés ont le sentiment de disposer d'un degré significatif de maîtrise personnelle sur les risques. Les entretiens menés avec ces salariés conduisent néanmoins à moduler cette représentation.

On constate ainsi que les réponses « *oui* » à la question concernant la formation¹⁰ réfèrent le plus souvent aux prospectus et aux mini-séances réglementaires d'information que tout donneur d'ordre doit délivrer à tout salarié intervenant sur son site.

De même, le fait de déclarer « *avoir une bonne connaissance* » des risques n'empêche pas nombre de salariés d'ajouter, lorsque de l'entretien détaille les situations concrètes de travail : « *oui, mais on ne nous dit pas tout* ». En clair, c'est une chose d'être informé des risques liés à certaines expositions ; c'en est une toute autre que de connaître la

¹⁰ La question était libellée ainsi : « avez-vous bénéficié de formations concernant les risques qui peuvent être liés à votre travail ? »

réalité des expositions effectivement subies et de leurs effets en termes de santé. Sur ce dernier point, les salariés ne se font le plus souvent guère d'illusions.

2. Une évaluation ambivalente des atteintes du travail à la santé

Selon l'enquête, plus de la moitié des salariés sous-traitants considèrent avoir eu au moins un accident et/ ou une maladie liée au travail (y compris ceux n'ayant pas été déclarés et reconnus comme professionnels) et les 2/3 considèrent que plus de la moitié des problèmes de santé qu'ils éprouvent sont également liés au travail¹¹.

En même temps, on constate que les sous-traitants considérant leur travail comme « fatigant » ou « stressant » sont finalement minoritaires (contrairement aux soignantes).

Plus encore, leur évaluation de l'influence de leur travail sur leur santé est à la fois très « tranchée » (presque aucun d'entre eux « *ne se prononce pas* ») et majoritairement positive, surtout pour la santé psychique (et en tout cas, très nettement plus positive que les soignantes);

Ces écarts entre, d'un côté, une conscience claire des risques encourus et des atteintes fréquentes à la santé, et de l'autre, une évaluation somme toute très modérée de leurs effets délétères sur l'état de santé global, pourraient être interprétés comme étant le signe d'« incohérences » dans les déclarations, voire d'une simple « méconnaissance » des effets du travail sur la santé.

Ce point appelle néanmoins quelques remarques. Il faut d'abord noter que les questions sur l'expérience de situations néfastes pour la santé, le refus de postes trop risqués, ainsi que les accidents, maladies et problèmes de santé portaient sur l'ensemble de l'expérience professionnelle, alors que celle sur l'influence du travail sur la santé ne concernait explicitement que le travail actuel. Or les réponses à une autre question nous apprennent par ailleurs, que 30,7% des sous-traitants estiment que leurs conditions de travail se sont améliorées « *ces dernières années* » (contre 11,7% seulement des soignantes), cette amélioration renvoyant le plus souvent au mélange d'effets structurels

¹¹ Le questionnaire demandait au salarié de lister leurs problèmes de santé et, pour chacun d'eux, de dire s'il le considérait comme étant « *provoqué ou aggravé par le travail* »

(meilleure prise en compte des questions de santé-sécurité sur les sites) et d'effets de trajectoires personnelles (évolutions de carrières vers des postes ou des métiers moins exposés). Ceci pourrait donc expliquer cela, au moins en partie. Au-delà, le sens qui est donné à ces réponses au cours des entretiens, nous incite à être attentif au fait que les représentations qu'un salarié se fait de la santé au travail se construisent sur toute la durée d'une biographie personnelle et professionnelle et sont donc toujours, à un moment donné, une sorte de « condensé » nécessairement ambivalent, voire instable, que l'on saisit très mal à travers les réponses à un jeu de questions fermées.

Les entretiens montrent par ailleurs que plusieurs facteurs, souvent entre-mêlés, peuvent conduire le salarié à « positiver » sa perception des relations entre travail et santé et son évaluation des effets du premier sur la seconde. On retiendra notamment :

- la précarité qui, poussant à valoriser le fait d'avoir un emploi, pousse aussi à en minimiser les effets délétères, voire à faire entrer les risques encourus dans la négociation du salaire (« primes de risques », « salaire de la peur », ...)
- la banalisation-naturalisation des risques et atteintes professionnels considérés comme parties « fatalement » intégrantes du métier, et qui ne sont de toute façon guère plus flagrants ou graves que ceux liés à l'environnement (la pollution générale de l'Etang de Berre est souvent évoquée), ou aux modes de vie personnels (alcool, tabac, activités sportives, hygiène de vie, ...)
- le « virilisme », qui valorise l'affrontement aux risques et les « métiers d'homme » que l'on ne peut exercer sans en accepter les nuisances et dans lequel on ne peut de toute façon pas « tenir » en refusant les duretés.
- le « professionnalisme », pour lequel la connaissance et la capacité à affronter et à gérer le risque font parties intégrantes de la qualification et de l'identité professionnelles : ne pas avoir peur des dangers, savoir les anticiper, ne pas avoir d'accident, organiser son travail de sorte à en limiter les effets sur la santé, ... caractérise le « bon professionnel ».

Tout ceci conduit à considérer que l'ambivalence des représentations des salariés en matière de santé au travail est profondément inscrite dans l'ambivalence de leurs rapports au travail.

Les entretiens menés auprès des salariés ont permis de préciser les dimensions relatives aux activités de travail et de la façon dont les enjeux de santé y sont présentés et gérés par les salariés, de la façon dont ils y opèrent, des normes qu'ils y appliquent, et des valeurs qu'ils y investissent. Les entretiens ont également montré que la manière dont les salariés se représentent les risques professionnels et évaluent leurs effets de santé s'avère étroitement liée à leur biographie professionnelle et à l'évaluation qu'ils font de leur passé et de leur avenir professionnels.

3. Santé au travail et collectif de travail

Enfin, les représentations que les salariés ont de leur santé au travail est fortement marquée par l'évaluation qu'ils font de la qualité des relations au sein du collectif de travail.

Entre autres questions sur les conditions de travail, plusieurs concernent l'évaluation que fait le salarié de ses rapports à ses collègues d'une part, à son supérieur de l'autre, et permettent donc de mesurer la qualité de ce qu'il est convenu d'appeler le « Soutien social » dont il bénéficie dans l'exercice de son travail.

Or on constate une corrélation forte et généralisée entre la qualité de ce soutien social et une série d'indicateurs concernant les représentations du salarié en matière de santé au travail. Ceci est particulièrement net s'agissant du « soutien social du supérieur ».

On note que la qualité des relations avec le supérieur joue un rôle particulièrement puissant pour les réponses aux questions explicitement « évaluatives », comme celles portant sur le caractère stressant du travail et sur l'influence du travail sur la santé.

On note par ailleurs l'importance du différentiel concernant la « *possibilité d'adapter son travail à sa santé* »¹² et qui signifie que pour 88% des salariés sous-traitants, un supérieur hiérarchique sachant soutenir les efforts de son salarié est quelqu'un qui sait

¹² La question était formulée ainsi : « *quand vous avez un problème de santé, votre supérieur accepte-t-il des absences de courte durée à condition de ne pas en abuser ?* »

prendre en considération la santé du salarié, et lui ajuster si nécessaire le programme de travail.

Au-delà, les entretiens confirment l'importance que les salariés donnent aux différentes dimensions et à la qualité des relations qui s'établissent au sein du collectif de travail (coopérations, partages des risques, vigilances croisées, régulation des rythmes d'activité, gestion coordonnée des relations au donneur d'ordres, échanges de savoir-faire, ...) dans la gestion des risques professionnels.

En somme, cette étude a montré que les perceptions des atteintes relatives à la santé sont modérées chez les deux groupes de salariés. Comment peut-on interpréter ce résultat ? N'y a-t-il pas ici une incohérence ou simplement une méconnaissance du sujet de la part des salariés ? Certes, il faut noter que, comme la plupart des enquêtes, celle-ci a en effet porté sur les salariés actuellement actifs dans les emplois considérés. Lui échappent par conséquent tous ceux qui l'ont quitté ou en ont été exclus, entre autres motifs, pour raisons de santé¹³. Un biais de sélection est possible dans la mesure où notamment les salariés sous-traitants les mieux armés et les plus « positifs » en termes de santé au travail peuvent être sur-représentés dans l'échantillon étudié.

Mais au delà de cette limite, cette étude souligne le rôle de la perception du lien santé-travail par les salariés. Trois types de rapport au travail sont en action ici.

La *banalisation des risques* et des contraintes liés au métier, considérés comme faisant partie du métier: « on ne peut pas faire ce métier si on en refuse les contraintes » .

Les *réactions défensives*, comme le virilisme défensif des ouvriers, renvoient aux valeurs masculines des métiers « d'hommes ». Pour les infirmières, les valeurs de compassion et de mission de « care » renvoie aux valeurs altruistes. Le troisième type de rapport risque-métier voit dans la capacité d'affronter les risques une *preuve de professionnalisme* et de qualification : « Organiser son travail pour ne pas exposer sa santé caractérise un bon professionnel ».

¹³ Ceci renvoie aux phénomènes de « sélection par la santé », qui font qu'une enquête conduite sur des salariés occupant un emploi n'interroge que les salariés dont, au moment de l'enquête, la santé s'avère être, aux yeux du salarié et/ou de l'employeur et/ou de la médecine du travail, « compatible » avec les exigences de cet emploi. Sur le plan de la recherche, ces phénomènes devraient nous amener à développer nos études de santé au travail en direction des chômeurs et des « exclus ».

Enfin, le rapport santé-travail n'est pas individuel, mais structuré par une inscription dans un collectif. Par exemple, la qualité de la relation avec le collectif et le supérieur hiérarchique est positivement corrélée avec les déclarations plus positives sur la santé au travail.

Discussion

Les questions soulevées dans le débat ont particulièrement concerné les aspects suivants :

La méthodologie de l'enquête :

Y-a-t il des biais liés à la sélection des personnes interrogées?

Oui, les personnes interrogées étaient celles qui ont rendu visite au médecin de travail, d'où un biais de sélection. En outre, les sous-traitants étrangers ont complètement échappé à l'enquête.

Quels types de précarité?

Dans la recherche sur les ouvriers et infirmières, on parle de la précarité subjective. Dans le cas des infirmières, le rapport au travail est plus positif pour celles qui « sortent de la galère ». Dans le cas des ouvriers, la stabilité familiale, notamment, réduit le sentiment de précarité et, plus largement, les ressources familiales permettent de faire face dans de meilleures conditions aux effets de l'instabilité de l'emploi.

Quel est l'intérêt des comparaisons de ces deux groupes socioprofessionnels, étant donné la nature différente des risques auxquels ils sont soumis (effets retardés chez les ouvriers, infirmières confrontées à des troubles musculo-squelettiques plus immédiats)?

L'importance de distinguer les différents niveaux de sous-traitance dans ce type d'enquête, les sous-traitances en cascade ayant des conséquences les plus désastreuses sur la santé. De même, il serait utile de distinguer les différents niveaux d'exposition.

L'importance de retracer les parcours professionnels : l'enquête qualitative cible effectivement les plus de 40 ans afin d'avoir un maximum de renseignements sur les parcours professionnels. Selon l'enquête SUMER, dans le monde ouvrier, les jeunes (les moins de trente ans) ont une perception plus négative du rapport santé-travail. Cela

semble contradictoire mais est probablement dû en partie à la remise en question de la relation virile aux risques professionnels par les nouvelles générations ouvrières.

L'importance de la dimension collective et individuelle : il faut certainement tenir compte de la dimension collective, mais sans pour autant sous-estimer la dimension individuelle. Les systèmes défensifs qui mobilisent le virilisme par exemple, rendent difficile pour l'individu d'admettre sa souffrance au travail: « je ne suis pas capable à tenir sur le plan physique», ou encore « je suis incompétent professionnellement » .

La question de l'autonomie : selon l'enquête, les individus perçoivent plutôt bien l'impact du travail sur la santé. L'autonomie ne serait-elle pas pour les salariés une contrepartie des risques professionnels? L'enquête permet-elle d'avancer sur les questions des rapports travail-santé en étudiant les questions de l'autonomie?

Réponse: L'échantillon de l'enquête inclut en effet des salariés qualifiés, travaillant en équipe de 5 à 6 personnes et ayant une certaine capacité d'autonomie.

Les risques différés:

Quel est le niveau de connaissance des salariés concernant les risques différés?

D'après cette enquête, il serait courant d'ignorer ces risques « je ne peux pas connaître les risques différés ».

Les médecins sont confrontés à des personnes ayant une conscience des risques liés à leur travail, mais le problème pour eux est souvent « suis-je déjà malade et puis-je faire reconnaître ma maladie professionnelle?» Malgré les recherches menées dans le domaine de la santé au travail, l'absence de transparence chez les sous-traitants rend encore plus difficile de définir le lieu-clé où la maladie professionnelle s'est développée.

1.3.Santé et Organisation du travail: le choix d'un mode d'action (Christine Carmignani, Act Méditerranée)¹⁴

¹⁴ La présentation est consultable sur le site du projet à l'adresse suivante : http://www.lest.cnrs.fr/IMG/pdf/carmigniani_ACT.pdf

1.3.1. La démarche générale

L'association régionale pour amélioration des conditions de travail en Paca (Act Méditerranée) est une déclinaison régionale de l'Agence Nationale pour Amélioration des Conditions de travail (Anact). Financée par l'Anact, le Conseil Régional, la DRTEFP, le fond Social Européen et le Feder, cette structure a pour but de favoriser la mise en place, la capitalisation et le transfert des démarches de prévention au sein des entreprises de la région. Dans le cadre des actions collectives au sein des entreprises volontaires d'un secteur et sur un territoire définis, Act Méditerranée, avec l'appui des différents organismes de la santé, accompagne les entreprises au travers d'une démarche formation-action.

L'objectif de cette action collective développée à partir de l'an 2001 est multiple. Il s'agit d'accompagner les entreprises dans leur démarche de prévention, d'évaluer les liens entre l'organisation du travail et les risques professionnels (construire une démarche d'évaluation des risques professionnels, identifier ces derniers et envisager les moyens à mettre en oeuvre). L'action résulte l'élaboration d'un guide méthodologique transférable aux entreprises du même secteur.

La méthodologie de la démarche consiste d'une part, à constituer un groupe de travail interne à l'entreprise, chargé de recueillir et d'analyser les différents données et indicateurs de la santé au travail (ex. absentéisme, plaintes etc) et à définir les unités de travail (ex. les lieux géographiques ou les catégories des salariés exposés aux mêmes risques). D'autre part, des entretiens individuels et collectifs, ainsi que des observations des situations de travail, sont effectués afin de définir les forces et les faiblesses des organisations et les facteurs de risques.

1.3.2. Un exemple d'action : le secteur de l'aide à domicile (2003-2009)

Une action collective a été menée au sein du secteur de l'aide à domicile (dans le cadre d'un PRIDES, Pôle Régional d'Innovation et de Développement Economique Solidaire¹⁵), un secteur en plein développement.

¹⁵ Le nouveau Schéma Régional de Développement Economique adopté par la Région PACA a donné naissance aux **Pôles Régionaux d'Innovation et de Développement Economique Solidaire**, les **PRIDES**. Réseaux d'acteurs regroupés autour d'un thème, les PRIDES ont vocation à rassembler les entreprises d'un même secteur d'activité et à accompagner leur coopération et leur développement.

Elle a analysé les évolutions des organisations et de la gestion des risques professionnels, en lien avec l'évolution de la profession (notamment des dirigeants).

Un état des lieux a permis, tout d'abord, de mettre en lumière les caractéristiques marquantes du secteur des services aux particuliers à domicile (SAP): une faiblesse des instances représentatives des intervenants à domicile, un public principalement féminin, une entrée tardive dans la profession (à l'âge de 40-45 ans), le faible niveau de qualification, souvent en difficulté d'insertion et victimes de discriminations. Aux contrats de travail principalement à temps partiel s'ajoutent les bas niveaux de salaires et le non respect fréquent de modulation du temps de travail par les employeurs.

La première action entamée en 2003 s'est appuyée sur une enquête menée en 2001 par un médecin de travail, qui a révélé de nombreux problèmes relatifs à l'état de la santé des employés du secteur des SAP: 46,5 % des personnels ayant eu un arrêt maladie de 7 jours en moyenne, une consommation médicamenteuse dans 55% des cas, ou encore 9% des salariés interrogés ayant eu un accident de travail (notamment liés aux troubles musculo-squelettiques).

Du point de vue du vécu professionnel, la relation à la personne aidée constitue une importante source de satisfaction, mais 67% des interrogées ressentaient une insuffisance de leur formation initiale notamment dans la dimension relationnelle de leur travail et une grande partie exprimait des besoins d'une meilleure communication, écoute et soutien psychologique.

Les employés du secteur des SAP travaillent sous les contraintes liées au morcellement de la durée de travail, à l'éloignement géographique des bénéficiaires, à la forte pression temporelle, au remplacement « au pied levé ».

Enfin, le contexte particulier des SAP - une diversité des situations, l'isolement des personnels - rend difficile l'identification et prévention des risques professionnels.

L'analyse de l'activité des employés des SAP a révélé deux dimensions du travail: une dimension technique, basée sur les contrats explicites (prescrit un ensemble des tâches à réaliser) et une dimension relationnelle, basée sur une contractualisation implicite (ordre de priorité, tâches non prévues par le contrat explicite, la manière d'effectuer la des tâches). Cette deuxième dimension s'acquiert au travers d'un processus de

professionnalisation et des échanges entre pairs. En revanche, les procédures trop rigides de la dimension technique peuvent augmenter le risque d'injonctions contradictoires pour les intervenantes.

L'analyse de l'activité de travail a révélé trois principaux groupes de facteurs de risque.

Les risques liés au cadre de travail peuvent être dus à la configuration inappropriée des lieux de travail, aux outils de travail, à la présence d'animaux domestiques. Les risques liés à la dimension relationnelle font référence à l'état de la santé psychique et physique du bénéficiaire. Ces risques sont renforcés par les particularités de ce travail, comme l'isolement et l'absence d'un collectif de travail et de relations hiérarchiques ; ils peuvent se traduire par une charge émotionnelle importante et une difficulté à séparer la vie professionnelle et de la vie personnelle.

Les risques liés à la prestation technique font référence aux risques du type accident domestique ou liés à la réalisation de certaines activités (manutention, gestes répétitifs) qui peuvent avoir des conséquences lourdes sur la santé au travail (troubles musculo-squelettiques, blessures etc).

Les risques liés à l'environnement professionnel sont liés aux conditions de travail peu attractives (contrat à temps partiels, faibles rémunérations), le niveau d'exigences croissant de la part des bénéficiaires, les évolutions constantes du métier des SAP (les compétences inadaptées des chefs de secteurs peuvent avoir de lourdes conséquences sur les conditions de travail et les risques professionnels) etc.

Enfin, à tout cela s'ajoutent les risques liés aux déplacements sur le lieu de travail.

A l'issue de cette analyse des activités de travail, deux principaux axes d'action ont été définis: agir sur l'organisation et agir sur les compétences et la gestion des ressources humaines.

Dans le but de réduire la charge affective, de favoriser les dynamiques collectives et la coopération ainsi qu'une réduction des déplacements, il a été proposé d'agir sur l'affectation des bénéficiaires (en limitant les situations de grande dépendance et des comportements problématiques), de sectoriser les interventions et de créer des petites équipes ainsi que les réunions d'échanges de pratiques.

Dans le but de développer des compétences, il a été proposé de diversifier les interventions et la mobilité interne afin d'accroître la polyvalence et de favoriser l'émergence de nouvelles compétences.

Dans le cadre de la gestion des ressources humaines, et dans le but de rendre les emplois plus attractifs, il a été préconisé de développer les actions permettant de valoriser les compétences des anciens et les transferts des compétences (tutorat, binômes), de développer une offre de formation adaptée et de renforcer l'appui sur le terrain par le biais des pratiques d'encadrement de proximité.

La réussite de la mise en place de ces actions est étroitement liée à l'implication de la direction, qui devrait s'engager de manière ferme sur les questions de contractualisation et des cahiers des charges vis-à-vis des bénéficiaires, la définition de procédure, la réalisation d'une évaluation des risques pour chaque domicile-lieu de la prestation, ou encore sur les conditions d'échanges de pratiques entre les intervenantes. La mission de chefs de secteur a été mise en avant et redéfinie grâce à cette étude, avec un accent sur son rôle dans l'organisation des échanges, la mise en place des cahiers des charges et le suivi des intervenantes. Enfin, pour ces dernières, l'accent a été mis sur la définition des procédures et des missions, ainsi que sur la formation.

Pour conclure, l'exemple de cette action illustre l'importance de l'impact des choix organisationnels et de la professionnalisation sur les risques au travail. Elle apporte des éléments sur les questions de santé au travail dans un secteur en plein développement, mais également sur les problèmes liés aux particularités du secteur.

Discussion (introduite par Philippe Mossé)

L'étude présente un double intérêt. D'une part, ce type d'intervention montre l'importance des négociations avec toutes les parties prenantes (bénéficiaires, employeurs) et d'autre part, la démarche est inscrite dans le temps, avec une capitalisation d'expertise et le transfert de connaissance auprès des entreprises du secteur.

Une première question d'ordre général concerne le choix des entreprises pour l'intervention: pourquoi choisir les entreprises volontaires ?

D'après *Christine Carmignani*, le caractère volontaire des entreprises-cibles se justifie dans la mesure où l'action ne pourra pas aboutir sans une volonté forte de la part des dirigeants, qu'il s'agisse de l'identification des risques ou de la mise en place des actions préventives. De plus, comme le remarque *Muriel Gautier* (Directrice PACA), les entreprises trouvent assez facilement leur intérêt direct dans ce type d'action car elle rappelle l'obligation du document unique, souvent non respectée. Les entreprises ont donc tout intérêt à être accompagnées pour mettre en place cette obligation légale, sachant que dans les entreprises de l'économie sociale, dominantes dans ce secteur, la réglementation du travail est encore moins respectée qu'ailleurs.

Quel type d'action peut-on envisager pour répondre à l'absence de représentation du personnel ? Selon *Christine Carmignani*, une formation de professionnalisation de délégués de personnels est en cours de mise en place.

En réponse au besoin de créer des lieux d'échanges de pratiques par les salariés, les psychologues de travail peuvent apporter un soutien notamment à la création de groupes de parole et d'échanges. Comme le montre une expérience auprès des aides soignantes, l'émergence du sentiment d'identité collective, grâce au travail des psychologues (formation, écoute, échanges), peut être une réponse efficace aux problèmes liés à l'isolement et l'absence de rapport hiérarchiques clairement définis.

Une question importante concerne la dimension économique du problème de formation du personnels des SAP. En effet, les employeurs ne semblent pas être économiquement incités à accroître la professionnalisation des intervenants à domicile : « si j'ai plus de 20% de qualifiés, je ne m'en sors pas ». Même si les structures qui affichent une volonté de professionnalisation semblent avoir un niveau d'absentéisme moins élevé, cela ne se traduit pas par des avantages économiques notables. De plus, la concurrence au sein du secteur et la dépendance de certaines structures vis-à-vis des financements publics, rendent l'avenir incertain et les gains escomptés de ce type de mesures moins importants, voire inexistantes. Dans un contexte hautement concurrentiel où la baisse des prix des prestations à court terme fait partie des principales préoccupations des dirigeants, la formation de personnels devient « trop coûteuse » et peut être difficilement inscrite dans une perspective d'investissement.

Bien que certains traits marquants des SAP puissent être retrouvés dans d'autres secteurs (notamment dans la sous-traitance ou l'hôtellerie-restauration familiale), cette activité représente un cas extrême, où les modèles d'intervention sont mis en défaut de fait de la particularité du secteur (les bénéficiaires qui définissent le cadre d'activité, l'ambiguïté bénéficiaire-employeur, la difficulté de suivi par les médecins de travail etc).

La troisième intervention de cette journée d'études a trait à une recherche menée dans de très petites entreprises (TPE) des secteurs d'hôtellerie-restauration (HR) et la réparation automobile (RA). Cette contribution s'appuie sur deux chapitres d'un rapport remis à l'ANR en septembre dernier « Entre plan national et initiative locale, l'émergence d'une gouvernance territoriale des risques professionnels? » (C. Kornig, P. Mossé, M. Setbon, E. Verdier, 2008) dans le cadre de l'appel d'offres « santé environnement et santé travail » de l'ANR.

1.4. De très Petites Entreprises (TPE) de l'Hôtellerie-restauration et de la réparation automobile face aux normes de prévention des risques professionnels (Eric Verdier, LEST)

Les petites entreprises sont plus concernées par les accidents de travail, même si ce sont les grandes qui font l'actualité (AZF, suicides, amiante). En PACA en 2007, la fréquence des accidents du travail était 5 fois plus élevée dans les PME de 10 à 19 salariés et 4 fois plus élevée dans les TPE de 1 à 9 salariés, par rapport aux entreprises de 1500 salariés et plus.

Les petites entreprises se caractérisent par un faible développement de la prévention des risques professionnels (PRP). Ainsi, selon une enquête de la DARES, 68 % des TPE n'ont pas satisfait à l'obligation légale d'évaluer les risques en vue de leur prévention. Quelles sont les raisons de ce non respect massif de la législation ?

D'après la littérature, dans les petites entreprises, la faiblesse structurelle de la prévention des risques professionnels (PRP) ressortit classiquement à une série de causes : le risque y est plus qu'ailleurs perçu comme une composante identitaire du métier; la conscience du danger est dépendante de la confrontation directe à un grave accident et en son absence, le statu quo paraît justifiable; les responsabilités sont fréquemment rejetées sur les comportements et les attitudes individuelles; la

dangerosité des équipements tend à être minimisée dès lors qu'existent des normes techniques réglementaires ; le coût des accidents et arrêts de travail est largement sous-estimé alors qu'est fréquemment mise en avant la complexité excessive de la réglementation publique. S'y ajoutent, dans le cas français, des principes de tarification de la branche « accidents du travail » de l'Assurance Maladie : la mutualisation est totale en-dessous de 10 salariés, ce qui n'est guère incitatif à investir sur la prévention. En amont, pèsent également les pratiques commerciales et organisationnelles des entreprises de plus grande taille, telles que l'externalisation des risques par le biais, notamment, de la sous-traitance en cascades fournisseurs.

Depuis peu, à différents niveaux d'intervention, l'action publique se préoccupe explicitement de cette mauvaise situation. Ainsi dans une communication de février 2007, la Commission européenne appelle les stratégies nationales à mettre en œuvre « *un ensemble d'instruments garantissant un niveau élevé de respect de la législation, notamment dans les PME* ».

Une action publique d'initiative locale a, depuis plusieurs années, cherché à favoriser le développement de la prévention des risques professionnels dans les PME des Alpes Maritimes, en se fondant sur l'obligation légale des entreprises d'évaluer les risques dans un Document Unique. Impulsée en 2003 par l'inspection du travail, et ayant réuni de nombreux acteurs locaux (cinq centrales syndicales représentatives des salariés, l'Union Pour les Artisans, l'Union Pour les Employeurs, Act Méditerranée, associations des médecins de travail, l'OPPBT et la DDTEFP) cette action publique sous le nom de TOSCA avait pour but d'une part de mettre à disposition des entreprises un guide pour l'élaboration d'un DU, et d'autre part, enclencher une action de formation pour les entreprises sur la prévention en tant qu'un investissement durable.

S'appuyant sur une recherche menée dans de très petites entreprises de deux secteurs prioritaires de TOSCA (étant donné leur poids dans l'économie locale, l'importance de normes sanitaires et environnementales, difficultés de recrutement ou encore un poids important de l'apprentissage, les hôtels-café-restaurants (HCR) et la réparation automobile, cet article cherche à comprendre les capacités différenciées de ces TPE à s'approprier les normes publiques de prévention des risques professionnels (PRP). L'article part de l'idée selon laquelle, à taille et secteur donnés, les pratiques préventives des

TPE se différencient selon le modèle d'entreprise dont elles relèvent. Pour le dire autrement, le rapport qu'entretient une TPE avec la PRP serait un révélateur pertinent de son mode d'organisation et de gestion. Il s'efforce de dégager des principes généraux d'interprétation des capacités différenciées des TPE à s'approprier les normes publiques en matière de PRP et, plus particulièrement, la ressource cognitive qu'est censée constituer l'obligation d'évaluer les risques auxquelles elles sont toutes soumises depuis 2002.

La recherche a été basée sur une démarche qualitative impliquant une vague d'entretiens avec des acteurs institutionnels responsables de l'action TOSCA et des acteurs intermédiaires (médecins et inspecteur de travail, consultants), de trois vagues d'enquêtes auprès des entreprises appliquées à l'élaboration du guide, ayant participé et n'ayant pas participé à des réunions d'information concernant l'action. La participation à des réunions de comité de pilotage, ainsi que l'analyse documentaire ont également enrichi les données de l'enquête.

Sur la base d'une typologie des petites entreprises proposée par Bentabet, Michun et Trouvé (1999), les entreprises étudiées ont été classées en quatre catégories (modèles) idéal-typiques. L'entreprise « *indépendante* », proche du modèle du métier artisanal ancré dans une tradition, la « *managériale* » caractérisée par des prestations de service standardisées, une mise en oeuvre de contrôles des processus de prestation de services, l'« *entrepreneuriale* », caractérisée par des prestations de qualité et effort de fidélisation de la clientèle et l'« *opportuniste* », avec une dé-socialisation des relations de travail, le recours au travail dissimulé et contournement des règles : l'hypothèse initiale était que le dernier modèle était a priori le plus éloigné de la PRP, l'avant dernier le plus proche.

Au final, d'un modèle d'entreprise à l'autre, la variabilité des pratiques en matière de PRP semble moindre que celle des conditions d'emploi et de travail et surtout que celle des modes d'organisation. Aucun établissement n'est parvenu à intégrer pleinement l'évaluation et la prévention des risques dans sa stratégie ou, pour le dire autrement, à en faire véritablement un investissement à part entière. En l'état, la pression négative d'une concurrence renforcée, le raccourcissement des horizons économiques, la prégnance des régulations domestiques qui véhiculent diverses formes de déni des risques l'emportent encore sur des volontés de transformation bien réelles chez certains

chefs d'entreprises – particulièrement dans la réparation automobile - qui font de l'amélioration des conditions de travail un élément central de la fidélisation de leur personnel qualifié ainsi que de leur clientèle et via la qualité des prestations. Il reste que l'intériorisation du danger comme composante incontournable du métier est l'un des freins importants à l'appropriation, dans le cours du travail quotidien, d'une démarche préventive qui replacerait l'exposition aux risques, quels qu'ils soient, dans le cadre du processus réel de travail. C'est l'une des raisons, à notre sens, pour lesquelles, dans les HCR, certains employeurs, a priori plus ouverts à la prévention, en restent à une démarche formelle qui a l'avantage de ne pas remettre en cause cette représentation dominante.

Dans cette configuration, l'emporte le souci des employeurs de se prémunir vis à vis d'une possible mise jeu de leur responsabilité pénale. A cet égard, l'obligation d'évaluation des risques professionnels, qui ne prescrit aucune norme autre que procédurale, accroît encore leur sentiment d'insécurité juridique. De la pratique des entreprises étudiées, il ressort que les salariés les plus sensibles à la PRP sont ceux qui ont été associés par leur employeur à la démarche préventive ou ceux qui ont été effectivement et pratiquement formés à la PRP dans le cours de leur formation professionnelle.

Discussion (introduite par Pierre Roche)

Le document unique, souvent perçu comme trop formel, ne serait-il pas moins important que la démarche réelle des entreprises en matière de la prévention des risques? Peut-on étudier l'impact du DU et des actions d'investissement en termes de la prévention effective ? D'après *Eric Verdier*, rares sont les DU qui ne relevaient pas d'une démarche formelle dans le souci de protéger la responsabilité juridique de l'employeur, plus rares encore ont été les DU régulièrement actualisés en fonction des changements de l'organisation quels que soient les modèles économiques des entreprises en cause. Il reste que l'étude révèle de véritables potentiels d'apprentissage en matière de PRP, en particulier dans les entreprises de la réparation automobile qui relèvent du modèle qualifié d'entrepreneurial mais il est clair que, isolées et soumises à de fortes contraintes économiques, une TPE ne peut que très difficilement activer cette ressource ; l'étude confirme que l'accompagnement est une nécessité mais qu'il doit aller au-delà de l'information et de la sensibilisation pour produire des effets marquants. D'ailleurs à

l'initiative d'un carrossier, responsable syndical, est en cours une nouvelle action collective, basée sur l'intervention conséquente d'un consultant spécialisé (5 journées effectives dans l'entreprise) en vue d'engendrer une évaluation des risques suivie de la mise en oeuvre d'un plan d'action préventive. Cette démarche cognitive est sans doute – il faudrait en étudier précisément les effets – une manière pertinente de répondre aux enjeux soulevés par une obligation légale d'ordre procédural et non substantiel.

Une autre question concerne la formation professionnelle: peut-on agir sur le décalage fréquent entre la formation professionnelle et le tutorat en entreprise en terme de prévention des risques ? D'après *Eric Verdier*, un enjeu important pour la prévention des risques professionnels notamment chez les jeunes, consisterait effectivement à agir dans le cadre des formations en alternance et en particulier lors des séquences en entreprise vis à vis desquelles le suivi de la part des enseignants – de CFA ou de lycée professionnel – s'avère très réduit (dans les établissements enquêtés tout du moins) ; cette première expérience professionnelle est en effet essentielle pour la crédibilité des principes préventifs enseignés en lycée et en CFA par les professeurs en charge de la matière qu'est la « vie sociale et professionnelle » (VSP). C'est d'autant plus le cas que comme l'ont montré des études, les bas rythmes de travail qui ont cours dans les ateliers des établissements de formation professionnelle peuvent contribuer à augmenter le risque en « situation réelle », chez l'employeur de l'apprenti notamment. Il a été indiqué qu'une enquête de l'INRS en Alsace est actuellement menée dans le but de définir les effets de la formation sur la prévention des risques professionnels.

Enfin, une question posée concerne la mise en relation des pratiques de l'évaluation des risques avec les données sur les problèmes effectifs liés aux risques professionnels. Le fait de connaître la réalité des problèmes (les maladies professionnelles, les accidents de travail), ne permettrait-il pas de mieux comprendre les types de prévention des risques?

Dans le cadre de cette enquête, les chercheurs n'avaient pas accès aux informations permettant de reconstituer les trajectoires des entreprises face aux accidents de travail. De plus, il faut bien voir que dans ces TPE l'incidence des risques est très limitée et comme on l'a rappelé en introduction, la littérature nous apprend que dans une TPE, tant que la confrontation directe avec le risque n'a pas eu lieu, la sous-estimation de ses effets potentiels reste très importante ; en outre, les risques les plus sévères sont à effets

différés, d'où à rebours, il est sans doute encore plus crucial pour ce type d'entreprises que pour tout autre que l'évaluation des risques soit effective. Enfin comme l'a montré l'enquête, au sein d'une même entreprise il peut y avoir des relations différentes vis-à-vis des risques de la part des salariés, en fonction notamment de la formation à la prévention des risques qu'ils ont reçue et convertie dans l'exercice du travail.

Conclusion

A l'issue de cette première journée d'études on peut formuler plusieurs questionnements qui pourraient être abordés au cours des prochains séminaires:

- Les trajectoires de santé au travail et le suivi longitudinal des individus et (secondairement) des entreprises ;
- La capitalisation et la transmission des connaissances en santé au travail et la formation des acteurs;
- L'identification de « cibles privilégiées » en matière de prévention,
- Comment, dans un travail de concertation, améliorer les diagnostics et les indicateurs de la santé au travail?
- Comment amener les entreprises à agir sur la prévention des risques professionnels? Compte tenu des différents modèles économiques d'entreprise, comment révéler les potentiels d'action par l'entremise de incitations et/ou de normes pertinentes ?

Chapitre 2

Connaître et reconnaître de nouveaux risques

Introduction

Dans le cadre de cette séance, « Connaître et reconnaître de nouveaux risques » les principales thématiques abordées concernaient la souffrance au travail comme composante des risques « psychosociaux » souvent considérés comme nouveaux, la perception des risques au travail en tant que construction sociale et enfin, les outils dont peuvent se doter les professionnels (les médecins du travail) et les pouvoirs publics pour agir en matière de prévention et d'identification des risques au travail. Dans cette optique, la première intervention portait sur les rapports subjectifs aux risques et notamment la santé mentale au travail dans le cadre d'une approche de sociologie clinique (Pierre Roche, Céreq). Marc Andéol de l'Association des médecins généralistes pour la prise en charge des maladies éliminables (APCME) a présenté un outil issu d'une démarche collective de médecins mutualistes qui se sont attachés à créer un lieu de partage et de capitalisation des expériences notamment pour une meilleure identification des lieux et des facteurs nocifs. Dans une troisième intervention, Paul Bouffartigue (LEST) a mobilisé les données de l'enquête Sumer pour illustrer la dimension sociale des perceptions subjectives de la relation santé-travail sur l'exemple des aides soignantes hospitalières. Enfin, Rémy Jean du Département d'ergologie de l'Université de Provence a apporté des éléments de réflexion sur le rôle de la formation des représentants des salariés dans la prévention et la prise en compte des risques professionnels.

2.1. La souffrance au travail (Pierre Roche, CEREQ)

Pierre Roche a tout d'abord défini la perspective clinique en sociologie, dans laquelle il inscrit ses recherches. Cette approche signifie une prise en compte de la présence irréductible de la subjectivité au sein des rapports sociaux ; une invitation, donc, à prêter attention aux dimensions affectives, imaginaires, existentielles... Mais l'approche clinique

se spécifie avant tout par sa démarche. Elle est une pratique de travail avec les acteurs sociaux sur le terrain même de la production de la connaissance. Elle est basée sur la conviction selon laquelle le rôle du sociologue consisterait à écouter activement la parole des acteurs sociaux et à transformer, avec ces derniers, cette parole en savoir.

Dans la perspective clinique, l'enjeu central est la transformation de la souffrance en plaisir. Sachant qu'un affect habituellement négatif et passif peut, dans certains systèmes de mobilisation affective, devenir positif et actif (exemple de l'anxiété chez les conducteurs de train). La santé mentale ne se définit donc pas comme une suppression des tensions psychiques mais comme la capacité à faire face à celles-ci, grâce notamment à une augmentation de la puissance d'agir. La souffrance, au contraire, est, au-delà d'un éprouvé négatif, atteinte à la puissance d'agir.

A partir de cette analyse, on comprend que la précarisation de l'emploi soit une source importante de souffrance mais aussi tout ce qui contribue à diminuer la puissance d'agir des salariés (reflux de l'action collective, affaiblissement des syndicats, priorité accordée aux questions de l'emploi au détriment de la santé au travail, difficultés de se retirer à temps d'une situation de travail usante ou dangereuse, notamment pour les jeunes et les moins diplômés ...) ou encore tout ce qui contribue à augmenter les contraintes auxquelles ils sont confrontés (intensification du travail, flexibilisation des temps de travail, surexposition aux risques...). La souffrance peut aussi être rapportée au fait que le travail réel des salariés n'est pas reconnu et qu'eux-mêmes ne sont pas reconnus. Ainsi, axés sur la performance et prenant appui essentiellement sur des indicateurs quantifiés, les discours managériaux ont tendance à rejeter hors de la sphère d'évaluation les activités non marchandes. La souffrance au travail peut, enfin, être d'ordre éthique, notamment là où les valeurs du service public jouent un rôle important. C'est particulièrement le cas lorsque les salariés ne sont pas en mesure de rendre aux usagers le service conforme à leur conception du service public. Ce n'est pas tant le fait d'être confronté à des usagers en souffrance que le fait de ne pas trouver des solutions sur le versant institutionnel qui est ici source de souffrance.

Durant les trente dernières années, les questions de la souffrance mentale au travail ont été plutôt occultées. La souffrance au travail faisait objet d'un déni et n'entraînait pas dans

le cadre d'une cause nationale. Le phénomène de l'exclusion, en lieu et place de l'exploitation, constituait alors ce qu'on appelait la nouvelle question sociale.

La reconnaissance de ce problème a cependant peu à peu progressé, notamment grâce aux travaux conduits dans les champs de la psychologie, de la psychopathologie, de la psycho-dynamique du travail, de la sociologie clinique.... Plus récemment, on a assisté à une médiatisation des phénomènes de harcèlement moral et de suicide au travail. Il serait intéressant de s'interroger sur les raisons et les enjeux de l'apparition de la notion de risques psychosociaux liés au travail et de l'intérêt actuel des pouvoirs publics vis-à-vis de cette dernière.

Discussion (Philippe Mossé, LEST)

Philippe Mossé a ouvert la discussion en soulevant plusieurs questions. La première question concerne **la sociologie clinique comme méthode** : Comment objectiver les discours, contourner voire utiliser le caractère « biaisé » de la méthode ?

En effet, la méthode de la sociologie clinique semble privilégier la parole des individus « observés », mais dans quelle mesure tient-elle compte du fait que la relation entre le chercheur (« observateur ») et « observé » est une relation sociale à part entière (elle n'exclut donc pas la possibilité d'une instrumentalisation par exemple).

Dans sa réponse, Pierre Roche rappelle que la position d'extériorité et de neutralité du chercheur n'est pas tenable et relève même d'une illusion. Il faut alors reconnaître plutôt que dénier son implication et mettre en travail son « être dedans » à des fins de production de connaissances. Il indique qu'une réflexion importante est développée autour de la manière de travailler avec les acteurs dans la sociologie clinique. Une partie de travail consiste à négocier en permanence les limites entre distance et proximité avec les acteurs sociaux suivant les étapes de la recherche.

Le second commentaire porte sur la **critique de la rationalité instrumentale**.

On sait que la rationalité instrumentale est une ressource pour lutter contre l'angoisse et donc la souffrance, une manière d'aller « de la vérité vers l'efficacité », selon l'expression de Ph. Saielli. Ce dernier insiste sur le fait que, hors débordement clinique, la rationalité instrumentale est un moyen de détourner l'angoisse ; il parle aussi d'objectivation du sujet mais comme protection contre l'incertitude et comme ressource.

En médecine, l'objectivation du patient par l'intervenant est une condition de l'efficacité technique laquelle est la base de la professionnalité. Le problème n'est donc pas tant la rationalité instrumentale et sa domination. Le calcul a toujours fait partie du jeu social autour de la productivité au travail. Mais aujourd'hui, le risque est que l'on demande aux travailleurs de définir eux-mêmes les modalités de la rationalité instrumentale et que cela crée une dissonance cognitive. Autrement dit, ce qui devait rester externe devient interne. De plus, par rapport à cette rationalité instrumentale il n'y a pas que de la soumission, il y a de la révolte, de la ruse qui est aussi source d'émancipation.

Pour *P. Roche*, la rationalité instrumentale est une forme de la rationalité mais mutilée, réduite par définition à sa dimension instrumentale. Elle est une façon de se rapporter à l'autre comme si cet autre était un objet. Cela revient finalement à substituer à la relation sujet / sujet une relation objet / objet. Je reconnais qu'un minimum de défense, d'objectivation, voire de chosification de l'autre est parfois nécessaire pour pouvoir continuer à travailler ; par exemple, dans le monde médical, à un moment donné, dans le cadre d'une opération. Mais ces défenses doivent demeurer souples, ne pas être trop rigides, pouvoir être élaborées, faute de quoi elles sont destructrices de la relation, mortifère et se retournent, en tout cas, contre la qualité de la prestation. Et surtout, il faut bien constater que cette rationalité affirme aujourd'hui son primat partout, bien au-delà du monde médical, là où rien ne la justifie sur le versant humain ou technique et génère beaucoup de dégâts. J'ai notamment travaillé cette question avec les agents de l'ANPE.... Là, la souffrance est massive et multiforme car cette rationalité est fortement à l'oeuvre au coeur de leur professionnalité et il y a aussi bien sûr des résistances. Mais j'ai envie de dire que tous les processus de rationalisation ou de normalisation ne peuvent parvenir à terme parce qu'ils buttent toujours sur quelques résistances tenaces. Je vous invite à lire le numéro 7 de la nouvelle revue de psychosociologie qui sortira en juin ; son dossier est précisément consacré au thème de la résistance créatrice.

D'autres questions-remarques conceptuelles soulevées par *Philippe Mossé* étaient les suivantes. Selon la vision issue notamment de la théorie des conventions, les acteurs ont une vision plurielle de ce qui justifie leur action et de ce qui la rend acceptable.

Est-il possible pour la sociologie clinique qui étudie la « souffrance qui peut se dire » ou qui est « visible », d'intégrer ce phénomène et de nuancer l'idée que la souffrance est constitutive de toute situation de travail et que cette emprise est croissante?

De la même façon, le fait de considérer l'individu seul face à ce mouvement irréversible du travail et de l'emploi délaisse les acteurs intermédiaires (les syndicats seraient-ils totalement impuissants ?) ainsi que tout le dispositif de prévention (médecine du travail, inspection, etc). La sociologie clinique ne fait-elle pas l'impasse sur cette dimension ?

D'autres questions et remarques ont été formulées par les participants :

Michel Coste (militant CGT) a le sentiment que le fait de savoir comment les gens perçoivent leur travail participe à « enfermer » les travailleurs dans un cadre prédéfini au lieu d'adapter le travail à l'homme. Le rôle des chercheurs et acteurs n'est-il pas d'aider la société à sortir de ce cadre et adapter le travail aux personnes?

Pierre Roche partage l'idée qu'il ne faut pas se contenter d'analyser les processus de précarisation et de fragilisation des salariés. A ne regarder que de ce côté-là, on risque en effet de renforcer plus encore le processus d'assujettissement des travailleurs, notamment en amplifiant le sentiment d'impuissance. Au terme d'une telle analyse, si on en reste là, on peut avoir le sentiment qu'il n'y a plus rien à faire ! C'est bien pour cela que la sociologie clinique est avant tout une pratique tournée vers l'émancipation, vers la transformation des situations de travail, où les acteurs sont interpellés en tant que sujets.... Au terme d'une telle démarche, les acteurs non seulement en savent un peu plus mais se sentent moins impuissants. J'ai l'habitude de dire qu'elle permet de faire reculer l'emprise des passions tristes, pour reprendre le terme de Spinoza, précisément parce qu'ils sentent et savent qu'ils peuvent avoir prise sur la réalité.

Rémy Jean estime qu'il est important d'avoir une vision globale de la santé sans dissocier la santé physique de la santé mentale. La santé, c'est un tout car des facteurs sociaux peuvent avoir des effets physiques et inversement. Dans tous les éléments présentés, il y a aussi quelque chose qui relie ces facteurs et qui donne l'actualité à ces facteurs : l'assujettissement du travail à la logique marchande (pression du marché, l'introduction des indicateurs de la performance et de compétitivité). Dans ce contexte, il serait plus justifié de parler des raisons marchandes plutôt que des raisons instrumentales. La

puissance de cette logique marchande est de réduire le sujet à son statut de force de travail.

Pour *P. Roche*, le concept de raison marchande est pertinent, parfois d'ailleurs plus pertinent que le concept de raison instrumentale pour penser certaines activités professionnelles mais le concept de raison instrumentale est plus riche, plus dense, plus englobant ; il rend compte d'un plus grand nombre de traits, de dimensions du réel.... Sinon, je suis tout à fait d'accord sur l'importance du processus de réduction d'un être humain à la force du travail mais il faut aussi avoir en tête l'autre processus, le processus d'intégration du psychisme lui-même dans la force du travail. Garder à l'esprit ces deux processus est nécessaire si l'on veut penser les nouvelles formes de souffrance au travail, celles notamment qui sont liées à des injonctions paradoxales lorsque le salarié, dans le discours managérial, est interpellé en tant que sujet alors qu'il est toujours plus réduit à l'état d'objet, dans la réalité des pratiques.

Pour *Marc Souville* (département de psychologie sociale de l'Université de Provence), les risques psychosociaux évoquent toute une série de problématiques. Le fait de se concentrer sur l'individu souligne de vraies questions qui relèvent de l'organisation et des conditions de travail, du collectif etc. il ne faut pas également oublier le non-travail dans la situation de travail, les employés «placardisés » sont souvent totalement niés, ce qui est très destructeur.

La deuxième intervention de la journée d'études a porté sur l'expérience de l'Association pour la prise en charge de maladies éliminables (APCME) en matière de cumul et de partage des connaissances par les médecins généralistes concernant les maladies professionnelles recensées sur le territoire de la zone industrielle Etang de Berre.

2.2. Le Système d'Information Concret (Marc Andéol, APCME)

Marc Andéol de l'APCME a présenté le Système d'Information Concret (SIC), un outil permettant de collecter et de mémoriser les informations concernant les maladies professionnelles et construire une carte des lieux ayant provoqué certaines maladies. Ce système d'information développé par un chercheur italien dans les années 1970, regroupe aujourd'hui de nombreuses expériences des ouvriers et des médecins en

créant une mémoire cumulative de tous les cas réels de maladies pouvant être qualifiées de professionnelles du territoire réel (800 cas environ).

Les données récoltées (consultables sur Internet) présentent des écarts avec les statistiques de l'Assurance Maladie, plus axée sur l'indemnisation des malades que sur la prévention. En effet, le constat est qu'en Provence Alpes Côtes d'Azur, près de 50% des maladies reconnues sont affectées à un "Compte Spécial" qui ignore les lieux en cause. Il est pourtant possible d'améliorer la connaissance des lieux ayant provoqué des maladies professionnelles notamment en collectant et partageant les connaissances sur les lieux qui provoquent des maladies.

Le but du SIC est de permettre aux médecins du réseau de récupérer et mettre en commun l'expérience des personnes atteintes concernant leurs postes et leurs groupes de travail : l'état de santé des collègues (pas seulement ceux qui sont encore au poste de travail, mais tous ceux qui y sont passés), l'historique des changements qui y ont été réalisés au fil du temps etc.

Pour les populations des sous-traitants ou des intérimaires, souvent les plus exposées, il y a une difficulté supplémentaire pour organiser un suivi médical valable. Lorsqu'une maladie professionnelle est reconnue, l'Assurance Maladie la classe dans une "case" qui est fonction de l'activité économique de l'employeur. Ceci ne reflète nullement le lieu en cause : du fait de la généralisation de la sous-traitance, le lieu de travail et l'employeur sont devenus deux notions "topographiquement" distinctes. C'est l'utilisation de ces catégories de classement qui explique que le CHSCT de Mittal ne connaît pas, par exemple, les maladies de ses maçons fumistes : elles sont toutes imputées au secteur du "bâtiment et des travaux publics", même si la personne passe huit heures par jour dans les poches de coulée de l'aciérie.

L'exemple de salariés d'Arcelor Mittal a montré que sur 285 déclarations, seuls 20 cas ont été imputés à l'établissement. Près de 60% des 285 cas sont imputés au "Compte-Spécial". Par ce mécanisme comptable, soumis aux seules règles de l'indemnisation, la part occupée par la sidérurgie dans les statistiques nationales de l'Assurance Maladie est considérablement sous-évaluée. Or, du point de vue de la prévention, il est nécessaire d'identifier les risques. L'identification des lieux ayant déclenché des pathologies est

importante aussi parce qu'une même entreprise de sous-traitance peut avoir des manières de travailler plus ou moins sécurisées selon les sites.

En pratique, dans le SIC, les informations sont collectées et mémorisées selon un parcours et des procédures rigoureux répétés dans chaque cas. Quand le médecin ne peut pas exclure la cause environnementale, il ouvre une fiche et remet un questionnaire au patient : c'est le point de départ de l'enquête sur les causes de la maladie. Toutes les étapes de ce parcours se basent sur la récupération de l'expérience de la personne même et de son médecin, selon des formes de saisie et d'enregistrement des informations bien définies ("parcours du soupçon à la connaissance du risque"). Toutes ces données sont accessibles "en temps réel" sur le site Internet du SIC.

L'enquête de « cartographe » conduit à identifier tous les lieux qui ont déjà provoqué des cancers, des bronchites chroniques, des surdités et à la mettre à la disposition de tous, dans une forme accessible. La « galerie des cas » retraçant les parcours des personnes permet aux médecins du réseau de voir les cas analogues et facilite entre autres la construction de l'argumentation pour l'indemnisation des patients.

Grâce à cette expérience du SIC, une ligne du Contrat de Plan État Région a été consacrée à la "cartographie du risque industriel". La région Paca est la seule région de France à ouvrir une ligne budgétaire pour les "maladies éliminables". L'expérience du SIC a permis de faciliter la réparation pour les travailleurs atteints, mais également d'utiliser les connaissances acquises pour la prévention. Les maladies à dynamique lente (le "risque différé") ainsi que les effets de synergie entre différents facteurs de risque, posent des problèmes complexes qui peuvent échapper aux systèmes de contrôle traditionnels.

L'action de l'APCME se base sur l'idée selon laquelle il n'y a pas de fatalité (comme le laisse entendre le terme de « maladie professionnelle ») et que les maladies dues au milieu de travail et à son organisation peuvent être éliminées par des actions correctives au poste de travail. Le système mis en place construit la connaissance commune accessible à tous, ce qui peut constituer une source d'incitations à agir pour les employeurs en faveur de l'amélioration des conditions de travail et de la prévention des risques professionnels.

Discussion (initée par J-R. Pendaries, LEST)

La discussion a porté essentiellement sur l'originalité du dispositif et les problèmes qui persistent. L'une des spécificités du SIC consiste, d'après J-R. Pendariès, en une mobilisation des médecins généralistes qui sont à la fois les acteurs clés du processus et les cibles privilégiées de l'action publique en ce qui concerne notamment la sensibilisation vis-à-vis des questions de sous-déclaration des maladies professionnelles. Une autre spécificité qui constitue la force du dispositif consiste à mobiliser l'expertise des travailleurs sur leurs conditions de travail.

Mais la démarche du SIC soulève cependant plusieurs questions. La démarche part des atteintes constatées pour remonter aux causes, or il faut du temps pour agir pour prévenir les risques. Est-il possible de renverser la logique d'intervention *a posteriori* au profit d'une logique d'intervention *a priori*?

Une deuxième question concerne les risques psychosociaux qui semblent être exclus du dispositif plutôt centré sur les risques industriels. Comment peut-on tenir compte de ces risques?

Selon *Anne Chevalier* (épidémiologiste), le SIC n'est pas encore utilisable pour la veille sanitaire. L'Institut de Veille Sanitaire travaille avec les médecins de travail et non les généralistes. La création du SIC a dû être facilitée par une dynamique particulière, celle de l'action collective des médecins mutualistes du territoire de l'Etang de Berre.

Irène Sari-Minodier (Faculté de Médecine de Marseille) a soulevé la question du caractère pluri-factoriel de la plupart des maladies. En effet, il paraît difficile, voire impossible, d'exclure avec certitude la cause environnementale pour n'importe quelle maladie. De plus, les interrogations sur le travail actuel peuvent souvent se révéler insuffisantes lorsqu'il s'agit notamment des cancers. La plupart du temps il faut remonter à des dizaines d'années. Elle note également l'intérêt que représente la sensibilisation des médecins vis-à-vis des maladies professionnelles dans le contexte actuel où l'enseignement dispensé aux futurs médecins consacre très peu d'heures de cours à la médecine du travail.

Carole Barthelemy (sociologie de l'environnement) pose la question du passage « du vécu au savoir ». Dans le cas du SIC, comment le « vécu » se transforme-t-il en « savoir »?

Michel Coste (syndicaliste) souligne l'importance de s'attacher à la réparation pour les victimes des maladies professionnelles, tout en faisant de la prévention.

D'après *Cathel Kornig* (chercheur en sociologie) dans certains cas les salariés peuvent avoir un certain degré de résistance vis-à-vis du dispositif de peur d'exposer leurs emplois.

Gérard Guieu (syndicaliste CEA-Cadarache) complète cette interrogation en notant que les phénomènes de sous-déclaration des maladies professionnelles, la dissimulation des accidents de travail, peuvent être liés à la peur des salariés d'être sanctionnés.

Réponses de Marc Andéol

Concernant les rapports avec les acteurs pour mieux agir en amont, un comité d'assainissement se réunit deux fois par an avec pour but l'évaluation des résultats.

Le phénomène de sous-déclaration est bien réel. Les cancers professionnels sont clairement sous-reconnus, au même titre que les surdités. Certaines routines et normes intégrées dans le comportement influencent le phénomène de sous-déclaration (par exemple le seuil de tolérance dans le cas de surdités).

Concernant les outils de prévention, les matrices emploi-exposition, utilisées notamment dans la veille sanitaire, devraient pouvoir être croisées avec l'observation de situations concrètes. Comme le montre l'expérience, bien souvent le progrès technique et les opérations non sécurisés vont de pair. C'est pourquoi il faudrait trouver un langage de passage entre les observations « locales » et approches de type matrices emploi-exposition.

2.3. Différenciations sociales dans la construction de la perception des risques professionnels : le cas des « risques psychosociaux » et des soignantes hospitalières (Paul Bouffartigue et Jean-René Pendariès, LEST)

La synthèse de cette intervention est basée sur le document plus complet disponible sur le site du pôle.

1-1 *Aucune définition purement objective de la santé n'est possible* (G. Canguilhem)¹⁶ : la santé c'est la « possibilité de dépasser la norme qui définit le normal momentanément, la possibilité de tolérer des infractions à la norme habituelle et d'instituer des normes nouvelles dans des situations nouvelles ». La santé dépend aussi des attentes du sujet. Elle a un sens existentiel. L'un de nos interviewés (56 ans, atteint à l'amiante, et usé par le travail) le dit simplement : « je me sens en bonne santé parce que j'arrive à faire tout ce que j'ai vraiment envie de faire ».

1-2 *Dans cette perspective la prise en compte de la perception subjective de la santé, des risques professionnels, de la relation entre travail et santé, est fondamentale* : pour connaître et agir sur des risques dits traditionnels, les plus objectivés ; plus encore pour connaître et agir sur des risques dits « nouveaux », stress ou risques psychosociaux. Si on peut, éventuellement, mettre au second plan les perceptions et l'expertise des salariés pour connaître et combattre certains risques chimiques ou bactériologiques, autant c'est inimaginable pour ces risques. Ici une approche positiviste ou taylorienne de la prévention est particulièrement inadéquate.

1-3 *Quelques illustrations du rôle important de la perception subjective des risques* :

-L'existence de dispositifs d'information ou de prévention peut accroître la vigilance, la suspicion, voire le sentiment d'insécurité des travailleurs : l'enquête Sumer montre que « toutes choses égales par ailleurs » la présence d'un CHSCT est associée à une perception plus fréquente d'une influence négative du travail sur la santé ; sur les sites industriels Seveso de l'Etang de Berre le sentiment qu' « on ne nous dit pas tout » est répandu ; être informé sur l'existence d'expositions aux risques est une chose – fréquente sur ces sites -, mais être informé sur les expositions effectives associées à tel ou tel poste de travail en est une autre.

-Le rôle central de cette perception des risques se traduit dans de multiples résultats d'enquêtes qui cherchent à objectiver en les mesurant les liens statistiques entre situation de travail et santé. Les résultats fondés sur le questionnaire de Karasek

¹⁶ Canguilhem G. (2002), « La santé : concept vulgaire et question philosophique », in G. Canguilhem, *Ecrits sur la science*, Seuil.

attestent un lien fort entre santé et « soutien social » dans le travail : ce lien renvoie probablement à des pratiques effectives de « soutien social » qui protègent de l'exposition aux risques, et à des dimensions plus subjectives de la perception de la qualité des relations de travail, ce que les travailleurs nomment souvent « l'ambiance ».

- Prendre au sérieux la perception des risques professionnels c'est s'intéresser à l'activité de travail concrète, à la manière dont ces risques font ou non sens dans le « mouvement du travail ».

1-4 Les enjeux particuliers au « stress » et des facteurs psychosociaux

Ce sont des thèmes montant du débat public sur la santé au travail. Les TMS sont associés à risques psychosociaux. Très fort écho médiatique des suicides au travail et du thème de la « souffrance au travail ». Débat et confrontation au tour de la notion de « stress » et de son approche, avec un fort dissensus sur l'analyse des causes et sur les actions à entreprendre, avec la tendance des entreprises à évacuer le problème du côté des individus, quitte à les aider à « gérer leur stress »

1-5 Comment penser les relations travail/santé ?

Notre réflexion est basée sur deux références.

La première pense la construction sociale des représentations de la santé et de relations travail-santé dans une relation entre trois pôles normatifs à partir desquels les salariés construisent leur perception de leur santé : normes et savoirs scientifiques et techniques (médecine, sciences du travail), et qui oppose le sain et le malade ; les normes sociales et professionnelles (cultures de métier, règles de sécurité) qui séparent, de ce point de vue, le normal et l'anormal ; l'expérience et l'expertise collective et individuelle des salariés.

La seconde est celui des trois grands modèles de causalité des relations entre travail et santé que l'on trouve dans la littérature :

- le plus courant chez les spécialistes de la santé au travail : le travail dégrade la santé. Avec une médiation, celle de la méconnaissance ou du déni.
- Les travailleurs sont sélectionnés par leur santé, d'où le « wealthy worker effect », ou « effet du travailleur sain ».
- Le travail comme facteur de développement de la santé.

Bien des paradoxes apparents dans la perception des risques professionnels pourraient s'expliquer par le fait que ces trois causalités jouent en même temps, alors qu'on a tendance à privilégier la première.

2- Les variations sociales de la perception des risques professionnels et leurs énigmes

Que nous apprend l'enquête Sumer ? On se centre sur les réponses à une seule question : « pensez-vous que votre travail influence votre santé ». (Si oui) « Mon travail est plutôt bon pour ma santé ». « Mon travail est plutôt mauvais pour ma santé ». On retiendra 6 résultats, en signalant pour chacun les interprétations possibles.

2-1 La moitié des salariés juge que son travail n'influence pas sa santé, un sur quatre qu'elle est négative

Les hypothèses qui viennent à l'esprit sont :

- importance des phénomènes de déni et de méconnaissance
- difficulté à trancher entre influences positives et négatives
- poids des perceptions positives de l'emploi – *avoir* un emploi - et du travail – *être* un sujet social grâce une « activité » de travail - liées au contexte de chômage et de précarité.

2-2 Les femmes jugent plus souvent que cette influence est positive.

- le travail professionnel comme conquête historique ;
- la concurrence du travail domestique comme facteur pouvant dégrader la santé ;
- les aspects pathogènes des emplois féminins sont moins visibles socialement
- une sur-sélection des femmes en emploi par la santé.

2-3 Ouvriers et ouvrières se singularisent par la fréquence de la perception d'une influence négative.

- le travail est d'autant plus facteur de santé qu'on s'élève dans la hiérarchie salariale des qualifications ;
- la pénibilité/dangerosité des tâches ouvrières a été de longue date construite socialement comme telle.

2-4 Les jeunes (moins de trente ans), « toutes choses égales par ailleurs », jugent plus souvent cette influence négative.

- l'élévation du niveau de formation et d'information dans les nouvelles générations et le recul des idéologies de métiers favoriseraient une relation plus instrumentale et détachée au travail, donc plus critique de ses incidences délétères.
- A la différence des anciens, ils n'ont pas le recul d'une carrière allant généralement dans le sens d'une amélioration des conditions de travail et donc d'un jugement plus sévère sur ces conditions lors des débuts de la vie professionnelle.

2-5 *Les salariés précaires « toutes choses égales par ailleurs », jugent plus souvent cette influence négative.*

- la surexposition au risque de chômage est associée à une valorisation du fait d'avoir un emploi et à une occultation des risques professionnels ;
- sélection par la santé des précaires occupés parmi l'ensemble des précaires.

2-6 *Les soignantes sont plus divisées du point de vue de la perception du lien travail-santé que les femmes de milieu socioprofessionnel équivalent.*

Chez elles le lien entre niveau de qualification et perception du lien travail-santé s'inverse (les infirmières perçoivent plus souvent que les aides-soignantes un lien négatif).

Dans l'espace des professions tel qu'il est dessiné par le modèle de Karasek, les infirmières se retrouvent, non loin des cadres – forte charge mais aussi forte autonomie – tandis que les aides soignantes se retrouvent à proximité d'emplois d'exécution à la fois peu autonomes et fortement « chargés ».

3- Une enquête auprès des soignantes : entre psychologisation et critique sociale des difficultés professionnelles

Marc Lorient¹⁷ soutient la thèse selon laquelle le succès des catégories de stress et de burn-out chez les infirmières tendent à psychologiser la fatigue et à la déconnecter des conditions collectives de travail. Pour lui, plus le travail tend à prendre le sens de domaine de réalisation de soi, plus ce type de perception psychologisante est fréquent.

Nos résultats nous amènent à discuter cette thèse

3-1 *Notre enquête par questionnaire confirme et amplifie les indications de l'enquête Sumer.*

17 Lorient, M. (2000), *Le temps de la fatigue. La gestion sociale du mal-être au travail*, Anthropos.

On compare les résultats de l'enquête auprès des soignantes d'un site CHU de Marseille et des salariés d'entreprises sous-traitances des sites pétrochimiques et sidérurgiques de Berre-Fos. L'instabilité d'emploi est plus fréquente chez les salariés de la sous-traitance, mais la perception d'une dégradation des conditions de travail est beaucoup plus fréquente chez les soignantes. Elles sont nettement sur-représentées dans le quadrant des « stressés » du tableau KARASEK et parmi ceux qui déclarent un travail à la fois stressant et fatigant, que nous avons alors qualifié d' « épuisant ».

Elles déclarent des risques professionnels moins nombreux, et à des risques différents. Tensions avec le public et tension nerveuse sont bien plus souvent déclarés. En même temps ces risques paraissent moins visibles, connus et maîtrisés que chez les salariés de la sous-traitance.

Les soignantes déclarent des problèmes de santé à la fois moins nombreux, et différents : elles ont connu moins souvent des accidents ou des maladies « graves », connaissent moins de troubles strictement physiques – difficultés à effectuer certains mouvements, troubles de l'audition – mais signalent plus souvent des troubles de type psychosomatiques

Elle font état d'un rapport distinct à leur santé, dans laquelle le souci de sa santé est à la fois plus ancien, mais moins médicalisé.

Nos deux groupes enquêtés localement *semblent* – mais, la prudence s'impose, la formulation de notre question sur l'influence du travail sur la santé est différente de celle de l'enquête Sumer18 - plus « conscients » que leurs équivalents au plan national d'une influence du travail sur leur santé, notamment d'une influence néfaste. Les soignantes déclarent plus souvent une influence négative du travail sur leur santé psychique, mais également souvent, aussi souvent que les salariés de la sous-traitance, sur leur santé physique.

Les aides-soignantes de cet hôpital sont, semble-t-il, et comme au plan national, plutôt moins critiques que les infirmières sur la relation travail-santé.

Conclusion et ouvertures

18 La formulation comprend deux différences d'avec celle du questionnaire « Sumer » : elle distingue deux volets de la santé, « physique » et « psychique » ; et elle autorise les réponses « Ne se prononce pas ».

1- Il y a chez ces femmes soignantes un attachement fort au travail professionnel à la fois comme activité sociale, et comme profession motivante. Cela peut alimenter la tolérance aux mauvaises conditions de travail, lesquelles sont alors psychologisées, naturalisées, minimisées, perçues comme contreparties nécessaires d'une implication positive dans l'activité. L'idéologie vocationnelle a permis longtemps d'occulter ces conditions du travail, précisément comme « conditions », ou comme dimensions du travail qui seraient donc susceptibles d'être modifiées ¹⁹. La notion de « stress » peut être mobilisée par cette profession dans cette perspective. Mais cette notion peut nourrir également un regard critique sur ces conditions, perçues comme contredisant l'attachement à la réalisation d'un travail de qualité : le genre féminin et le genre professionnel peuvent donc tantôt s'épauler dans le sens de la méconnaissance de potentialités délétères du travail, tantôt dans le sens de leur critique. Les deux se combinent le plus souvent, les soignantes hospitalières attestant cependant de la force du deuxième mouvement. Il se peut que l'actuelle conjoncture historique soit celle d'un retournement : un rapport impliqué dans le travail longtemps orienté dans un sens vocationnel tendant à naturaliser les conditions de travail se transformerait en source de critique de conditions de travail interdisant de réaliser le travail de qualité dans lequel on peut se reconnaître. Reste qu'il s'agit d'un groupe professionnel divisé sur ce plan. Sans doute que les tensions au sein et entre ces normes sociales sont particulièrement fortes. Elles peuvent se traduire par de fortes tensions dans le milieu de travail : entre l'encadrement et les soignantes, au sein des services, au plan intergénérationnel, et par des mouvements de fuite hors de l'hôpital.

2- Le sens de la « santé » et du « travail » sont toujours contextualisés, parce que les contextes de leur mise en jeu sont variés.

3- Rien n'indique que la santé psychologique soit condamnée à être évacuée des enjeux collectifs du travail.

4- Il convient de mieux étudier les effets de sélection, de carrière professionnelle, et des dynamiques familiales.

¹⁹ Michel Gollac et Serge Volkoff (2000) rappellent que pour que l'on puisse parler de « conditions de travail », il faut pouvoir distinguer « le travail », de certaines de ses « conditions », perçues comme modifiables.

Discussion (initée par Irène Sari-Minodier, Faculté de Médecine de Marseille)

La première remarque concerne la méthode de l'enquête qui risque d'introduire un biais dans la mesure où les salariés les plus atteints peuvent quitter rapidement l'entreprise (biais du travailleur sain). Les effets du travail sur la santé seraient ainsi sous-estimés, malgré les taux d'expositions importants. Or, l'enquête Sumer s'adresse aux personnes en situation d'emploi. Il serait judicieux de s'intéresser par exemple au turnover dans les organisations, pour mieux rendre compte de l'influence du travail sur la santé. Dans l'enquête sur les soignantes, le fait que le lien négatif entre la santé et le travail soit davantage perçu par les infirmières que par les aides soignantes peut être dû à une charge mentale plus importante pour les infirmières, liée à la peur et la responsabilité juridique (et certaines affaires médiatisées).

Yvan Soares (INVS CIRE Sud) complète cette remarque en suggérant qu'il faudrait articuler le travail avec d'autres facteurs, sans pour autant rabaisser le facteur de travail (par exemple travail ou tabagisme comme cause de cancers de poumons).

En s'appuyant sur sa propre expérience de chercheur et de médecin, *Irène Sari-Minodier* évoque les mutations actuelles dans les hôpitaux pouvant également affecter négativement la santé psychique au travail. L'importance des collectifs de travail est actuellement remise en question par ces mutations. Les personnes qui changent souvent de services, ne connaissent pas forcément les spécificités du service dans lequel elles sont affectées. Ces transformations se traduisent ensuite par les difficultés d'intégration, le sentiment des personnes d'être interchangeables et autres facteurs pouvant influencer la santé psychique. Or, il ne faut pas oublier que l'intégration au sein de collectif du travail passe tout d'abord par les échanges informels, en dehors des strictes relations du travail. Le besoin de reconnaissance des soignants (de la part de l'administration, mais aussi des patients) semble également être un facteur important pour la santé des soignants. Enfin, la question du sens du travail chez les infirmières est à souligner dans la mesure où les justifications financières dans la gestion hospitalière tendent à occulter le sens du métier.

Réponses de P. Bouffartigue et J-R. Pendariès:

L'enquête évoquée ci-dessus comporte évidemment ses limites. Tous les facteurs de stress, notamment les antécédents familiaux, l'expérience des rapports avec le public ne sont pas connus des enquêteurs. Mais d'autres enquêtes pourront mieux tenir compte de ces facteurs de risque. Il est généralement impossible d'évoquer une causalité directe entre le travail et la santé. Dans les cas les plus extrêmes, comme celui de suicide, il est impossible de désigner la cause exacte. En revanche, on pourrait peut-être étudier les facteurs au travail qui n'ont pas permis de l'éviter?

La dernière intervention de la journée a été consacrée à la question d'accompagnement pour les représentants des salariés. Rémy Jean, enseignant chercheur à l'Université de Provence et membre d'un cabinet d'experts agréé par le Ministère du Travail a présenté les modèles de formations existantes à destination de représentants de salariés.

2.4. Quelles formations pour les représentants des salariés ? (Rémy JEAN, département d'ergologie, Université de Provence)

Rémy Jean a présenté les deux principaux modèles de formation destinés aux représentants de personnel mis en œuvre par le département d'ergologie de l'Université de Provence et par le cabinet d'experts CIDECOS. Le droit des élus de personnel est inscrit dans les articles L4614-14-15, R461421-36 du code de Travail qui prévoient des congés de formation pour ces derniers. Le premier modèle, plus classique, est assuré par les opérateurs tels que l'IRT (l'Institut Régional de Travail), les organisations syndicales, les organismes de formations agréés reliés au mouvement syndical.

Le second modèle a été mis en œuvre au département d'ergologie à destination de représentants du personnel en lien avec d'autres acteurs: les responsables des ressources humaines, les institutionnels. Le but de ce type de formation étant de réunir ces acteurs autour des thèmes précis afin de les aider à construire un référentiel commun.

Les programmes de formation CHSCT dispensés par les experts de Cidecos incluent des modules de stages de 3 ou 5 jours. Les modules thématiques portant sur différents aspects de santé au travail sont proposés aux syndicats et adaptés à l'entreprise et à la branche, en partenariat avec des inspections et médecins du travail, la DRIRE, la CRAM etc.

Une vingtaine de modules spécialisés sont consacrés à de nombreuses thématiques autour notamment des accidents de travail, maladies professionnelles, prévention des risques chimiques, atteintes à la santé mentale et psychique, prévention des troubles musculo-squelettiques, précarité, travail posté, risques technologiques industriels, risques et sous-traitance, vieillissement et travail.

La particularité méthodologique de ces formations consiste en une articulation des résultats de l'expertise avec la formation dispensée. C'est le cas par exemple des stages thématiques autour des risques psychosociaux.

Le deuxième modèle de formation s'adresse à un public mixte issu des secteurs public et privé (les personnels de GRH, les managers de première ligne, les représentants du personnel). Cette formation utilise notamment des études de cas (par exemple sur le thème de la violence au travail) et mobilise des interventions des représentants de personnel.

Les risques professionnels y sont intégrés autour des objets communs, avec un accent mis sur le caractère pluridisciplinaire et sur une vision non taylorienne des activités de travail. La formation s'attache à mobiliser les acquis de l'analyse concrète du travail, qui enrichit considérablement son contenu.

Enfin, on constate actuellement une forte montée de demande de formation de la part des représentants des salariés. Les activités de formation sont en développement important, mais l'accès (droit syndical et formation continue) reste cependant limité. L'action publique pourrait jouer un rôle important ici afin de faciliter l'accès à ce type de formation.

Discussion (E. Verdier, LEST)

La présentation a soulevé de nombreuses questions en vue d'approfondir le sujet.

Y-a-t il aujourd'hui des éléments permettant d'apprécier les effets de ces formations sur les trajectoires des collectifs? Peut-on distinguer les deux modèles de formation proposés selon les effets produits?

Quels dispositifs permettraient à terme d'apprécier les effets de ces formations?

Comment les formations qui s'adressent aux représentants de personnel intègrent le débat actuel sur le compromis entre travailler avec et sur les acteurs?

En pratique, au cours de la formation, comment peut-on amener les acteurs à s'interroger sur les interactions sur ce qui se joue dans l'entreprise et ce qui se joue dans le passé?

Que peut-on apprendre grâce à ce travail avec les acteurs de terrain sur l'expérience des individus concernant les risques nouveaux? Et enfin, comment susciter les réflexions sur les risques perçus comme banals, ou ceux sur lesquels il n'y a pas spontanément de réflexion.

Conclusion

Plusieurs séries de questions à approfondir ont été soulevées lors des débats. Tout d'abord, *la définition même des nouveaux risques est problématique*. Dans quelle mesure peut-on parler de l'émergence de nouveaux risques? Sont-ils véritablement « nouveaux », ou parle-t-on de nouveauté parce que la tolérance sociale vis-à-vis de certains risques s'est affaiblie, en les mettant plus en évidence?

Le changement technologique et organisationnel et leur impact sur les conditions de travail ont-ils influencé l'émergence de risques «véritablement nouveaux » et si oui, de quelle manière?

La prise en compte du caractère plurifactoriel des maladies avec un rôle de plus en plus important accordé notamment à l'environnement a-t-elle pu également faire émerger la notion de nouveaux risques professionnels?

Enfin, que met-on dans la définition des risques psychosociaux qui sont une notion relativement nouvelle ? Sont-ils nouveaux parce qu'ils bénéficient d'une reconnaissance accrue de la part des acteurs économiques (entreprises)? Que désigne le terme « psychosocial » dans ce contexte? La question de l'influence de l'éthique, des discours managériaux et des systèmes d'évaluation axés sur la performance sur la souffrance au travail dans les secteurs où primeraient encore les valeurs non marchandes semblent revêtir une importance particulière dans le contexte actuel.

Une deuxième série de questions concerne la recherche de l'unité socio-économique pertinente afin de rendre compte des liens interactifs santé-travail. Il serait notamment intéressant de revenir sur la question de la responsabilité des employeurs en matière de la santé au travail au sens juridique, mais également d'étudier l'impact des « nouvelles » formes de gestion de personnels sur (expl externalisation de la gestion du personnel soignant dans les hôpitaux). Enfin, un enjeu important consiste à structurer le passage d'un ensemble d'expériences individuelles et collectives à de véritables dispositifs de connaissances mobilisable par l'action collective.

Chapitre 3

Quels dispositifs de connaissances en vue de la prévention des maladies professionnelles?

Introduction

Le questionnement de cette troisième rencontre a porté sur les outils de la connaissance épidémiologique des maladies professionnelles et, plus largement, sur les dispositifs statistiques au niveau régional. Comment se construit en pratique la veille épidémiologique des maladies professionnelles en France, plus particulièrement en Paca? Comment étudier les pathologies pluri-factorielles? Quelles sont les limites des dispositifs statistiques existants et comment ces derniers peuvent-ils être améliorés ?

Le but de cette journée a été aussi d'établir un bilan d'étape dans une double perspective : définir des thématiques nécessitant à être abordées au cours des deux prochains séminaires et réfléchir sur les propositions d'approfondissement des thématiques déjà abordées. La journée s'est déroulée de la manière suivante. Au cours de la première intervention, Alain Viau a présenté une étude des facteurs pouvant influencer les déclarations des maladies professionnelles effectuée auprès des médecins de la région. La deuxième intervention a porté sur les activités de l'Institut de Veille Sanitaire tout d'abord au travers d'un aperçu des activités et des enjeux portés par l'Institut et son département Santé-travail en particulier (Madeleine Valenty) et s'est prolongée par l'exemple d'un programme de surveillance mené par ce département dans la région PACA (Yvan Souares) ; en outre, un accent particulier a été mis sur des investigations épidémiologiques motivées par un « cluster de cancers » (intervention de Yuriko Iwatsubo).

La deuxième partie de la journée a traité la question du caractère pluri-factoriel des maladies : comment mieux comprendre les pathologies pluri-factorielles, telles que les

leucémies aiguës ? Comment définir la part du professionnel dans ces maladies et pourquoi ?

La journée a été conclue par une discussion générale : quelles problématiques et quelles questions serait-il important d'aborder lors des deux prochaines rencontres ? Quel bilan peut-on tirer à ce stade de la préfiguration du pôle régional de recherche santé-travail ? Et, enfin, quelles améliorations pourrait-on apporter au fonctionnement actuel du dispositif collectif initié en février dernier ?

3.1. Quels freins à la déclaration des maladies professionnelles : une enquête auprès des médecins généralistes, rhumatologues et pneumologues en région Provence Alpes Côtes d'Azur ? (Alain Viau, ORS PACA)

Cette étude a été réalisée par une équipe pluridisciplinaire de chercheurs²⁰ constituée de Pierre Verger (ORS PACA), Sandrine Arnaud (médecin de santé publique à l'ORS PACA), Sandrine Cabut (statisticienne à l'ORS PACA), Marc Souville (psychosociologue de l'UFR de Psychologie, Université de Provence) et Alain Viau (médecin généraliste au Grand Conseil de la mutualité des Bouches du Rhône et médecin de santé publique à l'ORS PACA et à l'Inserm).

Problématiques

Cette étude s'intéresse aux facteurs de sous-déclarations en maladie professionnelle (MP) des trois types de pathologies : les troubles musculo-squelettiques (TMS), la souffrance psychique et les cancers de poumon. Les TMS représentent actuellement la première cause de maladies professionnelles déclarée et reconnue en France et l'on assiste à l'augmentation du nombre de cas nouvellement reconnus depuis plus de dix ans en France. Ceci n'est cependant pas vrai pour les TMS du rachis, pour lesquels ce nombre est resté stable depuis quelques années. Certaines études réalisées à l'étranger et en France suggèrent qu'il existe pourtant une sous-déclaration des TMS d'origine professionnelle, ce qui pose la question des raisons et des freins à cette déclaration.

20 L'étude a été effectuée dans le cadre de l'appel d'offre 2004 « La santé au travail » du Ministère du Travail.

Ceux-ci sont multiples, notamment liés aux médecins mais aussi aux patients. En ce qui concerne les lombosciatiques et les TMS de façon plus générale, certains patients peuvent en effet ne pas souhaiter faire une déclaration de MP par crainte de perdre leur emploi : la reconnaissance en MP implique en effet une adaptation ou un changement de poste de travail afin d'éviter de réexposer le patient à ce qui a été à l'origine de sa maladie professionnelle. Cette adaptation ou ce changement de poste ne sont pas toujours réalisables, surtout dans les TPE et l'employeur est alors conduit à licencier le salarié.

Un nombre croissant d'études suggère que la souffrance psychique au travail qu'elle soit ou non liée à des situations de violence ou de harcèlement, peut affecter la santé physique des individus qui la subisse - troubles musculo-squelettiques, risques cardio-vasculaires - ainsi que leur santé mentale (troubles anxieux ou dépressifs, état de stress post-traumatique, voire comportements suicidaires).

Les symptômes associés à ces différents troubles peuvent inciter les salariés à consulter en premier lieu leur médecin généraliste (MG), médecin de premier recours.

En 2003, l'InVS a mis en évidence une persistance importante des sous-déclarations de cancers du poumon liés à l'amiante. 2 000 à 4 000 cancers du poumon sont attribuables à cette exposition, mais 8 à 18 % seulement sont reconnus comme des maladies professionnelles.

Ce phénomène s'explique en premier lieu par la méconnaissance des expositions par les salariés eux-mêmes, mais aussi par l'attitude des médecins à l'égard de la santé au travail. Ainsi, il faut reconnaître que le corps médical est passé à côté de l'épidémie de cancers liés à l'amiante. L'article L. 461-6 du Code de Sécurité sociale oblige pourtant les médecins à déclarer toute affection ou maladie liée au travail dont ils ont connaissance.

Le but de ce travail était donc de mettre en lumière les facteurs pouvant influencer ce phénomène de sous-déclaration et d'élaborer des propositions de solution de ce problème.

Méthodologie de l'étude

Cette étude transversale téléphonique a été réalisée en 2006-2007 auprès de 391

médecins généralistes de ville, 95 pneumologues (hospitaliers ou privés) et 96 rhumatologues (Hospitaliers ou privés) exerçant en région Paca et sélectionnés par tirage au sort, stratifié pour les médecins généralistes, sur l'âge, le sexe et la taille de l'unité urbaine d'exercice. Les taux de réponse étaient respectivement de 64,4 %, 62,5 % et 60,8 % pour ces trois catégories de médecins.

Le questionnaire, développé sur la base d'une enquête qualitative préalable auprès de 19 médecins généralistes, médecins du travail et autres acteurs de prévention, décrivait les caractéristiques professionnelles des médecins, ainsi que leurs pratiques et attitudes en santé travail. Il comprenait également 3 vignettes (cas cliniques fictifs).

L'une contenait le cas d'un homme âgé de 50 ans, chez lequel un cancer du poumon était diagnostiqué, après avoir travaillé pendant 20 ans dans un chantier naval et avoir été exposé à l'amiante ; deux versions de cette vignette, selon que le patient était fumeur ou pas, étaient présentées à deux groupes randomisés de médecins généralistes et de pneumologues.

Une deuxième vignette représentait un homme sans antécédent médical particulier, chauffeur livreur, portant régulièrement des charges lourdes, n'ayant fait aucun effort soudain récent, chez lequel une hernie discale L5-S1 est diagnostiquée.

Enfin, une troisième vignette concernait une personne de 45 ans occupant un poste de caissier dans un supermarché et se trouvant dans une situation de souffrance psychique.

Pour chacune de ces vignettes, il était demandé aux médecins s'ils recommanderaient une déclaration en MP et sinon, les motifs de non déclaration, selon des listes préétablies.

L'âge moyen de l'échantillon de médecins généralistes, majoritairement masculin, était de 51,6 ans et le nombre moyen d'années d'exercice de 21,2 ans. Parmi les généralistes, 89.5% ont déclaré avoir rencontré assez souvent à très souvent dans leur pratique au cours des 12 derniers mois des troubles musculo-squelettiques du rachis, 86% des problèmes de souffrance morale au travail, 54% des TMS des membres, 34.5% des allergies cutanées, 27.6% des allergies respiratoires, 16% des atteintes auditives, 12% des cancers de l'amiante et 2% d'autres cancers professionnels.

Principaux résultats et discussion

Contexte des troubles musculo-squelettiques

Dans ce contexte, deux groupes de médecins ont été interrogés: les généralistes et les rhumatologues. Les deux groupes de médecins ne se différenciaient pas de manière statistiquement significative, selon l'âge, le sexe ni l'ancienneté de pratique. En revanche, le nombre moyen de consultations déclaré était plus important pour les MG que les rhumatologues²¹.

L'étude a révélé des différences notables entre les pratiques des deux groupes de médecins.

Les généralistes déclaraient en effet, moins fréquemment (et cela de manière statistiquement significative) que les rhumatologues, avoir les pratiques suivantes: poser des questions sur les expositions passées, discuter avec les patients les répercussions d'une déclaration en maladie professionnelle sur l'emploi, avoir suivi des séances de FMC en santé travail et considérer que compléter un certificat initial de MP fait bien partie de leur rôle. Les généralistes étaient cependant plus nombreux que les rhumatologues à considérer que les tableaux de MP étaient d'un usage complexe.

En ce qui concerne la recommandation de déclaration en maladie professionnelle pour le patient de la vignette, seuls 28,6 % des généralistes et 21,9 % des rhumatologues étaient d'accord.

Les motifs de refus étaient par ordre de fréquence décroissant :le rôle possible de facteurs extra-professionnels, l'opinion selon laquelle il serait préférable de faire une déclaration d'accident du travail, l'opinion selon laquelle c'est au médecin du travail de faire la déclaration, et enfin, le risque de perdre son emploi pour le salarié.

Enfin, les analyses de régression multiple ont montré que les médecins faisant la recommandation de déclaration de la lombosciatique étaient plus souvent des généralistes, discutaient plus souvent les répercussions sur l'emploi lors d'une déclaration en MP et avaient complété plus de deux CMI (Certificat Médical Initial) dans les cinq dernières années. Un second modèle, sans la variable « nombre de CMI complétés », faisait ressortir une autre variable. En effet, le fait de considérer que la méconnaissance des critères de déclaration ne constitue pas un frein à la déclaration de

21 Cependant, cette différence était statistiquement peu significative (au niveau de 10%).

MP, en général, était associé à une plus fréquente attitude de recommandation de déclaration de la lombosciatique.

Les résultats de cette étude de cas indiquent d'abord qu'un faible pourcentage de médecins recommandait la déclaration de lombosciatique dans le cas de la vignette alors que celle-ci n'était pas ambiguë de ce point de vue. Ceci suggère que les médecins n'encouragent guère leurs patients à déclarer ce type d'affection.

Les raisons retenues par les médecins pour ne pas recommander la déclaration suggèrent le développement suivant.

Tout d'abord, une méconnaissance du *principe de présomption d'origine*, selon lequel, au vu de la réglementation, dès lors que la maladie et l'exposition figurent dans un tableau de maladie professionnelle (ce qui était bien le cas ici), le lien entre cette maladie et cette exposition est considéré comme établi, même s'il existe des cofacteurs extra-professionnels, et la déclaration en MP peut dès lors être faite.

Une méconnaissance ou un contournement des procédures de déclaration : ici, aucun élément ne plaide en faveur d'un accident de travail (port régulier de charges lourdes, pas d'exposition soudaine ou brutale). De ce fait, la procédure de déclaration en accident de travail ne devrait pas être appliquée. Or, cette procédure est parfois engagée notamment parce qu'elle est supposée poser moins de problème au salarié dans son entreprise, qu'une déclaration en MP qui serait perçue comme mettant en cause plus directement l'organisation du travail.

Une crainte des répercussions sur l'emploi semble bien endossée par un certain nombre de médecins. Celle-ci place les médecins face à un dilemme éthique : recommander au patient de déclarer sa lombosciatique en MP mais risquer ainsi une répercussion sur l'emploi, si l'adaptation ou le changement de poste ne s'avèrent pas possibles, si la lombosciatique est reconnue. Alternativement, ne pas conseiller à déclarer la lombosciatique mais risquer, par un maintien au poste du salarié, une aggravation, voire un handicap.

Ce problème devient d'autant plus difficile à résoudre que les médecins de ville ont peu d'éléments, en dehors des dires des patients, pour apprécier les risques de répercussion

sur l'emploi, ce d'autant plus qu'ils ont très peu de contacts avec les médecins du travail et qu'ils ne connaissent pas des moyens comme la visite de pré-reprise qui permettent d'anticiper les problèmes à la reprise du travail.

De façon assez contre-intuitive, les résultats de la régression logistique indiquent que les généralistes déclaraient la lombosciatique en MP plus souvent que les rhumatologues alors que ceux-ci apparaissent mieux formés et plus expérimentés en santé travail.

Plusieurs hypothèses pourraient être avancées pour expliquer ce phénomène. Premièrement, du fait de leur plus grande expérience, les rhumatologues pourraient plus anticiper les conséquences potentiellement négatives sur l'emploi d'une déclaration en MP et par conséquent être plus réticent vis-à-vis d'elle. Il est également possible qu'ils perçoivent de façon négative le fait de déclarer en MP une Lombosciatique. Lors de notre enquête qualitative, il est en effet ressorti que cette déclaration pouvait être associée à un sentiment de victimisation, qui serait peu favorable à un rétablissement du patient.

Contexte des souffrances psychiques au travail.

Dans ce contexte, parmi les généralistes, 86% ont déclaré avoir rencontré assez souvent à très souvent chez leurs patients des problèmes de souffrance morale au travail dans leur pratique au cours des 12 derniers mois.

Des analyses statistiques (régression multiple) ont montré que les MG déclarent d'autant plus fréquemment rencontrer des problèmes de souffrance morale au travail que leur clientèle est aisée, ce facteur étant le plus fortement associé.

Ce résultat semble contre-intuitif, la prévalence d'indicateurs défavorables de charge mentale au travail étant d'autant plus importante que l'on descend dans la hiérarchie socioprofessionnelle (Niedhammer, et al. 2007, Melchior et al., 2005). Il est possible que des personnes de niveau social plus aisé soient plus enclines que des personnes de niveau social plus faible à verbaliser une situation de souffrance psychique lors d'une consultation médicale.

Les autres facteurs influençant les déclarations sont les suivants: le fait de ne pas savoir qui doit remplir la déclaration de MP; le fait de voir plus de 2 accidents de travail par mois; le

fait que leurs patients évoquent souvent leurs conditions de travail, et enfin, le fait de solliciter plus fréquemment la médecine du travail.

Dans le cas du patient décrit dans la vignette, la prescription d'un anxiolytique, celle d'un arrêt de travail et l'orientation vers le médecin du travail étaient déclarés par la majorité des MG, tandis que l'orientation vers un psychiatre était proposée par moins d'un MG sur deux.

Les analyses statistiques montrent que les MG déclaraient d'autant plus fréquemment prescrire un anxiolytique dans le cas du patient décrit dans la vignette que le nombre de leurs actes journaliers était élevé. Ceci pourrait s'expliquer par une moindre disponibilité du médecin en termes de temps de consultation et par une substitution de ce dernier (qui pourrait être consacré à d'autres approches de prise en charge plus consommatrices de temps) au profit de la prescription médicamenteuse (Verger et al. 2007). Nos résultats indiquent aussi que les médecins percevant le plus d'obstacles à la déclaration d'une maladie professionnelle ou posant rarement des questions sur les conditions de travail retenant le plus fréquemment la réponse médicamenteuse proposée dans la vignette. Ce résultat pourrait aussi refléter un certain malaise et/ou manque de formation des médecins face au problème abordé dans la vignette. En effet, les MG ne sont majoritairement pas formés à gérer des situations de souffrance morale liée au travail et il n'existe pas actuellement de recommandation professionnelle en France sur ce sujet. Ceci pourrait amener les MG à opter majoritairement pour des solutions « classiques », comme la prescription d'arrêts de travail et/ou de psychotropes.

La prescription d'anxiolytiques était associée à celle d'un arrêt de travail et à l'orientation vers un spécialiste en santé mentale. L'arrêt de travail est, dans ce type de situation, une demande forte des patients. Certaines études indiquent que la majorité des médecins conseillent aussi un arrêt de travail temporaire dans les situations de stress au travail important. Si l'arrêt de travail peut permettre au patient de récupérer dans les situations difficiles, il ne résout cependant pas la situation liée au travail et peut même, s'il se prolonge, constituer un obstacle à la résolution du problème.

En cas de harcèlement moral allégué par le patient de la vignette, près de deux tiers des médecins acceptaient la rédaction d'un certificat médical et, dans un cas sur deux, de

mentionner le terme « harcèlement moral » sur le certificat. Cette pratique n'est pas sans danger, car le terme « harcèlement moral » ayant une définition juridique, le mentionner dans un certificat médical engage la responsabilité du MG qui peut être poursuivi par l'employeur. Caractériser un éventuel harcèlement dans un certificat descriptif nécessite de faire la part entre les dires et les symptômes du patient et la réalité de la situation de travail. Une recommandation de prudence doit être faite aux MG au sujet de ces certificats.

Cependant, plus de 9 MG sur dix déclaraient orienter vers un médecin du travail. C'est encourageant, la collaboration entre MG et médecins du travail étant peu fréquente en France (Saliba et al., 2007) et ailleurs (Buijs et al., 2007).

Cette étude suggère que la souffrance psychique au travail est perçue par les MG comme l'un des principaux problèmes de santé liés au travail.

Cette perception était associée à plusieurs facteurs : un type de clientèle plutôt aisé, une confrontation plus importantes des MG aux problèmes de santé au travail, mais aussi une moindre connaissance des procédures de déclaration de maladie professionnelle, ce dernier résultat suggérant un manque de formation des MG dans le domaine santé travail.

Notre étude indique aussi que, face à une situation de souffrance psychique au travail, les médecins adoptent majoritairement une réponse médicamenteuse, ce type de réponse étant probablement lié à un manque de temps des MG ainsi qu'à un sentiment de malaise ou de difficulté dans la prise en charge de ce type de problème. La majorité des MG en France n'est pas formée pour appréhender les problèmes de souffrance psychique liés au travail et des recommandations de bonnes pratiques n'existent pas sur ce thème. De manière surprenante, compte tenu des faibles collaborations habituellement documentées entre généralistes et spécialistes, la majorité des médecins de notre enquête déclaraient orienter vers les spécialistes de santé mentale et du travail. Ce résultat conforte l'idée que les MG sont démunis face aux problèmes de souffrance psychologique au travail.

Le contexte des cancers broncho-pulmonaires liés à l'amiante.

Nous avons choisi d'étudier les barrières à la déclaration dans la pratique du médecin, en fonction de sa spécialité – pneumologue ou généraliste, de la perception de son rôle vis-à-vis de la santé au travail, de ses charges de travail. Nous avons également pris en compte le fait que le tabagisme, d'après la littérature ainsi que nos entretiens qualitatifs, occulte les autres expositions professionnelles.

En utilisant des modèles univariés et des analyses de régression logistique multiple, nous avons établi plusieurs résultats. La répartition des deux groupes ne varie pas en fonction de l'âge, du sexe ou des années de pratique. En revanche, les médecins généralistes étaient plus nombreux à déclarer réaliser plus de 25 actes par jour.

Nous avons constaté de nombreuses différences entre les deux groupes dans leur attitude à l'égard de la santé au travail. Ainsi, les généralistes étaient moins nombreux à poser des questions sur les expositions passées de leurs patients : un sur deux affirmait ne pas le faire, alors que 90 % des pneumologues déclaraient interroger systématiquement leurs patients sur leurs expositions professionnelles. 77 % des médecins généralistes, contre 50 % des pneumologues avouent ne pas connaître les critères de déclaration des maladies professionnelles. Contrairement aux pneumologues, une faible proportion de généralistes a suivi des séances de formation médicale continue (FMC) concernant les problèmes de santé au travail. 80 % des médecins généralistes et 50 % des pneumologues jugent les tableaux de maladies professionnelles « complexes ». 25 % des généralistes considèrent qu'il n'est pas de leur rôle de remplir des certificats médicaux de maladie professionnelle.

En dehors de la spécialité et du tabagisme, nous avons étudié d'autres variables susceptibles d'expliquer la sous-déclaration. Les médecins dont l'activité est plus importante déclarent moins de maladies professionnelles. De même, ceux qui estiment qu'il n'est pas dans leur rôle de remplir les certificats médicaux de maladie professionnelle effectuent moins de déclarations. Ces deux variables, qui ressortent de l'analyse par régression logistique sont donc susceptibles d'expliquer la sous-déclaration.

Comment expliquer ces résultats ? Le concept de présomption d'imputabilité semble mal connu. Le système français est fondé, depuis 1919, sur un système de tableaux. Lorsqu'un patient exposé à un risque pour une durée correspondant aux critères

présente une pathologie répertoriée dans ces tableaux, ni le médecin, ni le patient n'a besoin de confirmer la relation de causalité entre le produit toxique et la maladie, même en présence de cofacteurs non professionnels.

De plus on ne prend pas en compte l'interaction entre les produits. Ainsi, tabac et amiante combinés ont des effets multiplicatifs et non additifs. Un fumeur aurait pu ne pas développer de cancer du poumon s'il n'avait pas été exposé à l'amiante. Un facteur de sous-déclaration supplémentaire réside dans le fait que l'identification du risque lié au tabac est susceptible d'occulter les autres expositions et certaines recherches montrent la stigmatisation associée au tabagisme. Le tabac peut ainsi occulter les autres expositions. D'autres cancers, comme celui de la vessie, peuvent apparaître à la fois chez les fumeurs et chez les travailleurs exposés à certains risques professionnels.

Le rôle des médecins généralistes est important, dans la mesure où la réforme de la Sécurité sociale accorde un rôle plus grand au médecin traitant. Celui-ci doit rédiger la plupart des certificats demandés par les organismes de sécurité sociale. Le fait que les pneumologues soient plus attentifs aux maladies professionnelles ne dispense pas le généraliste de bien informer son patient.

Conclusion

Bien que le système français de réparation des maladies professionnelles soit relativement protecteur pour les salariés, des iniquités importantes persistent liées d'une part à une forte sous déclaration des MP et d'autre part à une compensation des conséquences sociales de la reconnaissance en MP pas toujours suffisante. Cette étude indique que de nombreux freins à la déclaration en MP existent, pour une part liés au manque de formation des médecins mais pas seulement. En effet, ceux-ci manquent aussi d'outils pour les aider à repérer l'origine professionnelle des maladies de leurs patients. La faible collaboration entre médecins de soins et médecins du travail constitue aussi un « handicap » pour les premiers car ils n'ont pas accès à la réalité de l'entreprise et ne maîtrisent pas les différents mécanismes auxquels il peut être fait appel pour favoriser le maintien dans l'emploi des patients.

Ces résultats suggèrent également la nécessité de diffuser des recommandations de bonne pratique pour aider les médecins traitants à faire face aux problèmes liés à la souffrance psychique au travail en France.

Pour répondre à ces besoins, l'Observatoire régional de la santé, soutenu par la Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle Provence-Alpes-Côte d'Azur et le Conseil régional, a mis en place, depuis 4 ans, le SISTEPACA, Système d'information en santé, travail et environnement. Celui-ci organise des séances de formation médicale continue en santé au travail rassemblant, dans leur bassin d'exercice, des médecins de soins (généralistes et spécialistes), médecins du travail et médecins-conseils de la Sécurité Sociale. Un réseau d'environ 300 médecins de soins s'est ainsi constitué. Le SISTEPACA met aussi à disposition des médecins un site Internet www.sistepaca.org pour leur apporter des outils d'aide au repérage et à la déclaration de MP et un annuaire, par département, des services de santé au travail et des structures de maintien dans l'emploi.

Discussion

La discussion a été initiée par *Robert Tchobanian*.

D'après ce dernier, la question de la sous-déclaration renvoie à au moins trois niveaux différents : la question de l'équité collective d'une prise en charge insuffisante, les pratiques des médecins face à un dispositif institutionnel, l'apport de la connaissance des maladies professionnelles à l'action publique et collective.

Si des pathologies ne sont pas repérées comme liées au travail, cela implique des coûts externes pris en charge par la collectivité (sécurité sociale), alors qu'ils devraient être couverts au niveau de la création du risque – branche accidents du travail -. Cela ne concerne pas que l'équité (coûts subis par les salariés ou par la collectivité), mais aussi la minoration d'un mécanisme de régulation sanitaire par ré-internalisation des coûts auprès des entreprises les incitant à une amélioration des conditions de travail.

Du point de vue de la pratique médicale, plusieurs questions importantes ont été révélées par l'étude: comment tenir compte du caractère pluri-factoriel des maladies? Quelle place donner à la connaissance des risques comportementaux? Comment articuler pratique médicale et dispositif institutionnel ? Concernant les pathologies abordées dans l'étude, leur caractère pluri-factoriel peut être l'une des causes de la non-déclaration en maladie professionnelle. Ainsi, il est difficile d'estimer l'ampleur des sous-déclarations pour les lombosciatiques. Le problème qui se pose concerne

également la place du risque comportemental, comme l'illustre le cas des cancers de poumons liés à l'amiante. Par ailleurs, dans ce type de cas, souvent les médecins généralistes ne se sentent pas en mesure de se prononcer, et orientent les patients vers les spécialistes.

La question de la présomption d'origine, ainsi que celle du dilemme éthique ont été également soulevées. Les risques sociaux amènent à ne pas déclencher une déclaration de maladie professionnelle, parfois à la demande du patient lui-même qui craint d'en subir des effets économiques préjudiciables. Mais le médecin rencontre alors un dilemme éthique car il prolonge le risque rencontré par le patient. De plus, les médecins semblent ne pas complètement s'approprier la procédure impliquant une bonne connaissance de tableaux des MP. Cela suggère la nécessité d'accroître la formation, d'établir un rapport entre les médecins généralistes ou spécialistes et la médecine de travail.

Enfin, du point de vue de la connaissance des risques sanitaires liés au travail, on peut noter une situation paradoxale. Depuis les années 1970, la connaissance des risques professionnels s'est beaucoup améliorée. Auparavant il existait très peu d'indicateurs sur la santé au travail et sur les accidents du travail. Aujourd'hui de nombreux dispositifs statistiques lient connaissance du contenu du travail et vie des salariés: l'enquête Conditions de travail (dont la dernière version date de 2005), les enquêtes COI, Sumer, des enquêtes épidémiologiques. La connaissance des risques professionnels semble donc s'être améliorée, mais cela se traduit-il dans la prise en charge par les entreprises, les acteurs sociaux (branches, territoires), les praticiens de la santé et les politiques publiques ? La question de l'emploi est restée longtemps dominante, la question du travail passant au second plan. Le risque dans la crise actuelle est que cette situation redevienne d'actualité.

Théoriquement le système de reconnaissance des maladies professionnelles permet de contribuer à tous ces enjeux : offrir aux salariés la protection, prendre en charge l'indemnisation, contribuer à la prise de conscience collective et l'inscription dans la politique publique d'amélioration. La sous-déclaration des maladies professionnelles montre les limites du dispositif. Il est donc nécessaire que tous les acteurs chacun à son niveau, prennent en charge la question de la santé au travail.

Autres remarques suscitées par l'intervention:

Selon *Marc Andeol*, la formation des médecins généralistes sur les tableaux des maladies professionnelles n'est pas primordiale. Pour lui, c'est plutôt la connaissance de l'exposition qui est décisive dans le diagnostique. Si le médecin a des éléments sur l'exposition des patients, il fait la déclaration, mais cela suppose qu'il doit pouvoir accéder à l'anamnèse de l'exposition de son patient.

De plus, une approche qui a permis de multiplier par 5-10 les déclarations est l'approche populationnelle proposée par J-F. Mattei. L'idée de cette approche est de poser la question en termes de territoire: de quoi souffrent les patients sur ce territoire lorsqu'ils souffrent d'une pathologie professionnelle ? Cela permet de faire connaître les risques réels sur un territoire réel.

Un autre problème est celui de la procédure de déclaration. Le formulaire est rempli par le médecin, mais il ne garde aucune trace, aucun document. Il n'a non plus aucun retour ni en termes de son utilisation réelle, ni de conséquences sur les postes de travail. Cela laisse à penser que la formation à elle seule ne pourra pas changer les pratiques des médecins généralistes.

D'après *Philippe Mossé*, les deux démarches (la formation et la connaissance des expositions) devraient être complémentaires.

Pierre Trinquet a souligné l'intérêt de l'étude et la force des arguments scientifiques évoqués. Il est en effet nécessaire de sensibiliser les médecins aux problématiques de travail. Cependant, parmi les limites de l'enquête il note le fait que le rapport existant entre les déclaration et la prévention n'a pas été abordé.

Les médecins (généralistes et spécialistes) sont-ils conscients des effets possibles de la déclaration dans l'entreprise? Il serait utile de mettre l'accent sur le fait que la déclaration va enclencher une enquête en entreprise, ce qui jouera sur la cause des maladies professionnelles.

Paul Bouffartigue note le caractère alarmiste de l'étude ce qui semble souligner l'importance de la sensibilisation aux questions de la santé au travail au niveau de la formation initiale des médecins de ville. Il fait part en outre de ses craintes quant aux

répercussions différenciées des déclarations des MP selon les qualifications, le profil et le type d'affection.

Concernant les souffrances morales au travail, la différenciation sociale semble aller au delà de la verbalisation, mais elle concerne aussi l'expérience sociale au travail. Les personnes qui estiment leur travail comme stressant ont bien souvent un degré d'autonomie plus important.

En réponse aux remarques concernant la sensibilisation des médecins au travers de la formation, *Irène Sari-Minodier* note que malgré la prise de conscience des enjeux d'une telle formation, le nombre d'heures accordées aux questions de la santé au travail dans la formation initiale des médecins généralistes reste très faible.

Cependant, l'expérience montre une sensibilisation croissante du corps médical vis-à-vis de ces questions. Par exemple, désormais la mention "retraité" sur la feuille de patient est remplacée par la mention de l'emploi précédent détaillé.

D'après *Irène Sari-Minodier*, une limite de l'étude réside dans le manque d'informations sur les connaissances des médecins quant à la question du "pourquoi déclarer les MP". En effet, quel est l'apport positif aussi bien au niveau individuel (arrêt maladie, réparation), qu'au niveau sociétal (le coût imputé à la branche des MP et non pas à la sécurité sociale "classique")? Cette connaissance pourrait permettre au médecin de sensibiliser le patient sur l'intérêt de déclarer la MP. D'autres outils, tels que la formation continue pourraient également jouer un rôle important.

Madeleine Valenty a souligné le caractère obligatoire du signalement des maladies à caractère professionnel pour tout docteur en médecine, qui est mieux connu des médecins du travail que des généralistes.

Marc Souville a partagé son expérience de travail de son équipe auprès des médecins (essentiellement généralistes). L'élaboration des dispositifs de recherches de ce type commence tout d'abord par une approche qualitative avec des réunions, discussions avec les professionnels de la santé, puis l'élaboration d'un échantillon.

Les vignettes sont fréquemment utilisées dans ces recherches et elles permettent de faire apparaître les différents phénomènes (stigmatisation, pratiques spécifiques). Ces

dispositifs comportent un certain nombre de difficultés car ils sont assez lourds et demandent des échantillons relativement importants. Une autre difficulté réside dans le fait que les médecins, déjà sur-sollicités par les diverses administrations, deviennent de plus en plus réticents à participer aux enquêtes.

Cette difficulté introduit un biais dans l'enquête car le taux de réponses devient dépendant du nombre d'actes par jour ou encore de l'âge de médecins.

2. La surveillance des pathologies d'origine professionnelle en France : deux exemples.

Cette présentation a regroupé trois intervenants de l'InVS. Madeleine Valenty a présenté la démarche générale de la veille sanitaire adoptée par l'InVS. Yuriko Iwatsubo a illustré le travail de l'InVS par un exemple d'investigation sur un cluster de cancer du rein survenu chez les employés d'une usine chimique. Enfin, Yvan Souares a présenté les résultats régionaux du programme de surveillance des MCP.

2.1. La veille sanitaire des risques professionnels à l'InVS (Madeleine Valenty, InVS)

L'Institut de Veille Sanitaire est en charge d'alerter les pouvoirs publics en cas de menace pour la santé publique et de recommander les procédures pour la prévention des risques sanitaires. La surveillance épidémiologique suppose plusieurs types d'actions: estimer l'importance d'un phénomène de santé, suivre les tendances temporelles et spatiales, décrire les sujets les plus touchés en termes de démographie et de facteurs de risque, détecter les épidémies ou l'émergence d'une nouvelle maladie, contribuer à l'évaluation d'une action de prévention notamment. L'alerte est donnée en cas de regroupement de cas dans le temps ou l'espace ou en cas d'exposition d'une population à un agent dangereux.

La veille sanitaire des risques professionnels se caractérise par un certain nombre de spécificités liées notamment au caractère plurifactoriel des pathologies, ou encore aux effets différés par rapport aux expositions (par exemple, l'exposition à l'amiante et une période de latence de 30-40 ans). Ces spécificités nécessitent entre autres un suivi des postes professionnels.

La création en 1998 au sein de l'InVS du département Santé-Travail (conforté par la loi de politiques de santé publique du 9 août 2004) avait pour but de répondre à ces spécificités. A l'heure actuelle, le Département compte une cinquantaine de personnes réparties en 3 unités: une unité avec une approche par pathologie (TMS, asthme professionnel, ...); une unité des évaluations des risques professionnels (matrice emploi-exposition et calculs de risque) et une unité produisant des indicateurs de santé au travail.

Les missions du département consistent en une évaluation de l'impact du travail sur la santé; la définition du poids des problèmes de santé (accidents et maladies) d'origine professionnelle sur la santé de la population; le repérage et le suivi de certaines pathologies, des facteurs professionnels potentiellement associés à ces pathologies, les secteurs, les régions et les métiers à risque, et enfin, le repérage de risques émergents.

Ces missions se traduisent par les activités du Département qui comportent l'exploitation des données existantes (Insee, PMSI, Assurance Maladie), le calcul des risques à partir des postes de travail (matrices emploi-exposition), ainsi que le maintien des systèmes de surveillance sanitaire par cohorte (Coset), ou encore en entreprise. Le Département développe également des dispositifs d'alerte et de surveillance, anime les réseaux de professionnels (Inspection médicale du travail, Médecins conseil de la Sécurité Sociale, Médecins du travail, Registres, etc.), met au point des programmes pilotes de surveillance épidémiologique dans les régions et apporte son expertise aux acteurs locaux.

2.2. Agrégat de cancers du rein dans une usine chimique : investigations épidémiologiques (présenté par Yuriko Iwatsubo)²².

En janvier 2003, l'Institut de veille sanitaire (InVS) a été saisi par les ministères de la Santé et du Travail pour explorer un possible excès de cas de cancer du rein dans une usine chimique de l'Allier.

22 Etude réalisée par Y. Iwatsubo, L. Bénézet, O. Boutou-Kempf, E. Chabault, J Févotte, L. Garras, M. Goldberg, D. Luce, C. Pilorget, E. Imbernon. Département Santé Travail, Institut de Veille Sanitaire, Saint-Maurice.

Dix cas étaient à l'origine du signalement, dont neuf diagnostiqués suite à un dépistage échographique abdominal annuel mis en place en 1986. Un calcul préliminaire a estimé que, pour les hommes en activité de cette entreprise entre 1994 et 2002, le risque de cancer du rein était treize fois plus élevé que dans la population générale française. Devant l'importance de ce risque et la plausibilité d'une origine professionnelle, l'InVS a décidé de mettre en place une investigation épidémiologique. Les résultats de ces travaux sont en cours de publication, ils ont été restitués au CHS-CT de l'usine fin 2008.

L'entreprise concernée fabrique des vitamines A et E et des acides aminés. A cette fin, près de 600 substances sont ou ont été utilisées, dont le chloracétal C5, un intermédiaire du procédé de synthèse de la vitamine A introduit en 1981. Or, celui-ci est suspecté par certains experts d'être à l'origine des cas de cancer du rein observés. Plusieurs études *in vitro* et *in vivo* ont montré le pouvoir mutagène de ce produit. Dans les années 90, des mesures de prévention de l'exposition à ce produit ont été mises en place et les travailleurs exposés au chloracétal C5 ont bénéficié du programme de dépistage échographique abdominal.

L'étude rétrospective avait pour objectif d'évaluer la mortalité globale et par cancer, en particulier par cancer du rein parmi les salariés de l'usine. Les données administratives de l'entreprise ont permis d'identifier de façon exhaustive les personnes y ayant travaillé entre 1960 et 2003.

Le statut vital (sujets vivants ou décédés) a été obtenu auprès de l'Insee et les causes de décès auprès du centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Inserm. Un travail de recensement des personnes atteintes d'un cancer du rein a par ailleurs été mené au niveau loco-régional à partir des données des établissements de soins, des laboratoires d'anatomo-pathologie et de la Sécurité sociale. Le croisement de cette liste de malades avec la liste des salariés et ex-salariés de l'entreprise a permis d'identifier des cas supplémentaires de cancer du rein dans cette population.

L'étude de mortalité n'a pas montré d'excès de décès toutes causes ou par tumeurs malignes par rapport à la population générale française. Mais l'analyse par type d'emploi a montré, comme on pouvait s'y attendre, un gradient de risque selon le niveau socioprofessionnel. L'analyse de l'ensemble des cas de cancer du rein (décédés ou

vivants) dans cette cohorte a montré que le risque de développer un cancer du rein était augmenté pour les ouvriers de l'usine, les personnes ayant occupé un emploi dans le secteur maintenance-utilité et pour les personnes ayant travaillé à la production de vitamine A avec le nouveau procédé de synthèse introduit en 1981.

L'étude de cas-témoins ayant pour but d'examiner de façon plus fine les liens entre l'exposition professionnelle à certaines nuisances et la survenue de cancer du rein dans l'entreprise est venue compléter l'étude de cohorte. Au total, 18 cas et 82 témoins ont été interrogés à l'aide d'un questionnaire détaillé permettant de recueillir leur historique professionnel complet. Une évaluation des expositions professionnelles aux produits chimiques spécifiques et non spécifiques de l'usine a été réalisée pour chaque sujet de l'étude. Malgré le faible effectif des sujets inclus dans l'étude, les résultats ont montré un lien statistiquement significatif entre le développement d'un cancer du rein et plusieurs des substances utilisées dans l'entreprise en particulier le chloracétal C5.

Plusieurs éléments plaident en faveur d'un lien de causalité entre l'exposition au chloracétal C5 et le risque de cancer du rein, en particulier : la persistance de l'association après prise en compte de facteurs de risque connus ou fortement suspecté et du dépistage par échographie abdominale ; la cohérence des résultats épidémiologiques avec les données des tests toxicologiques.

Cependant, la responsabilité du chloracétal C5 n'a pu être formellement démontrée. Il est, en effet, difficile d'isoler strictement l'exposition à cette substance de celles à d'autres produits potentiellement mutagènes également présents dans la production. De plus, le procédé de fabrication incriminé étant propre à cette entreprise, il n'est pas possible de conduire d'étude sur d'autres populations ce qui aurait pu conforter les résultats.

Après 2003, de nouveaux cas de cancer du rein ont continué à être signalés chez les salariés et les ex-salariés de cette usine. L'InVS a souligné la nécessité de poursuivre le suivi de cette population.

2.3. Programme de surveillance des maladies à caractère professionnel en région PACA : résultats des Quinzaines MCP 2006 et 2007 (Yvan Souares, CIRE-Sud)

Yvan Souares a présenté les principaux résultats du programme de surveillance des maladies à caractère professionnel en Paca.

Ce programme a été initié en 2003 dans la région des Pays-de-la-Loire, par le département Santé-Travail de l'InVS et l'Inspection médicale du travail (IMTMO). Ce programme national a été étendu à la région Midi-Pyrénées en 2005, aux régions PACA et Poitou-Charentes en 2006, à l'Alsace et à la Franche-Comté en 2007. Actuellement, 11 régions ont réalisé des Quinzaines MCP.

L'objectif de ce programme est d'estimer les prévalences des MCP par sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle et secteur d'activité, de décrire les agents d'exposition professionnelle selon les mêmes caractéristiques. Les indicateurs obtenus sont destinés à aider au suivi des actions entreprises, notamment dans le cadre du Plan régional santé-travail (PRST), ainsi qu'à l'élaboration de nouvelles initiatives de prévention des risques professionnels.

Méthodologiquement, ce programme repose sur un réseau de médecins du travail volontaires et sur le principe de campagnes de signalement de deux semaines consécutives, répétées chaque semestre. Au cours d'une « Quinzaine MCP », les médecins du réseau signalent *toutes les maladies ou symptômes considérés par le médecin du travail comme ayant un lien avec l'activité professionnelle des salariés, et qui n'ont pas fait l'objet d'une réparation en maladie professionnelle (maladie non déclarée, déclarée mais en cours d'instruction, ou refusée)*. Conformément à leur double expertise, clinique et du risque professionnel, les médecins du travail indiquent également si ces affections relèvent ou non d'un tableau de maladie professionnelle indemnisable (MPI).

Afin de calculer la prévalence des salariés présentant des pathologies signalées, les médecins recueillent également les caractéristiques socio-démographiques de tous les salariés ayant bénéficié d'une visite médicale pendant la Quinzaine.

Principaux résultats

Sur les 685 médecins du travail en activité dans la région, 283 (41%) ont pris part à, au moins, une Quinzaine MCP, et 126 (18%) ont contribué aux trois quinzaines organisées en 2006 et 2007. Deux cent trente-trois (233) ont participé à la Quinzaine MCP de 2006, et 239 ont contribué à l'une, au moins, des deux quinzaines conduites en 2007, soit un taux de participation globale de 34% en 2006 et de 35% en 2007, du même ordre de grandeur que la moyenne nationale. La participation variait selon les départements, et le type de service dans lequel pratiquaient ces médecins. On peut cependant noter l'existence d'un "noyau dur" des participants au programme: près de 18% de médecins ont participé aux trois campagnes en 2006 et 2007.

L'échantillon suivi représente près d'un tiers des salariés en Paca, les jeunes, les hommes et les ouvriers étant sur-représentés par rapport à la structure de la population salariée de la région, alors que les cadres et professions intellectuelles supérieures étaient sous-représentés.

Quant aux secteurs d'activité, les secteurs de la construction et de l'agriculture/sylviculture/pêches étaient sur-représentés. Celui de l'éducation/santé/action sociale était sous-représenté (en raison de la sous-représentation de l'éducation uniquement).

En pratique, le nombre moyen de signalements par médecin (le nombre de salariés) était autour de 4.

En 2006 et en 2007, les visites obligatoires représentaient respectivement 94% et 91% des visites effectuées durant les quinzaines. Le taux de signalement était plus élevé lors des visites non obligatoires (visite de pré reprise et visite à la demande) que lors des visites obligatoires (embauche, visite périodique et visite de reprise). Cette différence traduit un recours motivé par un problème de santé lors des visites non obligatoires. On retrouve cette même relation au sein des visites obligatoires, où les visites de reprise affichent un taux de signalement de 2 à 5 fois supérieur aux autres.

Les trois principales pathologies signalées étaient les troubles musculo-squelettiques, la souffrance psychique et les troubles d'audition.

Les Troubles musculo-squelettiques

Les TMS concernaient 508 salariés en 2006, et 745 en 2007, représentant respectivement 551 et 806 pathologies signalées.

La prévalence globale était de 2,5% en 2006, et de 2,2% en 2007 et augmentait avec l'âge. Chez les salariés âgés de 55 ans et plus, le taux fléchissait de manière non significative, par rapport aux salariés âgés de 45 à 54 ans. Ceci pourrait être attribué à l'effet « travailleur sain ». Les femmes étaient atteintes plus fréquemment que les hommes, quels que soient l'âge et la catégorie socioprofessionnelle, pour les deux années considérées.

Concernant les TMS, les ouvriers étaient les plus touchés, dans les deux sexes ; les ouvrières souffrant près de 2 fois plus que les ouvriers, quelle que soit l'année .

Chez les employés, les femmes étaient 3 fois plus affectées que les hommes. Pour les professions intermédiaires, les prévalences par sexe étaient proches l'une de l'autre, et inférieures à la fréquence des TMS toutes CSP confondues.

Chez les femmes, 5 secteurs d'activité présentaient une prévalence supérieure à la prévalence tous secteurs confondus (3,1% et 2,6%) : l'industrie (3,8% et 3,6%), le commerce (3,9 et 3,1%), les services aux particuliers (3,3% et 3,0%), et le secteur de l'éducation/santé/action sociale (3,8% et 2,9%).

Chez les hommes, la prévalence par secteur d'activité différait d'une année sur l'autre, ne pointant pas toujours les mêmes secteurs. Deux secteurs étaient communs aux deux années : la construction (3,7% et 3,4%) et l'industrie (2,6% et 3,0%), qui présentaient les prévalences les plus élevées chaque année.

Les principaux agents d'exposition professionnelle signalés étaient les suivants. Chez les femmes, les contraintes posturales et articulaires (88% et 85%)²³, et la manutention manuelle de charges ou de personnes (50% et 57%). A un degré bien moindre, les contraintes visuelles et travail sur ordinateur (2,4% et 4,2%). Chez les hommes, les contraintes posturales et articulaires (67% et 69%), et la manutention manuelle de

23 Le total des fréquences des agents d'exposition signalés est supérieur à 100% ; jusqu'à 3 agents peuvent être signalés pour une même pathologie

charges ou de personnes (69% et 68%). Le travail avec machines et outils vibrants (17% et 15%), et la conduite (13% et 10%) ont été également signalés.

La souffrance psychique

La souffrance psychique au travail était principalement décrite par les diagnostics de « syndrome anxiodépressif » ou « syndrome dépressif », « dépression », « troubles du sommeil », « souffrance / harcèlement moral(e) ». La souffrance psychique concernait 233 salariés en 2006, et 463 en 2007.

La prévalence était de 1,2% en 2006, et de 1,4% en 2007 et augmentait avec l'âge.

Une telle augmentation de prévalence avec l'âge a également été constatée en Midi-Pyrénées et en Alsace, lors des quinzaines MCP de 2007.

Les femmes (1,6% et 2,0%) étaient 2 fois plus atteintes que les hommes (0,8% et 0,9%), et présentaient des prévalences plus élevées par classe d'âge, quelle que soit l'année.

Les cadres et professions intellectuelles supérieures ainsi que les professions intermédiaires étaient les plus touchés, pour les deux sexes et pour les deux années. Les employés présentaient des prévalences à peine plus faibles que les professions intermédiaires. Le secteur d'activité le plus à risque était celui des activités financières, suivi par celui de l'industrie.

Chez les femmes, l'éducation/santé/action sociale (2006) et le commerce et l'administration (2007) étaient aussi des secteurs à risque. Chez les hommes, s'y ajoutait le secteur de l'administration, en 2007.

Les violences psychologiques étaient le principal facteur associé à la souffrance psychique, pour les deux sexes et pour les deux années étudiées, avec le dysfonctionnement managérial et les problèmes de collectif de travail. Autres facteurs d'exposition : l'organisation du temps de travail (32% en 2007), les facteurs organisationnels et relationnels chez les femmes (26% en 2006), et les horaires et la durée du travail chez les hommes (19% en 2006).

Les troubles de l'audition

La caractéristique de cette pathologie est d'être masculine.

Les troubles de l'audition affectaient 99 salariés en 2006 (dont une femme seulement), et 152 en 2007 (dont deux femmes). Seuls les résultats chez les hommes sont présentés. La prévalence était la même chaque année (0,8%), et augmentait avec l'âge.

Les ouvriers apparaissaient comme la catégorie socioprofessionnelle la plus exposée, avec des prévalences de 1,3% et 1,2% en 2006 et 2007 respectivement. Cette catégorie socioprofessionnelle représentait à elle seule 87% et 84% des cas signalés en 2006 et 2007. Les secteurs de la construction et de l'industrie apparaissaient comme les secteurs à risque. Les nuisances sonores étaient le facteur de risque le plus largement signalé (98% et 99%).

Conclusion

Tout d'abord, cette expérience a montré une participation encourageante des médecins du travail de la région. Au fil des quinzaines, la transmission de données et leur qualité se sont améliorées.

L'analyse souligne la charge globale des MCP, en termes de coût de santé et de rentabilité du travail, et pointe clairement trois catégories de pathologies en matière de renforcement des programmes de prévention. L'analyse a mis en lumière l'installation de la souffrance psychique en tant que problème majeur de santé au travail, en écho à d'autres études récentes (Samotrace, Santé mentale en population générale).

Les résultats permettent aussi de cibler certaines populations de salariés, en vue d'actions préventives potentielles :

- Les femmes, plus affectées par les troubles musculo-squelettiques et la souffrance psychique ;
- Les ouvriers des secteurs de la construction et de l'industrie, particulièrement touchés par les troubles de l'audition et les troubles musculo-squelettiques ;
- Les salariés du secteur des activités financières, les cadres et professions supérieures, semblent être plus fréquemment atteints de souffrance psychique. Cependant, les

souffrances psychiques chez les ouvriers ne devraient pas être ignorées et restent à étudier.

Discussion (initiée par Michel Setbon, Lest)

Michel Setbon a questionné l'approche épidémiologique adoptée dans l'étude de cas de cancers, en la remettant dans une perspective légale et celle des sciences sociales. Dans cette approche, l'émergence du problème démarre par une alerte qui interpelle l'InVS dans la mesure où ce dernier a pour mission la surveillance de la population. Ainsi, l'InVS qui est en charge de la surveillance des maladies connues, ne peut lancer les alertes que sur les alertes anormales ou émergentes. Or, les cas des clusters sont des cas à la fois fréquents et complexes.

Le mécanisme qui permet de déterminer cette alerte est dû au fait qu'on le compare au registre des pathologies connues sur l'ensemble du territoire national. Or, la distribution peut être très inégale selon les territoires. Une fois l'alerte lancée, la méthode utilisée dans cette approche est celle de l'épidémiologie classique, ici une étude de cohorte et une étude cas-témoins.

Mais dans quelle mesure le suivi de cohortes est-il capable de fournir la description causale ? Il existe en effet de nombreuses sources d'incertitude liées à la faiblesse des effectifs, ou encore aux synergies entre les produits et autres facteurs.

Puis, concernant les résultats de la démarche qui sont les recommandations issues du suivi, on reconnaît ici l'existence du phénomène, mais réduit-on réellement le risque ?

En effet, le cas de l'usine chimique illustre bien la nature complexe des expositions professionnelles. Il paraît difficile d'envisager les modifications substantielles permettant de supprimer l'exposition aux produits dangereux, car cela entraîne d'importantes modifications du processus de production et de l'organisation de travail.

Réponse

L'étude de cohorte a été réalisée afin d'examiner l'état de santé général de la population de l'usine. L'étude de cohorte reste descriptive. Elle a été complétée par une étude de cas-témoins qui utilise des informations plus précises sur les paramètres d'expositions professionnelles pour pouvoir approfondir l'étude des associations entre expositions

professionnelles et cancer du rein. L'une des limites de cette étude de cas-témoins a été le faible effectif de sujets inclus. De plus, il est difficile de séparer l'exposition au produit souligné (C5) des autres produits supposés dangereux.. Concernant le niveau d'exposition au Chloracétal C5, s'il a été fort au moment de l'introduction du nouveau procédé au début des années 80, les améliorations des conditions du travail réalisées par l'usine en particulier dans les années 90 ont permis de diminuer ce niveau. Actuellement, le contact direct avec ces produits est très rare.

Autres remarques:

Carole Barthelemy souligne l'intérêt de l'étude de cas de l'usine chimique en termes de construction socio-politique. En d'autres termes, quelle est la stratégie ou quels sont les enjeux des différents acteurs? Dans ce cas précis, qui a fait appel à l'InVS? Il est intéressant ici de voir les capacités des acteurs à être à l'origine de l'alerte.

Réponse

C'est un expert du CHSCT qui a été à l'origine de l'alerte en 2002. La saisine de la DGS et DGT a été transmise à l'InVS. De manière générale, ce sont souvent les médecins de travail ou le CHSCT qui sont à l'origine des alertes, mais rarement les entreprises.

Muriel Gautier

La question importante qui se pose aujourd'hui est comment relier les indicateurs à l'action, qui va réagir sur ces indicateurs? A l'heure actuelle il est difficile de faire en sorte que les acteurs en entreprises et politiques (patronaux et syndicaux) s'en emparent et agissent. Le portage politique est difficile sur ces sujets.

3.3. Peut-on caractériser les circonstances étiologiques des leucémies ? (François Eisinger, Unité Inserm 379)

Parmi les facteurs connus de risque de cancers, on note à côté des facteurs alimentaires, viraux, du tabac, ainsi que des facteurs de risque professionnels. Il est très difficile de préciser la fréquence exacte de ces facteurs de risque et de nombreux chiffres sont avancés. Deux à huit pour cent des cancers surviennent chez des sujets exposés de par leur profession à des substances cancérigènes, soit en France entre 4 000 et 16 000 cas

annuels. En regard, en 1997 seulement 409 cancers professionnels ont été reconnus en maladie professionnelle. L'identification des formes professionnelles de cancers apparaît donc comme un enjeu médical et social très important.

Ce projet qui a débuté le 1^{er} janvier 2002, a permis l'inclusion de 217 patients sur les 292 cas incidents de leucémies aiguës traités et hospitalisés à l'Institut Paoli-Calmettes (Centre Régional de Lutte Contre le Cancer). Sur les 217 patients inclus, 186 dossiers ont été expertisés et validés collégalement par un comité de pilotage, composé de personnes provenant de plusieurs disciplines différentes.

Ce projet a également permis le dépôt auprès des instances compétentes de 8 demandes de reconnaissance en maladie professionnelle indemnisable.

Les questions posées par l'étude concernent la possibilité de définition des circonstances étiologiques de risque de développer la maladie. Est-il possible d'isoler un groupe de leucémie auquel on peut attribuer une causalité partielle liée à l'exposition à un agent pathogène? Quelles seraient les conséquences pour les pronostiques (probabilité de guérison)? Serait ce dernier différent pour la maladie due aux facteurs professionnels?

Il existe des exemples de pathologies dont on sait qu'elles sont dues à une exposition toxique.

La génomique, un outil en médecine, permettant d'évaluer la toxicité des produits pathogènes. En médecine on utilise la génomique afin de voir la signature d'une pathologie. Ainsi, les cancers du reins qui surviennent chez les personnes exposées ont une signature génomique différente des autres. L'avantage de cette approche réside dans sa reproductivité due à l'élimination des aléas.

Pourquoi le choix de cette pathologie? En effet, les leucémies font partie des cancers pour lesquelles les expositions toxiques sont reconnues comme étant facteurs de risque. De plus, l'une des raisons du choix de cette pathologie est aussi due au fait que l'institut Paoli-Calmettes traite 80% des leucémies aiguës de la région.

Cette maladie se caractérise par des circonstances étiologiques très particulières, liées aux expositions toxiques pouvant survenir aussi bien dans un cadre professionnel

qu'environnemental ou comportemental. L'hérédité y joue aussi un rôle, mais généralement on note que 5% des cancers sont liés à l'hérédité (contre par exemple 30% de ceux liés au tabac). De plus, les traitements des autres cancers augmentent la probabilité de développer une leucémie (dû notamment aux traitements lourds). Enfin, les agents viraux ou infectieux jouent un rôle qui reste difficile à estimer compte tenu d'un très grand nombre de virus rendant méthodologiquement difficile l'élaboration des preuves scientifiques.

Le nombre de patients inclus au 31 décembre 2004 dans l'étude était de 217 patients sur les 292 nouveaux cas de leucémies aiguës éligibles²⁴ hospitalisés à l'Institut depuis le début de l'étude. Soit un taux d'inclusion global de 74%.

Résultats

Parmi les 35 patients ayant une histoire familiale significative, 48,6% ont au moins un apparenté ayant développé une hémopathie maligne quelque soit le degré de parenté avec le patient.

Une exposition environnementale retenue était envisagée dans 8,1% des dossiers examinés, et une exposition professionnelle retenue dans 11,8% des cas.

Seuls les agents toxiques les plus fréquemment déclarés comme être manipulés par les patients sont présentés. Les autres agents ont été soit cités mais avec une fréquence trop faible (inférieure à 5 cas), soit pas cités par le patient.

Parmi les agents exposants toxiques, 19,9% des patients ont déclarés avoir manipulé ou avoir été en contact avec du benzène (dans 6,5% des cas, l'exposition était jugée comme douteuse) ; 18,9% de radiations ionisantes (dont 3,8% d'exposition douteuse), 13,9% de produits anticancéreux ; 9,2% d'ondes électro-magnétiques (dont 2,7% d'exposition douteuse) et 2,7% de pesticides.

Les agents exposants toxiques suspects les plus fréquemment retrouvés chez les 186 patients sont : le white-spirit dans 62,9% des cas; l'acétone dans 30,1% des cas ; la térébenthine dans 23,1% des cas ; le toluène dans 12,4% des cas; le trichloroéthylène

24 C'est-à-dire respectant les critères de sélection de la population.

dans 14,5% des cas; le xylène dans 9,7% des cas, l'éthyl acrylate dans 7,5% des cas ; l'éthyl-glycol et acétate dans 6,4% des cas ; le méthyl-glycol et acétate dans 5,3% des cas ; le styrène dans 4,3% des cas et le dichlorométhane dans 3,8% des cas. On retrouve également comme agents exposants infectieux, les milieux biologiques (8,6%) et les bactéries et virus (45,7%).

Parmi les agents exposants toxiques et cancérigènes, les patients ont déclaré avoir manipulé ou été en contact avec de l'amiante (11,8%), des autres fibres minérales (10,7 %), des acides forts (3,8%) et de l'hélicobacter pylori (2,7%).

Concernant les expositions professionnelles, le sexe, le diagnostic, l'âge et l'existence d'antécédents familiaux significatifs ont été testés comme facteurs associés à l'exposition professionnelle. Seul le sexe a été significativement lié à l'exposition, les hommes étant davantage exposés que les femmes. Enfin, aucune différence de survie n'a été trouvée selon les niveaux d'exposition professionnelle retenue.

Ils ont trouvé un facteur d'interaction entre l'histoire familiale et l'expo toxique; autrement dit, si les personnes ayant des anomalies génétiques ne sont pas exposées à des produits toxiques, la maladie ne survient pas.

Discussion (initiée par Bruno Ventelou, INSERM)

Bruno Ventelou a noté l'intérêt de l'étude, notamment en ce qui concerne l'idée de rechercher la condition de reproductivité pour les systèmes d'information.

Cependant, une question importante reste ouverte: comment peut-on remonter les facteurs de risque et combien on en perd en fonction des systèmes d'information dont on dispose? Quelles autres données peuvent être utilisées? Par exemple, peut-on envisager d'utiliser les données de la sécurité sociale sur la consommation des médicaments?

Et si on allait jusqu'à s'intéresser au pronostic de l'insertion professionnelle de la personne guérie ?

D'après Irène Sari-Minodier, dans ce type de pathologies, il faut sensibiliser les acteurs à l'effort de documentation des expositions au travers des attestations d'exposition. Ici la

médecine du travail a un rôle important à jouer. Cela pourrait apporter de nouveaux éléments d'information sur ces pathologies.

Concernant la part génétique des maladies, le phénomène de polymorphisme génétique évoque le fait que les individus ne sont pas égaux face à une exposition toxique, malgré le fait d'être « dans la norme ».

Ce phénomène est souvent source d'un problème d'ordre éthique. En effet, la mise en évidence d'un risque génétique pour certaines personnes, peut avoir des implications pour la médecine de travail (notamment en ce qui concerne l'avis de non contre-indication). Or, actuellement en France les médecins de travail n'ont pas le droit de tenir compte des caractéristiques génétiques de la personne. Mais si, à terme, il était possible de définir les couples gène-exposition, cela pourrait avoir des implications importantes sur la médecine de travail.

Eric Verdier note que les dispositions légales diffèrent selon les pays. Quelle est l'expérience des autres pays en matière de l'utilisation des résultats des tests génétiques de non-contre indication au travail?

Aux États-Unis, par exemple, la loi fédérale encadre les tests génétiques pouvant être utilisés à l'embauche, conformément au principe du « consentement informé ».

D'après *Alain Viau*, une enquête auprès des médecins de travail a mis en lumière les contradictions entre les prescriptions légales et les pratiques des médecins. Les médecins ayant pour obligation d'établir ce certificat, souvent refusent de le faire compte tenu des risques encourus par les patients.

Conclusion: synthèse de la journée

Philippe Mossé a résumé les aspects méthodologiques et les problématiques des travaux présentés au cours du séminaire.

Le travail sur les déclarations des MP a mis en lumière l'une des difficultés de la mise en place des dispositifs statistiques dans la mesure où les déclarations en maladies professionnelles apparaissent comme un phénomène dépendant du médecin, mais aussi des rapports de l'individu au travail. Ce problème pose ensuite la question de la division

du travail médical à l'intérieur même du corps médical et les relations entre les médecins généralistes, spécialistes et les médecins de travail.

Il évoque aussi la relation entre les médecins et les autres acteurs: chercheurs, institutions, entreprises, partenaires sociaux.

Un deuxième aspect soulevé dans les études présentées au cours de la journée concerne la relation connaissance-action. Les volumes d'informations et d'indicateurs étant devenus relativement importants, mais aussi très hétérogènes, quel est leur impact et comment peut-on l'améliorer?

Des éléments de réponse ont été apportés au cours des débats: favoriser les liens entre les différents acteurs, à différents niveaux (médecins de travail et généralistes, la santé au travail et la santé publique), sensibiliser les entreprises aux problématiques de la santé au travail et de la prévention.

Ensuite, *Eric Verdier* a rappelé le caractère collaboratif du séminaire et a incité les participants à faire des propositions pour les thématiques qui leur sembleraient intéressantes à aborder.

Le programme prévisionnel de la convention ANR proposait deux séances tournées vers l'action publique. L'une d'entre elles portait sur la gouvernance des risques, notamment au niveau territorial (pratiques politiques, interaction avec les entreprises) et l'autre sur l'aspect normatif de la santé au travail. Néanmoins, ne serait-il pas intéressant de continuer à approfondir la dimension longitudinale sous l'angle de la gouvernance. La question par exemple pourrait être celle de voir comment cette éventuelle connaissance devient un enjeu pour mettre en place de nouvelles modalités d'action publique.

Ensuite, de nombreuses propositions de problématiques et de présentations pour une prochaine séance ont porté sur l'insertion sociale et professionnelle des patients.

Elisabeth Brun-Hurtado : Dans quelle mesure les problèmes de santé entraînent-ils des difficultés pour les personnes dans le domaine de travail? Quelles sont les possibilités de réinsertion? Est-ce le même emploi ou un emploi différent? Les conséquences de cette santé dégradée sur le travail.

Bruno Ventelou propose de présenter une étude sur l'insertion professionnelle des personnes atteintes d'un cancer menée en 2002-04.

François Eisinger signale une étude en cours sur les trajectoires professionnelles des personnes atteintes d'un cancer. A ce stade, une enquête rétrospective qualitative est en train d'être menée. Ensuite, une enquête quantitative sera effectuée. L'idée de cette étude est de réunir plusieurs médecins (des oncologues, psychologues, assistantes sociales, un médecin de travail) dans le but de choisir le meilleur traitement pour le patient. L'objectif de l'étude serait donc de voir, si cette collaboration améliorera la trajectoire des individus.

Yvan Soares a proposé de présenter un projet qui consiste à suivre une pathologie indemnifiable.

Parmi d'autres problématiques qui sont ressorties de la discussion autour de ce bilan d'étape, il y avait celle de la victimisation (le regard des spécialistes sur les patients), ou encore celle de la mobilité professionnelle et son impact sur la santé mentale des salariés.

Une autre proposition, tenant compte de la dimension longitudinale a été évoquée par *Sandrine Mocaer* qui propose de présenter une étude menée sur une population de radiologues, avec pour but de voir l'évolution des conditions de travail quelques années après la mise en place d'un dispositif permettant de minimiser l'exposition professionnelle (que s'était concrétisée au travers la charte en direction de professionnels des sites industriels, suivi des salariés, bilans dosimétriques).

Dans cette étude on retrouve à la fois les problématiques liées à la sous-traitance, l'impact du dispositif sur les conditions de travail, ainsi que le suivi longitudinal des salariés.

Chapitre 4

Normes et gouvernance de la santé au travail

Introduction

Originellement l'action publique en santé travail a été construite dans le cadre de la négociation et de la protection sociales. Aujourd'hui cette approche demeure. Il reste que la législation et la jurisprudence se conjuguent pour articuler la santé au travail à une responsabilité régaliennne qui dispose de son propre référentiel d'action : la santé publique.

Dans le même temps, des procédures aux prescriptions, des conventions collectives aux chartes, les sources normatives semblent se multiplier. Que ce soit par la loi ou la jurisprudence, la prévention des risques professionnels au travail est haut placée dans la hiérarchie des normes, en cohérence avec le droit européen. Ainsi, la loi ne permet pas aux accords collectifs de déroger aux règles d'ordre public en matière de santé et de sécurité au travail. Mais par ailleurs, le champ de la santé au travail foisonne de conventions, de chartes ou encore de labels assimilables, peut être trop vite, à une « soft law ».

Au cours de cette journée d'études, nous nous sommes interrogés sur l'articulation entre les différents types de normes en vigueur dans ce champ, sur l'effectivité des engagements souscrits ainsi que sur leur appropriation par les différents acteurs de la

prévention des risques professionnels. La présentation et la discussion de deux chartes en matière de santé au travail ont ouvert le débat.

La première, mise en place en région pour le secteur de la radiographie industrielle, relève d'une action de l'État visant l'accompagnement des professionnels du secteur dans leurs démarches de prévention des risques professionnels. Cette action de l'État, encore peu connue, a bénéficié d'un large partenariat avec les professionnels, les acteurs de la prévention, et le monde universitaire, et se poursuit encore aujourd'hui notamment par la mise en place d'un comité de suivi et d'évaluation des retombées de la charte.

Une deuxième charte, d'origine différente, élaborée avec le concours de la Caisse Régionale de l'Assurance Maladie (CRAM) et signée par le groupe Casino (grande distribution) a été présentée et discutée. Ensuite, une analyse de la gouvernance territoriale des risques professionnels a apporté un éclairage sur le système régional d'acteurs en matière de santé au travail.

En conclusion, les perspectives pour le futur pôle ont été discutées: doit-on aller vers une démarche plus structurée ? Quelles contributions peuvent être apportées par les différents acteurs?

4.1. Les chartes en matière de santé au travail: l'expérience d'une charte de bonnes pratiques dans la radiographie industrielle

Sandrine Mocaer (DRTEFP), Irène Sari-Minodier (Faculté de Médecine, Université de la Méditerranée) et Nicole Grolleau (agent de contrôle de l'inspection du travail des BDR).

4.1.1. Quel positionnement de l'État?

L'implication de l'inspection du travail dans l'élaboration de la charte a tout d'abord soulevé une question de fond concernant le positionnement de l'État dans les politiques de prévention des risques professionnels. En effet, la vision traditionnelle du rôle de l'État, limité à l'élaboration des lois, à la mise en œuvre des politiques ainsi définies et au contrôle du respect des règles imposées, est mise en débat. L'action coercitive de l'État dans le domaine de la prévention des risques professionnels semble rencontrer des limites dues à de nombreux facteurs. Une complexité grandissante des textes régissant le droit de travail, la coexistence des textes anciens et nouveaux issus du Droit Européen

ainsi que le caractère plurifactoriel des risques, rendent l'application de la loi dans le domaine de la prévention des risques professionnels particulièrement délicat.

En revanche, du fait de sa neutralité et de sa connaissance des dispositifs réglementaires, l'État se reconnaît légitime pour accompagner les politiques publiques, notamment en matière de santé et sécurité au travail. C'est pour ces raisons que, dans cette démarche, la "construction d'une logique de prévention" est privilégiée par contraste vis à vis de moyens coercitifs, finalement "peu utilisés".

Cette facette de l'action de l'État qui consiste en la mise en place de chartes de bonnes pratiques reste encore atypique, globalement peu utilisée et assez méconnue par les acteurs. Ce processus s'avère généralement long et en outre, difficile à pérenniser. Il exige un dispositif de suivi et d'évaluation assez lourd et mobilise d'importants moyens humains (fonctionnaires, mais aussi des professionnels et acteurs de terrain).

4.1.2. La charte de radiographie

La radiographie industrielle présente un contexte spécifique dans lequel les travailleurs sont soumis à d'importantes contraintes et risques liés à la spécificité du métier: travail de nuit, travail en hauteur, expositions liées à l'environnement de travail (*par exemple : risques chimiques et CMR, risque d'explosion, sur sites industriels, etc.*), contraintes liées au port de protections individuelles, etc.

La charte est intervenue dans un contexte où on constatait : encore trop d'accidents avec pour conséquences des expositions élevées des radiologues aux rayonnements ionisants, des manquements récurrents liés à une mauvaise coordination entre entreprises de radiographies industrielles et donneurs d'ordre, une implication trop souvent insuffisante des donneurs d'ordres se traduisant notamment par des conditions d'interventions non satisfaisantes (éclairage, échafaudage, accessibilité, accueil ...).

Le point de départ de cette charte de bonne pratique en radiographie industrielle tenait à une charte existante depuis 1996 et élaborée en Paca ; compte tenu du contexte préoccupant précédemment décrit et des modifications notables de la réglementation, il a paru nécessaire de mettre à jour cette ancienne charte.

Cette nouvelle version s'est inscrite dans le cadre d'une recherche/action plus large menée par le laboratoire de biogénotoxicologie et mutagenèse environnementale (EA

1784) associé au service hospitalo-universitaire de médecine et santé au travail (CHU Marseille) et intitulée : « *Évaluer et prévenir le risque radiologique professionnel dans les opérations de radiographie industrielle* ».

Cette recherche/action a donc permis d'associer chercheurs et médecins du travail à la refonte de la charte.

Conscients de l'importance de faire évoluer les pratiques professionnelles et de promouvoir certaines bonnes pratiques, les professionnels ont tenu à ce que cette charte :

- prenne en compte les problématiques de terrain ; elles ont été mises en lumière à partir des constats de terrain réalisés par les corps de contrôle (inspecteurs de travail et de la radioprotection), mais aussi par d'autres acteurs, comme les médecins du travail et les professionnels eux-mêmes. Les difficultés rencontrées par industriels ont pu être prises en compte grâce aux échanges avec l'ensemble des acteurs concernés : radiologues, donneurs d'ordre, entreprises de maintenance industrielle
- décline de façon opérationnelle la réglementation en fournissant des outils pratiques d'utilisation (*check-lists, outil/logiciel d'aide à l'évaluation de la dosimétrie prévisionnelle découlant de l'analyse d'études de poste, un modèle de fiche d'intervention jointe au plan de prévention et permettant de le rendre plus opérationnel et fonctionnel, ...*) et en proposant d'autres organisations du travail (*mise en place de coordinateurs de tirs radio durant les grands arrêts, organisation de l'accueil des radiologues, ...*)

L'élaboration de la charte a réuni plusieurs catégories d'acteurs, parmi lesquels : les professionnels (*des entreprises de radiologie et de maintenance industrielles, ainsi que des donneurs d'ordre*), les "préventeurs" (*médecins du travail et la CRAM Sud-Est*), les institutionnels (*Direction Régionale du Travail, Direction Départementale du Travail, l'Autorité de Sûreté Nucléaire*) et des chercheurs universitaires (Faculté de médecine, Université de la Méditerranée).

La forte implication des acteurs concernés, la spécificité du milieu (nombre restreint d'entreprises de radiographie en région) ainsi que la prise en compte des spécificités propres à chaque métier et à chaque type d'acteurs, ont conduit à privilégier le niveau

local par rapport au niveau national. Par ailleurs, comme l'a montré l'expérience, la prise de parole par les acteurs était une condition nécessaire pour une bonne application des actions sur le terrain et au final, pour que les professionnels adhèrent à la charte. Celle-ci a donc été portée et promue localement : elle est le résultat d'un consensus traduisant l'aboutissement des débats et des échanges entre les acteurs concernés.

Néanmoins une transmission de ces résultats au niveau national a été effectuée de manière à ce que les acteurs potentiellement concernés puissent prendre connaissance de ce travail (transparence de la démarche) et qu'une mise en cohérence entre les initiatives et démarches engagées dans différentes régions soit portée par le niveau national (harmonisation des bonnes pratiques, mise en place d'un comité de suivi national des différentes chartes, promotion de la charte dans des journées nationales d'information : journées SFRP²⁵, ATSR²⁶). De plus, une collaboration étroite avec la région Haute Normandie a été mise en place, en raison d'une similitude certaine de son tissu industriel avec celui de la région PACA (présence de sites pétrochimiques et émergence de problématiques comparables autour de la radiographie industrielle).

Au cours du processus d'élaboration concrète de la charte, un comité de pilotage régional a été créé afin d'assurer la cohérence des différents travaux et initiatives menés par plusieurs sous-groupes de travail. Une analyse de l'exposition des radiologues au poste de travail a ainsi été réalisée par des étudiants et universitaires de la faculté de médecine de Marseille. Une réflexion pour optimiser le suivi médical et dosimétrique des radiologues (y compris dans le domaine de la formation des médecins) a été menée par les universitaires, des médecins du travail et des personnes compétentes en radioprotection. Enfin, la réécriture de l'ancienne charte de 1996 a été conduite par l'ensemble de ces acteurs.

Le rôle des acteurs institutionnels (DRTEFP, DDTEFP) dans ce processus de travail collectif consistait à veiller au respect du cadre légal par l'ensemble des initiatives. Les travaux effectués ont fait l'objet de présentations aux instances nationales et en outre,

25 Société Française de Radioprotection.

26 Association pour le Techniques et les Sciences de la Radioprotection.

un colloque de présentation de la charte a été organisé fin 2006 à l'occasion de sa signature officielle, soit deux ans après le lancement du processus d'élaboration.

Au final, la charte permet de prendre en compte les différents lieux (ateliers, sites, pipelines) et situations de travail concernés par ces enjeux. Les bonnes pratiques ont été déclinées pour chaque acteur et les contraintes réglementaires ont été explicitées et concrétisées au travers d'un ensemble d'outils (formulaire, check-list, logiciels) et de préconisations techniques et organisationnelles, en tenant compte de la spécificité de chaque acteur (formation continue pour les médecins, information des travailleurs ...).

Parmi les bonnes pratiques mises en avant, citons l'introduction d'une fonction de coordinateur de tirs radios ou d'une personne accueillant les radiologues sur le site. Ces mesures permettent d'améliorer les conditions d'intervention et la sécurité sur le site. D'autres pratiques reconnues par l'ensemble des acteurs ont été inscrites dans la charte : la présence de deux personnes ayant obtenu un certificat CAMARI (*Certificat d'Aptitude à Manipuler les Appareils de Radiologie*) par équipe, un compagnonnage pendant la période de formation (sur ce point, la réglementation a ultérieurement rejoint la charte) ou encore le fait de déconseiller le recours aux CDD et à l'Intérim pour pourvoir les postes ainsi que le droit de retrait pour les radiologues.

La charte représente une "déclinaison pratique de la réglementation" qui cependant n'est pas assimilable à une "soft law". En effet, ce terme faisant référence à des situations où les normes étatiques sont inexistantes ou inadaptées, les créateurs de la charte sont allés, dans certains cas, au delà de la réglementation tout en respectant le cadre légal existant.

A l'heure actuelle, la liste des signataires de la charte comporte 17 donneurs d'ordre, 10 entreprises de maintenance industrielle et douze entreprises de radiographie. Cette liste, tenue à jour par la DRTEFP, évolue continuellement.

4.1.3. Le suivi de la charte

Les modalités du suivi

Comment évaluer l'impact de la charte sur les pratiques des acteurs? Le suivi et l'évaluation des retombées de la charte sur les pratiques des acteurs ont fait partie intégrante de tout le processus d'élaboration du document.

A cet effet, un Comité Régional chargé du suivi et d'évaluation de la charte a été mis en place.

Ce comité, constitué de toutes les catégories d'acteurs ayant participé à l'élaboration de la charte (selon des quotas de représentativité préalablement définis), est en charge de trois principales missions:

- la veille juridique et technique
- l'élaboration des enquêtes à base d'autoquestionnaires adressés aux professionnels (entreprises de radiographie industrielle, de maintenance industrielle et donneurs d'ordre) et portant sur l'évaluation et l'évolution des pratiques ainsi que sur l'effectivité de la mise en œuvre des recommandations de la charte
- l'analyse comparative annuelle de ces enquêtes avec pour but de faire ressortir les points problématiques et de définir les actions correctives.

Ces enquêtes permettent également de suivre, année après année, les différentes innovations constatées sur le terrain (les innovations techniques, mais aussi en termes de formation etc).

Une à deux fois par an, des réunions consacrées à la radiographie industrielle sont organisées afin de permettre aux spécialistes du secteur de se rencontrer et de contribuer à diffuser les bonnes pratiques. Les présentations du travail effectué constituent également le point de départ pour les acteurs qui n'ont pas encore adhéré à la charte.

La présence d'un interlocuteur privilégié au niveau national assure la lisibilité de l'action de l'État et des niveaux d'exigences comparables entre les régions. Ainsi, toutes les

chartes élaborées localement ont pour base un socle commun au niveau national : la charte élaborée en PACA.

Depuis sa création, le Comité de suivi qui s'est réuni 7 fois depuis le 1 janvier 2007, a pu élaborer des bilans d'évaluation pour les années 2007 et 2008, développer le projet 2010 visant la constitution d'un réseau de professionnels autour de la radiographie industrielle (création d'un bulletin d'information, forum d'échanges et de discussion) et engager la réédition de la charte de bonnes pratiques version 2010.

Focus sur le programme recherche action (par Irène Sari-Minodier)

Les radiologues industriels sont considérés parmi les travailleurs les plus exposés aux rayonnements à deux niveaux : ils sont à la fois soumis aux risques d'exposition aiguë en cas d'accident ainsi qu'à une exposition chronique. Les rayonnements ionisants peuvent entraîner des effets déterministes (à partir de doses relativement élevées, mais qui peuvent être très facilement atteintes en situation accidentelle) et des effets stochastiques (cancers), même pour les faibles doses.

En 2003, les doses limites réglementaires de rayonnements ionisants ont été abaissées. Il était donc intéressant d'évaluer l'impact de cette nouvelle réglementation tant sur les pratiques que sur les niveaux d'exposition et les effets biologiques de l'irradiation.

La première étape du programme de recherche-action, soutenu par la DRTEFP, consistait à étudier le métier et les postes de travail de radiologues afin de mieux en comprendre les contraintes et les risques²⁷. Même si les accidents sont rares, leurs conséquences peuvent être très graves. De plus, on note régulièrement le dépassement des valeurs limites d'exposition dû à différents facteurs. En outre, le travail de radiologue industriel implique non seulement des risques pour les travailleurs, mais aussi des risques d'exposition pour les personnes présentes sur le site. Les études de postes ont également comporté des études dosimétriques sur le terrain, avec pour but de connaître l'exposition durant les différents stades de leur travail. Cela a été rendu

²⁷ Les résultats de ce travail ont été publiés sous forme d'un article. Voir Plé et al., 2008. Le poste de radiologue industriel : contraintes, risques et surveillance. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement 69, pp. 40-47. L'article peut également être disponible aux membres du pôle sur demande.

possible par la présence à l'époque dans l'EA1784, de deux physiciens compétents en radioprotection.

La deuxième étape était de conduire un programme de bio-surveillance des radiologues, en complément du suivi dosimétrique, consistant à rechercher la présence d'effets biologiques pouvant être en rapport avec l'exposition professionnelle aux rayonnements ionisants au moyen d'un bio-marqueur de génotoxicité (test des micronoyaux sur lymphocytes périphériques).

Cette surveillance biogénotoxicologique menée en 2000, puis en 2006, a été conduite comparativement sur deux types de population, constitués d'un groupe témoin et d'un groupe de radiologues. Le but était d'étudier les dommages chromosomiques observés dans les lymphocytes et susceptibles d'être induits par l'exposition professionnelle aux rayonnements ionisants. Le groupe témoin a été constitué du personnel administratif et avait des caractéristiques identiques à celles du groupe des radiologues en termes de genre, âge et tabagisme.

Ce travail a montré que l'exposition professionnelle des radiologues industriels aux faibles doses de rayonnements ionisants conduisait encore, en 2006, à une augmentation des dommages chromosomiques dans les lymphocytes comparativement au groupe témoin, avec toutefois, une diminution par rapport à l'étude de 2000. Cette amélioration peut être reliée à une baisse des niveaux d'exposition. Il paraît donc nécessaire de poursuivre l'optimisation des expositions dans ce domaine.

Cette étude a également démontré l'intérêt de combiner les approches métrologique (dosimétrique) et biogénotoxicologique pour la surveillance des expositions et l'évaluation des risques professionnels. L'étude des postes et du métier de radiologue a enfin souligné que la prévention des risques doit également passer par la sensibilisation des salariés aux problématiques de la sécurité au travail et par des changements organisationnels.

4.2. Démarche de prévention par l'écoute: l'exemple de la charte signée avec le groupe Casino (Gérard Mougel, CRAM Sud-Est)²⁸.

4.2.1. Historique

Depuis 2003, pour répondre aux sollicitations des grands groupes industriels, la CRAM Sud-Est propose à ces acteurs économiques une démarche d'accompagnement spécifique pour la mise en place d'un système de management de la santé au travail, la Démarche de Prévention par l'Ecoute (DPE). Des constats alarmants en termes d'accidents de travail, l'efficacité limitée des dispositifs mis en place, les charges accrues de la sécurité sociale contribuent à une demande croissante en matière d'accompagnement de la mise en place de dispositifs de management dans le domaine de la santé au travail. Aujourd'hui la démarche a été lancée dans huit groupes industriels nationaux.

Les grands groupes industriels représentent un contexte spécifique en matière de management de la santé au travail. La prévention y est souvent centralisée, et donc descendante du siège vers les établissements. Symbolisée par un document unique "type" à compléter par les établissements, et bien que portée par les IRP, elle devient vite générique et souvent déconnectée des enjeux des services opérationnels. Elle se résume souvent au port des équipements de protection individuelle (EPI), à des consignes, des procédures, de la formation, sans toucher aux contraintes réelles et spécifiques de chaque équipe. Les impératifs des conditions de travail passant au second plan après les impératifs commerciaux, la participation des salariés y est limitée et les contraintes liées au travail réel n'apparaissent pas toujours.

4.2.2. Objectifs et déroulement de la démarche

L'objectif premier de la DPE est donc de donner du sens à la prévention des risques professionnels en passant par l'écoute et l'implication des salariés pour transformer une prévention "subie" (ou imposée par la hiérarchie) en une prévention "choisie". Il s'agit donc de passer d'une prévention descendante à une prévention ascendante, en s'inspirant notamment des expériences déjà bien connues dans le management (par exemple cercles de qualité). La DPE vise une implication des salariés tout au long du

²⁸ Gérard Mougel dirige la branche « Risques professionnels » de la sécurité sociale Paca et Corse. La démarche, aujourd'hui au stade d'expansion au niveau national, a été pilotée par Vincent Baud, ingénieur-conseil à la CRAM Sud-Est. .

processus : de l'identification des risques jusqu'aux mesures de prévention, en inscrivant le tout dans une démarche portée par l'échelon opérationnel, avec l'appui des IRP et des services fonctionnels.

La démarche de prévention par l'écoute se déroule de la manière suivante.. L'engagement du chef d'entreprise formalisée par une lettre d'engagement, étant le point de départ de la DPE, des sites pilotes sont ensuite désignés et le comité de pilotage et des comités opérationnels sont constitués.

Les sites de lancement de la DPE représentent un terrain d'appropriation et de capitalisation des expériences, où l'on rend compte des aspects positifs, mais aussi des difficultés rencontrées durant l'expérience.

Le comité de pilotage présidé par le directeur Opérationnel National, a pour fonction l'orientation, la construction et l'évaluation de la DPE. Ce comité est composé des Directions Nationales, Régionales et Locales des sites pilotes, des instances représentatives du personnel, des fonctionnels Santé au travail. La CRAM fait également partie du comité de pilotage. Enfin, les comités opérationnels, composés exclusivement des managers des sites pilotes, effectuent la mise en œuvre des différentes étapes de la DPE.

En pratique, la démarche se déroule en cinq étapes correspondant au cinq jours de formation (étalées sur huit mois) des échelons des managers-chefs d'équipes. La première journée de lancement de l'écoute fait l'objet d'un rappel des enjeux de la santé au travail dans l'entreprise. A cette étape, tous les salariés sont entendus par tous les managers.

La deuxième étape consiste à lancer, à partir des données recueillies et traitées, le Plan d'Action Immédiat (PAI). La troisième étape prévoit une évaluation des risques par l'ensemble des salariés, en mobilisant le management de l'évaluation et la cotation des situations de travail. La quatrième étape consiste en une élaboration du Programme Annuel de Prévention (PAP) impliquant la recherche des mesures de prévention en vue de la construction et management des plans d'action. Enfin, à la dernière étape, un bilan est effectué avec un accent mis sur la capitalisation des expériences et le déploiement des acquis.

La feuille de route de la DPE se décline en plusieurs types d'actions avec des modalités bien définies. Tout d'abord, il s'agit, dans un premier temps, d'atteindre le « socle de base » en matière de santé et sécurité au travail dans l'entreprise : les formations à la sécurité, sauvetage et secourisme (SST, ou la formation à l'analyse d'un accident, signal d'alarme sur les situations à risque), les CACES (certificats d'aptitude à la conduite en sécurité) et autres vérifications réglementaires à jour. Dans la phase de lancement de la DPE, dont le point de départ est la lettre d'engagement de la direction, il est important que la présidence du comité de pilotage soit assurée par une direction opérationnelle nationale. La ressource formation au déploiement de la DPE fait partie intégrante de la DPE.

Aussi bien durant la phase de lancement, qu'au fil de l'action, il est important d'assurer une communication précisant les objectifs, les échéances et les résultats des actions programmées. La feuille de route inclut également la création des outils de management dans le cadre d'une DPE pour le recueil de données, l'évaluation des risques, les plans d'actions et le suivi de la réalisation des étapes DPE. Il est important, dans le cadre d'une DPE, d'anticiper les besoins notamment en tenant compte du Programme Annuel de Prévention lors de l'élaboration du budget. Enfin, en fonction du bilan effectué lors de la dernière étape de la DPE, une pérennisation de la démarche peut être envisagée.

4.2.3. Démarche de prévention par l'écoute : bilan à date

A l'heure actuelle, les chartes nationales ont été signées par des grands groupes comme Casino supermarché, Easydis, Autogrill et McDonald. A terme, 750 établissements doivent être concernés par les chartes, soit 30 000 salariés.

Un projet d'évaluation globale sera prochainement entamé avec pour but de rendre compte des retombées des mesures organisationnelles effectuées dans le cadre d'une DPE aussi bien sur les indicateurs économiques de l'entreprise que sur les indicateurs en matière de la santé et sécurité au travail.

A titre indicatif, on peut parler de quelques résultats provisoires qui témoignent des effets de la DPE. Ainsi, en 2007, on a assisté à une baisse de 7% de jours perdus en raison des accidents du travail. De plus, 78% des gains proviennent de 35% des établissements où l'action a été menée à titre expérimental.

Les indicateurs de la sécurité au travail, tels que le nombre d'accidents de travail, leur taux de gravité et le nombre des jours perdus ont baissé sur les sites pilotes de la DPE, alors que l'on a pu noter une augmentation sur les sites n'ayant pas participé à la démarche.

Discussion initié par Nathalie Louit-Martinod (Maître de Conférences en Droit, Université de la Méditerranée, LEST) et Isabelle Schokaert (Université de la Méditerranée, IRT, LEST).

Pour Nathalie Louit-Martinod, spécialiste en droit du travail, le cas des deux chartes illustre bien la diversité des chartes en matière de santé au travail car sous l'appellation charte, on trouve des documents très différents. Tout d'abord, les deux chartes évoquées par les interventions, se distinguent non seulement par leur origine et leur mode d'élaboration, mais aussi par leurs contenus.

La première, dans le domaine de la radiographie, rappelle des règles légales et contient des recommandations pour les employeurs. Avec un contenu très technique, elle définit pour l'employeur les règles qu'il doit respecter. Ici, la charte est une façon de montrer aux employeurs, comment faire concrètement pour respecter les textes, avec l'idée sous-jacente qu'il ne suffit pas d'imposer des règles pour qu'elles soient respectées. L'ambition de la charte de radiographie est de faire évoluer les mentalités, faire comprendre aux employeurs et aux salariés les enjeux de la santé et la sécurité au travail.

Mais on peut noter quelques limites ou difficultés de la charte en question.

La première difficulté de la démarche d'une charte de ce type est liée à l'évolution du droit. En effet, la charte impose un effort de veille juridique important. Ainsi, par exemple, la recodification du Code du travail de 2008 s'est accompagnée d'un changement de terminologie concernant la santé et la sécurité au travail : le mot « salariés » est remplacé par « travailleurs », ce qui permet de tenir compte des phénomènes de sous-traitance et le terme « employeur » remplace désormais celui de « chef d'établissement ».

Une deuxième limite de la charte en question, est qu'elle n'envisage pas l'information des travailleurs mais seulement leur formation. Or, un décret du 17 décembre 2008²⁹ impose qu'au moment de l'embauche notamment, les salariés soient informés sur les risques pour leur santé et leur sécurité³⁰. Il semble également important de mettre l'accent sur l'information des travailleurs, sur l'obligation de protéger leur propre santé, mais aussi celle des personnes concernées par leurs actes ou leurs omissions au travail³¹.

Enfin, au regard de la définition de la faute inexcusable de l'employeur³², tenu à une obligation de résultat, on peut s'interroger sur la question de savoir si le fait d'adhérer à la charte de la radiographie entraînera nécessairement la reconnaissance d'une faute inexcusable en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, dès lors que l'employeur signataire pourra difficilement faire valoir qu'il n'avait pas conscience du danger auquel était exposé le salarié.

Réponse (N. Grolleau) : En ce qui concerne la faute inexcusable, la charte n'a pas été perçue de cette manière. La signature de la charte ne permet pas d'éviter à terme comme conséquence des poursuites pénales ("j'ai signé, mais je n'ai pas fait"). C'est d'ailleurs pour cette raison que certains employeurs n'ont pas voulu signer la charte de radiographie. Mais la possibilité pour les donneurs d'ordre d'associer la charte aux appels d'offre, permet d'inciter les employeurs à adhérer à la charte. En tous cas, l'Inspection du Travail s'est attachée à un maximum de transparence sur l'aspect pénal associé à la charte.

Remarque V. Pereira : L'information sur les risques radiologiques porte sur les risques à long terme et il peut s'avérer délicat d'informer les travailleurs à l'embauche sans être alarmiste. En revanche, à chaque visite médicale, l'information devrait se faire par le biais des médecins du travail, au cas par cas.

29 Décret n° 2008-1347 du 17 déc. 2008.

30 Art. R. 4141-2 c. trav.

31 Art. L. 4122-1 c. trav.

32 C'est-à-dire quand il avait ou aurait dû avoir conscience du danger auquel était exposé le salarié, et qu'il n'a pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver.

Réponse S. Mocaer: Il est vrai que l'information des salariés et l'obligation d'informer ces derniers n'ont pas été formalisées par la charte. Cependant, l'exemple du CAMARI (le certificat permettant aux radiologues d'exercer) illustre l'effort en matière d'information et de sensibilisation des radiologues. En effet, ce certificat pouvait être obtenu sur dossier, mais en Paca les radiologues doivent non seulement se présenter aux épreuves, mais ils reçoivent également les informations, notamment concernant les risques professionnels.

Question J-R. Pendaries: Cette charte est-elle associée de manière systématique à des appels d'offres ? Est-elle communiquée dans le cadre des contrats de travail ?

Réponse : Côté donneurs d'ordre, la charte est a minima jointe à l'appel d'offre au moment du choix du prestataire. Côté entreprises de maintenance industrielle, la charte n'est pas systématiquement transmise aux entreprises de radiographie retenues.

Dans le cadre de contrats de travail, il est difficile de dire si la charte est communiquée et de quelle manière, mais à l'occasion de contrôles fortuits, les salariés, ainsi que les CHSCT disent être au courant.

Question E. Verdier: Quelle est la stratégie de la Direction de travail en termes de contrôle des signataires et des non signataires? Comme cette stratégie vis-à-vis des différentes catégories est-elle affichée?

Réponse N. Grolleau: En termes de contrôle, indépendamment de la signature ou non de la charte, l'inspection du travail se réserve le droit de mener des contrôles inopinés sur le site. Ce fait n'a pas été mal perçu par les employeurs. Au contraire, il y a eu des alarmes venant de la part de certains employeurs qui dénonçaient certaines pratiques ne respectant pas le droit français et la charte. Ainsi, sur le contrôle local il y a donc eu une mise en conformité nationale.

D'après les professionnels, cette charte représente pour eux un moyen de se différencier sur le critère de qualité et sécurité. De plus, le nombre d'accidents a baissé.

Question P. Bouffartigue: dans quelle mesure le champ professionnel est-il limité dans le domaine de la radiologie industrielle? Autrement dit, les gens qui travaillent dans ce domaine, ont-ils la possibilité de se reconvertir professionnellement?

Question E. Verdier: Quel est le turnover dans la radiologie ? En effet, un turnover important chez les radiologues rend plus difficile le suivi des effets sur la santé et notamment des risques stochastiques.

Réponse I. Sari-Minodier: Il serait possible de constituer une cohorte de radiologues et de la suivre dans la durée. La DRTEFP possède les listes des entreprises de la radiographie industrielle recensées sur la région. Mais le turnover dans ce métier est important et les radiologues changent souvent d'entreprise ou de métier. Il existe également d'autres techniques de contrôle non destructif ne mettant pas en œuvre les rayonnements ionisants et l'activité de certains a pu évoluer vers l'utilisation de ces techniques.

En médecine du travail, il est difficile de dépister les cancers professionnels, car ces derniers surviennent souvent à la retraite et les médecins du travail n'ont pas de retour. Ainsi, si un travailleur déclare une leucémie à 60 ans, le médecin du travail ne sera pas au courant.

Aujourd'hui, on essaie d'insister sur la remise de l'attestation d'exposition permettant de bénéficier d'un suivi post-professionnel.

Réponse S. Mocaer: Le milieu professionnel des radiologues est un milieu très restreint, où tout le monde se connaît. Par ailleurs, cette caractéristique est peut être la clef de la réussite de la charte.

La discussion a ensuite été poursuivie par *Isabelle Schockaert* (Institut Régional du Travail et LEST) qui s'est focalisée sur la charte Casino.

Tandis que la charte de la radiographie est très encadrée par le Code du Travail, avec l'accent mis sur les expositions des rayons ionisants, la charte Casino ne précise que des principes généraux du Code du Travail.

Dans le cas de cette charte, le rôle des instances représentatives de personnel (IRP) est primordial. L'exemple de cette charte révèle une tendance intéressante consistant à remplacer le management en matière de sécurité au travail de type top-down par une analyse localisée pour la généraliser ensuite. Cela est certainement dû à la diversité des postes et des activités. Mais comment peut-on garantir l'expression libre des salariés, qui est présentée comme l'une des conditions de réussite de la DPE ? Cette expression n'engendre-t-elle pas des problèmes liés à des pressions, voire à du harcèlement moral

pour certains salariés ? Est-il possible d'harmoniser les chartes au niveau national sur le secteur de la grande distribution?

Réponse G. Mougel: La charte en question ne se substitue pas à la réglementation. La CRAM n'a pas pour ambition de faire respecter la loi ni de contrôler a posteriori, mais de faire comprendre à l'employeur son intérêt à respecter la charte. Mais d'autres chartes ont été signées avec le groupe Casino, concernant notamment la conception des locaux de travail, où en revanche Casino s'est engagé à respecter certaines règles. Même si la CRAM n'a pas pour mission de faire respecter la réglementation, les contrôleurs peuvent demander aux entreprises toute mesure justifiée de prévention sous peine de majoration des cotisations. Ceci étant dit, la CRAM arrive, en appuyant sur ce volet juridique, à négocier soit avec les entreprises, soit avec des branches professionnelles, des standards qui deviennent des moyens complémentaires à la loi (par exemple, dans le cas de Casino, des standards concernant les chariots de manutention). Il existe un texte de recommandations voté au niveau national (et relayé par des comités techniques régionaux, paritaires), mais, en aucun cas, il ne s'agit pas d'une substitution à la loi.

Remarque I. Schockaert : Un projet de la loi sur le système de bonus-malus, prévu par la loi de finances, a été voté, le but des malus étant de rendre les sanctions plus lisibles et plausibles.

Réponse G. Mougel: les dispositifs d'incitation financière (positifs ou négatifs) existent déjà, notamment par le biais de majorations. Mais certains dispositifs, destinés notamment aux petites entreprises, ont été simplifiés. Concernant les incitations négatives, la CNAM a la possibilité de majorer les cotisations, mais ce système possède deux limites:

Premièrement, il est possible de majorer le taux de cotisation des entreprises, mais il n'y a pas de possibilité d'appréhender les risques à long terme.

Deuxièmement, l'aspect dissuasif des sanctions financières a une valeur dérisoire, surtout pour les entreprises, car cela représente de très petites sommes.

E. Verdier: quel est le dispositif de connaissances qui accompagne la mise en œuvre des chartes, comment la CRAM mutualise-t-elle ses connaissances?

Réponse G. Mougel: Actuellement, il n'y pas d'accès en ligne concernant les chartes sur le site de la CRAM, mais l'on travaille dans cette direction.

J-R. Pendaries : serait-il possible, dans la démarche de la charte, de passer d'un format charte au format de la convention collective ?

N. Grolleau: dans le cadre de négociation de l'entreprise avec ses partenaires sociaux, à quand les négociations sur la santé et sécurité au travail ? La différence avec la démarche de la charte ici est que les acteurs seront internes à l'entreprise.

Autres questions: Quels sont les coûts d'interventions sur les chartes pour la CRAM (en terme de temps, de travail) ?

Réponse G. Mougel : Le but est de rendre l'entreprise autonome en l'accompagnant mais pas en l'orientant vers quelque chose de prescriptif. La CRAM intervient donc seulement au niveau du comité de pilotage et au niveau du suivi, mais pas en entreprise. Deux personnes sont employées à temps plein pour accompagner les entreprises, mais cette démarche est expérimentale et spécifique à la CRAM Sud-Est.

4.3. Le Dialogue social face au paradigme épidémiologique en matière de santé au travail

(Eric Verdier, LEST-CNRS³³.

Appelée à associer de nombreux acteurs, publics et privés, la santé et la sécurité au travail (SST) est une action collective (Duran, 1999) d'une complexité telle que son analyse requiert de prendre en compte trois dimensions clés :

- L'institutionnalisation des dispositifs de prévention des risques professionnels par un assemblage de réglementations, de négociations et de contractualisations ;
- La territorialisation et, plus largement, l'articulation des niveaux d'action depuis l'Europe jusqu'au local ;
- L'élaboration des connaissances en vue de soutenir l'effectivité des normes et des régulations.

33 On ne trouvera là qu'un résumé sachant qu'un texte proche de l'intervention de E. Verdier est accessible sur les archives ouvertes du Cnrs : <http://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00436537/fr/>

Dans ce contexte, on a cherché à apprécier les effets d'un recadrage de l'action collective en matière de santé au travail par le déploiement de divers plans ministériels dans le domaine sanitaire : Plan Régional de Santé Publique (PRSP), Plan Régional Santé Travail (PRST), Plan Régional Santé Environnement (PRSE). Pour en apprécier les effets sur la construction de l'action publique, la région Provence – Alpes - Côte d'Azur (PACA) offre un cadre d'autant plus pertinent qu'elle a été le théâtre, ces dix dernières années, d'initiatives originales en matière de santé au travail.

Des « Réseaux de Veille et de Prévention » des risques professionnels (désormais RVP dans le texte) sont en effet mis en place dès le début des années 2000, dans le cadre du contrat de Plan Etat-Région 2000-2006. Parmi cette génération de contrats, il s'agit d'ailleurs du seul engagement conjoint de l'Etat et de la Région sur la thématique de la prévention des risques du travail qui, au regard de l'organisation générale des pouvoirs publics, reste inscrit dans le champ des politiques de l'Etat.

La thèse avancée est la suivante. Les défaillances de l'action collective, fortement médiatisées par l'affaire de l'amiante ou encore le drame de l'usine AZF à Toulouse (Henry, 2004), ont accéléré des évolutions normatives portées par l'émergence d'un nouveau « paradigme » en matière de SST. Inscrit pleinement dans le champ sanitaire et outillé par les démarches issues de l'épidémiologie, il bouscule les institutions héritées du paritarisme et du dialogue social comme la médecine du travail et, plus largement, la légitimité de la négociation collective dans ce champ. Au bout du compte, c'est l'autonomie même des acteurs de la relation salariale qui est ici en cause. Leur autonomie d'action est largement à reconstruire.

Elle tend à reposer sur l'affirmation d'un référent, de nature ergonomique, qui met au centre de l'action et de la réflexion l'entreprise et donc la relation d'emploi, tout en visant à satisfaire les exigences du paradigme épidémiologique. Ces compromis normatifs, cognitifs et instrumentaux trouvent certains de leurs fondements aux échelles nationale et européenne mais c'est au niveau régional que se joue leur effectivité.

Discussion: introduite par Elvire Bornand (IUT d'Aix en Provence, ATER en Sciences Politiques)

Ce travail s'interroge sur les spécificités des interventions publiques, en insistant sur les aspects institutionnels. Dans le cas de la région Paca, une coopération des acteurs au niveau régional semble être engagée aussi bien pour spécifier les problèmes que pour trouver des solutions.

Le Réseau de Veille a permis tout d'abord d'engager des discussions, pour qu'ensuite cela puisse engendrer des actions concrètes. De ce point de vue, une attention particulière est portée ici vers la coopération: malgré les intérêts hétérogènes et parfois conflictuels, il y a la possibilité de discuter ensemble. Un autre aspect souligné dans ce travail concerne la construction des connaissances dans l'action publique. Étant donné qu'aujourd'hui les considérations sur les conditions de travail et la santé et sécurité au travail dépassent les frontières de l'entreprise, la question que se pose est la suivante : comment construit-on des connaissances légitimes?

M. Gautier: dans les accords des branches tripartites (région, Etat, employeur), on a introduit des aspects santé et discriminations. A l'origine de cette démarche, le Conseil Régional et l'Etat ont engagé une réflexion sur la manière d'améliorer l'attractivité de certains métiers perçus comme difficiles et peu attractifs (par exemple, le secteur de BTP). La DRTEFP a souhaité introduire dans ces accords l'aspect risques professionnels et discriminations, afin de tenir compte des conditions de l'emploi. Il a paru impossible de mener une réflexion sur la non-attractivité de certaines filières sans s'intéresser à ses raisons profondes, liées notamment aux conditions de travail difficiles. Aujourd'hui ces accords ont évolué vers des accords quadripartites, incluant également des salariés.

Les différentes institutions apportent leur soutien aux acteurs de terrain et favorisent la coopération de différentes manières: la DRTEFP produit par exemple une série d'outils méthodologiques accessibles aux entreprises et aux représentants de personnel. Act Méditerranée représente un centre de ressources pour les entreprises. La CRAM possède des exemples de collaborations fructueuses, notamment en matière d'élaboration des chartes et des documents sur les « bonnes pratiques » (dans la grande distribution, mais aussi dans d'autres secteurs) et des aides financières simplifiées (comme la réparation navale de grande plaisance).

C. Carmignani (Act Méditerranée) a noté le caractère remarquable des accords existants entre le syndicat de plasturgie et organisations patronales dans la plasturgie. Les deux années de travail commun, a notamment résulté un guide sur les risques chimiques à destination des salariés du secteur.

A. Chevalier (InVS) Il serait possible d'améliorer l'information sur les expositions en mobilisant les statistiques déjà existantes (notamment sur les salariés du régime général) construites à partir des fichiers gérés par la Caisse Nationale d'Assurance maladie (CNAV). Ces fichiers agrégés au niveau national sont utilisés comme un système d'information pour la retraite et la reconnaissance des maladies professionnelles, et ils retracent tout l'historique des carrières. On pourrait par exemple, grâce à cette traçabilité, d'envisager la construction de matrices emploi-exposition.

Muriel Gautier (DRTEFP) a souligné les divergences des deux approches santé publique et santé au travail. Dans l'approche de la santé publique la responsabilité des risques incombe aux personnes elles-mêmes, comme par exemple l'illustre le cas de l'obésité. La prévention passe ici par l'information des personnes. En revanche, dans l'optique de l'approche de la santé au travail, l'exposition aux risques professionnels et la responsabilité de ces risques incombe à l'employeur.

La position de la DRTEFP privilégie l'approche de la santé au travail. Dans cette optique, dans le cas par exemple du lien entre l'obésité et les risques professionnels, le rôle de la médecine du travail est de voir si ce facteur de la santé augmente certains risques professionnels. Dans ce sens, la DRTEFP privilégie l'approche de la santé au travail à celle de la santé publique.

Autres remarques:

- Mais certaines catégories de la population, comme les travailleurs indépendants, échappent à la logique de la santé au travail. [Cela est également le cas des personnes sans emploi.]

- L'enjeu ici consiste à trouver un équilibre entre la médecine du travail et la santé publique. Par exemple, le médecin traitant ne doit pas rejeter la responsabilité des problématiques relatives au travail au médecin du travail.

- Certaines expériences dans d'autres pays montrent comment on peut intégrer la santé au travail dans une optique plus globale. Aux Etats-Unis les programmes Employee Assistance Program (EAP) fournissent aux employés un soutien sous forme de conseil et d'écoute. Cette démarche intègre la santé dans un sens plus global, en tenant compte des multiples facteurs de la santé physique et morale (addictions, problèmes de comportement, situation familiale etc). Cette démarche tend à effacer les frontières entre les approches de la santé au travail et de la santé publique.

- Pourtant, ce type de démarche ne pourrait-il pas poser des problèmes d'ordre juridique en France, étant donné que la distinction entre la vie professionnelle et vie privée est peut-être plus prononcée qu'aux Etats-Unis?

- *M. Gautier (DRTEFP)*: L'enjeu pour les pouvoirs publics serait d'éviter de privilégier la santé publique par rapport à la santé au travail. Il faudrait mettre la « santé au travail » au centre de la santé publique, en évitant ainsi que cette dernière occupe tout le terrain de l'action publique.

- *N. Grolleau (Inspection du travail)* « Les salariés qui viennent nous voir ne viennent jamais sur les problèmes de santé ou de sécurité. Ils viennent pour faire part des problèmes d'harcèlement, de contrats etc. Souvent ils arrivent avec une problématique qui ne relève pas de la santé au travail, mais c'est en discutant que l'on débouche sur cette problématique. L'aspect santé publique risquerait d'engorger et de dénaturer une vraie problématique. Il ne faut donc ni trop cadrer ni trop réduire l'approche par la santé au travail, en restant centré sur ses missions principales. Les médecins du travail devraient donc rester centrés sur la médecine du travail.

Autres remarques:

Comment combler le manque de communication entre le médecin du travail et le médecin traitant ? Les opinions divergent:

M. Gautier Les quelques centaines de médecins du travail pourraient-ils informer les milliers des généralistes de la région?

Dr Moya La communication entre les médecins du travail et les généralistes est possible, et elle est bien souvent effective.

G. Mougel A ce niveau, la CRAM intervient auprès des généralistes pour les sensibiliser aux problématiques des maladies professionnelles.

E. Verdier Une autre question se pose également, celle concernant le caractère public des statistiques notamment sur les accidents du travail. En France, les statistiques de la branche maladie professionnelles ne sont pas un bien public, ce qui n'est pas le cas des Etats-Unis par exemple. Comme l'a montré Philippe Askenazi, aux Etats -Unis, on a assisté à une baisse sensible des accidents du travail : cette tendance ne serait-elle pas liée au caractère public des informations sur le nombre d'accidents dans les entreprises ?

S. Mocaer. L'une des façons de relier les médecins du travail avec les généralistes est de munir les travailleurs d'un carnet d'expositions. Ce carnet représente une fiche de liaison remplie par le médecin du travail lorsqu'il souhaite faire passer les informations au médecin traitant. Ainsi, le travailleur devient lui-même porteur de l'information sur les risques professionnels auxquels il a pu être exposé.

Conclusion de la journée

Dans la conclusion de la journée, Eric Verdier et Paul Bouffartigue ont présenté les principales questions soulevées lors de la réunion ANR du 2 octobre à Paris. Cette réunion a été consacrée aux échanges d'expériences et au bilan des différents pôles de recherches existants en France. Étant donné que l'action d'animation du pôle arrive bientôt à sa fin, se posent des questions de consolidation de la démarche. Faut-il maintenant consolider le modèle avec un engagement plus explicite de diverses institutions et des partenariats structurés ? Aller vers un pôle plus structuré aurait pour avantage d'avoir une démarche plus pérenne et plus fructueuse car elle permettrait de croiser les différents apports et approches.

Il a été décidé que la prochaine et dernière journée d'études sera en partie consacrée aux questions sur la structuration possible du pôle. Cela nécessitera une formulation des centres d'intérêts de chaque participant, les problématiques sur lesquelles chacun voit un intérêt à travailler, mais aussi les apports de chacun en matière de propositions d'approfondissement.

Chapitre 5

Les interactions entre santé et travail. Approches longitudinales

Introduction

Les thématiques abordées dans le cadre des quatre précédentes journées d'études du pôle Santé-Travail en Paca étaient principalement axées sur les effets du travail sur la santé. Les questions étudiées concernaient notamment les liens entre l'organisation et la santé au travail, les normes et la gouvernance de la santé au travail, l'identification et la reconnaissance de nouveaux risques professionnels, ainsi que la mobilisation des dispositifs statistiques permettant d'améliorer connaissance et prévention des maladies professionnelles.

Le thème de la cinquième journée d'étude dépasse la logique univoque de la relation santé - travail, qui met en exergue les effets de la santé sur le travail. Dans quelle mesure l'état de santé influe-t-il sur les trajectoires professionnelles, que les éventuelles pathologies soient liées au travail ou non ? Telle sera la question centrale de cette journée d'études qui va conclure la démarche de préfiguration du pôle régional. Plus précisément, dans quelle mesure les problèmes de santé engendrent-ils des difficultés professionnelles pour les personnes qu'ils affectent ? Quelles sont les possibilités de réinsertion pour les personnes porteuses de pathologies avérées ? Quels modes de suivi sont mis en place ou peuvent être envisagés afin de faciliter la réinsertion professionnelle après une maladie ?

Ces questions ont été abordées lors du séminaire au travers des interventions suivantes. Catherine Ha de l'InVS a présenté une étude en cours de réalisation dans les Bouches-du-Rhône, consacrée au suivi d'une maladie professionnelle indemnisable. Bruno Ventelou (GREQAM et Inserm-ORS) est intervenu avec une étude quantitative mobilisant des données longitudinales sur les trajectoires professionnelles des personnes atteintes

d'un cancer. Enfin, François Eisinger et Didier ont fait le point sur un programme en cours dont l'objectif consiste à mettre en place un suivi qualitatif des personnes atteintes d'un cancer et essayer d'en évaluer les effets.

La deuxième partie de cette ultime journée d'études a été consacrée au bilan de cette action d'animation arrivée à son terme et aux perspectives de suite pouvant être envisagées. La discussion autour des perspectives a été menée avec la participation de Mme Catherine Courtet de l'Agence Nationale pour la Recherche.

5.1. Trajectoires d'emploi après un cancer

(Bruno Ventelou GREQAM UMR CNRS 6579 et Observatoire Régional de la Santé)

Cette présentation est une synthèse d'un travail de collaboration avec S. Eichenbaum-Voline, L. Malavolti, A. Paraponaris et L. Sagaon Teyssier³⁴. L'idée de cette étude est de regarder les phénomènes de transition sur le marché du travail, entre l'emploi, le chômage l'inactivité et la retraite, dans une approche dynamique. L'objet de la recherche consiste à étudier l'impact du fait d'être atteint d'un cancer sur les dynamiques des transitions sur le marché du travail.

L'étude mobilise les données des deux enquêtes : l'Enquête Emploi et une enquête effectuée par la DREES auprès des personnes ayant subi un cancer. Les personnes atteintes d'un cancer ont été interrogées en 2002, au moment du diagnostic, puis, en 2004.

L'idée de l'étude consiste à observer les trajectoires des individus sur le marché du travail en utilisant les matrices résumant les transitions de la population générale (issue de l'enquête Emploi) et à comparer cette matrice de transition avec celle de la population atteinte d'un cancer. L'échantillon de l'enquête Emploi représentait 22 192 individus représentatifs de la population des moins entre 18 et 58 ans en France. L'enquête « Cancers 2002-2004 », a permis de disposer d'un échantillon de 1519 individus.

³⁴ L'article sur lequel est basé l'essentiel de la présentation est téléchargeable sur le site du pôle à l'adresse suivante : <http://www.lest.cnrs.fr/IMG/pdf/Ventelou.pdf>

Les caractéristiques des deux populations n'étant pas les mêmes (du fait de la prévalence des femmes et des personnes plus âgées) il a paru nécessaire d'effectuer un appariement des deux populations de manière à isoler les effets de cancer.

Pour isoler les effets d'un cancer sur les trajectoires individuelles, on a créé un appariement par proche voisin, c'est-à-dire on a cherché dans l'enquête Emploi un individu ayant les mêmes caractéristiques qu'un individu de l'enquête Cancers. La même situation professionnelle, sexe, tranche d'âge, unité urbaine et profession. On a réussi systématiquement à trouver un « pair » pour chaque individu. La probabilité d'avoir dans l'échantillon de l'enquête Emploi une personne atteinte d'un cancer étant assez faible (1 chance sur 10), un tel appariement semble être assez fiable.

On compare donc les matrices pour la population «enquête emploi » avec celles des transitions des personnes de l'enquête cancers. L'originalité de l'étude est aussi dans le fait de regarder non seulement les transitions pour les personnes en situation d'emploi au moment du diagnostic, mais aussi les transitions de ceux qui n'ont pas emploi, afin de voir en quoi le cancer modifie les trajectoires de ces personnes.

Afin d'étudier les différences des trajectoires selon les types d'emplois, les catégories socio professionnelles ont été regroupées en «CSP -» et « CSP+ », regroupant les cadres, les professions intermédiaires et les employés. Une deuxième catégorisation consistait à distinguer les travailleurs « manuels » (agriculteurs et ouvriers), les commerçants et artisans, les cadres, les professions intermédiaires et les employées.

Comme l'a montré l'analyse des matrices de transition, la probabilité de transition vers l'emploi pour les personnes atteintes d'un cancer est inférieure de la population générale. De la même manière, les probabilités de transition vers le non emploi sont supérieures pour les personnes atteintes d'un cancer par rapport à la population générale. A titre d'exemple, pour les personnes en situation d'emploi au moment de diagnostic, la probabilité de rester en emploi deux ans après était de 0.78 (soit 78% de chances), tandis que pour la population générale la probabilité de rester en emploi deux ans après était de 0.9 (soit 90% de chances).

D'après l'analyse, il existe des différences sensibles de l'impact d'un cancer sur l'employabilité des personnes. Chez les personnes appartenant à des catégories socio

professionnelles dites « CSP -», on observe 20 points de pourcentage de pertes d'employabilité, tandis que ce phénomène est moins fort (de l'ordre de 10 points) chez les « CSP+ ».

Une analyse a été menée également en fonction d'une typologie des professions plus détaillée, distinguant les professions «manuelles» (les agriculteurs, les ouvriers), les commerçants et artisans, les cadres, les professions intermédiaires et les employées. D'après cette analyse, l'impact d'un cancer sur l'emploi semble être le plus fort pour les ouvriers et agriculteurs, tandis qu'il semble le plus faible pour les employés (la probabilité de sortir de l'emploi est multipliée par 5.1 pour la première catégorie et par 2.5 pour la dernière).

Lorsque l'on distingue deux grandes catégories socio professionnelles, à savoir les CSP+ et les CSP-, l'impact d'un cancer sur les sorties de l'emploi pour les CSP- semble plus important. En effet, la probabilité de sortir de l'emploi pour les personnes atteintes d'un cancer et appartenant à une CSP- est multipliée par 4.6 (contre 2.7 pour les CSP+). En moyenne, la probabilité de ne plus être en emploi pour les personnes ayant eu un cancer est multipliée par 3. De plus, cette probabilité de perdre un emploi (ou ne plus être en emploi) pour les hommes est plus forte que pour les femmes, ce qui est dû vraisemblablement aux différences des épidémiologies des cancers féminins et masculins.

Les chercheurs se sont également intéressés aux effets du pronostic sur les trajectoires des individus sur le marché du travail. Pour cela ils ont utilisé les indices de pronostic (allant de 0 à 100, avec 100 pour le meilleur pronostic) synthétisant les informations sur la localisation et le stade d'avancement de la maladie.

L'introduction de ces indices dans les analyses a permis de voir que les meilleures chances de retour à l'emploi chez les femmes sont dues aux meilleurs pronostics associés aux cancers féminins. En revanche, les effets des CSP ne disparaissent pas avec l'introduction de l'indice du pronostic. Non seulement les personnes appartenant aux CSP- ont les moins bons pronostics, mais les effets de la maladie sur la sortie de l'emploi apparaissent plus forts que pour les CSP+, notamment en cas de mauvais pronostic. Par exemple, il a été constaté que, même à type de cancer équivalent (i.e. une

fois « levées » les différences liées à l'épidémiologie sociale du cancer), la sortie d'emploi des CSP- (professions manuelles) est, *toutes choses égales par ailleurs*, deux fois supérieure à celle des CSP+.

En résumé, le cancer modifie en effet les trajectoires professionnelles. Sur deux ans, le taux d'activité chute de 17 points (de 80% à 63 %). Il ne chute que de 2 points pour la population générale (à 78%). Le cancer renforce nettement l'enfermement dans les «trappes» de chômage et d'inactivité.

Pour ce qui concerne les cancers les plus graves, les professions manuelles sont les plus touchées par la sortie d'emploi : quand on stratifie sur le pronostic (mauvais/bon), on retrouve un risque de sortie d'emploi plus élevé chez les ouvriers, artisans, commerçants et agriculteurs que chez les autres professions. Cependant la différence de risque de sortie d'emploi entre CSP- et CSP+ n'est plus significative pour les cancers de meilleur pronostic.

Cette étude possède plusieurs limites. Tout d'abord, les personnes en congé de longue durée ne sont pas prises en compte ici. L'indice de pronostic utilisé ici ne permet qu'une distinction assez grossière des types de la maladie. Dans le même temps, une grande diversité des cancers rend difficile de mieux tenir compte des typologies de la maladie. Enfin, l'étude ne tient pas compte d'éventuels effets de conjoncture macro économique et il y a un décalage de périodicité entre les deux enquêtes (l'Enquête Emploi 2000-2002 et l'Enquête Cancers 2002-2004).

Malgré les limites de ce travail, il fournit des éléments pour une application aux politiques publiques, notamment en ce qui concerne l'inégalité des différentes catégories socio professionnelles face au marché du travail. En effet, la sortie d'emploi des personnes appartenant à des CSP- atteints par un cancer est, d'après l'enquête Emploi plus précoce. L'épidémiologie du cancer pour les CSP- est plus grave, selon les données de l'enquête Cancers de la DREES.

Mais, caché sous ces effets manifestes, il reste un effet purement professionnel: la situation de travailleur manuel constitue un handicap relatif face à des cancers graves. Cela est-il dû à la pénibilité physique du poste, aux moindres possibilités d'aménagement, aux relations sociales moins favorables dans les entreprises? En effet,

tous ces facteurs sont susceptibles d'affaiblir les chances de rester dans l'emploi après avoir guéri d'un cancer. Il y a sans doute un besoin d'intervention spécifique pour les travailleurs appartenant à des catégories CSP-, notamment en ce qui concerne les ouvriers et les agriculteurs. Il semble qu'il y a un vide dans les réponses des politiques publiques à ce phénomène de plus importante perte d'employabilité chez les CSP-. La solution pourrait passer par une prise en compte par les politiques publiques du lien entre les métiers et la gravité de cancers.

Discussion (initiée par Marc Souville, Université de Provence)

Ce travail illustre bien l'intérêt que représentent les moyens d'enquêtes « lourds » pour offrir des pistes sérieuses permettant d'améliorer les connaissances des trajectoires professionnelles des personnes sortant d'une grave maladie. On pourrait déplorer l'absence dans l'analyse de variables psychosociales, reflétant le contexte social dans lequel évoluent les personnes. Ces variables pourraient jouer un rôle important sur le retour à l'emploi.

D'autres limites et suggestions du travail ont été également avancées :

Serait-il utile de distinguer les personnes selon leur statut d'emploi privé versus public ?

L'étude ne tient pas compte des types de contrats des personnes au moment de diagnostic ? Or, le retour à l'emploi pour les personnes en CDI ne se passe très vraisemblablement de la même manière que pour les personnes en CDD ou en intérim. De la même façon, l'étude ne fait pas de distinction suffisamment précise sur les types de sorties de l'emploi. Par exemple, il serait important de mieux définir la notion d'inactivité notamment en rapport avec la notion d'handicap.

Une autre remarque consistait à souligner le fait que l'étude représente un grand intérêt descriptif, mais le phénomène décelé reste assez inexpliqué.

L'un des facteurs supplémentaires à prendre en compte pourrait être la présence des pathologies associées, fréquente au moment de l'apparition d'un cancer. Enfin, les sorties de l'emploi plus fréquentes chez les CSP- ne seraient-elles pas en partie expliquées par le fait que la sécurité sociale attribuerait plus facilement des indemnités aux CSP- qu'aux CSP+ ?

D'autres suggestions ont été faites, notamment en ce qui concerne les rapports entre les métiers et les survenus d'un cancer :

Pourrait-on envisager d'évaluer les emplois pouvant potentiellement exposer aux cancérigènes ? L'étude laisse perplexe par rapport à la catégorisation générale de cancers.

Mais, dans le même temps, il n'y pas de chiffres précis sur les cancers attribuables à un métier. D'après Marc Andéol, entre 4 et 23% des cancers seraient attribuables à un métier. Selon l'InVS, cela concerne près de 15% des cancers.

En ce qui concerne les risques spécifiques du travail, il faudrait aller plus loin dans l'analyse. L'enquête devrait pouvoir fournir des informations portant sur les rencontres avec les médecins du travail, l'aménagement des postes, les mesures pouvant accompagner le retour au travail (les mi-temps thérapeutiques, les mesures pouvant être prises pour les travailleurs handicapés).

Réponse :

Les dimensions psycho-sociales ont été effectivement traitées dans un autre travail effectué sur les données d'une enquête contenant des questions « psychosociales », notamment sur le soutien social. En effet, certaines variables psycho-sociales semblent avoir des effets statistiquement significatifs. Ces variables n'ont pas pu être intégrées dans ces analyse, entre autre parce que cette étude était plus centrée sur les phénomènes économiques que psycho-sociaux.

Les remarques concernant les distinctions entre les secteurs privé et public, les types de contrats sont très justes. On peut penser que le fait d'introduire ces variables renforcerait les résultats obtenus, mais le modèle pourrait perdre de la puissance.

Une étude en cours, effectuée par quelques chercheurs de l'ORS, sur les thématiques de VIH, pourra prendre en compte une période plus longue. A l'instar de l'étude présentée ici, ils vont comparer les transitions des personnes atteintes par rapport à la population générale. Mais ils vont aussi pouvoir mettre en relation la stabilité du travail avec la gravité et l'évolution de la maladie et sa stabilisation.

Concernant les remarques sur les rapports métier-maladie et toutes les questions liées aux conditions de retour à l'emploi, elles rejoignent tout à fait la principale conclusion de l'étude que souligne le manque des connaissances du milieu du travail par les pouvoirs publics.

5.2. Suivi d'une pathologie indemnisable

(Dr. Catherine Ha, Département Santé Travail, InVS et Franck Sillam, CIRE-Sud)

5.2.1. Étude des facteurs associés au devenir professionnel après intervention chirurgicale pour un syndrome du canal carpien dans les Pays de la Loire³⁵

Introduction

Entre 80 000 et 100 000 personnes âgées de 20 à 59 ans sont opérées chaque année en France d'un syndrome du canal carpien (SCC), maladie faisant partie des troubles musculo-squelettiques (TMS) d'origine professionnelle. Le devenir professionnel des patients traités pour un SCC est un critère important du résultat, puisque la majorité d'entre eux est encore en activité professionnelle. Cette pathologie multifactorielle contient une forte composante professionnelle liée aux facteurs biomécaniques, psychosociaux, mais aussi organisationnels. Elle a été retenue comme « traceur » des TMS des membres supérieurs. Les facteurs personnels sont déjà assez bien connus et sont liés surtout à l'âge, le sexe (le risque est accru chez les femmes) et la présence de certaines pathologies (diabète, hypothyroïdie, obésité). Connaître les facteurs prédictifs de la non-reprise du travail est nécessaire pour mieux prendre en charge ces patients. Avant cette démarche, des enquêtes ont été menées, mais il n'existait pas de systèmes de surveillance des TMS d'origine professionnelle.

Cette démarche est issue d'un contexte particulièrement préoccupant, dans lequel la prévention des TMS représente un enjeu sanitaire, social et économique de grande

³⁵ Elsa Parot-Schinkel¹, Yves Roquelaure¹, Catherine Ha², Annette Leclerc³, Jean-François Chastang³, Alexis Descatha³, Guy Raimbeau⁴, Francis Chaise⁵

1/ Laboratoire d'ergonomie et d'épidémiologie en santé au travail - Unité associée InVS, Université d'Angers, France 2/ Institut de veille sanitaire (InVS), Saint-Maurice, France 3/ Inserm U687, Villejuif, France 4/ Centre de la Main, Angers, France 5/ Clinique Jeanne d'Arc, Nantes, France

ampleur. Les TMS sont la première cause des maladies professionnelles reconnues en France, et le syndrome de canal carpien est en progression constante. Le coût économique des TMS a été estimé en 2006 à 8 millions de journées de travail perdues plus de 700 millions euros de coûts associés. De plus, comme l'a montré la 4^e enquête européenne sur les conditions de travail, 25% des travailleurs européens se plaignent de douleurs du dos et 23% de douleurs musculaires en relation avec leur travail.

L'objectif de l'étude présentée ici est de décrire le devenir professionnel des personnes opérées pour SCC et d'étudier les facteurs individuels et professionnels associés à un pronostic défavorable en termes de reprise du travail dans la population de deux départements des Pays de la Loire, région de mise en œuvre depuis 2002 d'un réseau pilote de surveillance épidémiologique des troubles musculo-squelettiques. Le programme de suivi des TMS vise également à estimer la contribution du travail à la survenue des TMS, explorer l'utilisation de données médico-administratives existantes à des fins de surveillance épidémiologique. Une mise au point des protocoles de surveillance applicables dans d'autres régions a été également prévue à l'issue de la phase pilote (2002-2005).

Méthodes

À partir du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), deux groupes homogènes de malades ("Libération du canal carpien" et "Libération du canal carpien en ambulatoire") permettent de recenser tous les résumés standardisés de sortie relatifs aux séjours hospitaliers, publics et privés, pour traitement chirurgical du SCC, à l'exception des rares interventions faites au cours d'interventions plus lourdes. C'est ainsi que les personnes âgées de 20 à 59 ans opérées pour un SCC dans les structures de soins du Maine-et-Loire (pour les années 2002 et 2003) et de la Loire-Atlantique (pour l'année 2003) et domiciliées dans ces départements, ont été identifiées. Pour des raisons de faisabilité, seuls les séjours issus des trois principaux centres de chirurgie de la main de ces départements ont été étudiés, représentant, selon les données du PMSI de l'année 2002, trois quarts des séjours pour chirurgie du SCC chez les résidents du même âge et de ces mêmes départements. Les données ont été recueillies par questionnaire adressé par voie postale en 2004 (soit en moyenne un an et demi après l'intervention) aux patients éligibles pour cette étude, soit 1 258 dans le

Maine-et-Loire et 766 en Loire-Atlantique (après exclusion de 68 patients sans adresse). Le questionnaire explorait l'histoire médicale et professionnelle (sur les cinq années avant l'intervention) et les conditions de retour au travail. L'analyse des données a été réalisée en considérant les sujets et non les poignets ; en cas d'intervention sur les deux poignets, le sujet n'est donc compté qu'une fois. Les facteurs associés au délai de reprise du travail après intervention ont été étudiés par des analyses de survie restreintes aux sujets déclarant un emploi au moment de l'opération (actifs occupés), séparément chez les hommes et les femmes, en univarié par la méthode de Kaplan-Meier et le test du Log Rank, et en multivarié par un modèle de régression semi-paramétrique à risques proportionnels de Cox avec une estimation des Hazard Ratios ajustés (HR). Le département (Maine-et-Loire, Loire-Atlantique) et l'âge ont été forcés dans le modèle afin d'ajuster les estimations des autres risques relatifs sur ces variables ; le seuil de significativité choisi pour inclure les autres variables dans l'analyse multivariée était de 0,20. Le critère de jugement est le délai de reprise du travail après l'intervention. Les personnes n'ayant pas repris le travail au moment du remplissage du questionnaire ont été censurées avec un délai correspondant à celui entre la date de l'opération et celle du remplissage du questionnaire.

Résultats

Le taux de réponse a été de 62% (1 248 questionnaires) : 58% pour le Maine-et-Loire et 64% pour la Loire-Atlantique. Parmi les personnes actives professionnellement au cours des cinq dernières années (figure), 253 hommes (82%) et 682 femmes (73%) ont déclaré un emploi au moment de leur intervention, soit 935 actifs occupés parmi lesquels 90% des hommes et 92% des femmes ont déclaré avoir repris leur activité professionnelle au moment de l'enquête. Le délai médian de reprise du travail était de 60 jours, quel que soit le sexe. La reprise professionnelle s'effectuait principalement au même poste (83% pour les hommes et 85% pour les femmes), au même poste mais aménagé (respectivement 7% et 8%) ou à un autre poste (respectivement 8% et 5%). La reprise dans une autre entreprise était rare (2%). Pour 6% des hommes et 7% des femmes, la reprise se faisait par un travail à mi-temps d'une durée moyenne de quatre mois chez les hommes et trois mois chez les femmes. La probabilité de reprise du travail à trois mois est d'environ 71% chez les hommes et 76% chez les femmes, à un an de

88% chez les hommes et 91% chez les femmes. L'analyse multivariée (tableau) montre que la présence d'au moins une intervention simultanée sur un autre trouble musculo-squelettique (TMS) du membre supérieur est associée à un plus mauvais pronostic en terme de reprise du travail (HR 2,1[1,3-3,4] chez les hommes et 1,4[1,0-1,9] chez les femmes), ainsi que, pour les femmes seulement, le fait de bénéficier d'un arrêt de travail pour maladie professionnelle après l'intervention (1,8 [1,4-2,4]) et l'imputabilité subjective du SCC à une cause professionnelle (2,2 [1,3-3,7]). Les cadres ont un meilleur pronostic professionnel que les ouvriers, quel que soit le sexe (0,1 [0,0-0,4] pour les hommes et 0,5 [0,3-0,9] pour les femmes).

Discussion

Les facteurs de mauvais pronostic les plus robustes observés dans notre étude sont ainsi la présence d'au moins une intervention simultanée sur un autre TMS du membre supérieur, le fait d'être en arrêt de travail pour maladie professionnelle et l'appartenance à la catégorie professionnelle des ouvriers, qui peut être considérée comme un indicateur indirect de contraintes professionnelles. Ce résultat souligne que le pronostic professionnel après intervention pour un SCC est déterminé par plusieurs facteurs liés à la catégorie socioprofessionnelle et aux contraintes professionnelles. Une évaluation fine de ces facteurs médicaux et socioprofessionnels est nécessaire en péri-opératoire pour améliorer la prise en charge des patients qui cumulent les facteurs de mauvais pronostic et diminuer chez eux le risque de désinsertion professionnelle. Le caractère rétrospectif constitue l'un des limites de cette étude. L'étude mise en place dans les Bouches-du-Rhône (*voir infra*) mets plus d'accent sur les objectifs de surveillance épidémiologique, avec une approche plus prospective.

5.2.2. Le suivi du syndrome du canal carpien opéré dans les Bouches-du-Rhône³⁶

Afin de disposer des données de surveillance épidémiologique des TMS dans d'autres régions, que les pays de la Loire, une étude sur le syndrome du canal carpien (SCC) opéré a été mise en œuvre, fin 2007, dans les Bouches-du Rhône. Les objectifs de cette étude sont multiples. Elle vise à :

- estimer l'incidence du SCC opéré dans la population par sexe, âge, secteur d'activité et profession ;
- décrire les cas de SCC opérés selon leurs caractéristiques individuelles et leurs facteurs d'exposition professionnelle ;
- estimer la part de SCC opérés attribuable au travail ;
- décrire le devenir socioprofessionnel et fonctionnel à six mois des cas opérés d'un SCC.

Les résultats de l'étude étant encore indisponibles (ils sont attendus pour le deuxième semestre 2010), l'accent de la présentation a été mis sur les aspects méthodologiques.

Les cas ont été inclus par un réseau d'équipes chirurgicales dites « sentinelles », enregistrés au fur et à mesure de leur présentation à la consultation préopératoire. Ce réseau, regroupé en 3 structures (1 publique et 2 privées), est constitué de 6 équipes chirurgicales avec 11 chirurgiens. Pour des raisons de faisabilité le réseau n'a pas été élargi, mais le fait de travailler avec un réseau restreint des médecins a permis notamment un taux de réponse très considérable.

Un cas a été défini comme une personne opérée résidant dans les Bouches-du-Rhône, âgée de 20 à 64 ans, professionnellement active ou non, pour laquelle une indication de libération chirurgicale du nerf médian au niveau du canal carpien a été posée entre le 1^{er} avril 2008 et le 31 mars 2009 par l'une des équipes chirurgicales sentinelles.

³⁶ Franck Sillam¹, Catherine Ha²

1 / Epidémiologiste, Institut de veille sanitaire, Marseille, France 2 / Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

Le recueil de données s'est déroulé en deux phases. Lors de la consultation préopératoire (phase I, du 1^e avril 2008 au 31 mars 2009), après avoir informé le patient de la conduite de cette étude et obtenu son consentement à y participer, le chirurgien remplissait une fiche chirurgicale préopératoire, et l'équipe chirurgicale remettait au patient un auto-questionnaire portant sur les caractéristiques individuelles et les facteurs de risque professionnels. Le patient remplissait ce questionnaire à domicile.

Lors de la consultation postopératoire immédiate, le chirurgien remplissait une fiche chirurgicale postopératoire et le patient remettait le questionnaire initial rempli.

Ce questionnaire contenait des informations sur les caractéristiques personnelles du patient (le sexe, l'âge), les antécédents médico-chirurgicaux, l'historique professionnel et les facteurs de risque associés (contraintes posturales et articulaires, manutention manuelle de charges), facteurs psycho-sociaux au travail (questionnaire de Karazek) et l'évaluation du statut fonctionnel des membres supérieurs.

Lors de la deuxième phase (6 mois après l'intervention chirurgicale, soit d'octobre 2008 à novembre 2009), le patient recevait à son domicile le questionnaire de suivi envoyé par le Cire-sud. Dans ce questionnaire, on demandait les renseignements concernant la reprise de l'activité professionnelle (durée d'arrêt de travail) et des activités de la vie courante (activités domestiques habituelles, activités sportives); l'aménagement du temps et des conditions de travail; la prise en charge médico-sociale (déclaration du SCC en maladie professionnelle indemnisable, sa reconnaissance, taux d'incapacité permanente partielle); en, enfin, l'évaluation du statut fonctionnel des membres supérieurs.

Lors de la phase I, 1148 patients ont été inclus principalement en structure privée (87%). Le nombre de patients répondant au questionnaire s'élevait à 997, soit un taux de participation global de 88,7% (étendue : 48,3% - 93,4%). Lors de la phase II, 968 patients ont participé, soit un taux de participation de 97,2% (étendue 94,4% - 97,9%).

Les résultats ne sont pas encore disponibles, mais d'après les estimations, près de 4% des opérations sur le SCC seraient évitées si la population ne présentait pas des activités à risque. Il semble donc qu'il y a bien une partie de risque attribuable au facteur professionnel.

Discussion (initiée par *Philippe Mossé*, LEST)

La première remarque portait sur la pertinence de terme d'épidémie pour qualifier les TMS. En l'absence de contagion, le fait de qualifier les phénomènes de TMS d'épidémie, n'est-il pas simplement un effet de mode ?

Réponse : Le terme épidémie est utilisé ici simplement pour souligner l'étendu du phénomène.

Une autre question portait sur la finalité de l'étude. Cette dernière cherche-t-elle à mettre l'accent sur le retour à l'emploi le plus rapide possible ? Mais n'est-ce plus important de se centrer davantage sur la qualité du travail après le retour plutôt que sur le retour en lui-même ? En effet, on pourrait supposer que le retour le plus rapide possible au travail n'est pas une solution optimale, par analogie à la durée d'hospitalisation. Enfin, dans l'étude sur les Bouches-du-Rhône, il serait peut être utile d'introduire la variable qui décrirait l'offre de soins qui n'est probablement pas neutre dans le contexte local.

D'autres remarques et suggestions portaient sur les points suivants:

Possibilité d'introduire les variables concernant le chirurgien, et notamment ses habitudes de prescrire les arrêts maladie.

Pourrait-on envisager ce type d'étude comme un outil de voir le retour sur l'investissement de l'élimination de facteurs de risque ?

Dans l'étude sur les Bouches-du-Rhône, comment explique-t-on le taux de réponse aussi important ?

Réponses : Concernant les 1148 patients inclus dans le réseau et remplissant les critères d'éligibilité, le taux est dû à la forte mobilisation du réseau et des équipes chirurgicales.

Le champ de l'étude a été limité aux trois centres seulement pour des raisons de faisabilité. La présence d'un DIM (médecin responsable de l'information médicale) a facilité le recueil des données.

5.3. Insertion professionnelle après un cancer: une démarche de suivi

(Dr. François Eisinger, Inserm UMR 912 et Didier Blanckaer GIMS)

La capacité de plus en plus grande à guérir/contrôler, le cancer pose de manière aigüe la question de la reprise du travail et de ses modalités, après la phase des traitements. Le projet qui réunit les acteurs du Groupe Futur (GIMS – médecine du travail, INSERM et Institut Paoli-Calmettes) consiste à définir, créer, animer et évaluer une structure pluridisciplinaire ayant pour objectif d’accompagner les personnes atteintes de cancer dans leur parcours professionnel, pendant la maladie, et au cours de la phase de reprise. Ce dispositif sera mis en place suite à une analyse des besoins des personnes.

Le projet en question est porté par le groupe Futur qui réunit le GIMS, INSERM et Institut Paoli-Calmettes. Ce groupe s’est constitué il y a près de deux ans à la demande du GIMS (Service Interentreprises de Santé au Travail) surveillant plus de 130 milles salariés dans le département des Bouches-du-Rhône, généralement dans les petites entreprises. L’idée est partie d’un constat concernant les disparités apparentes entre les retours vers l’emploi dans les petites et grandes entreprises. Ce constat a été entre autres fait par certains chefs d’entreprises confrontés aux problèmes de retour à l’emploi des personnes guéries d’un cancer. Les médecins du travail ont également constaté les difficultés de suivi de retours à l’emploi des personnes guéries ; es difficultés sont généralement attribuées à une charge de travail trop importante (à titre d’exemple, un médecin du travail surveille 3000 salariés sur 200 jours de travail), qui se répercute sur l’impossibilité d’avoir une approche personnalisée, mais aussi sur le manque de liens avec les médecins traitants, les médecins de la sécurité sociale, les psychologues, les assistants sociaux etc. Or, parmi les spécialistes qui interviennent dans le retour à l’emploi des personnes après un cancer, seuls les médecins du travail ont des connaissances suffisamment approfondies des postes de travail.

Il a donc été décidé de réunir les différents acteurs (la CRAM, la DRTEFP, l’Inserm, les psychosociologues du travail, les médecins traitants) dans le cadre de ce projet. Ainsi, un premier comité de pilotage s’est mis en place avec pour but de créer un lien dans cette chaîne interrompue entre la maladie et retour à l’emploi.

Deux enquêtes rétrospectives (une qualitative et une quantitative) sont réalisées à cet effet.

La construction de ce projet donnera en outre la possibilité à quatre expertises complémentaires de se retrouver pour soutenir et accompagner les personnes atteintes de cancer : Médecin du travail (expertise sur poste), Oncologue (expertise sur maladie), Onco-psychologue (expertise sur les sujets et leurs attentes) et Assistante sociale (expertise sur les outils à notre disposition). Un processus d'évaluation sera ensuite réalisé afin d'adapter, si cela est nécessaire, le dispositif. Cette enquête quantitative va être lancée parallèlement en deux groupes : un groupe témoin, et un groupe « traité », c'est-à-dire suivi par l'ensemble des spécialistes.

Ce projet doit permettre de répondre à un déficit dans la prise en charge globale des personnes atteintes de cancer. Il doit permettre d'aider les patients dans leur parcours professionnel pendant et après les traitements et limiter le nombre de non-retour à l'emploi, de déclaration d'inaptitude et faciliter la reprise ou le retour au travail dans les meilleures conditions possibles en tenant compte des divers outils qui sont proposés à cet effet.

5 médecins du travail et 8 personnes ayant développé un cancer et suivis par un médecin du GIMS ont d'ores et déjà participé à des entretiens d'investigations sur les facteurs facilitant la reprise ou le maintien dans l'emploi ou, a contrario, les éléments qui ont rendu difficile ces étapes. Des résultats issus de l'analyse de ces données auprès des médecins et des patients sont exploités afin de réaliser 3 questionnaires destinés aux médecins, aux employés ainsi qu'aux employeurs. Les premières observations montrent la diversité des attentes et donc des outils à proposer aux patients pendant et après la maladie. Certaines informations recueillies sont contre intuitives mettant ainsi en avant le fait que les personnes elles-mêmes doivent participer à définir ce qu'il y a de mieux pour elles plutôt que de définir une attitude unique même doté a priori de bonnes intentions.

Discussion (initiée par Pierre Roche, Cereq)

Tout d'abord, il faut noter l'originalité et le caractère pionnier de la démarche. En effet, la nécessité d'accompagnement paraît évidente lors de l'annonce du cancer. Mais on en

parle moins lorsqu'il s'agit de l'issue de la guérison. Les enjeux de cette démarche sont multiples. Tout d'abord, il y a question du droit de chacun de travailler dans de bonnes conditions. De plus, il s'agit ici du droit de retravailler après un cancer. Dans cette démarche d'accompagnement, il semble que les questions de la reprise du travail sont considérées dans toute leur diversité. On peut aussi espérer que cette étude pourra éclairer la diversité des situations de retour à l'emploi car il ne suffit pas de savoir si la reprise a eu lieu ou pas. Il pourra notamment s'agir de la discrimination, car, comme le montrent certaines études, les personnes atteintes semblent être surreprésentées dans le chômage.

Il est important de comprendre, que dans ce contexte le retour à l'emploi, n'est pas le retour à la situation antérieure. Le cancer est une grande épreuve psychique. Les gens reconstruisent un autre rapport existentiel au monde, un autre rapport aux valeurs, au temps, à eux-mêmes. Il peut y avoir une discordance entre cette nouvelle identité et ce qu'on exige d'eux dans le monde du travail. Certaines personnes peuvent avoir besoin de prendre plus de temps. Certains peuvent attribuer plus qu'avant de l'importance à la personne par contraste au statut social. Ces discordances peuvent devenir importantes et cela mérite un accompagnement. Il faut reconnaître qu'il peut y avoir de la souffrance. Cette souffrance peut provenir du fait de se sentir en insécurité, d'un sentiment d'abandon, la peur liée à la nécessité de surveiller son état de santé, passer des bilans de contrôle médical. Ici l'accompagnement peut jouer un rôle très important.

De plus, cette démarche est très importante car elle permet de créer des liens entre les professionnels qui ne sont pas connectés entre eux. Par ailleurs, cela est aussi une manière d'agir sur le sentiment d'impuissance souvent évoqué par les médecins du travail.

L'une des remarques qui ont suivi concernait la visite de pré reprise qui, a priori sont une étape importante dans le retour à l'emploi. Mais, d'après Didier Blanckaert, les visites de pré reprise sont sous exploitées. Par ailleurs, à partir de 2010, GIMS est obligé de comptabiliser les visites de pré reprises. Les services de la santé au travail ont signé des conventions avec la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM), et certaines entreprises se sont engagées à suivre la démarche.

Aussi, il existe des rencontres entre les médecins de conseil de la sécurité sociale, les médecins traitants et les médecins du travail, mais elles sont plus faciles à organiser dans les petites villes. La CRAM pourrait-elle prendre en charge les communications et les rencontres entre les médecins.

Autres questions et réflexions :

En ce qui concerne les PME et les TPS, d'après vous, comment la taille des entreprises influence-t-elle sur les types d'accompagnement ? Ou, dit autrement, quelles hypothèses faites-vous quant aux types d'accompagnement selon la taille des entreprises ?

Les indépendants, sont-ils abordés ?

Ce projet illustre bien les enjeux de décloisonnement de l'action collective. Mais pourquoi ne pas s'intéresser à l'ensemble du capital social de la personne, c'est-à-dire son entourage, ses ressources sociales sous l'angle de son influence sur le processus de retour à l'emploi ?

Y a-t-il des dispositifs de capitalisation des connaissances des différents acteurs que vous mettez en place ?

Réponses :

Dans ce projet seules les petites et les très petites entreprises sont englobées, étant donné le terrain d'intervention du GIMS d'une part, et le fait que la réglementation impose aux grandes entreprises d'avoir un service santé au travail d'autre part. La plupart des personnes participant à l'enquête appartient aux entreprises de moins de 50 salariés.

Les petites entreprises ont a priori plus de difficultés pour traiter le problème de retour à l'emploi car il y est plus difficile de trouver des possibilités de reclassement de personnes que dans les grandes entreprises.

Les chefs -indépendants, soit les artisans et professions libérales, ne sont pas répertoriés au GIMS.

La prise en compte de l'environnement personnel a été discutée, mais nous avons pensé plutôt à l'environnement personnel au travail, plutôt qu'à la famille.

Quant à la capitalisation des connaissances, au cours de chaque réunion mensuelle au fur et à mesure des rencontres, des comptes rendus sont rédigés. Cela pourrait en effet aboutir à un document écrit qui pourrait éventuellement être présenté et diffusé auprès des acteurs intéressés par la démarche.

Conclusion générale

A priori deux dimensions étaient appelées à structurer cette conclusion :

- Les thématiques de recherche que ces cinq journées d'études ont contribué à faire émerger compte tenu de la richesse indéniable des présentations et des discussions ; il reste qu'à ce stade, ce qui suit n'est encore qu'une esquisse ; elle met d'ailleurs à ce stade l'accent sur des questionnements tournés d'une manière privilégiée vers les sciences sociales
- L'organisation d'un dispositif commun de recherche ou du moins d'orientations partagées. Disons tout de suite que l'on en est encore à l'épure.

1. Mieux connaître des situations de travail à fort risques

Dans cette perspective, il importe de replacer ces situations de travail dans la configuration salariale et productive d'ensemble qui est celle des individus et des emplois en cause

- Cumul de risques d'autant plus aigu pour nombre croissant d'individus 1. que s'articulent dans leur cas des facteurs d'opacification de l'enjeu qu'est la santé au travail : précarité de l'emploi, travail non déclaré, faiblesse ou même absence d'un véritable collectif de travail, relation salariale triangulaire (dissociation de l'entrepreneur et de l'employeur), isolement des salarié(e)s face à un « client » prescripteur de l'activité 2. Qu'ils concernent des profils sociaux fragilisés (populations immigrées, jeunes, féminines) ;
- Exemples de petites entreprises de secteurs tertiaires (services à la personne, y compris celles relevant de l'économie sociale et solidaire, ainsi que dans l'hôtellerie-

restauration). L'enjeu politique est d'autant plus fort qu'il s'agit de secteurs où la dynamique de l'emploi est particulièrement positive.

- Ces enjeux ne concernent pas seulement les salariés, souvent de très jeunes apprentis, mais aussi les petits employeurs (formellement, pour certains) indépendants, non couverts par la législation du travail en matière de PRP mais tout autant concernés par la politique de santé publique.

- Les approches "populationnelles" (campagnes de prévention ciblées sur des catégories à risques telles que les saisonniers) constituent-elles une réponse adéquate, en tout cas suffisante, compte tenu de l'instabilité chronique de l'emploi à laquelle est exposée cette main d'oeuvre, salariée mais aussi pour une part artisanale ?

2. Mieux comprendre les articulations et interactions entre risques de l'emploi et risques professionnels ?

Les « risques de l'emploi » tendent à faire passer au second plan les risques professionnels dans les préoccupations des acteurs individuels et collectifs ; il en résulte des hypothèses qu'il faudrait tester :

- Se ferait jour un sentiment de résignation ou du moins d'impuissance face à l'accélération des restructurations et des ré-organisations d'entreprise d'autant qu'elles sont souvent associées à une détérioration des conditions du travail » ; il en résulterait la tentation de s'y soustraire par l'entremise d'« exit » individuels, avec le risque que ces "fuites" individuelles deviennent un facteur d'affaiblissement de la prévention ; à ce titre, il y aurait lieu de s'intéresser plus particulièrement aux salariés démissionnaires.

- L'exposition à l'instabilité de l'emploi ne conforte-t-il pas la tendance à l'intériorisation des risques comme composante légitime du métier (par exemple dans les PME où prédominent des relations d'emploi de nature domestique) ?

- De même, en période de croissance forte du chômage, n'assisterait-on pas à l'expansion d'un arbitrage partagé entre médecins et patients consistant à privilégier l'emploi sur la santé : par exemple, déclarer un accident plutôt qu'une maladie professionnelle pour éviter l'inaptitude et l'exposition à un fort risque de licenciement

- Dans quelle mesure l'action publique est-elle à même, à ses différents niveaux de déploiement, de décloisonner ses outils d'intervention (formation, emploi, travail,

développement économique) afin de construire une gouvernance adéquate d'instruments très hétérogènes, peu coordonnées, favorisant de facto l'emploi plutôt que les conditions de travail, aussi difficiles soient-elles ?

3. L'action collective, dimension majeure de la prévention des risques professionnels ?

- Son efficacité préventive ne résulterait pas seulement de la pertinence, en situation, des instruments quelle mobilise mais aussi de sa capacité à rompre l'isolement des individus au travail, à libérer leur parole sur les risques auxquels ils sont exposés
- La participation directe des intéressés à la construction des actions préventives est-elle bien un facteur d'efficacité de la PRP comme le suggèrent la mise en oeuvre de certaines chartes (cas de la radiographie professionnelle) ou dispositifs d'aide à l'insertion professionnelle après un cancer ?
- Sous quelles conditions peut-on parvenir à atténuer le poids de perceptions fatalistes des risques chez certaines catégories de salariés, sachant que ces perceptions sont elles-mêmes articulées à un déni de l'origine professionnelle des risques encourus de la part de certaines catégories d'employeurs ? En outre, certaines des situations les plus dégradées ne sont-elles pas souvent celles dans lesquelles la conscience des risques est la moins élevée de la part des salariés concernés ?

4. Normes légales et effectivité de la prévention : quelles médiations ?

- Les différenciations du monde du travail mettraient au jour une tension croissante entre des normes homogènes (telle l'obligation d'évaluer les risques) et des capacités pratiques à les rendre effectives notamment de la part de petits employeurs, enfermés dans des temporalités économiques de très court terme
- En l'absence de dispositifs collectifs d'accompagnement, tendrait (au mieux) à l'emporter sur toute autre considération le souci de ces employeurs de se prémunir vis à vis d'une possible mise jeu de leur responsabilité pénale et civile, notamment par une interprétation formaliste de leurs obligations légales ?
- L'accompagnement des entreprises les plus vulnérables (PME, sous-traitants) appellerait la constitution de réseaux d'acteurs publics et privés favorisant

l'appropriation et l'opérationnalisation des règles préventives (chartes, actions collectives territoriales) : à quelles conditions émergent des 'communautés de pratiques' pertinentes ?

5. Renforcer la traçabilité des expositions individuelles et collectives

- L'entreprise en réseau, la sous-traitance, la mobilité professionnelle interne et surtout externe appellent à se doter d'approches longitudinales des expositions aux risques au moins sous deux angles :

. Le suivi des individus par delà leurs appartenances statutaires

. Le suivi des organisations (panels d'entreprises, d'établissements, d'ateliers ?) afin de mieux cerner les situations de travail à risque

- Mieux connaître les interactions entre travail et santé : que fait la santé à l'emploi, quels impacts sur l'insertion (des jeunes), le maintien dans l'emploi ou la ré-insertion ? Comment faire le départ entre le développement d'enquêtes spécifiques et/ou l'introduction de questions spécifiques dans les enquêtes standards ?

6. Dispositifs d'action, de suivi et de connaissances

- Assurer un suivi des individus « bénéficiaires » de dispositifs « locaux » de PRP (en liens avec l'évolution du travail) : chartes spécialisées et autres formes d'action collectives, susceptibles d'engendrer, en cas d'évaluation positive, un processus ascendant d'élaboration de règles et de connaissances pertinentes

- La construction de réseaux de praticiens articulant médecine de ville et médecine du travail est sans aucun doute une voie prometteuse pour lier efficacement action et connaissance mais il importe d'en préciser les effets d'apprentissage individuels comme collectifs, par exemple :

. Les médecins du travail n'ont qu'une appréciation très partielle des effets à terme sur le devenir de leurs ex-patients des décisions prises à l'issue de leurs déclarations d'inaptitudes.

. Les médecins de ville, principaux prescripteurs en matière de déclaration de maladies professionnelles n'ont pas ou peu de retours organisés sur les effets de leurs actes dans la perspective d'en tirer des leçons pour l'avenir.

- A quelles échelles construire les instruments de connaissance : fusions de sources nationales, suivi et évaluation des dispositifs territorialisés d'information et d'action ? Quelles leçons tirer de multiples expériences en la matière ?

7. Connaissance, formation et action

On dispose de peu de connaissances sur les effets à terme des dispositifs de formation à la prévention des risques professionnels :

- Quels effets dans le temps des formations collectives destinées aux représentants du personnel, des conditions dans lesquelles ils peuvent, éventuellement, transférer plus largement les connaissances et les compétences ainsi acquises ?
 - Quelle portée des enseignements de PRP en formation professionnelle initiale (les référentiels des diplômes intègrent mieux les exigences de la prévention des risques, même si le poids donné aux matières correspondantes dans les évaluations des élèves est assez faible) ? Au vu d'enquêtes exploratoires en entreprise et dans des établissements d'enseignement professionnel, nombre de facteurs convergent pour rendre assez formelle la formation à la prévention des risques ; elle constitue pourtant une ressource essentielle pour contrebattre des cultures professionnelles qui naturalisent les risques encourus par les salariés.
- Il y aurait lieu d'utiliser les enquêtes longitudinales du Céreq sur l'insertion des jeunes pour introduire des questions sur l'exposition aux risques, les conduites prudentielles versus à risques, les effets de la santé sur l'insertion professionnelle etc ...
 - Dans quelles mesures les informations et formations continue dont peuvent bénéficier des médecins de ville modifient-elles leur perception et leur action vis des enjeux de la santé au travail ?

8. Quelles perspectives ?

En soi deux circonstances se conjuguent pour rendre plus favorables la constitution d'un pôle de recherche en santé - travail en PACA :

- Toutes les équipes de recherche sont en année de préparation de leurs projets quadriennaux, tant sur le registre de la recherche que sur celui de la formation
- La fusion amorcée des 3 universités d'Aix-Marseille trace a priori un cadre plus favorable à des dynamiques de pôles de recherche thématiques interdisciplinaires

Il faut souligner néanmoins 1. que le processus de contractualisation quadriennale est déjà bien amorcé 2. que ce séminaire a rassemblé pour la quasi-totalité des forces et des expertises du seul ressort d'Aix-Marseille.

Annexe Liste des Participants

NOM	PRENOM	FONCTION	INSTITUTION
ANDEOL	Marc	Directeur	APCME
BARTHELEMY	Carole	Responsable Master DENTES	Université de Provence
BLANCQUAERT	Didier	Directeur	GIMS
BORNAND	Elvire	ATER Sciences Politiques	IUT d'Aix en Provence
BOUFFARTIGUE	Paul	Directeur de Recherche	LEST (CNRS - UMR 6123) LEST (CNRS - UMR 6123)
BOUTEILLER	Jacques	Ingénieur d'études	
BRUN-HURTADO	Elisabeth	Post-doctorante	LEST (CNRS - UMR 6123)
CARMIGNANI	Christine	Chargée de Mission	ACT Méditerranée
CASELLA	Philippe	Professeur de Sociologie	Direction Générale de la Recherche
CERVANTES	Hélène		DRTEFP PACA
CHAKOR	Tarik	Doctorant Sciences de Gestion	LEST (CNRS - UMR 6123)
CHARRIER	Danielle	Médecin du travail	AISMT13
CHEVALIER	Anne	Responsable ABISAT	Institut de Veille Sanitaire
CORREIA	Mario	Maître de conférences UII	Institut Régional du Travail Coordination CHST-CGT Golfe de
COSTE	Michel	Syndicaliste	Fos
CYPOWYJ	Cathya	Chef de Projet FUTURE	GIMS
DELLA VALLE	Vincent	Ergonome Professeur et Directeur du Master	AFAH
DI RUZZA	Renato	Ergologie	Université de Provence
DUFLOT	Valéry	Consultant sociologue	Technologia
DUMAZET		Médecin du travail	GIMS13
ECKERT	Henri	chargé de recherches	CEREQ
EISINGER	François	Chercheur oncogénéticien	Institut Paoli Calmettes, INSERM (UMR 912)
EVESQUE	Lionel	Chargé de mission	CRAM Sud Est
GAUTIER	Muriel		DRTEFP
GIRAUD	Baptiste	Doctorant Science Politique	Université PARIS 1
GROLLEAU	Nicole	Inspectrice du travail	Inspection du travail, DRTEFP
GUIEU	Gérard	Sécretaire CHSCT	CEA Cadarache
JEAN	Rémy	Directeur de recherches	Université de Provence

HA	Catherine	Médecin Epidémiologiste	InVS
IWATSOUBO	Yuriko	Médecin Epidémiologiste	InVS
KORNIG	Cathel	Consultante sociologue	Chercheure associée au LEST
LE BRIS	Roland	Président	TRANSVERSALES
LOUIT- MARTINAUD	Nathalie	Maître de conférence en droit	LEST (CNRS - UMR 6123) LEST (CNRS - UMR 6123)
MELNIK	Ekaterina	Chercheur contractuel	
MALFAIT	Philippe	Responsable	CIRE-PACA
MARENCO	Patricia	association travailleurs handicapés	AGEFIPH
MARTINI	Franck	Consultant psycho-sociologie	CATEIS
MOCAER	Sandrine	chargée de mission	DRTEFP
MONCHARMONT	Roger	Directeur délégué	DRTEFP PACA
MONGALVY	Marylène	Chargée de mission	Région PACA
MOSSE	Philippe	Directeur de Recherche Directeur du département « Prévention des risques »	LEST (CNRS - UMR 6123)
MOUGEL	Gérard		CRAM Sud Est
NICOLAI	Céline	Coordnatrice réseau local	Centre Hospitalier
PENDARIES	Jean-René	Ingénieur d'études	LEST (CNRS - UMR 6123)
PELLETIER	Julien	Responsable Veille & Prospective Int.	ANACT
PEREIRA	Victor	Syndicaliste, sociologue	Université de Provence
ROCHE	Pierre	Chargé d'Etudes	CEREQ
ROUX	Céline	Chargée de Mission	ANACT
SARI-MINODIER	Irène	Médecin, chercheur	Centre Hospitalo-universitaire
SETBON	Michel	Directeur de recherche	LEST (CNRS - UMR 6123)
SCHOKAERT	Isabelle	Maître de conférences en droit	IRT, LEST
SILLAM	Franck	Epidémiologiste	InVS Cire-Sud
SOUARES	Yvan	Département Santé Travail	Institut de Veille Sanitaire, Cire-Sud
SOUVILLE	Marc	Master "Psycho Sociale Travail & Org"	Université de Provence
TCHOBANIAN	Robert	Chargé de recherche	LEST (CNRS - UMR 6123)
TRINQUET	Pierre	Directeur de Recherche	Université de Provence
VALENTY	Madeleine	Médecin Epidémiologiste	Institut de Veille Sanitaire
VENTELOU	Bruno	Chercheur en économie	GREQAM, ORS PACA, INSERM (UMR 912)
VERDIER	Eric	Directeur de Recherche	LEST (CNRS - UMR 6123)

VERGER	Pierre	Directeur de Recherche	ORS PACA, INSERM (UMR 912)
VIAU	Alain	Médecin	GCM13 ORSPACA, INSERM (UMR 912)

