La Santé au travail: comment gérer le "problème d'après" ?

Stéphane Noël, Emmanuel Terrasse

▶ **To cite this version:**

Stéphane Noël, Emmanuel Terrasse. La Santé au travail: comment gérer le "problème d'après" ?. Sciences de l'Homme et Société. 2007. hal-01785096

HAL Id: hal-01785096

https://minesparis-psl.hal.science/hal-01785096

Submitted on 4 May 2018

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

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

LA SANTE AU TRAVAIL

COMMENT GERER LE « PROBLEME D'APRES » ?

IE 1 [566]

MINES ParisTech
BIBLIOTHÈQUE
60, boulevard St-Michel
75272 PARIS CEDEX 06

STEPHANE NOEL
EMMANUEL TERRASSE
INGENIEURS DU CORPS DES MINES

(102004)

JUIN 2007

AVANT-PROPOS

Nous tenons à vivement remercier l'ensemble des personnalités (dont la liste figure en annexe) qui ont accepté de nous recevoir et de nous conseiller dans le cadre de ce mémoire.

Nous souhaitons tout particulièrement remercier M. François Soulmagnon, Directeur de la formation et des conditions de travail du groupe PSA Peugeot Citroën, qui a joué le rôle de « terrain » de notre mémoire tout au long de l'année et nous a permis de rencontrer de nombreux interlocuteurs au sein de son entreprise. Il nous a aidés à y voir plus clair dans un domaine polémique en nous faisant part de ses idées mais en nous laissant toujours libres de nous forger notre propre avis. Il va de soi que le présent travail n'engage que la responsabilité de ses auteurs et ne reflète en rien l'opinion de M. Soulmagnon ni celle du groupe PSA sur le sujet de la santé au travail.

Nos remerciements s'adressent aussi à M. Gustave Defrance, Ingénieur général des Mines, qui en tant que « pilote », nous a offert ses conseils avisés et sa précieuse expérience avec sa gentillesse accoutumée.

Les questions de santé au travail, et d'une manière plus générale, les sciences humaines, sont des disciplines souvent trop négligées par les ingénieurs. Ce travail nous a permis de découvrir ces questions aussi intéressantes que complexes.

Parce que le salarié est au cœur du sujet, tout comme les considérations sociales, éthiques et économiques, la santé au travail est souvent abordée de manière passionnée, ce qui nous a conduits à avoir avec nos différents interlocuteurs des échanges fort intéressants, parfois vifs, mais toujours constructifs.

La rédaction de ce mémoire repose sur un processus structuré : les élèves-ingénieurs présentent régulièrement l'avancement de leurs réflexions à la « commission des travaux personnels ». Puis, courant avril, les élèves doivent préparer une note présentant de manière très synthétique l'état d'avancement de leurs réflexions pour l'envoyer ensuite aux contacts qu'ils ont déjà rencontrés afin d'obtenir leurs réactions. Il nous est à cette occasion demandé de rédiger un pamphlet engagé plutôt qu'une monographie savante. C'est ce que nous avons fait dans un document intitulé : « *L'intensification du travail – Une menace sur la santé des salariés ?* ». Les réactions que nous avons recueillies étaient, pour certaines, au moins aussi vigoureuse que notre texte, ce qui nous a permis d'affiner nos arguments.

SOMMAIRE

1 INTRODUCTION 5

2 LA SANTE AU TRAVAIL : PRESENTATION DU PAYSAGE 6

2.1 Un sujet dans l'actualité 6
2.2 La santé au travail en quelques chiffres 8
Evolution du nombre d'accidents du travail 8
Evolution du nombre de maladies professionnelles 9
De nombreux facteurs 11
2.3 Des pathologies traditionnelles au problème d'après 12
Raréfaction de certaines pathologies 12
De nouvelles pathologies 13
Troubles psycho-sociaux 13
Des pathologies nouvelles ou inaperçues ? 14
2.4 Le coût des maladies professionnelles 15
2.5 Les acteurs de la santé au travail 16
Acteurs au sein de l'entreprise 16
Acteurs de prévention 17
Acteurs d'expertise 18
Acteurs de coordination 18

3 L'INTENSIFICATION DU TRAVAIL : UN PHENOMENE REEL 19

3.1 L'intensité du travail 19
Définition 19
Détermination 20
3.2 Formes de l'intensification du travail 21
Les contraintes temporelles du travail se modifient 21
Le contenu du travail évolue 21
3.3 L'intensification est une réalité ressentie par les salariés 22
Une intensification marquée mais stabilisée 22
3.4 Organisation et intensité du travail 29
Quel lien entre nouvelles organisations et intensification ? 29
Le paradoxe de l'ergonomie 31
3.5 Intensification et santé au travail 31
Intensification et santé mentale 32
intensification et TMS 34
Intensification et vieillissement 35
3.6 Des facteurs psychosociaux difficiles à évaluer 36
La perception subjective du travail 37
L'évolution des sensibilités 38

3.7 Quelles solutions face à cette intensification ? 39
Les organisations apprenantes 39
Critique des organisations apprenantes 42
3.8 Au cœur de toute organisation : le facteur humain 43
Travail prescrit et travail réel 43
Reconnaissance du travail et cohésion des collectifs de travail 44

4 RATIONALISER LE PAYSAGE DE LA SANTE AU TRAVAIL 47

4.1 Développer la sensibilisation des moyennes et grandes entreprises 48
Une meilleure formation des managers 48
Sensibilisation et image de marque 49
4.2 Offrir aux PME un interlocuteur de référence 51
Lier assurance et prévention : le rapprochement CRAM-SST 51
Assumer pleinement la logique assurantielle 51
Construire un acteur pluridisciplinaire fort pour la prévention 54
4.3 Favoriser la coopération en amont et en aval de ce pivot central 60
En amont : garantir une expertise indépendante 60
En aval : donner les moyens adéquats au contrôle 62

5 CONCLUSION 66

6 ANNEXES 68

Annexe 1 – Liste des abréviations et sigles 69
Annexe 2 – Liste des personnalités rencontrées 70
Annexe 3 – Questionnaire envoyé aux grandes Ecoles 74

1 INTRODUCTION

Le monde du travail s'est profondément modifié depuis plusieurs décennies. Les conditions de travail dans les mines décrites par Zola dans *Germinal* ont disparu. Le XXI^{ème} siècle est l'ère de l'industrie à haute valeur ajoutée, du tertiaire… Les mines d'antan ont laissé la place aux usines flambant neuves (où les tâches pénibles ont été automatisées) et aux immeubles de bureaux. Alors, pourquoi s'intéresser encore aux questions de santé au travail ?

Notre société, dans le contexte global d'un allongement de la carrière des salariés (pour assurer le financement des retraites), devient confrontée à un enjeu majeur : maintenir en activité des salariés de plus en plus âgés. Cet enjeu impose d'améliorer les conditions de travail de l'ensemble des salariés pour, notamment, qu'ils ne développent pas de pathologies susceptibles de compromettre leur maintien dans l'emploi.

« L'affaire de l'amiante » a récemment rappelé, de manière brutale, que la société dans son ensemble doit continuer à être vigilante sur les questions de santé au travail.

Ces derniers mois, les médias ont commencé à convaincre l'opinion publique que des salariés se suicident en raison de leurs conditions de travail. Le travail ne porterait donc pas uniquement des atteintes « physiques » au salarié, mais il peut également profondément l'affecter psychologiquement !

Ainsi, et contrairement à un a priori couramment répandu, il subsiste d'importants problèmes en matière de santé au travail. Il ne faut pas nier les progrès accomplis depuis plusieurs décennies pour améliorer les conditions de travail des salariés. En témoigne, par exemple, l'évolution marquée des conditions d'hygiène des postes de travail. Cependant, dans le même temps, le travail et la société se sont profondément transformés.

Avec cette amélioration de la prévention, les maladies traditionnelles qui affectaient hier les salariés se sont raréfiées. Le **« problème d'après »** émerge alors : ce sont de **nouvelles pathologies** (troubles musculo-squelettiques, troubles psychosociaux) qui étaient jusque là totalement inaperçues !

Après avoir présenté le paysage de la « santé au travail », nous allons nous intéresser à l'intensification du travail. Ce phénomène accompagne souvent les « nouvelles organisations » mises en place en entreprise (mais également dans l'administration). Puis, nous proposerons des axes de réflexion pour améliorer la prévention des maladies professionnelles.

2 LA SANTE AU TRAVAIL : PRESENTATION DU PAYSAGE

2.1 UN SUJET DANS L'ACTUALITE

La santé au travail est un sujet très présent dans l'actualité. La fameuse « affaire de l'amiante » a défrayé la chronique depuis plusieurs années. Plus récemment, les médias se sont intéressés aux cas de suicides sur le lieu de travail qui sont survenus dans plusieurs grandes entreprises. Quelles que soient les conclusions à tirer de ces faits divers[1], il est indéniable qu'ils ont contribué à mettre à la mode les sujets de santé au travail.

Parallèlement à cet éclairage médiatique, les partenaires sociaux et l'Etat se sont impliqués de manière croissante dans les problématiques de santé au travail au cours des dernières années.

Après une période où, de l'aveu des responsables syndicaux eux-mêmes, la question des conditions de travail était considérée comme non prioritaire par rapport aux problèmes de maintien dans l'emploi et aux luttes pour l'augmentation des salaires, les syndicats ont pris conscience de l'importance de ce champ de négociation. Suite au mouvement de « refondation sociale » initié par le MEDEF en 1999, les partenaires sociaux ont signé en 2000 un accord sur la santé au travail et la prévention des risques professionnels où employeurs et salariés reconnaissent que *« la préservation et l'amélioration de la santé au travail sont une priorité pour les employeurs et les salariés, et que leur action conjointe est nécessaire pour améliorer le fonctionnement du dispositif de prévention des risques professionnels »*[2]. Plus récemment, les partenaires sociaux se sont engagés dans une série de négociation relatives à la branche Accidents du travail et Maladie professionnelles (AT-MP) de l'Assurance maladie. Sont notamment issus de ces négociations le protocole d'accord sur la gouvernance de cette branche[3] ainsi que le protocole d'accord sur son fonctionnement technique[4]. Ces accords ont cependant déçu nombre d'acteurs par la modestie des progrès qu'ils proposent au regard des enjeux.

---

[1] Voir paragraphe 2.3

[2] Accord du 13 septembre 2000 sur la santé au travail et la prévention des risques professionnels

[3] Protocole d'accord sur la gouvernance de la branche AT-MP du 28 février 2006.

[4] Protocole d'accord sur la prévention, la tarification et la réparation des risques professionnels du 12 mars 2007.

Alors que l'Etat considérait jusque lors que la santé au travail était pour l'essentiel un champ de compétence de la négociation paritaire, les pouvoirs publics ont également décidé de s'impliquer davantage dans cette thématique. Cette décision est à mettre en relation avec les deux arrêts « amiante » du Conseil d'Etat par lesquels la Haute Assemblée a reconnu la responsabilité pour faute de l'Etat en matière de prévention des risques professionnels[5]. Certes, le juge administratif affirme que « *l'employeur a l'obligation générale d'assurer la sécurité et la protection de la santé des travailleurs placés sous son autorité* » mais complète aussitôt qu' « *il incombe aux autorités publiques chargées de la prévention des risques professionnels de se tenir informées des dangers que peuvent courir les travailleurs dans le cadre de leur activité professionnelle* ».

La réforme de la santé au travail avait à vrai dire précédé cette condamnation puisque c'est la loi dite de « modernisation sociale » du 17 janvier 2002[6] qui a réformé la médecine du travail en créant des services de santé au travail interdisciplinaires. Suivront un certain nombre de plans d'actions impactant de façon plus ou moins directe la santé au travail, notamment le plan national santé environnement (PNSE) lancé en janvier 2003 et dont l'un des objectifs est de prévenir les pathologies d'origine environnementale et notamment les cancers.

L'élément essentiel du dispositif public d'action dans le domaine de la santé professionnelle est sûrement la mise en œuvre du plan santé travail (PST) qui s'étale sur la période 2005-2009. Il s'agit là du premier plan de ce type lancé sous l'impulsion du Ministre Gérard Larcher. Son implication, très forte, a permis d'aboutir à un plan qui engage un programme de 23 actions autour de quatre objectifs généraux :

1. *Développer les connaissances des dangers, des risques et des expositions en milieu professionnel.* C'est dans ce cadre qu'a été proposée la création de l'AFSSET, agence indépendante d'expertise dans le domaine de la santé au travail.
2. *Renforcer l'effectivité du contrôle*, notamment par la création de cellules régionales pluridisciplinaires pour appuyer l'action de l'inspection du travail.
3. *Réformer les instances de pilotage et décloisonner les approches des administrations*, aux niveaux national et local.

---

[5] Conseil d'État, Assemblée, 3 mars 2004, Ministre de l'emploi et de la solidarité contre consorts Thomas; Conseil d'État, Assemblée, 3 mars 2004, Ministre de l'emploi et de la solidarité contre consorts Xueref

[6] Complétée par ses décrets d'application du 24 juin 2003 et du 28 juillet 2004.

4. *Encourager les entreprises à être acteur de la santé au travail*, notamment en poursuivant la réforme des services de santé au travail et en repensant le dispositif de la branche ATMP pour le rendre plus incitatif à la prévention.

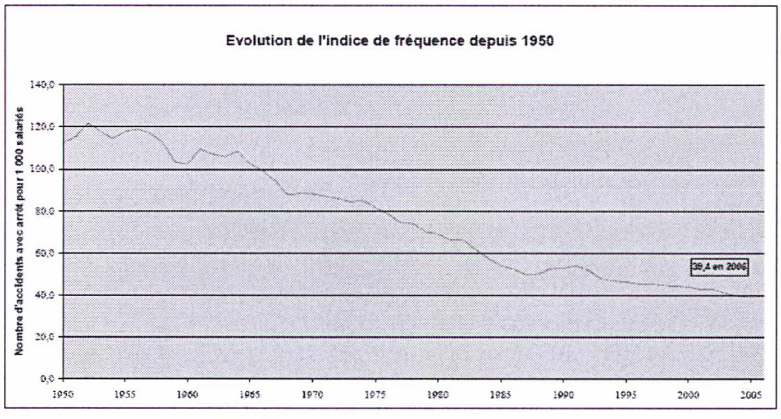
2.2 LA SANTE AU TRAVAIL EN QUELQUES CHIFFRES

Résumer la santé au travail en quelques chiffres présente un caractère naturellement très réducteur. Est-il raisonnablement possible d'évaluer l'amélioration ou la dégradation des conditions de travail en quelques indicateurs macroscopiques ? Certainement pas.

Les ordres de grandeur présentés dans cette partie permettent de dresser à *très grands traits* le paysage de la santé au travail.

EVOLUTION DU NOMBRE D'ACCIDENTS DU TRAVAIL

Il faut d'abord souligner l'important succès de l'action conjointe des pouvoirs publics et des partenaires sociaux en matière d'accidents du travail. En trente ans, les statistiques de la CNAMTS[7] montrent que le nombre d'accidents du travail a été divisé par 1,5 et le nombre d'accidents mortels par 3. La fréquence des accidents a également diminué de manière constante depuis 1950 (voir figure 1) ce qui montre que les conditions de travail s'améliorent indépendamment des variations de l'activité économique. Cette évolution s'observe pour tous les secteurs d'activité du régime général, ainsi que dans le secteur agricole et dans la fonction publique.



[7] Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

Figure 1 : Evolution du nombre d'accidents du travail avec arrêt pour 1000 salariés de 1950 à 2005[8]

EVOLUTION DU NOMBRE DE MALADIES PROFESSIONNELLES

L'évolution du nombre de maladies professionnelles ne présente pas le même aspect que celle du nombre d'accidents du travail. Chaque année, ce sont environ 40.000 nouveaux cas de maladies professionnelles qui sont reconnus par la CNAMTS pour le régime général[9]. Selon les statistiques officielles de la CNAMTS, le nombre de cas reconnus est en progression de +20% par an depuis le début des années 90 (voir figure 2).

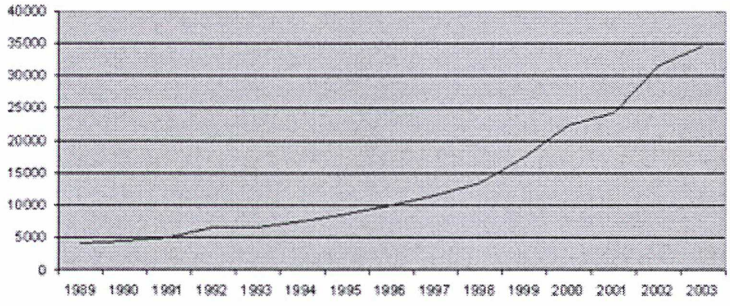


Figure 2 : Evolution du nombre de maladies professionnelles de 1989 à 2003[10]

Comment interpréter cette évolution ? Contrairement aux accidents du travail, pour lesquels le lien entre activité professionnelle et lésion corporelle est immédiat et incontestable, les maladies professionnelles résultent d'une exposition plus ou moins prolongée à un risque présent lors de l'activité professionnelle. Il est donc très difficile de déterminer avec précision si une pathologie a une origine professionnelle ou non. Pour résoudre ce problème, le législateur a prévu une procédure médico-légale de reconnaissance des maladies professionnelles (cf. encadré).

---

[8] Source CNAMTS (http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fr/accidents_du_travail_2/statistiques_acc_travail_1.php)

[9] En 2005, 41.347 maladies avec arrêt ont été reconnues comme maladies professionnelles pour le régime général.

[10] Source CNAMTS (Cf. http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fr/maladies_professionnelles_2/maladies_professionnelles_2_stats_gen_1.php)

Reconnaissance des maladies professionnelles

Conformément à la loi du 25 octobre 1919, une maladie peut être reconnue comme maladie professionnelle si elle figure sur l'un des **tableaux annexés au Code de la Sécurité sociale**. Ces tableaux sont créés et modifiés par décret au fur et à mesure de l'évolution des techniques et des progrès des connaissances médicales. Chaque tableau comporte :

- les ***symptômes*** ou lésions pathologiques que doit présenter le malade. Leur énumération est limitative et figure dans la colonne de gauche du tableau.

- le ***délai*** de prise en charge, c'est-à-dire le délai maximal entre la date à laquelle le travailleur a cessé d'être exposé au risque et la constatation de l'affection. Ce délai est variable selon les manifestations ou symptômes cliniques présentés par le malade.

- les ***travaux*** susceptibles de provoquer l'affection en cause dont la liste figure dans la colonne de droite du tableau. Parfois, cette liste est limitative et seuls les travailleurs affectés aux travaux énumérés ont droit à réparation au titre des maladies professionnelles. Parfois, cette liste de travaux ou professions est seulement indicative.

Toute affection qui répond aux conditions médicales, professionnelles et administratives mentionnées dans les tableaux est systématiquement "présumée" d'origine professionnelle, sans qu'il soit nécessaire d'en établir la preuve : c'est ce qu'on appelle la **présomption d'imputabilité**.

En dehors de cette procédure ordinaire, la loi du 27 janvier 1993 a prévu deux **cas complémentaires** de reconnaissances de maladies professionnelles :

- Une pathologie présente dans un tableau et vérifiant l'intégralité des critères médicaux (colonne de gauche du tableau) mais pas certains critères administratifs (délais ou travaux figurant dans la colonne de droite du tableau) peut être reconnue comme maladie professionnelle s'il est prouvé qu'elle est causée par le travail de la victime (la présomption d'imputabilité ne joue plus dans ce cas) ;

- Une pathologie non reconnue par les tableaux de MP peut être reconnue comme maladie professionnelle si elle est directement et essentiellement imputable à l'activité professionnelle de la victime et si elle présente une certaine gravité ; ici encore, la présomption d'origine n'est plus valide.

Il est à noter que pour les maladies professionnelles, ce sont les salariés eux-mêmes qui doivent en effectuer la déclaration auprès de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), en y joignant un certificat médical. Contrairement à ce qui se passe pour les accidents du travail, l'employeur n'est pas tenu de déclarer lui-même les maladies professionnelles.

DE NOMBREUX FACTEURS

La reconnaissance des maladies professionnelles dans le cadre médico-légal actuel est donc le résultat d'un processus ***multifactoriel***, si bien que l'évolution du nombre de maladies professionnelles reconnues ne nous renseigne donc pas immédiatement sur l'évolution de la santé au travail.

1. Une première catégorie de facteurs est ***liée à l'activité professionnelle du salarié et influe sur sa santé***. Ce sont ces facteurs qui nous intéresseront dans la suite de notre étude, notamment les facteurs liés à l'intensification du travail
2. Une seconde catégorie de facteurs provoque certes des ***effets sur la santé du salarié mais est indépendante de son activité professionnelle***. Ces facteurs sont à prendre en compte à cause de la présomption d'imputabilité. Des activités personnelles et professionnelles peuvent se conjuguer pour déboucher sur une pathologie reconnue comme maladie professionnelle sans que l'activité professionnelle soit à elle seule à l'origine d'une telle pathologie. A l'inverse, certaines pathologies qui peuvent être d'origine professionnelle ne sont aujourd'hui pas reconnues (voir infra pour les troubles psycho-sociaux).
3. Une dernière catégorie de facteurs est constituée par les facteurs ***indépendants de l'état de santé du salarié***.

Détaillons quelque peu cette dernière catégorie des facteurs de l'accroissement des maladies professionnelles :

- Le processus de reconnaissance des maladies professionnelles ne relève pas du cœur du métier des médecins généralistes. Il n'est également pas très connu par les salariés. C'est pourquoi, les ***campagnes d'information*** et/ou de sensibilisation qui se sont développées ont indéniablement eu une incidence favorable –mais difficilement quantifiable– sur le taux de déclaration des maladies professionnelles.
- Dans la mesure où ce sont les salariés eux-mêmes qui déclarent les maladies professionnelles, des ***facteurs « extra-médicaux »*** influent également sur leur déclaration. Si les syndicats ne manquent pas de souligner une « sous-déclaration » notable notamment liée à des pressions patronales, le climat social et le contexte dans lequel évolue le salarié influent aussi sur le taux de déclaration des maladies professionnelles.
- La ***création de nouveaux tableaux*** de reconnaissance des maladies professionnelles permet également d'expliquer le taux de croissance observé depuis 1990. La création de

nouveaux critères de reconnaissance conduit à une augmentation mécanique du nombre de maladies professionnelles indemnisées. Il faut pourtant relativiser l'incidence des nouveaux tableaux sur l'augmentation des maladies professionnelles, ainsi que le montre l'évolution des maladies professionnelles indemnisées au titre du tableau n°57 (Troubles Musculo-Squelettiques ou TMS). Ce tableau présente en effet l'avantage d'être stable depuis 1991 ; or, le taux de croissance du nombre de TMS reconnus est supérieur à 20% par an depuis 1991[11].

2.3 DES PATHOLOGIES TRADITIONNELLES AU PROBLEME D'APRES

Appréhender l'évolution de la santé des salariés implique donc de ne pas se limiter à l'indicateur du nombre de maladies professionnelles. Pour autant, l'examen de la typologie des maladies professionnelles déclarées nous fournit des indications sur l'évolution de la santé au travail : les pathologies faisant l'objet de nombreuses déclarations il y quelques dizaines d'années ont régressé de manière significative, mais de nouvelles pathologies sont apparues.

RAREFACTION DE CERTAINES PATHOLOGIES

Les entreprises ont largement progressé dans le domaine de la prévention des maladies « traditionnelles », notamment grâce à l'évolution de la technique. Les nouveaux process mis en service s'inspirent souvent des meilleures technologies disponibles, y compris dans le domaine de la santé au travail. Ces progrès ont conduit à la raréfaction, voire à la quasi disparition de certaines maladies professionnelles pourtant encore très répandues il y a quelques dizaines d'années. Les travailleurs souffrant de silicose, maladie provoquée par l'inhalation de poussières de silice fréquente chez les mineurs, sont par exemple deux fois moins nombreux aujourd'hui qu'il y a 30 ans. Ainsi, la plupart des 112 tableaux de maladies professionnelles du régime général ne donnent lieu qu'à un nombre très faible de déclarations chaque année. A titre d'exemple, en 2004, sur les 36.871 maladies professionnelles réglées, 92 tableaux sur les 112 ont compté moins de 50 cas réglés, et seuls trois tableaux ont dépassé le millier de cas : les affections provoquées par les poussières d'amiante (tableau 30),

---

[11] *« Evolution depuis son origine du tableau n°57 des maladies professionnelles relative aux affections péri-articulaires provoquées par certains gestes ou postures de travail »* – CNAMTS/DRP/ juillet 2005.

les affection périarticulaires (tableau 57) et les affections chroniques du rachis lombaire dues aux vibrations (tableau 97)[12].

Cette amélioration de la situation pour de nombreuses maladies ne doit pourtant pas occulter l'importance de cas de ***cancers professionnels***, et en particulier, ceux liés à l'amiante. Ces derniers représentent aujourd'hui de l'ordre de 15% des maladies reconnues chaque année[13] (en nombre de cas) et une part beaucoup plus importante en termes de coût à cause du mode d'indemnisation retenu (voir infra pour le coût des maladies professionnelles).

DE NOUVELLES PATHOLOGIES

Plus encore, la raréfaction de certaines pathologies s'accompagne de la montée en force de pathologies jusqu'alors inaperçues. Les ***troubles musculos-quelettiques (TMS)*** et les ***troubles liés à des facteurs psychosociaux*** sont caractéristiques de ces « nouvelles maladies » apparues ces dernières années. Ainsi, la croissance du nombre de TMS déclarés comme maladies professionnelles est de 20% par an depuis une vingtaine d'années pour atteindre 28.278 cas déclarés en 2005, soit 68% du nombre des maladies professionnelles[14].

TROUBLES PSYCHO-SOCIAUX

Les troubles psychosociaux, et en particulier les phénomènes de stress au travail, peuvent s'exprimer sous diverses formes. D'après l'enquête européenne sur les conditions de travail de 2000, 28% des salariés européens déclarent que leur travail est source de stress. Les dépressions nerveuses peuvent par exemple être dues au stress professionnel. De même, les liens entre stress et maladies cardio-vasculaires ont été amplement documentés. Les facteurs psycho-sociaux peuvent avoir également des incidences sur d'autres maladies professionnelles, en particulier sur les TMS.

De plus, depuis la fin des années 90, le stress au travail se traduit par de nouvelles manifestations cliniques jusque là quasiment inconnues, tel le phénomène de *burn-out* (épuisement physique, mental ou émotionnel du salarié) ou celui de suicide sur le lieu de travail. Le suicide sur le lieu de travail n'est pas toujours un suicide liée au travail (le lieu de travail offre

---

[12] Source : statistiques CNAMTS, Direction des risques professionnelles.

[13] Ainsi, en 2005, sur 41.347 maladies professionnelles avec arrêt reconnues dans le régime général, 6.536 maladies l'ont été au titre de l'amiante (tableaux 30 et 30 bis) soit 15,8%

[14] Source : CNAMTS. Le rapport du Sénat relatif au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 fournit des chiffres légèrement différents mais semblables (http://www.senat.fr/rap/l06-059-5/l06-059-52.html)

parfois des conditions propices au passage à l'acte), mais des psychologues estiment que le choix du lieu de travail comme lieu du suicide n'est en général pas anodin et pointent souvent vers un lien entre tentative de suicide et activité professionnelle. Il existe peu de statistiques permettant de cerner l'ampleur de ces nouveaux phénomènes. Le Professeur Christophe Dejours, psychologue au Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM), qui a étudié ces phénomènes nouveaux, considère qu'il survient chaque année de l'ordre de 300 à 400 suicides sur le lieu de travail, chiffre récemment repris par Christian Larose, vice-président du conseil économique et social[15]. Ces informations doivent être considérées avec précaution dans la mesure où ces évènements ne font pas l'objet de statistiques officielles[16] et où cette fourchette semble reposer sur une extrapolation de données plus ponctuelles[17].

Les maladies liées au stress, par exemple les dépressions nerveuses, ne font pas aujourd'hui l'objet d'un tableau de maladies professionnelles. Elles peuvent être reconnues au cas par cas. Notons que dans le cas des suicides au travail, la jurisprudence semble hésiter. C'est ainsi que le premier des suicides survenus sur le Technocentre Renault à Guyancourt en 2006 a été reconnu comme accident du travail par la CPAM,, mais que le second suicide ne l'a pas été ; de plus, Renault a fait appel de la reconnaissance du premier suicide. Dans l'affaire du suicide de la centrale de Chinon d'EDF de 2004, le comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (C2RMP) des Pays de la Loire a reconnu le suicide comme maladie professionnelle, mais EDF a également fait appel de cette décision, et le jugement est encore pendant.

DES PATHOLOGIES NOUVELLES OU INAPERÇUES ?

Faut-il en conclure que ces maladies sont véritablement nouvelles, au sens où les salariés ne souffraient pas de ces pathologies auparavant ? Ou ces affections sont-elles seulement « nouvellement » prises en compte par les victimes et les médecins ? Il est difficile de faire la part de ces deux facteurs. A l'évidence, problèmes psycho-sociaux et TMS ont toujours existé, mais les salariés ne s'en préoccupaient pas de la même manière quand ils subissaient des conditions de travail autrement plus dangereuses

---

15 Cf. http://tempsreel.nouvelobs.com/actualites/societe/20070314.OBS6911/stress_au_travail__un_suicidechaque_jour_en_france.html

16 Si la Direction Générale du Travail (DGT) est bien informée de tout accident mortel survenant sur le lieu de travail, elle n'a en revanche pas connaissance des cas de suicides sur le lieu de travail. Il est en effet difficile, dans le cadre d'une déclaration « à chaud » de l'accident mortel, de savoir déceler s'il s'agit ou non d'un cas de suicide.

17 Etude menée en Basse-Normandie en 2003.

pour leur santé. La récente émergence de ces pathologies se présente dès lors comme le « ***problème d'après*** », c'est-à-dire un problème qui n'apparaît comme grave que parce que les problèmes encore plus graves ont déjà été résolus. Nous reviendrons plus loin[18] sur les facteurs psycho-sociaux de la santé au travail et sur la difficulté de les évaluer.

Pour autant, beaucoup d'acteurs dans le domaine de la santé au travail sont convaincus que l'explosion statistique des TMS et des troubles psycho-sociaux ne se limite pas à un artefact de mesure ou à une sensibilité plus grande de la société. Elle reflète au contraire l'émergence véritable de pathologies qui n'avaient pas la même ampleur au sein de la population. L'explication de ce phénomène serait à rechercher dans la ***transformation du travail***, notamment sous l'impulsion de la mise en place de nouvelles organisations et de l'apparition des nouvelles technologies. Nous consacrerons la deuxième partie de notre étude à évaluer la réalité de ce lien entre organisation du travail et émergence de nouvelles pathologies.

2.4 LE COUT DES MALADIES PROFESSIONNELLES

Si cette étude porte principalement sur les maladies professionnelles, il est intéressant de souligner que la plupart des déclarations reçues par la CNAMTS concernent des accidents du travail (95,5% des déclarations, dont 9,5% d'accidents de trajet). Ainsi, seules 4,5% des déclarations traitées par la CNAMTS concernent des maladies professionnelles[19].

Une manière très réductrice d'estimer le coût des principales maladies professionnelles est d'évaluer leur coût pour l'assurance maladie (qui couvre les rentes, les frais médicaux…), ce qui correspond aux ordres de grandeur suivants :

- l'indemnisation des TMS coûte environ 20 000€ par malade ;
- l'indemnisation des affections cancéreuses (dont l'amiante) s'élève à environ 200 000€ par salarié affecté[20].

A ces coûts directs s'ajoutent des coûts indirects notamment supportés par l'employeur (absences, gestion du remplacement des salariés en arrêt maladie, gestion des inaptitudes des salariés, adaptation de leur travail en cas de douleurs…).

---

[18] Cf. partie 3.6

[19] Cf. http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fr/branche/branche_enjeux_sociaux_eco_1.php

[20] A titre d'exemple, la CRAM Rhône-Alpes a obtenu pour les années 2002-2004 un coût moyen de 257.700€ pour les affections liées à l'amiante et de 33.480€ pour les TMS (http://www.cramra.fr/entreprise/risquesprof/pdf/pre022_0805.pdf)

Ces coûts indirects sont loin d'être négligeables puisque, en 2005, les TMS ont engendré à elles seules la perte de 6,5 millions de journées de travail[21] !

Il n'existe pas de méthode standardisée pour évaluer les coûts globaux engendrés par les maladies professionnelles. Des études réalisées par l'INRS ou par l'ANACT mettent en évidence que les « coûts cachés » représentent de l'ordre de 10 à 30 fois les coûts directs[22]. Les méthodes d'évaluation de ces coûts indirects sont difficiles à mettre en œuvre, d'autant que les composantes de ces coûts sont très variables d'une entreprise à une autre. Cependant, cet ordre de grandeur a le mérite d'éclairer cet indicateur qui est trop souvent négligé.

Un second ordre de grandeur mérite d'être cité : celui du coût du stress au travail. En effet, ce phénomène coûterait à notre Société entre 0,1 et 3% du PIB[23]. Le chiffre de 1% est le plus souvent cité dans la littérature.

L'incidence des maladies professionnelles sur la qualité est généralement évoquée par les chefs d'entreprises, sans qu'il soit pourtant possible d'en quantifier l'impact. De rares études notamment menées en milieu hospitalier mettent en évidence des conséquences significatives. En particulier, celle menée en 2002 dans 168 hôpitaux de Pennsylvanie a montré que « *chaque patient additionnel par infirmière était associé avec une augmentation de 7% du risque de mourir dans les 30 jours suivant l'admission et avec une augmentation de 23% du taux de burn out au sein du personnel* »[24].

2.5 LES ACTEURS DE LA SANTE AU TRAVAIL

Le domaine de la santé au travail se caractérise par une multitude d'acteurs aux compétences souvent enchevêtrées.

ACTEURS AU SEIN DE L'ENTREPRISE

Les ***chefs d'entreprises*** sont les premiers responsables de la santé de leurs salariés. Tous les partenaires sociaux, aussi bien du côté des employeurs que du côté des salariés, s'accordent pour reconnaître cette responsabilité ;

---

21 Cf. http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fr/AccueilDossiers/AccueilDossiers dossier-tms_1.php

22 Troubles Musculo-squelettiques et travail – Quand la santé interroge l'organisation, ANACT 2006.

23 Cf. http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/IntranetObject-accesParReference/Dossier%20Stress/$File/Visu.html

24 Les coûts de l'intensification du travail, Philippe Davezies, octobre 2006 (article paru dans le numéro 57 de la revue "Santé et Travail").

ainsi, l'accord de 2000 mentionne dès ses premières lignes que « *la protection de la santé au travail relève de la responsabilité de l'employeur et doit être prise en compte dans l'organisation même de l'entreprise.* »[25] Le législateur a depuis 1991 précisé cette obligation générale de sécurité qui incombe au chef d'établissement[26]. L'article L.230-2 du code du travail prévoit que « *Le chef d'établissement prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs de l'établissement* ».

Pour respecter cette obligation de sécurité, le chef d'entreprise peut être assisté au sein de l'entreprise par des ***collaborateurs*** : ingénieurs de prévention, ressources humaines, … Le ***CHSCT***[27], présent dans les entreprises de plus de 50 salariés, est une institution représentative du personnel dotée de pouvoirs délibératifs pour l'ensemble des questions de santé, de sécurité et de qualité de vie au travail.

ACTEURS DE PREVENTION

Les ***Services de Santé au Travail*** (SST) sont des acteurs essentiels dans le domaine de la santé au travail. Depuis la réforme de la médecine du travail introduite par la loi dite de « modernisation sociale » du 17 janvier 2002, les SST emploient non seulement des ***médecins du travail*** mais aussi des intervenants en prévention des risques professionnels ou ***IPRP*** ; ces préventeurs, ergonomes, toxicologues, etc, travaillent avec les médecins dans un esprit de pluridisciplinarité. La mission des SST au sein d'une entreprise est double : ils doivent d'une part contrôler l'aptitude des salariés à occuper leur poste de travail et d'autre part participer à la prévention des risques professionnels.

Les ***Caisses Régionales d'Assurance Maladie*** (CRAM) interviennent auprès de l'entreprise à un double titre. D'une part, elles disposent d'équipes d'ingénieurs conseils pour des missions de prévention auprès des entreprises. Les entreprises peuvent notamment signer des contrats de prévention avec les CRAM. D'autre part, les CRAM ont en charge la tarification de l'assurance des risques professionnels pour le compte de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (ATMP) de la ***Caisse nationale d'Assurance Maladie*** (CNAMTS). La reconnaissance des accidents du travail et des maladies professionnelles est toutefois gérée par les ***Caisses Primaires d'Assurance Maladie*** (CPAM).

---

[25] Accord du 13 septembre 2000 sur la santé au travail et la prévention des risques professionnels

[26] Loi du 31 décembre 1991 en application de la directive-cadre européenne du 12 juin 1989 concernant la mise en oeuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail

[27] Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

Les entreprises peuvent également se tourner vers le réseau constitué de l'***Agence Nationale d'Amélioration des Conditions de Travail*** (ANACT) associée aux Agences Régionales d'Amélioration des Conditions de Travail (ARACT). L'ANACT est un organisme tripartite dont l'objectif déclaré est d'améliorer à la fois la situation des salariés et l'efficacité des entreprises. Les ARACT sont des structures paritaires régionales prolongeant l'action de l'ANACT au niveau local.

A coté de ces préventeurs « parapublics », des ***bureaux d'études privés*** offrent également leurs services aux entreprises.

ACTEURS D'EXPERTISE

En amont de la prévention se situe l'expertise. Jusqu'en 2005, seul l'***Institut National de Recherche et de Sécurité*** (INRS), un organisme paritaire lié à la CNAMTS, assurait cette fonction en France. Depuis, dans le cadre du plan santé travail, l'AFSSE s'est vue confier une mission d'expertise indépendante dans le domaine de la Santé au Travail en devenant l'***Agence Française de Sécurité Sanitaire Environnementale et du Travail*** ou AFSSET. Cette agence a pour l'essentiel un rôle de « tête de réseau » : elle s'appuie généralement sur des compétences externes pour réaliser ses recherches et ses expertises. Son rôle est alors de nouer des collaborations avec les meilleurs spécialistes du domaine à expertiser.

Enfin, l'***Institut de Veille Sanitaire*** (InVS), agence publique sous tutelle du ministère de la Santé, possède également un département de santé au travail. L'InVS effectue des enquêtes épidémiologiques dans le domaine des risques professionnels soit en utilisant les données statistiques de l'assurance maladie ou de l'INSEE soit en organisant des enquêtes *ad hoc* avec l'aide des médecins du travail.

ACTEURS DE COORDINATION

Pour coordonner le travail de ces différentes structures, des structures supplémentaires existent. Au niveau national, le ***Conseil Supérieur de Prévention des risques professionnels*** (CSPRP) est une instance tripartite visant à coordonner l'action de l'Etat avec celle des organismes paritaires. Au niveau local, la coordination est relayée par les ***Comités régionaux de prévention des risques professionnels*** (CRPRP) créés à la suite du plan santé travail. Les partenaires sociaux ont d'autre part mis en place des ***Observatoires Régionaux de Santé au Travail*** (ORST) dont l'objectif est de coordonner la prévention avec les CRAM.

3 L'INTENSIFICATION DU TRAVAIL : UN PHENOMENE REEL

Pour comprendre l'augmentation de la fréquence des troubles musculo-squelettiques et psycho-sociaux, il convient de prendre du recul et de se pencher sur la question du contenu du travail et de son évolution au cours des vingt dernières années : y a-t-il un lien entre les changements d'organisation du travail et l'évolution de la santé des travailleurs ? Plus précisément, nous nous intéressons à l'intensification du travail : les nouveaux modes d'organisation ont-ils conduit à un travail plus intense ? Nous répondons à cette question par l'affirmative. Quelles sont dès lors les formes de cette intensification du travail ? Que pouvons-nous faire pour répondre à cette intensification ?

3.1 L'INTENSITE DU TRAVAIL

DEFINITION

L'intensification du travail est l'augmentation de l'intensité du travail. Mais comment définir l'intensité du travail ? L'intensité du travail est une composante de la *productivité*. Cette dernière, dans les différentes définitions qu'on peut lui donner, met toujours en jeu un rapport entre une quantité produite et un temps nécessaire à produire cette quantité ; en revanche, la productivité ne contient *per se* aucun élément d'appréciation du travail fourni par le travailleur pour produire la quantité. En introduisant ce travail, on est amené à faire de la productivité la résultante de deux composantes : le *progrès technique*, qui permet pour un travail donné d'avoir une production plus ou moins importante, et l'*intensité*, que nous définissons comme le **rapport du travail fourni et du temps travaillé**.

$$\underbrace{\frac{\text{Production}}{\text{Temps}}}_{\text{Productivité}} = \underbrace{\frac{\text{Production}}{\text{Travail}}}_{\text{Progrès technique}} \times \underbrace{\frac{\text{Travail}}{\text{Temps}}}_{\text{Intensité}}$$

Cette définition pose une question fondamentale : comment exprimer de manière quantitative les éléments quelle contient ? Comment en effet mesurer la quantité de travail que fournit un travailleur ? Ni la mesure du

résultat du travail (mesure de performance) ni l'évaluation des compétences ne permettent d'évaluer véritablement le travail[28]. Pour préciser cette évaluation du travail, certains auteurs, à la suite de Hodebourg[29], définissent l'intensité du travail en termes d'énergie : l'intensité devient alors l'énergie dépensée par le travailleur par unité de temps.

De même, la quantification du temps de travail pose aujourd'hui problème. Classiquement, les calculs de productivité prennent en compte un temps dit *d'horloge* correspondant au temps pendant lequel le travailleur est sur son lieu de travail et effectue sa charge de travail. Il convient pourtant plutôt de parler d'un *temps de l'activité* qui déborde le temps d'horloge : au temps de travail proprement dit s'ajoutent des temps de préoccupation, d'astreinte mentale, de récupération de la fatigue, … Aujourd'hui, le développement des activités immatérielles et des nouvelles technologies brouille encore davantage les limites entre temps de travail et temps hors travail. La gestion par objectifs transforme d'ailleurs le rapport au temps : il s'agit maintenant d'être à temps dans la réalisation de son objectif et non plus d'accomplir son temps de travail.[30]

DETERMINATION

Comment l'intensité du travail que nous venons de définir est-elle déterminée ?[31] Contrairement à la détermination du temps de travail, enjeu public de négociations entre partenaires sociaux et de réglementations de la part de l'Etat, l'intensité du travail ne semble pas prise en considération de manière explicite par les différents acteurs. Une première approche *néo-classique* postule l'existence d'un *marché de l'intensité du travail* dans lequel les travailleurs offrent une intensité dont sont demandeuses les entreprises ; l'équilibre entre offre et demande est atteint par le biais d'un prix de l'intensité, c'est-à-dire que les entreprises paient aux salariés une prime pour un travail très intense. Les résultats empiriques ne trouvent pas de telle prime à l'intensité et ne permettent donc pas de valider cette théorie néo-classique. Faut-il dès lors adopter la posture des économistes *marxiens* selon qui l'intensité du travail est *déterminée par le seul employeur* qui a

---

[28] Cf. Ch. Dejours, *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel*, Paris 2003, pour une discussion de cette question

[29] J. Hodebourg (1998), *Le travail c'est la santé ?*, Montreuil, 1998

[30] Cf. M. Bartoli et M. Rocca, « Gestion par objectifs et réquisition de compétences : vers de nouvelles sources d'intensification du travail ? » in P. Askenazy, D. Cartron, F. Coninck, M. Gollac, *Organisation et intensité du travail*, Paris, 2006.

[31] Cf. D. Fairris, « Vers une théorie de l'intensité du travail » in P. Askenazy et al., *op. cit.*

acheté la force de travail du travailleur et peut l'exploiter à son gré ? Le consensus actuel académique tente de nuancer cette réponse en montrant que les *accords institutionnels entre les partenaires* jouent un rôle fondamental dans la détermination de l'intensité. Cette importance théorique donnée aux institutions emporte deux conséquences pratiques : aussi bien les syndicats que l'Etat doivent se saisir de la question de l'intensité afin de trouver avec les employeurs l'équilibre optimal.

3.2 FORMES DE L'INTENSIFICATION DU TRAVAIL

Puisque nous avons vu que l'intensité mettait en relation temps et énergie dépensée au travail, l'intensification du travail a deux facettes : elle se traduit d'une part par la modification des contraintes temporelles, mais aussi par une évolution du contenu du travail qu'il importe d'analyser.

LES CONTRAINTES TEMPORELLES DU TRAVAIL SE MODIFIENT

Le travail est soumis à des contraintes temporelles de différents types. Les contraintes ***industrielles*** sont les contraintes de cadences : le travailleur est contraint par le système de production à effectuer son travail à un rythme prescrit. Les contraintes ***marchandes*** obligent le travailleur à réagir rapidement à une demande d'un client qu'il n'est pas possible d'anticiper. Les contraintes ***événementielles*** sont relatives aux aléas des processus de production et obligent le travailleur à réagir dans l'urgence. Traditionnellement, les contraintes industrielles étaient le fait de l'industrie manufacturière tandis que les contraintes marchandes se retrouvaient dans les services. L'intensification du travail se traduit non seulement par l'aggravation des contraintes existantes mais aussi par l'apparition de nouvelles contraintes. Les contraintes marchandes apparaissent ainsi dans l'industrie : dans les démarches *juste-à-temps*, chaque atelier devient le client de l'atelier amont. Parallèlement, les contraintes industrielles s'introduisent dans le secteur marchand ; grâce aux technologies de l'information, il devient possible de standardiser le travail de rapport à la clientèle et donc d'y introduire des cadences (les centres d'appels en fournissent l'exemple le plus criant).

LE CONTENU DU TRAVAIL EVOLUE

L'intensification du travail est, nous l'avons vu, une augmentation de l'énergie dépensée par le travail ; cette dépense d'énergie se produit sur trois plans principaux : physique, mental, psychologique.

L'aspect ***physique*** est le plus évident : la *pénibilité physique* du travail est naturellement un élément important de la charge de travail. Ce n'est pas cet aspect qui caractérise au premier chef le mouvement actuel d'intensification ; dans de nombreux cas, notamment dans l'industrie

lourde, la pénibilité physique du travail a décru de manière significative. Pourtant, comme nous le verrons, l'évolution du ressenti de l'intensité physique du travail présente un tableau plus nuancé.

Les facteurs organisationnels déterminent la charge ***mentale*** du travail et influent donc directement sur l'intensité du travail. Les modifications de l'organisation du travail pratiquées depuis une vingtaine d'années sous l'influence des théories du *juste-à-temps* ont conduit à supprimer les marges de manœuvre dont bénéficiaient les travailleurs. L'utilisation systématique de la *standardisation* permet certes d'imposer aux travailleurs le geste le plus efficace mais empêche l'appropriation par le travailleur de son travail, étape dont les psychologues soulignent qu'elle est nécessaire à l'équilibre mental du travailleur.

Enfin, un troisième aspect de l'intensification est ***psychologique*** : l'intensification du travail est ressentie par le travailleur avant d'être mesurée par l'expert. A pénibilité physique et à charge mentale égale, l'évolution des mentalités peut donc entraîner une intensification psychologique. Nous reviendrons ci-dessous sur l'analyse de ces facteurs psychologiques.

3.3 L'INTENSIFICATION EST UNE REALITE RESSENTIE PAR LES SALARIES

UNE INTENSIFICATION MARQUEE MAIS STABILISEE

Nous venons de décrire les formes de l'intensification. Mais comment démontrer la réalité de ce phénomène ? Contrairement à la productivité globale, on ne peut mesurer directement et quantitativement l'intensité du travail. C'est seulement par le biais d'enquêtes qualitatives que l'on peut évaluer l'intensité ou plutôt le ressenti que les travailleurs ont de cette intensité. La répétition des enquêtes à intervalles réguliers permet ensuite de dessiner l'évolution de l'intensité ressentie. On aperçoit sans peine les limites d'une telle méthode : comment savoir si une évolution du sentiment d'intensification est due à une modification objective de l'intensité physique ou mentale du travail ou seulement à une évolution des sensibilités (intensité psychologique) ?

Les enquêtes qualitatives portant sur les conditions de travail contiennent en général plusieurs indicateurs permettant d'évaluer l'intensité du travail. Nous disposons de trois séries principales d'enquêtes qualitatives :

- *Enquêtes Conditions de Travail* de la DARES (Ministère du Travail), effectuées tous les 7 ans en parallèle des enquêtes Emploi

de l'INSEE. Nous disposons à ce jour de 4 enquêtes : 1984, 1991, 1998 et 2005[32].

- *Enquêtes européennes sur les conditions de travail* de la Fondation européenne d'amélioration des conditions de vie et de travail, effectuée tous les 5 ans (1991, 1996, 2000, 2005)[33].
- *Enquêtes SUMER sur l'exposition des salariés aux risques professionnels*, effectuées par des médecins du travail en 1994 et 2003[34].

Dans les ***enquêtes de la DARES***, on retrouve des questions permettant d'évaluer différents aspects de l'intensification. Les résultats pour l'ensemble des salariés (voir figure 3) dessinent une intensification marquée dans les années 1990, puis une situation stabilisée voire en progrès au début des années 2000.

- La **pénibilité physique** est évaluée par des questions comme « *Rester longtemps dans une posture pénible* » ou « *Devoir porter ou déplacer des charges lourdes* ». De manière surprenante, on constate une augmentation de la pénibilité ressentie de 1984 à 1998, puis une stabilisation entre 1998 et 2005
- Le **travail dans l'urgence**, mesuré par les indicateurs « *Devoir toujours ou souvent se dépêcher* » et « *Devoir fréquemment abandonner une tâche pour une tâche plus urgente* », touche la moitié des salariés

---

[32] Pour une présentation synthétique des résultats de la dernière enquête DARES, cf. « Conditions de travail: une pause dans l'intensification du travail », *Premières informations et premières synthèses*, DARES, Paris 2007 (http://www.travail.gouv.fr/IMG/pdf/2007.01-01.2.pdf)

[33] Cf. le résumé des résultats de l'enquête européenne de 2005 à l'adresse suivante : http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2006/78/fr/1/ef0678fr.pdf

[34] Cf. le résumé des résultats de l'enquête SUMER de 2003 : *Premières informations et premières synthèses*, DARES, Paris 2004 (http://www.travail.gouv.fr/IMG/pdf/publication_pips_200412_n-52-1_exposition-risques-penibilites-travail.pdf)

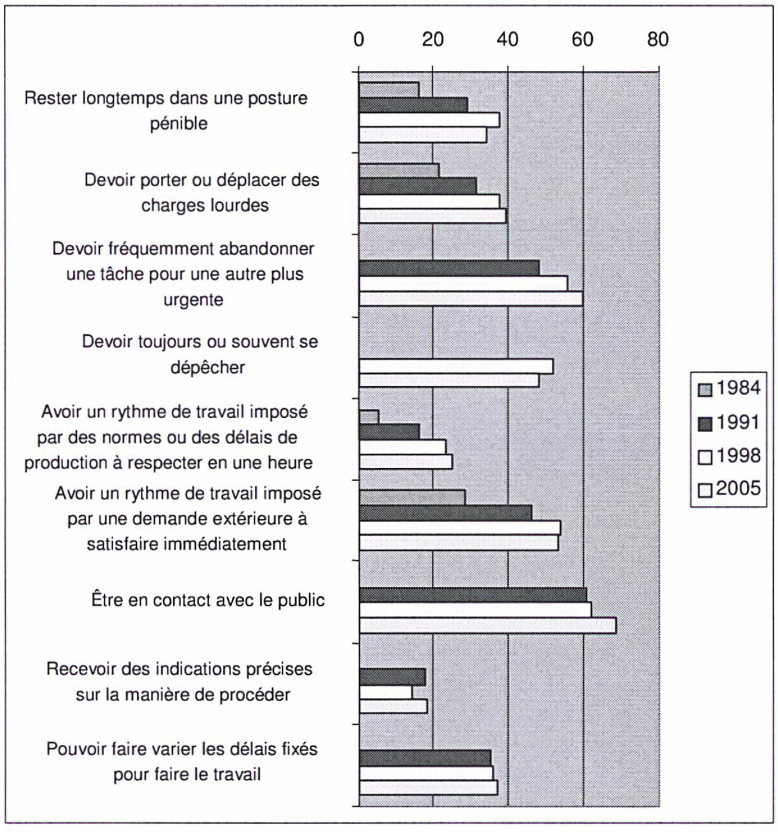


Figure 3 : Evolution (exprimée en pourcentage des salariés concernés) de l'indicateur d'intensité du travail pour tous les salariés (Enquêtes DARES, 1984-2005)

- La croissance des **contraintes industrielles** (« *Avoir un rythme de travail imposé par des normes ou des délais de production à respecter en une heure au plus* ») a été très brutale (de 5% des salariés en 1984 à 25% aujourd'hui)
- Les **contraintes commerciales** (« *Avoir un rythme de travail imposé par une demande extérieure à satisfaire immédiatement* », « *Être en contact avec le public* ») ont également été multipliées par deux entre 1984 et 2005 pour toucher aujourd'hui 53% des salariés
- Face à ces contraintes croissantes, il est intéressant d'examiner les **marges de manœuvre** dont dispose le salarié par le biais de questions telles que « *Recevoir des indications précises sur la manière de procéder* » ou « *Pouvoir faire varier les délais fixés pour faire le travail* ». Sur ce point cependant, les résultats ne montrent pas de variation clairement interprétable.

Les ***enquêtes SUMER*** corroborent pour l'essentiel les résultats des enquêtes DARES. Intéressons-nous par exemple à une catégorie homogène de salariés, ici les ouvriers non qualifiés (voir figure 4). L'étude SUMER montre comment les contraintes physiques, qui touchent les ouvriers non qualifiés plus que toute autre catégorie, se sont légèrement dégradées (charges lourdes, postures pénibles) de 1994 à 2003 alors même que le travail répétitif est en déclin. L'évolution la plus importante demeure cependant la croissance des contraintes organisationnelles : alors que les ouvriers non qualifiés étaient jusque là peu concernés par ce type de contraintes, de plus en plus d'entre eux se voient imposer un rythme de travail par une demande extérieure qu'ils doivent satisfaire immédiatement, se voient contrôler par un système informatique et doivent interrompre fréquemment la tâche qu'ils sont en train d'accomplir.

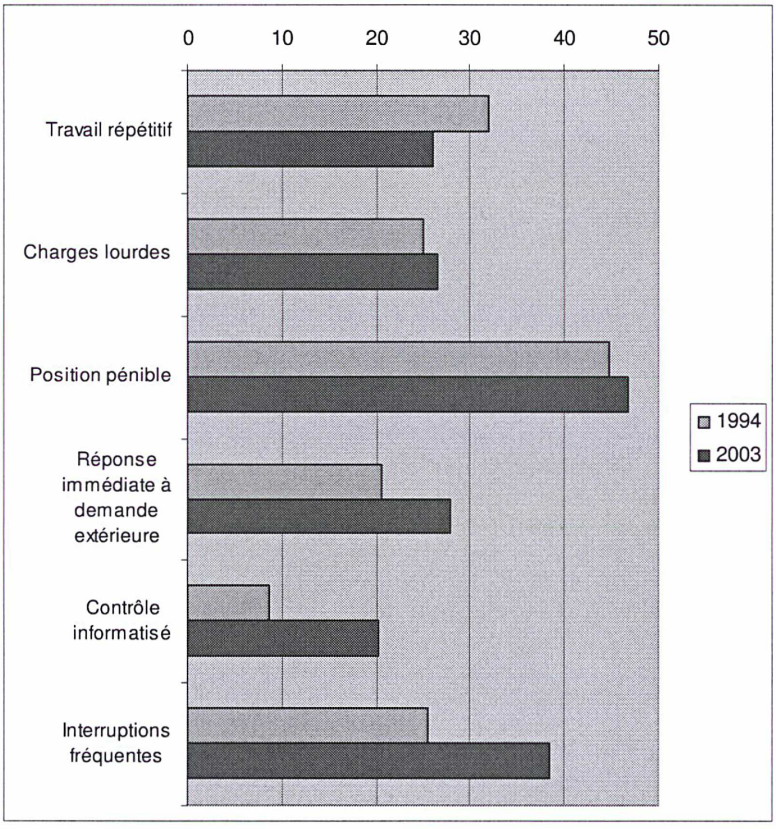


Figure 4 : Evolution (exprimée en pourcentage des salariés concernés) de l'indicateur d'intensité du travail pour les ouvriers non qualifiés (Enquêtes SUMER, 1994-2003)

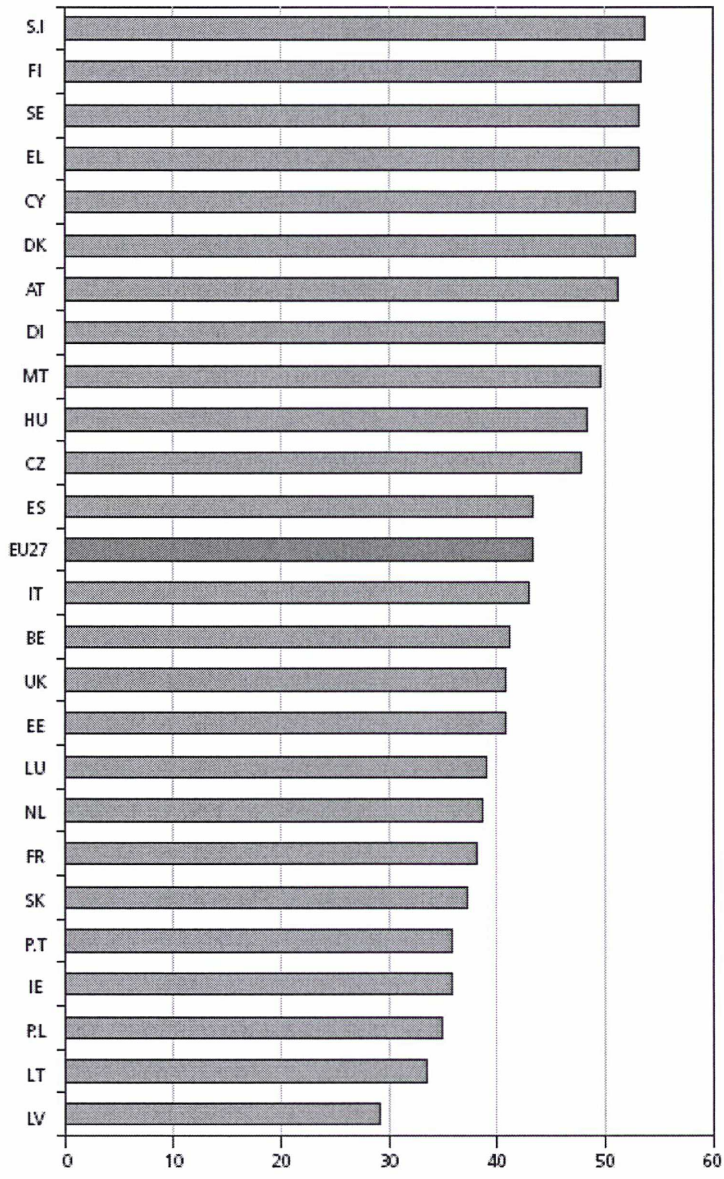


Figure 5 : Indice composite d'intensité pour les pays de l'UE à 27 (Enquête européenne conditions de travail de 2005)

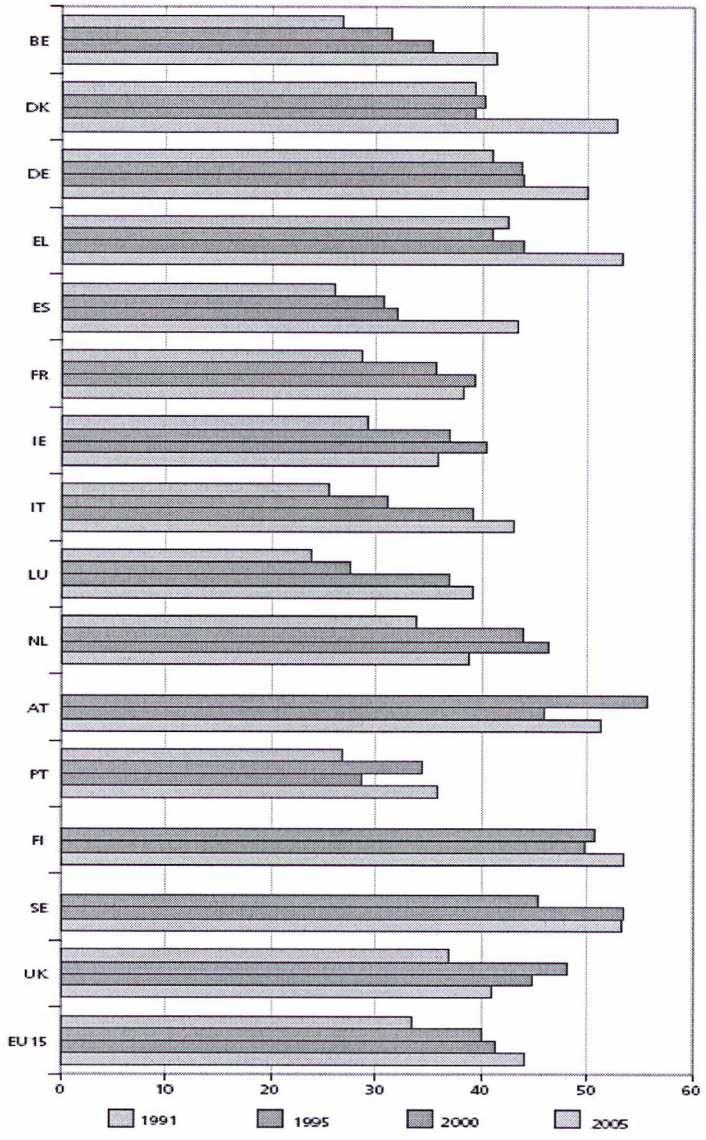


Figure 6 : Evolution de l'intensité du travail dans les pays de l'UE à 15 de 1991 à 2005 (Enquêtes européennes conditions de travail)

Les ***enquêtes européennes*** permettent quant à elles de mettre en perspective les résultats français avec ceux d'autres pays européens ; la figure 5 représente pour tous les pays européens la valeur pour 2005 d'un indicateur composite d'intensité du travail[35]. L'intensité ressentie du travail varie de manière très sensible selon les pays, les pays scandinaves présentant des taux d'intensité très élevés (plus de 50%) tandis que les nouveaux entrants semblent avoir un travail moins intense (moins de 35%) ; la France se caractérise par une intensité ressentie du travail (38%) inférieure à la moyenne européenne (43%). La figure 6 représente l'évolution de l'intensité du travail pour les seuls pays de l'Union européenne à 15 ; on constate un mouvement très généralisé d'intensification ressentie de 1991 à 2005, la moyenne de l'intensité dans l'UE15 passant de 34% à 45%. De plus, le mouvement de stabilisation de l'intensification analysé à l'aide des statistiques de la DARES est confirmé pour certains pays (France, mais aussi Royaume-Uni) mais ne se généralise pas à tous les pays.

3.4 ORGANISATION ET INTENSITE DU TRAVAIL

QUEL LIEN ENTRE NOUVELLES ORGANISATIONS ET INTENSIFICATION ?

Les organisations du travail ont connu depuis vingt ans des modifications considérables. Schématiquement, et même si nous soulignerons plus loin qu'une telle simplification est peut-être trompeuse, on est passé d'un mode d'organisation taylorien à des pratiques organisationnelles nouvelles qui ne se laissent que malaisément saisir par un vocable unique[36]. Le *mode classique ou taylorien* était caractérisé par des tâches répétitives et monotones, une très faible autonomie jointe à une grande centralisation de la prise de décisions. Les *pratiques organisationnelles nouvelles*, par exemple celles mises en œuvre dans le Toyota Production System et conceptualisées par Womack et Jones sous le nom de *lean manufacturing*[37], se caractérisent au contraire par une production juste-à-temps, une forte diffusion du travail en équipe, une polyvalence et une responsabilité plus grande des opérateurs.

---

[35] Moyenne des indicateurs "*Travail à vitesse élevée*" et "*Travail dans des délais serrés*" (cf. http://www.eurofound.europa.eu/docs/ewco/4EWCS/ef0698/chapter6.pdf)

[36] Certains auteurs les regroupent sous le vocable de *productivisme réactif* (Cf. P. Askenazy, *Les désordres du travail*, Paris, 2006).

[37] J. Womack, D. Jones and D. Roos, *The Machine That Changed the World: The Story of Lean Production*, Cambridge, 1991

Ces nouvelles organisations du travail ont souvent permis une augmentation drastique de productivité ; par exemple, dans l'industrie automobile européenne, la productivité, définie comme la valeur ajoutée par heure travaillée, a été multipliée par un facteur allant de 2 à 4 de 1980 à 2000, la France connaissant la croissance de productivité la plus spectaculaire (cf. figure 7). Mais cette augmentation de productivité est-elle principalement le résultat d'une intensification du travail ou d'un progrès technique accru ? La réponse à cette question n'est pas immédiate car les changements qu'introduit le lean interviennent en général aux deux niveaux : ainsi, pour diviser un temps de changement d'outil par dix, il sera nécessaire à la fois de repenser techniquement le process et d'exiger davantage des opérateurs.

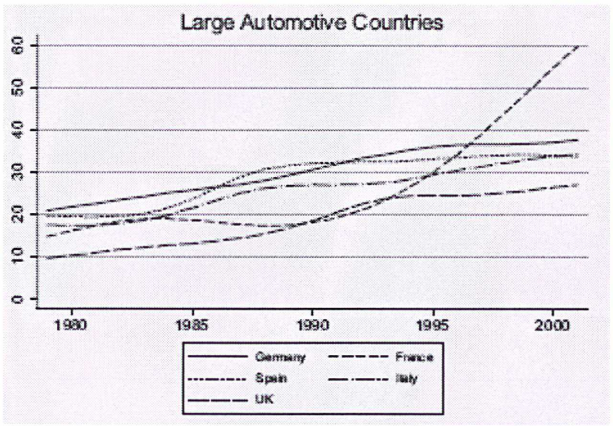


Figure 7 : Evolution de la productivité du travail dans l'industrie automobile européenne (valeur ajoutée en USD par heure travaillée)[38]

Pour éclairer cette question, on peut utilement reprendre les enquêtes qualitatives évoquées plus haut et mener une étude statistique pour comprendre le lien entre pratique organisationnelle et intensité du travail. En se fondant sur l'enquête DARES de 1998, Askenazy et Caroli[39] trouvent par exemple que des pratiques telles que la rotation des postes, le juste-à-temps, la qualité totale ou le travail d'équipe sont statistiquement associées aux indicateurs d'intensité du travail que nous avons détaillés ci-dessus. De plus, ce lien statistique prend en compte les facteurs exogènes pouvant

---

[38] Commission européenne, *European Competitiveness report*, 2004

[39] P. Askenazy et E. Caroli, *Innovative Work Practices, Information Technologies and Working Conditions : Evidence for France*, Discussion paper, IZA, Bonn, 2006

influencer le résultat (secteur économique, catégorie socio-professionnelle…). En revanche, plusieurs études[40] ont prouvé que l'utilisation de *technologies de l'information et de la communication (TIC)* n'était pas en elle-même facteur d'intensification ; les TIC sont en revanche souvent utilisées dans le cadre de transformations organisationnelles qui sont elles liées à un travail plus intense.

LE PARADOXE DE L'ERGONOMIE

Afin de mieux comprendre l'articulation entre l'organisation du travail d'une part et les aspects physiques et mentaux de l'intensification d'autre part, attardons-nous sur l'exemple de l'ergonomie. L'ergonome est appelé par l'industriel pour étudier un poste de travail afin d'améliorer les conditions de travail du travailleur ; il analyse le poste de travail et découvre une liste de facteurs conduisant à une charge de travail excessive : mauvaise posture de travail, effort conséquent à fournir, poids à soulever, déplacements inutiles. Il propose en conséquence des modifications visant à supprimer ces facteurs : tapis roulants, manipulateurs, rapprochement des outils… Ces modifications conduisent effectivement à diminuer la pénibilité physique du travail ; mais elles suppriment aussi les temps de respiration dont disposait le travailleur et le temps gagné pourrait se traduire par une hausse des cadences, si bien que l'intensité mentale du travail pourrait s'en trouver accrue.

L'effet de l'intervention ergonomique peut donc paradoxalement être ambigu en termes d'intensité du travail. Il appartient alors aux ergonomes, conscients de ce paradoxe, de proposer des solutions qui offrent un juste équilibre entre amélioration des conditions de travail et amélioration de productivité.

3.5 INTENSIFICATION ET SANTE AU TRAVAIL

Les salariés ressentent donc bien une intensification du travail, et ce d'autant plus que l'organisation de leur travail fait appel aux principes novateurs du lean. Mais quel est l'effet de cette intensification sur leur santé ? Y a-t-il véritablement un lien entre un travail plus intense et les nouvelles pathologies que nous avons évoquées en introduction ?

La plupart des acteurs que nous avons rencontrés répondent à cette question par l'affirmative mais ajoutent aussitôt qu'on ne peut pas le prouver. Une première façon d'étayer la réponse est d'observer le lien statistique existant entre intensification et atteintes à la santé dans les enquêtes sur les

---

[40] Cf. article d'Askenazy et Caroli ainsi que P. Vendramin, « Les TIC, complices de l'intensification du travail », in P. Askenazy et al., *op. cit.*

conditions de travail. Des travaux fondés sur l'enquête européenne montrent ainsi[41] que les salariés souffrant d'un travail intense déclarent plus fréquemment de mauvaises conditions de travail. De même, il existe un impact statistique de l'intensité du travail sur les atteintes à la santé : Fagan et Burchell[42] montrent par exemple que la pénibilité physique mais aussi des interruptions perturbatrices fréquentes ou un travail dans l'urgence conduisent à une augmentation globale des problèmes de santé. L'utilisation de données auto-déclarées pour juger de l'état de santé d'un individu est cependant contestable dans la mesure où, contrairement à l'intensité du travail qui a par essence un caractère subjectif, l'existence d'une pathologie a un caractère objectif déterminable par un examen clinique. De plus, une personne déclarant avoir un travail très intense tendra à se déclarer en moins bonne santé afin d'accréditer la vérité de ses dires sur ses conditions de travail.

Pour dépasser ces limites inhérentes aux enquêtes auto-administrées, des études épidémiologiques ont été menées sous contrôle médical afin de mieux appréhender l'effet de l'intensification sur la santé.

INTENSIFICATION ET SANTE MENTALE

Les effets de l'intensification sur la santé mentale sont encore peu documentés, notamment parce que la plupart des études sont transversales au sens où elles étudient un échantillon sur une brève période de temps. Cependant, l'enquête ESTEV, une enquête longitudinale portant sur 20 000 sujets suivis de 1990 à 1995, a permis d'apporter des éléments intéressants[43]. L'enquête consistait en deux auto-questionnaires portant l'un sur le travail, l'autre sur la santé perçue et en un questionnaire médical rempli par le médecin du travail au cours de la visite médicale annuelle. Le but de l'étude était d'investiguer les relations entre deux composantes : le modèle de Karasek d'une part, avec ses deux dimensions de demande psychologique et de latitude décisionnelle (cf. l'encadré pour une présentation du modèle), et la santé mentale mesurée par les dimensions du Nottingham Health Profile[44]. Ces dimensions sont les suivantes : « réactions émotionnelles », « isolement social », « troubles du sommeil ».

---

[41] D. Cartron, M. Gollac, "Fast work et maltravail" in P. Askenzay et al., *op. cit.*

[42] C. Fagan et B. Burchell, "L'intensification du travail et les différences homes/femmes : conclusions des enquêtes européennes sur les conditions de travail » in P. Askenzay et al., *op. cit.*

[43] F. Derriennic et M. Vézina, "Intensification du travail et répercussions sur la santé mentale : arguments épidémiologiques apportés par l'étude ESTEV" in P. Askenzay et al., *op. cit.*

[44] J.M.C. Hunt Ewen et S.P. Mac Kenna, *Measuring Health Status*, Kent, 1986.

Modèle de Karasek

Le modèle de Karasek[45] classifie les situations de travail selon deux dimensions :

- la ***demande psychologique*** fait référence à la quantité de travail à accomplir ainsi qu'aux exigences mentales et aux contraintes de temps liées au travail. Elle se mesure grâce aux indicateurs déjà étudiés : interruptions fréquentes, sentiment d'urgence, ...

- la ***latitude décisionnelle*** est la capacité de prendre des décisions et d'être créatif dans la conduite de son travail. Elle se réfère donc d'une part à la question de l'autorité et d'autre part à celle de l'accomplissement de soi au travail.

Le croisement de ces deux dimensions dessine une matrice à quatre quadrants :

		Latitude décisionnelle	
		Faible	*Forte*
Demande psychologique	*Faible*	Situation passive	Faible tension
	Forte	***Forte tension***	Situation active

La combinaison d'une demande psychologique forte et d'une latitude décisionnelle faible est appelée par Karasek ***« tension au travail »*** (*job-strain*) et correspond à l'aspect mental de l'intensité du travail que nous avons défini plus haut.

Le modèle de Karasek bidimensionnel a été complété[46] pour prendre en compte une troisième dimension, le ***soutien du collectif de travail***. Cet élément joue le même rôle que la latitude décisionnelle comme compensation possible d'une demande psychologique forte.

L'étude statistique menée à partir de l'enquête ESTEV ne considère que l'effet de la tension au travail en excluant l'effet de variables telles que l'âge ou la pénibilité physique. Elle obtient pour quasiment tous les indicateurs des incidences de problèmes de santé mentale significativement

---

[45] R. Karasek, "Job Demands, Job Decision Latitude and Mental Strain: Implications for Job Redesign", *Administrative Science Quaterly*, 24, 1979

[46] R. Karasek et T. Theorell, *Healthy Work : Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*, New York, 1990

plus élevées quand la demande psychologique est élevée et la latitude décisionnelle faible. Par exemple, la probabilité qu'un homme soit atteint de réactions émotionnelles quand il subit une forte tension au travail est multipliée par 1,6 par rapport à une situation de faible tension, celle qu'il soit isolé socialement par 2,0 et celle qu'il souffre de troubles du sommeil par 1,6.

INTENSIFICATION ET TMS

Il existe un consensus scientifique pour affirmer le caractère fondamentalement multi-factoriel des troubles musculo-squelettiques ; Kerr[47] propose par exemple une classification des facteurs de risques en quatre catégories :

- facteurs individuels : âge, poids, taille, ...
- facteurs biomécaniques : vibrations, charges lourdes, postures inconfortables, ...
- facteurs psychophysiques : perception individuelle des facteurs biomécanique
- facteurs psychosociaux : environnement de travail, interface travail-travailleur, ...

Le phénomène d'intensification actuellement à l'œuvre contribue à une croissance des facteurs psychophysiques et psychosociaux. Etudier l'effet de l'intensification sur les incidences de TMS revient donc à déterminer la part de ces facteurs de risques face aux facteurs individuels et biomécaniques. Les études dont nous disposons à ce jour ne permettent pas de répondre de manière tranchée à cette question : il faut souligner les difficultés méthodologiques dues aux corrélations fortes existant entre les différents éléments qu'il s'agit ici de distinguer[48]. De nombreuses études menées sur des échantillons restreints de populations montrent certes l'impact des facteurs psychophysiques et psychosociaux dans l'apparition de TMS ; d'autres études suggèrent cependant que les facteurs psychophysiques et psychosociaux ont un poids inférieur aux contraintes biomécaniques[49]. Mentionnons également l'étude épidémiologique menée par l'Institut de Veille Sanitaire dans la région Pays de la Loire à partir de

---

[47] M. Kerr, "Workplace Psychosocial Factors and Musculoskeletal Disorders", discussion paper (http://www.qp.gov.bc.ca/rcwc/research/kerr-factors.pdf)

[48] P.M. Bongers, C.R. de Winter, M.A. Kompier, V.H. Hildebrandt, "Psychosocial factors at work and musculoskeletal disease", *Scand. J. Work Environ. Health*, 19, 1993

[49] NIOSH, *Musculoskeletal disorders and workplace factors*, Baltimore, 1997.

2002 ; cette dernière confirme la présence des facteurs psychosociaux comme facteurs de risque[50].

INTENSIFICATION ET VIEILLISSEMENT

L'intensification est encore plus problématique quand on la met en relation avec le vieillissement de la population et l'allongement de la durée d'activité. En vieillissant, un travailleur voit en effet son employabilité diminuer à mesure que les restrictions médicales dont il fait l'objet se multiplient. Plus précisément, il faut distinguer l'effet « naturel » du vieillissement sur l'employabilité de l'effet « artificiel » dû à de mauvaises conditions de travail ayant « cassé » le travailleur avant l'heure. L'intensification aggrave le phénomène car elle risque de susciter chez les salariés des restrictions toujours plus importantes et donc de créer à terme des travailleurs âgés inemployables.

Plus encore, l'intensification remet en cause les mécanismes de sélection qui régulaient jusqu'à aujourd'hui les ajustements entre âge et conditions de travail au sein des entreprises, les salariés les plus âgés bénéficiant d'une protection aussi bien contre le licenciement que vis-à-vis des tâches les plus pénibles. L'examen des données des enquêtes DARES[51] montre que les plus de 50 ans continuent certes de bénéficier d'une intensité du travail plus faible que leurs cadets, mais qu'ils ont aussi subi une intensification du travail ; de surcroît, cette intensification a réduit l'écart d'intensité entre générations. En bref, les salariés âgés sont toujours protégés, mais moins qu'avant.

Mais le problème du vieillissement peut aussi être un puissant allié dans la recherche de solutions à l'intensification. Contrairement à l'intensification dont les conséquences néfastes sur la santé ne sont pas encore démontrées de manière irréfutable, les entreprises doivent résoudre dès aujourd'hui le problème de l'employabilité des travailleurs âgés. Dans un grand groupe automobile, un nouveau schéma a ainsi été mis en place dans les ateliers de montage afin de pouvoir employer les salariés souffrant de restrictions sévères : ces salariés travaillent sur les chaînes de montage pendant 50 minutes puis prennent une pause de 10 minutes pendant laquelle ils sont remplacés sur la chaîne par un opérateur qui change toutes les 10 minutes de poste pour soulager successivement les opérateurs à restrictions. Ce projet intitulé « 50-10 » a permis de remettre en chaîne des salariés qui en avaient été exclus depuis plusieurs années à causes de leurs restrictions.

---

[50] *La surveillance épidémiologique des troubles musculo-squelettiques*, BEH n°44-45, 2005

[51] A. Pailhé, « L'intensité du travail s'allège-t-elle avec l'âge ? » in P. Askenzay et al., *op. cit.*

Quel est l'effet global des solutions mises en place pour les salariés âgés sur l'intensité du travail dans un atelier ? Certes, si les solutions consistent à améliorer l'ergonomie des postes, elles peuvent être adaptées pour tous les salariés et améliorer donc le problème de l'intensité du travail dans l'atelier tout entier. Il faut cependant nuancer l'argument : d'une part, les solutions mises en place pour employer les salariés âgés peuvent avoir comme conséquence une intensité du travail plus grande pour les salariés plus jeunes travaillant avec eux. Par exemple, dans l'exemple du 50-10, l'opérateur qui doit changer de poste toutes les 10 minutes subit une intensité supérieure. Diverses études ont attiré l'attention sur ce point : pour protéger les salariés plus âgés, les plus jeunes[52] sont souvent conduits à assumer les postes les plus difficiles et intenses[53]. De plus, les solutions consistant à baisser localement la productivité pour employer une personne qu'on ne saurait employer autrement (le 50-10 étant à ce titre exemplaire) ne peuvent être généralisées à tous les salariés sous peine de perdre la productivité nécessaire à la survie de l'entreprise.

3.6 DES FACTEURS PSYCHOSOCIAUX DIFFICILES A EVALUER

Tous les modèles explicatifs des effets sur la santé de l'intensification du travail (que ce soit le modèle de Karasek déjà évoqué, ou le modèle de Siegrist développé dans l'encadré) soulignent que l'intensification ne se limite pas à des contraintes objectives pesant sur le salarié mais qu'au contraire l'aspect psychosocial de l'intensification est crucial.

Modèle de Siegrist

Le modèle de Siegrist[54] utilise pour étudier les situations de travail deux critères :

- ***l'effort*** que fournit le travailleur. Cet effort peut lui-même être de deux types :

  * effort **extrinsèque**, identique à la demande psychologique du modèle de Karasek

---

[52] Cette remarque pourrait d'ailleurs être étendue aux salariés les plus vulnérables (contrats d'intérim, à durée déterminée…).

[53] M. Millanvoye, V. Pueyo, « Organisation du travail, vieillissement des salaries et intensification du travail » in P. Askenzay et al., *op. cit.*

[54] J. Siegrist, "Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions", *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 1996

* effort **intrinsèque** qui correspond à la personnalité du travailleur : besoin d'approbation, irritabilité, surinvestissement affectif, …

- ***la récompense*** que le travailleur en retire ; on peut ici aussi distinguer trois types de récompenses :

* récompense pécuniaire : salaire, prime

* estime de la part des collègues et supérieurs

* contrôle sur le statut professionnel : promotion, sécurité de l'emploi

Un déséquilibre entre l'effort fourni et la récompense retirée entraîne non seulement l'apparition de ***stress***, mais peut aussi avoir un effet sur l'apparition de TMS ou de troubles cardio-vasculaires.

LA PERCEPTION SUBJECTIVE DU TRAVAIL

Nous l'avons déjà mentionné à plusieurs reprises, toute analyse du travail, que l'on s'intéresse à l'intensité du travail ou à la santé au travail, se heurte à une difficulté majeure : le caractère profondément subjectif du travail et l'impossibilité d'objectiver de manière univoque les perceptions des travailleurs. Une analyse des réponses des salariés à la question « *Estimez-vous que votre travail met en danger votre santé ?* » dans l'enquête européenne sur les conditions de travail permet de mettre en lumière d'intéressants biais dans la perception du travail[55]. On constate par exemple que, « toutes choses égales par ailleurs » (c'est-à-dire plus précisément à catégorie sociale, sexe, âge, état-membre de résidence égaux et à conditions de travail et formes d'organisation du travail égales), les travailleurs européens ont une probabilité plus élevée d'estimer que leur travail met leur santé en danger lorsque :

- ils travaillent dans des établissement moyens ou grands
- ils ont une certaine ancienneté
- ils perçoivent des primes pour conditions de travail reconnues comme mauvaises

En revanche, le fait d'ouvrir des discussions sur les conditions de travail ne détériore pas la perception des salariés concernant l'effet de leur travail sur leur santé ; c'est au contraire les salariés qui ne s'estiment pas bien informés sur les risques qu'ils encourent qui ont tendance à surestimer le danger que

---

[55] M. Gollac, S. Volkoff, *La perception subjective du travail : rôle des identités de genre et des conditions d'emploi*, Document de travail CEE, 2006

leur travail représente. Ce résultat légitime le développement d'actions de formation et de sensibilisation dans les entreprises (voir paragraphe 4.1).

L'EVOLUTION DES SENSIBILITES

On ne peut considérer l'intensification comme un phénomène isolé des évolutions de la société : le ressenti de l'intensification est intimement lié à l'évolution des mentalités.

La perception de la ***pénibilité physique*** a indéniablement évolué : sa diminution continue au cours du dernier siècle a amené de manière inconsciente à l'illusion que l'on finirait par obtenir un travail manuel dénué de toute pénibilité ; la confrontation de cette illusion à la réalité d'un travail toujours en partie pénible cause un ressenti d'intensification. De la même façon, le ***refus du risque*** qui caractérise aujourd'hui notre société et qui s'est exprimé par la consécration constitutionnelle du principe de précaution, résulte de l'illusion de la possibilité d'une activité humaine sans risque.

Plus généralement, se pose la question du lien entre ***travail et identité***. L'identité collective a une importance considérable dans la définition de l'identité individuelle, et le travail en est l'un des éléments fondateurs[56]. On peut même faire l'hypothèse d'une importance croissante de l'identité professionnelle depuis la quasi disparition des autres facteurs d'identité collective qu'étaient l'Eglise, le Parti, etc. Or, les transformations des entreprises rendent plus difficile la construction d'une identité professionnelle : la discontinuité des parcours professionnels produite par les difficultés économiques ne permet plus aux salariés de s'assimiler à une entreprise. Plus encore, les nouveaux modes d'organisation mettent l'accent sur la polyvalence, sur la nécessité de ne plus penser en termes de métiers ; cette démarche comporte le risque de casser les identités professionnelles des salariés et d'avoir un effet sur leur santé mentale[57].

De manière concomitante, certains salariés ne s'investissent plus dans leur travail et recherchent leur socle identitaire dans des activités extra-professionnelles, par exemple dans un engagement associatif. Le débat sur la ***disparition de la valeur travail*** fait rage dans les médias et discours électoraux, mais divise également et plus sérieusement les sociologues. Certains d'entre eux[58] soulignent que le travail est une activité humaine

---

[56] Nous renvoyons ici à l'étude fondatrice de R. Sainsaulieu sur *L'identité au travail*, Paris, 1977.

[57] J.C. Sardas, «Dynamiques identitaires et transformations organisationnelles », in H. Poltier et al., *Travail et fragilisation. L'organisation et le management en question*, Lausanne, 2004

[58] D. Meda, *Le Travail, une valeur en voie de disparition*, Paris, 1995.

parmi d'autres et qu'il faut donc relativiser son importance comme socle identitaire pour l'individu ; pour d'autres auteurs au contraire[59], le travail reste aujourd'hui le vecteur essentiel de réalisation de soi. Les enquêtes d'opinion présentent un paysage nuancé : toutes les catégories d'âges attachent au travail une grande importance mais les plus âgés (plus de 50 ans) accorderaient plus d'importance au travail que les plus jeunes qui n'entendent pas lui sacrifier leur temps libre[60].

Les mentalités ont aussi évolué pour ce qui est de la ***sensibilité à la maladie***. La honte qui était associée à l'aveu d'une maladie, la pudeur qui empêchait de parler de sa souffrance, le sentiment d'échec que ressentait l'individu quand il se déclarait malade, existent sans doute encore aujourd'hui mais n'ont plus la même force qu'autrefois. Le malade assume sa maladie : « *À l'évitement antérieur s'est substitué chez le malade le souhait de faire face à la maladie* », écrit Maurice Tubiana dans son *Histoire de la pensée médicale*[61].

3.7 QUELLES SOLUTIONS FACE A CETTE INTENSIFICATION ?

Comme nous l'avons évoqué précédemment, l'intensification du travail résulte notamment des gains de productivité réalisés par les entreprises dans le contexte d'une concurrence mondiale difficile.

Dans ces conditions, il n'apparaît pas pertinent de vouloir revenir sur ces gains de productivité (sauf à mettre en péril les entreprises qui s'engageraient dans une telle voie). La question se pose alors de savoir s'il serait possible de pouvoir trouver de nouvelles organisations de travail à la fois productives et non intensives.

LES ORGANISATIONS APPRENANTES

En opposant comme nous l'avons fait jusqu'ici les nouveaux modes d'organisation au modèle taylorien classique, nous avons sous-entendu que ces modes correspondaient à une réalité homogène et univoque. Certains auteurs distinguent au contraire plusieurs modèles au sein des organisations nouvelles : à un modèle inspiré du toyotisme s'opposerait le modèle dit des « organisations apprenantes ». Là où le *lean manufacturing* serait associé à une intensification du travail, ces organisations apprenantes permettraient

---

[59] D. Schnapper, *Contre la fin du travail*, entretien avec Philippe Petit, Paris, 1997

[60] H. Riffault et J.F. Tchernia, « Sens du travail et valeurs économiques » in P. Bréchon, *Les Valeurs des Français*, Paris, 2003

[61] M. Tubiana, *Histoire de la pensée médicale*, Paris, 1995

précisément de satisfaire à ce double objectif : réduire « l'intensité du travail » à productivité égale.

Une étude menée par le Centre d'Etude de l'Emploi[62] distingue par exemple quatre grands types d'organisations :

- Les **organisations apprenantes** regroupe des salariés qui disposent d'une forte autonomie dans le travail, autocontrôlent la qualité de leur travail et rencontrent fréquemment des situations d'apprentissage et de résolution de problèmes imprévus. Ils sont relativement nombreux à travailler en équipe. Ils exercent le plus souvent des tâches complexes, non monotones et non répétitives et subissent peu de contraintes de rythme.

  Cette classe s'apparente au modèle sociotechnique suédois et se rattache également au modèle de « production en équipes autonomes à l'américaine » qui combine les principes du système sociotechnique suédois et ceux du management de la qualité.

- La classe des **organisations *en lean production*** présente une forte diffusion du travail en équipe, de la rotation des tâches et de la gestion de la qualité. Ce mode d'organisation est notamment incarné par le Toyota Production System (TPS) qui combine travail en groupe, polyvalence, qualité totale et flux tendus.

  Si, comme dans les organisations apprenantes, les salariés sont souvent confrontés à des situations d'apprentissage et de résolution de problèmes imprévus, ils bénéficient en revanche de bien moindres marges d'autonomie dans leur travail et sont soumis à de multiples contraintes de rythme (« autonomie contrôlée »).

- La classe des **organisations tayloriennes**, comme celle des organisations en *lean production*, associe des salariés astreints à d'importantes contraintes de rythme de travail, à des tâches répétitives et monotones, et à des normes de qualité précises. En revanche, leur travail présente une faible autonomie procédurale, un faible contenu cognitif et l'autocontrôle de la qualité est peu répandu.

- La classe des **organisations de structure simple** se caractérise par une faible diffusion du travail en équipe, de la rotation des tâches et de la gestion de la qualité. Le travail y est peu contraint dans ses rythmes et peu répétitif, mais relativement monotone et à faible contenu cognitif.

Dans le cadre de ce mémoire, seules les trois premières typologies nous intéressent. Les organisations apprenantes se différencient du « *lean*

---

62 A. Valeyre, *Conditions de travail et santé au travail des salariés de l'union européenne : des situations contrastées suivant les formes d'organisation*, document de travail du CEE, 2006

manufacturing » essentiellement par la forte autonomie qu'elles offrent aux salariés et les faibles contraintes de rythme qu'elles leur imposent.

Dans le même temps, l'étude menée par Valeyre utilise l'enquête européenne pour évaluer l'effet de la typologie ainsi définie sur l'intensité du travail sous ses différentes formes ainsi que sur la santé des travailleurs (voir figure 8). Elle trouve que le modèle « *apprenant* », tout comme le modèle « *lean* » mais dans une mesure plus grande que ce dernier, réduit la pénibilité physique par rapport aux organisations basées sur le modèle taylorien. En matière de pression temporelle, les résultats sont nuancés : toutes les nouvelles formes d'organisation impliquent des interruptions beaucoup plus fréquentes que dans le modèle taylorien ; en revanche, le modèle apprenant permet au travailleur d'échapper aux contraintes industrielles de délais serrés présents dans les modèles taylorien et lean. Pour ce qui est des atteintes à la santé, le modèle apprenant est plus protecteur pour la santé des salariés que le modèle taylorien alors que le modèle lean aggrave la situation. Plus précisément, une organisation apprenante protège le salarié de l'émergence de TMS ; en revanche, les deux modes modernes d'organisation conduisent à des niveaux de stress supérieurs au modèle taylorien, mais là encore, le modèle lean est le plus défavorable.

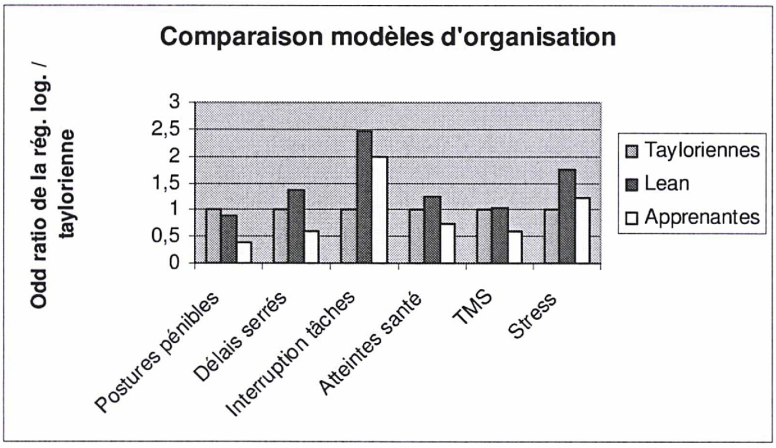


Figure 8 : Comparaison des organisations tayloriennes, lean et apprenantes pour différents indicateurs d'intensité et santé au travail[63]

---

63 Le graphique présente pour chaque indicateur l'*odd ratio* de la régression logistique de chaque mode d'organisation par rapport au mode taylorien : si x désigne cet *odd ratio*, on peut affirmer que « la probabilité qu'un travailleur subisse une posture pénible est x fois plus importante dans une organisation lean que dans une organisation taylorienne ».

CRITIQUE DES ORGANISATIONS APPRENANTES

La réalité de l'existence d'un modèle alternatif au modèle du toyotisme ne fait pas l'unanimité, notamment du coté des industriels qui soulignent le caractère très théorique (et donc inapplicable en entreprise) du modèle des organisations apprenantes.

En particulier, les vertus de l'autonomie sont souvent critiquées puisque cette solution théorique est malheureusement bien difficile à mettre en place. Schématiquement, les différents essais d'autonomie ont conduit à l'une des situations suivantes :

- soit la démarche reste ***cosmétique***, à l'exemple de nombreux cercles de qualité mis en place dans les années quatre-vingt : les travailleurs n'ont en réalité aucun pouvoir sur les procédures qu'ils subissent ;
- soit la démarche conduit à une ***auto-intensification*** : les travailleurs ont véritablement le pouvoir de changer l'organisation du travail mais l'objectif qu'on leur assigne est tel qu'ils sont conduits eux-mêmes à supprimer leurs marges de manœuvre. L'effet de l'auto-intensification peut être pire que l'intensification classique puisque les travailleurs ne peuvent s'en prendre qu'à eux-mêmes de la dégradation de leurs conditions de travail ;
- soit la démarche conduit à une ***désorganisation de la production*** : les travailleurs améliorent sensiblement leurs conditions de travail mais la production n'a plus le même degré d'efficacité.

Les différentes études statistiques menées sur les enquêtes qualitatives conduisent d'ailleurs à des résultats peu concluants concernant l'apport positif de l'autonomie pour lutter contre l'intensification : Cartron et Gollac[64] trouvent par exemple que l'autonomie accroît les tensions psychologiques, sans doute à cause des effets d'auto-intensification décrits plus haut.

Le clan des détracteurs des organisations apprenantes souligne aussi l'absence de retour d'expérience favorable. La principale expérience menée à grande échelle a eu lieu à l'usine Volvo d'Uddevalla. Cette usine ne comportait pas de chaînes de montage. Des équipes de 2 à 4 ouvriers montaient l'intégralité du véhicule en stations fixes.

Le retour d'expérience concernant cette expérimentation est faible car, dans le cadre d'une réorganisation de ses sites de production, la société Volvo a précocement cessé l'activité sur cette usine, avant même que tous les enseignements significatifs aient pu être retirés de cette « aventure ». La durée de cette expérience n'a d'ailleurs pas permis d'explorer tous les gisements de progrès. Lorsque cette usine a fermé ses portes, une

---

[64] D. Cartron, M. Gollac, "Fast work et maltravail" in P. Askenzay et al., *op. cit.*

réorganisation de la logistique interne à l'usine (qui est un maillon stratégique dans une tel mode de fonctionnement) était encore en cours[65]. Cependant, selon Michel Freyssenet « *le système Uddevallien, en se fondant sur des principes cognitifs et sur la production en parallèle, supprime les problèmes structurels que le Toyotisme n'a pas cherché à analyser et à dépasser. On peut penser alors qu'il contient, paradoxalement eu égard à la fermeture de l'usine d'Uddevalla, les potentialités d'une plus grande efficience productive, sous certaines conditions sociales* ».

Il apparaît aujourd'hui indispensable de lancer de nouvelles expérimentations afin de tester, en profondeur et dans la durée, le modèle des organisations apprenantes pour en tirer tous les enseignements possibles avant de rejeter en bloc ce concept. Des tests à « petite échelle » pourraient être imaginés, par exemple au niveau d'un atelier ou d'un sous-secteur de production dans une usine où cohabitent de nombreux ateliers (e.g. il pourrait être envisagé de développer une telle organisation dans un atelier de fabrication de moteurs ou de fabrication de pièces plastiques sur un site de construction automobile…).

3.8 AU CŒUR DE TOUTE ORGANISATION : LE FACTEUR HUMAIN

Au-delà du débat sur les différents modèles d'organisation et les avantages du modèle « apprenant » , il ne faut pas oublier que toute organisation est composée d'hommes et de femmes. Les entreprises rappellent fréquemment dans des discours lénifiants l'importance des ressources humaines, leur « principale » ressource. Pourtant, dans un contexte concurrentiel difficile et mondialisé, les préoccupations économiques, et les logiques de rationalisation industrielle conduisent malheureusement parfois à négliger les fondamentaux du facteur humain.

TRAVAIL PRESCRIT ET TRAVAIL REEL

Les spécialistes de la santé au travail pointent souvent du doigt le fossé qui existe entre le travail prescrit et le travail réel. Le salarié s'adapte sans cesse pour que la production continue malgré cet écart. Sa faculté d'adaptation l'amène à prendre sur lui, à développer des « stratégies de rattrapage »…

---

[65] M. Freyssenet, « Volvo-Uddevalla, analyseur du fordisme et du toyotisme », in *Volvo-Uddevalla, Questions ouvertes par une usine fermée*, Actes du Groupe d' Etudes et de Recherches Permanent sur l' Industrie et les Salariés de l' Automobile, n°9, Evry, 1994 (http://www.univ-evry.fr/labos/gerpisa/actes/9/9-7.pdf)

qui vont naturellement le sur-solliciter, en risquant de faire émerger chez lui des maladies professionnelles[66].

Le salarié est un maillon essentiel dans la chaîne de production. Sans lui, il n'y a bien sûr pas de production. Mais l'importance de son « savoir-faire », de son « tour de main »... est trop souvent ignorée voire méconnue (car il est normal que ça marche...) alors même qu'ils contribuent à combler cet écart entre travail prescrit et travail réel. Le Professeur Claude Riveline a mis en évidence –de manière pragmatique– l'importance de ce savoir faire développé chez les salariés dans son article intitulé *La gestion et les rites*[67] où il rapporte cette anecdote : « *Une chaîne de montage à l'ancienne, fordienne et taylorienne à souhait, avait été vendue clé en main à un pays de l'Est où elle ne fonctionnait pas. Pourtant, chaque détail technique avait été fidèlement reproduit En observant la même chaîne en fonctionnement à Billancourt, on découvrit entre autres qu'un ouvrier chargé de déposer une petite rondelle sur un axe incommode d'accès avait apporté de chez lui une assiette chargée de confiture, y trempait une ficelle avec laquelle il attrapait quelques rondelles. Il descendait ensuite la ficelle vers l'axe, la tournant pour présenter une rondelle en position favorable* ».

RECONNAISSANCE DU TRAVAIL ET COHESION DES COLLECTIFS DE TRAVAIL

Nous avons déjà souligné que l'identité individuelle du travailleur se construisait à travers l'identité collective du groupe de travail. Dans ce processus, le phénomène de la reconnaissance est fondamental : comme le montre Sainsaulieu[68] en réinterprétant la dialectique hégélienne du maître et de l'esclave, ce n'est que par la reconnaissance de l'autre que le travailleur peut accéder à la reconnaissance de soi. Le salarié ***doit se reconnaître dans ce qu'il fait et être reconnu pour ce qu'il fait***.

De nombreux experts soulignent que le travail des salariés est insuffisamment reconnu, y compris dans la manière dont ils sont ***évalués***. Une récente enquête de l'ANACT (parue le 18 mai 2007) vient confirmer une ***déficience de reconnaissance*** qui est vécue par 37% des salariés (33% des cadres, 42% des professions intermédiaires et 41% des ouvriers)[69].

---

66 C. Dejours, *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel. Critique des fondements de l'évaluation*, Paris, 2003

67 C. Riveline, « La gestion et les rites » in *Annales des Mines*, Paris, décembre 1993 (http://www.riveline.net/gestionRite.pdf)

68 R. Sainsaulieu, *L'identité au travail*, Paris, 1977.

69 http://www.qualitedevieautravail.org/images/espace_presse/DPresse_sondage ANACT.pdf

Il est fondamental de remédier à cette déficience qui présente des répercutions sur la santé des salariés. Il apparaît aujourd'hui indispensable de développer, dans les entreprises, la ***reconnaissance formelle et informelle*** des salariés.

Si ce déficit de reconnaissance peut toucher toutes les entreprises, il semblerait qu'elle affecte principalement celles de taille importante. Il est d'ailleurs intéressant de noter que, sous l'emprise des modes managériales, les entreprises ont « raccourci la ligne hiérarchique » il y a une dizaine d'années. Après avoir constaté les conséquences de ce « raccourcissement », certaines d'entre elles sont aujourd'hui sur le retour pour avoir des managers de premier rang à proximité des salariés pour justement mieux les accompagner et les reconnaître.

Plus encore, c'est toute la question de la ***cohésion des collectifs de travail*** qu'il s'agit de reconsidérer dans une société marquée par une individualisation croissante. L'importance de cette cohésion des collectifs de travail vis-à-vis des conditions de travail et donc de la santé au travail a comme nous l'avons vu conduit à compléter le modèle de Karasek (voir paragraphe 3.5) : au même titre que la latitude décisionnelle, le soutien des collègues de travail est déterminant dans la gestion par l'individu de contraintes psychologiques importantes. Les études qualitatives confirment l'apport bénéfique du soutien collectif : Cartron et Gollac montrent par exemple[70] que la possibilité de coopérer est liée à une intensité mentale moins importante.

Des entreprises qui ont traversé des difficultés redécouvrent aujourd'hui ces fondamentaux. La société Renault a récemment annoncé la mise en place d'un plan d'actions qui précise qu'il « *vise notamment à développer le management de proximité au sein des équipes de l'ingénierie. La tenue de réunions hebdomadaires dans chaque unité de travail et l'instauration d'une « journée de l'Equipe » doivent également favoriser les occasions de dialogue et de soutien des collaborateurs par le management* »[71].

Après le suicide de trois salariés à la centrale de Chinon, Electricité de France a également initié des actions similaires comme le confirme notamment l'extrait du procès verbal de l'assemblée générale mixte du 24 mai 2007 où il est précisé : « *les actions mises en place par la management local (rencontres d'écoute et de partage avec les équipes, échanges avec les*

---

[70] D. Cartron, M. Gollac, "Fast work et maltravail" in P. Askenzay et al., *op. cit.*

[71] Cf. http://www.renault.com/renault_com/fr/images/13602%2013602_CP_ingenierie_160307_FR_final_tcm1119-580014.pdf

représentant du personnel...) ont été saluées par la direction de l'entreprise et seront poursuivies »[72].

Au-delà de ces plans d'actions initiés dans un contexte difficile et chargé d'émotion, d'autres exemples viennent démontrer l'efficacité d'une meilleure prise en compte des facteurs humains. C'est tout particulièrement le cas du plan d'actions initié par la société Steelcase.

Le cas Steelcase[73]

A la suite d'une restructuration, cette entreprise a été amenée à constater une dérive importante d'indicateurs reflétant le climat social de l'entreprise (triplement de l'absentéisme, augmentation significative des accidents du travail, plainte de nombreux salariés...).

Face à ce constat, la direction de l'entreprise a engagé une réflexion en partenariat avec la CRAM pour enrayer cette dégradation. Ce plan, composé d'une centaine d'actions a notamment conduit :

- à la mise en place d'une « zone de communication » destinée à recevoir les salariés avant le début de leur journée ;
- chaque mois, au versement d'une « prime au salarié le plus méritant ».

Selon le directeur de l'usine, au bout de quelques mois, les conditions de travail se seraient améliorées dans l'usine grâce, en particulier, à une meilleure prise en compte du « stress » ressenti par ses salariés.

---

72 Cf. http://actionnaires.edf.com/fichiers/fckeditor/File/Finance/actionnaires/ag240507/070424_AGM_PV-extraits.pdf

73 Cf. http://www.journaldelenvironnement.net/fr/document/detail.asp?id=1706&idThema=5 et http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/atmp_media/TMSDOSSIERPRESSE0803.pdf

4 RATIONALISER LE PAYSAGE DE LA SANTE AU TRAVAIL

Nous avons présenté au §2.5 la « galaxie » d'acteurs qui gravitent autour des entreprises. Quel jugement peut-on porter sur ce paysage ? Le système actuel est-il efficace ou convient-il de le réformer pour le rendre plus à même de répondre à son objectif, améliorer l'état de santé des salariés dans toutes les entreprise ? Répondre à cette question impose de ***distinguer le cas des grandes entreprise de celui des PME/TPE***.

Une ***grande entreprise*** possède en effet les moyens aux niveaux humain, technique et financier pour répondre seule aux problèmes de santé au travail. Au niveau humain, elle dispose d'un service des conditions de travail dépendant en général de la DRH. Au niveau technique, elle peut embaucher des équipes d'ergonomes, de toxicologues et faire appel à des expertises de bureaux d'études privés. Au niveau financier, elle peut se permettre de dépenser pour une politique de prévention. Le problème des grandes entreprises réside plutôt dans la difficulté à apporter une réponse adaptée à chaque agent qui se sent noyé dans la masse des salariés de l'entreprise. Face à ce constat, la principale action à mener est une action de sensibilisation.

La situation des ***petites et moyennes entreprises*** (PME), et tout particulièrement des très petites entreprises (TPE) est radicalement différente. Le chef d'entreprise doit gérer la santé de ses salariés de même qu'il doit gérer tout le reste, problèmes de production, livraison des commandes, paiement des fournisseurs, etc. Dans ces conditions, la question de la prévention des risques professionnels passe assez naturellement au second plan. Qu'il ait ou non conscience des enjeux de la santé au travail, le dirigeant de TPE n'a pas les moyens de gérer seul cette question et a besoin d'une aide extérieure. C'est ici que l'éclatement du système actuel pose selon nous problème : au regard du chef d'entreprise s'offrent de multiples acteurs aux compétences souvent redondantes alors qu'il aurait besoin d'un interlocuteur de référence qui pourrait servir d'interface avec les autres acteurs pour apporter à l'entreprise la solution adaptée à ses besoins.

Nous aborderons donc successivement le problème de la sensibilisation, qui concerne toutes les entreprises mais tout particulièrement les moyennes et grandes entreprises, puis proposerons un interlocuteur de référence pour les PME/TPE avant d'examiner comment cet interlocuteur pourra dialoguer avec les autres acteurs de la santé au travail, en amont et en aval.

4.1 DEVELOPPER LA SENSIBILISATION DES MOYENNES ET GRANDES ENTREPRISES

UNE MEILLEURE FORMATION DES MANAGERS

La sensibilisation des entreprises vis-à-vis de la prévention des risques professionnels est essentielle. Elle passe notamment par un ***renforcement de la formation des « managers »*** : alors que les futurs cadres des entreprises seront directement concernés par ces questions, elles ne sont que trop peu abordées au cours des formations des grandes écoles. Ce constat est partagé par les pouvoirs publics qui ont consacré une action du plan santé-travail à cette question.[74]

Nous avons réalisé un sondage auprès d'écoles d'ingénieurs et de commerce[75] afin d'évaluer la prise en compte par ces établissements d'enseignement supérieur de ces diverses problématiques ; le questionnaire envoyé se trouve reproduit en annexe. Le faible taux de réponse à notre questionnaire (14 réponses pour 45 questionnaires envoyés) est en lui-même révélateur du désintérêt des écoles pour ce type de questions ; il est permis d'imaginer que les écoles nous ayant répondu sont celles où les questions de risques professionnels sont le mieux traitées.

On constate (figure 9) que toutes les écoles offrent à leurs élèves des cours de management, qu'un bon nombre d'entre elles abordent la prévention des risques mais que fort peu les sensibilisent au sujet de la santé au travail[76]. Plus spécifiquement, la question des troubles psychosociaux est prise en compte en école de commerce mais pas en école d'ingénieur tandis que le lien entre les nouveaux modes d'organisation et une possible détérioration des conditions de travail n'est qu'assez mal étudié. On observe d'autre part d'importantes différences entre écoles de commerce et d'ingénieur, les premières semblant nettement en avance par rapport aux secondes ; la faible taille de l'échantillon ne permet pas de conclure de manière définitive sur ce point.

---

[74] Objectif 4, Action 10 : « Développer, dans les écoles et par la formation continue, la sensibilisation des ingénieurs et des techniciens aux questions de santé au travail »

[75] Nous avons questionné les 30 meilleures écoles d'ingénieurs et les 15 meilleures écoles de commerce suivant le classement publié dans le magazine *Le Point* paru le 15 février 2007.

[76] D'une manière générale, il est intéressant de souligner que ces matières, lorsqu'elles sont abordées, sont enseignées sur des modules de courtes durées. Par ailleurs, ces enseignements ne sont souvent pas tous suivis par l'ensemble des élèves des écoles consultées (enseignements « à la carte »).

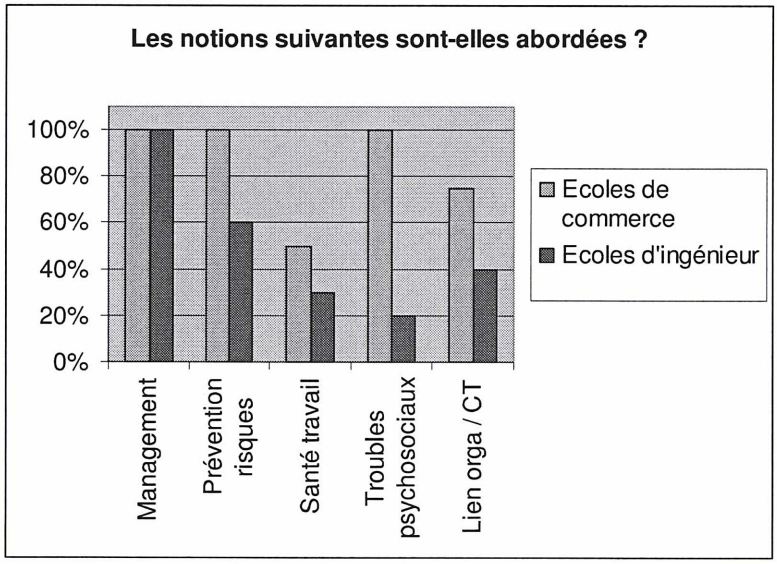


Figure 9: Réponses des écoles de commerce et d'ingénieur au questionnaire

Il semble donc urgent d'inclure de manière systématique dans les formations d'ingénieurs des enseignements, non seulement de prévention des risques au sens technique mais aussi de psychologie du travail. Pourtant, alors que ce sujet fait consensus dans le « monde du travail » et a fait l'objet d'un engagement de l'Etat, les grandes écoles (à quelques exceptions prêt) n'apparaissent malheureusement aujourd'hui pas prêtes à renforcer « significativement » leur enseignement dans ce domaine.

SENSIBILISATION ET IMAGE DE MARQUE

Un autre moyen de sensibiliser les entreprises est de leur faire prendre conscience que de bonnes conditions de travail auront un impact favorable sur leur image de marque, et qu'au contraire une mauvaise situation en matière de prévention peut conduire clients, mais aussi salariés et fournisseurs à prendre leurs distances avec l'entreprise.

La responsabilité de l'entreprise relative à la santé au travail fait partie intégrante de la responsabilité sociale de l'entreprise (RSE) au même titre que la responsabilité environnementale. Le principe de la RSE est *« l'intégration volontaire des considérations environnementales et sociales dans les activités des entreprises, en dehors des prescriptions légales et des*

obligations contractuelles »[77]. Dans un second temps, les parties prenantes (consommateurs, salariés, ...) sont incitées à récompenser les entreprises vertueuses dont la visibilité est assurée par des labels certifiant l'efficacité des mesures prises. La RSE est une priorité européenne, élément du processus de Lisbonne depuis 2000. En France, les entreprises cotées doivent depuis 2001 publier un *rapport social* annuel[78] ; mais ces rapports, outre qu'ils ne sont pas obligatoires pour toutes les entreprises, sont encore trop succincts : pour la santé au travail, ils se contentent bien souvent de mentionner le nombre d'accidents du travail et de maladies professionnelles déclarés dans l'année. Nous pensons que les entreprises doivent utiliser le rapport social comme instrument de transparence y compris pour les questions de santé au travail. On pourrait par exemple imaginer que le médecin du travail ait à sa disposition une page du rapport pour présenter l'état de santé des salariés, que les principales constatations de l'inspection du travail y soient mentionnées... Le développement de *labels sociaux* permettant aux parties prenantes de connaître la réalité sociale de l'entreprise est également à encourager, même si l'on peut douter de leur efficacité à court terme : les consommateurs n'intègrent pas encore véritablement de critères éthiques dans leur choix d'achat, et les demandeurs d'emploi sont en général vis-à-vis de l'entreprise dans un rapport de force à leur désavantage et ne peuvent pas se permettre le luxe de boycotter une entreprise qui ne jouerait pas le jeu de la RSE.

Cette relative inefficacité[79] de la RSE peut conduire à envisager des mesures complémentaires susceptibles de présenter un impact plus sensible. Des exemples de telles mesures existent dans d'autres secteurs : l'Autorité de Sûreté Nucléaire (ASN) publie par exemple sur son site Internet les comptes-rendus de visites dans les installations nucléaires. *Mutatis mutandis*, on pourrait envisager de publier sur Internet les constatations des inspecteurs du travail en cas de manquement grave ou répété de la part de l'entreprise. De manière générale et sans aller jusqu'à une publication à l'extérieur de l'entreprise, nous proposons que les informations détenues par les différents acteurs (médecins du travail, inspecteurs du travail, CRAM...) soient communiquées systématiquement aux autres acteurs et diffusées à l'intérieur de l'entreprise (CHSCT, syndicats, ...). En effet, une meilleure circulation de l'information entre ces acteurs serait de nature à réduire le

---

[77] R. Howitt, *Rapport sur la responsabilité sociale des entreprises: un nouveau partenariat*, Rapport adopté par le Parlement Européen, 2007

[78] Loi « Nouvelles Régulations Economiques » du 15 mai 2001 et décret du 20 février 2002

[79] Il faut cependant noter les initiatives récentes de certains fonds qui se sont positionnés sur l'achat d'actions d'entreprises vertueuses en termes de développement durable.

cloisonnement actuel qui, à l'évidence, nuit à l'efficacité globale du système.

4.2 OFFRIR AUX PME UN INTERLOCUTEUR DE REFERENCE

LIER ASSURANCE ET PREVENTION : LE RAPPROCHEMENT CRAM-SST

Dans tout système d'assurance, l'assureur veut diminuer la fréquence et la gravité des sinistres qu'il est susceptible d'indemniser et est donc intéressé par la mise en place de mesures de prévention des risques qu'il couvre. L'assurance des risques professionnels n'échappe pas à la règle : c'est particulièrement vrai dans les pays où cette assurance est proposée par des assureurs privés, tels les Etats-Unis. Mais cela l'est également en France, où cette assurance est réservée à un assureur public intégré au système de la Sécurité Sociale : les Caisses Régionales d'Assurance Maladie (CRAM) disposent, comme nous l'avons présenté en 2.3, d'ingénieurs conseils qui offrent aux entreprises de mettre en œuvre des contrats de prévention. Nous pensons qu'il convient de renforcer ce lien entre prévention et assurance en ***construisant l'interlocuteur de référence autour des CRAM***. Cela impose cependant de réorienter le fonctionnement de la branche risques professionnels de l'Assurance maladie afin d'en faire un véritable assureur.

Mais les ingénieurs conseil des CRAM ne peuvent constituer à eux seuls le cœur du dispositif de prévention dont les entreprises ont aujourd'hui besoin. La pluridisciplinarité doit en effet être la caractéristique première de l'offre de prévention. Dans cette optique, les Services de Santé au Travail (SST) semblent incontournables puisqu'ils intègrent précisément cette pluridisciplinarité depuis la réforme de la médecine du travail de 2002. ***Recentrer les SST sur la prévention tout en les rapprochant des CRAM*** suppose toutefois de revoir profondément leur positionnement actuel aussi bien en termes de missions que d'organisation.

ASSUMER PLEINEMENT LA LOGIQUE ASSURANTIELLE

Rendre autonome la branche ATMP.

Les accidents du travail et les maladies professionnelles font aujourd'hui en France l'objet d'une assurance obligatoire par l'intermédiaire de la branche Accidents du Travail et Maladies Professionnelles (ATMP) de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS). Au niveau régional, la gestion de la branche ATMP est partagée entre les CRAM pour la partie prévention et les CPAM pour la partie réparation.

La branche ATMP est en réalité très différente des autres branches de l'Assurance maladie : elle obéit à une logique d'assurance plutôt qu'à une logique de solidarité. L'intégration actuelle de la branche ATMP au sein de

l'Assurance maladie est cependant pour certains partenaires sociaux l'occasion pour minimiser son caractère assurantiel. En donnant à la branche ATMP une autonomie de gestion, on pourrait rapprocher son mode de fonctionnement de celui d'un assureur privé tout en gardant l'efficacité en terme de frais de gestion qui fait l'avantage de la Sécurité sociale face à un système purement privé. Nous prônons donc la création d'une caisse nationale de l'assurance des risques professionnels (CNARP).

En revanche, au niveau du réseau, il ne semble pas pertinent de retirer aux CRAM et CPAM la gestion de la branche ATMP sous peine de perdre d'importantes synergies ; l'exemple de l'assurance vieillesse que gèrent déjà les CRAM pour le compte de la CNAV montre que le fonctionnement d'un réseau commun à plusieurs caisses nationales autonomes ne pose pas de problème particulier.

Cette autonomie de la branche ATMP permettrait de clarifier les liens financiers entre branche générale et branche ATMP. La question posée est en réalité double : il s'agit d'une part de la sous-déclaration de maladies professionnelles dans le cadre juridique actuel, et d'autre part de la réforme du système de présomption d'imputabilité. La sous-déclaration de MP, qui a des causes très diverses (cf. §2.2), représente un manque à gagner pour l'Assurance maladie car le coût des soins reçus par les malades non déclarés n'est pas pris en charge par les employeurs. Actuellement, une commission[80] présidée par un magistrat de la Cour des Comptes rend tous les trois ans un rapport visant à calculer le montant dû par la branche ATMP à l'Assurance maladie au titre des sous-déclarations. Le rapport de la dernière commission, sous la présidence de M. Diricq, a ainsi avancé une fourchette située entre 356 et 749 millions d'euros (hors indemnités journalières en ce qui concerne les maladies professionnelles).

Mais il faut aussi poser la question de la réforme globale du système de tableaux des MP ainsi que de la présomption d'imputabilité. Comme nous l'avons expliqué plus haut[81], dans le système actuel, un salariés ne doit pas prouver que la maladie dont il souffre a un lien avec son activité professionnelle, il suffit que les symptômes de la maladie soient avérés et qu'il exerce une activité susceptible de provoquer la maladie. Or, l'utilisation de certains outils épidémiologiques, à l'instar de la Fraction de Risque attribuable (FRA), pourrait permettre de préciser la part du risque professionnel au sein des multiples facteurs pouvant provoquer l'apparition d'une maladie. Pour certaines pathologies, à l'instar du syndrome du canal carpien, des examens cliniques plus poussés peuvent dans de nombreux cas permettre de distinguer si la pathologie est d'origine professionnelle ou non.

---

[80] Commission instituée par l'article L. 176-2 du Code de la Sécurité sociale.

[81] Cf. § 2.2.

Il semble toutefois que ces techniques soient encore trop incertaines pour pouvoir servir de base à une réglementation.

Développer les incitations à la prévention

Actuellement, trois systèmes de tarification coexistent : les grandes entreprises ont une tarification individuelle reflétant (avec un ajustement temporel) le coût réel des sinistres imputables à l'entreprise, tandis que les petites entreprises bénéficient d'une mutualisation totale (taux collectif) ou partielle (taux mixte) des sinistres survenus sur l'ensemble d'une branche professionnelle. La base de la cotisation est donc la sinistralité, et les mesures de prévention n'influent sur les cotisations que dans la mesure où le nombre d'accidents et de maladies décroît suite aux mesures prises. Les entreprises ne sont donc que faiblement incitées à faire de la prévention puisque l'effet de ces mesures ne sera sensible en termes financiers que plusieurs années a posteriori. Le système actuel contient cependant déjà quelques dispositifs d'incitations à la prévention sous forme d'avances, remboursables ou non, faites aux entreprises qui s'engagent dans des contrats de prévention négociés avec les fédérations professionnelles et validées par la CRAM ; de plus, un système partiel de « bonus/malus » existe : une ristourne peut être accordée à une entreprise vertueuse (mais seulement pour les petites entreprises soumises au taux collectif) et, à l'inverse, une cotisation supplémentaire peut être réclamée à une entreprise présentant un risque exceptionnel[82]. Dans la pratique, ces dispositifs sont peu utilisés car trop complexes à manier pour les entreprises et pour les CRAM qui n'ont pas assez d'effectifs pour gérer un grand nombre de contrats de prévention, limitant ainsi le nombre d'entreprises pouvant en bénéficier.

Un premier axe de réflexion concerne une plus grande individualisation des cotisations afin de responsabiliser davantage les PME-TPE. Le protocole d'accord sur la prévention, la tarification et la réparation des risques professionnels signé par les organisations syndicales et patronales le 12 mars 2007 est allé dans ce sens en abaissant le seuil de la tarification réelle de 200 à 150 salariés. Peut-on aller plus loin ? Il faut naturellement être attentif à ne pas faire peser sur une petite entreprise un coût démesuré en cas de sinistre afin de ne pas mettre en danger sa survie, d'autant plus qu'un tel sinistre peut se produire même dans une entreprise particulièrement vertueuse en termes de prévention. Pour autant, un système de malus modéré en cas de sinistre, avec répercussion partielle du coût du sinistre sur

---

[82] De plus, un système de ristournes existe pour le cas spécifiques de la cotisation forfaitaire pour les accidents de trajet.

la cotisation, nous paraît à même de sensibiliser les chefs de TPE à l'importance de la prévention[83].

D'autre part, tous les partenaires sociaux s'accordent à reconnaître la nécessité de « *mieux appliquer le système actuel d'incitations* » mais le protocole reste flou sur les moyens permettant d'arriver à ce résultat. Nous proposons de développer un système généralisé de bonus/malus fondés sur la prévention mise en place par l'entreprise. On peut fonder un tel système sur deux types de critères : des critères génériques ou une analyse individuelle du dossier de prévention de l'entreprise. Or, il est très difficile de définir des critères génériques pertinents : les différents indicateurs imaginables (nombre d'ergonomes embauchés, coût des mesures, ...) ne rendent pas compte de la réalité du terrain et peuvent être manipulés par l'entreprise. Nous pensons donc que seule une analyse individuelle peut permettre d'inciter correctement à la prévention ; le rapprochement SST-CRAM permettra à la nouvelle structure de posséder la connaissance *in situ* de l'efficacité de la politique de prévention de l'entreprise et de lui accorder les bonus qu'elle mérite.

Le système doit naturellement garantir l'équilibre financier de la branche ATMP (une fois procédé aux versements au régime général du montant correspondant aux sous-déclarations) ; c'est pourquoi l'attribution de bonus doit être compensée par l'attribution de malus (suite à la détection de comportements négligents ou fautifs de la part d'une entreprise) ainsi que par une augmentation du niveau moyen des cotisations. Ainsi, les entreprises vertueuses seront gagnantes puisque le bonus qu'elles recevront sera supérieur à la hausse des cotisations, tandis que les entreprises négligentes se verront sanctionner financièrement, avec d'une part une cotisation plus élevée et de l'autre un éventuel malus.

CONSTRUIRE UN ACTEUR PLURIDISCIPLINAIRE FORT POUR LA PREVENTION

Comme nous l'avons déjà mentionné, nous pensons utile d'offrir aux PME-TPE un interlocuteur qui unisse les avantages d'un guichet unique de la prévention avec ceux de la pluridisciplinarité[84]. Les SST peuvent remplir ce rôle à condition de se recentrer clairement sur le travail sur le terrain, au

---

[83] Un système analogue au bonus/malus qui s'applique à l'assurance des automobiles pourrait être imaginé : en cas de sinistres, les cotisations augmentent suivant des paliers en constante progression. A l'inverse, en cas de progrès, les cotisations diminuent.

[84] Comme nous l'avons évoqué au § 4, les grandes entreprises sont confortablement structurées par rapport aux TPE et aux PME. Cette proposition ne les vise donc pas directement.

détriment des visites d'aptitude, et de se réorganiser afin de permettre à la pluridisciplinarité de s'épanouir pleinement.

Les SST ont été créés en 2002. Cette réforme traduisait davantage la nécessité pour la France de se mettre en conformité avec la directive européenne « *Santé et sécurité au travail* » de 1989 qu'une réflexion cohérente sur l'organisation et les missions de la médecine du travail. Il nous apparaît que dans de nombreuses entreprises, la réforme n'a pas changé les relations entre les entreprises et les médecins du travail. Sans doute, la réforme de 2002, dont le décret d'application n'est paru qu'en 2004 est encore trop récente pour que la nouvelle posture des SST soit entrée dans les mœurs des entreprises. La mission d'évaluation de la réforme de 2002, confiée aux Professeurs Frimat et Conso, permettra sans doute de disposer de nouveaux d'éléments d'appréciation.

Recentrer les SST sur la prévention

Constat. Les SST ont aujourd'hui deux missions. D'une part, les médecins du travail effectuent des ***visites*** afin de déterminer l'aptitude des salariés à occuper leur poste de travail ; ces visites ont lieu à l'embauche puis de manière périodique (tous les 24 mois pour la surveillance normale, tous les 12 mois pour la surveillance dite renforcée, par exemple pour les travailleurs de nuit). D'autre part, les médecins du travail participent avec les IPRP à des projets de ***prévention en entreprise***. Théoriquement, l'activité de prévention sur le terrain occupe le médecin pour 1/3 de son temps (d'où l'appellation de « tiers-temps ») et l'activité de visites d'aptitude pour les 2/3 restants. En revanche, le médecin du travail n'a pas de mission de santé publique et ne peut pas soigner les salariés qu'il examine.

Prévention. La mission de prévention des SST doit être clarifiée. Pour beaucoup d'employeurs d'aujourd'hui, la mission du médecin du travail qu'il paie est de déterminer l'aptitude de ses salariés et pas de s'immiscer dans l'organisation du travail en faisant de la prévention. Bien souvent, le dialogue entre employeur et SST fonctionne mal. Le nécessaire retour d'expérience de la part du SST sur l'état de santé des salariés de l'entreprise prend essentiellement la forme du rapport d'activité annuel du médecin et se résume en général à un exercice trop formel.

Nous proposons de formaliser la mission de prévention sous forme d'un contrat de prévention entre entreprise et SST-CRAM, en définissant clairement en début de période les objectifs et le rôle de chaque partie, ce qui permettrait en fin de période de faire un bilan des résultats obtenus. Le SST-CRAM deviendrait alors pour la PME le **principal partenaire de prévention** et serait son intermédiaire avec les instituts d'expertise technique. L'entreprise pourrait naturellement choisir d'avoir recours à d'autres organismes de prévention (bureaux d'études privés ou autres organismes publics) pour compléter l'action du SST-CRAM en coordination avec ce dernier. Les SST sont déjà aujourd'hui des partenaires

bien identifiés des chefs d'entreprises puisqu'ils ont l'obligation de faire passer des visites médicales à leurs salariés ; il est donc tout naturel d'imaginer qu'ils puissent devenir l'acteur central de la prévention dans les PME et les TPE.

Visites d'aptitude. Les visites d'aptitude sont l'objet de critiques fréquentes : un médecin du travail peut examiner jusqu'à 4.000 salariés par an et doit parfois sacrifier son tiers-temps pour réaliser le nombre de visites qu'il doit effectuer. Une première solution imaginable consisterait à confier à des médecins de ville formés en conséquence les visites d'aptitude ; cette solution présenterait l'avantage de permettre aux médecins du travail de se consacrer davantage à la prévention, mais cela déconnecterait la visite d'aptitude de la connaissance de l'entreprise et de ses conditions de travail. Or, le médecin doit décider de l'aptitude du salarié sur un poste de travail précis et doit donc connaître le poste en question. C'est le principe même des visites d'aptitude qu'il faut au contraire remettre en cause. Leur efficacité n'est en effet pas démontrée alors que leur coût est très élevé. On raille souvent ces visites en disant que le médecin du travail passe son temps à rencontrer des salariés en bonne santé au lieu de s'occuper de ceux qui ne le sont pas ; de fait, comme le mentionne le rapport Gosselin sur l'*Aptitude et inaptitude médicale au travail*[85], 99,5% des examens d'embauche effectués en Nord-Pas-de-Calais et Picardie en 2005 se sont traduits par un avis positif, dont 2% avec restrictions. Plus encore, la comparaison avec les autres pays européens montre que la France est l'un des seuls pays à pratiquer des visites systématiques pour tous les salariés, quand les autres pays pratiquent un suivi médical ciblé de certaines populations. Face à ce constat, le rapport Gosselin propose de supprimer les examens périodiques mais de maintenir les visites d'embauche. Il est sans doute possible d'aller plus loin et de proposer le maintien des visites d'embauche pour les seuls postes de sécurité et à risques. De manière alternative, on pourrait renforcer le rôle des infirmiers du travail : ces derniers pourraient effectuer les visites et réorienter les salariés vers un médecin du travail en cas de problème particulier.

Santé publique. Un autre point important est la place de la santé au travail dans la santé publique. Les médecins du travail souffrent aujourd'hui d'une formation insuffisante en santé publique et d'un manque de familiarité avec les techniques de l'épidémiologie, qui sont sans doute responsables de la pauvreté des études épidémiologiques en France dans le domaine de la santé professionnelle. Le département de Santé au Travail de l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) effectue des études épidémiologiques en y associant des médecins de travail sur la base du volontariat (par exemple, l'enquête TMS

---

85 H. Gosselin, *Aptitude et inaptitude médicale au travail : diagnostic et perspectives*, Rapport pour le ministre délégué à l'emploi, au travail et à l'insertion professionnelle des jeunes, 2007

dans la région Pays-de-la-Loire) ; mais seul un tiers des médecins du travail contactés répond favorablement à l'offre de collaboration de l'InVS. Au-delà de ces enquêtes nationales, les SST ne réalisent que très rarement des études locales pour mieux comprendre l'émergence des pathologies dont souffrent leurs patients.

Une autre manière d'élargir le spectre de la santé au travail en direction de la santé publique est de pousser les médecins du travail à pratiquer dépistages et actions de sensibilisation auprès des salariés. La visite chez le médecin du travail étant pour un certain nombre de personnes (surtout dans les classes populaires) l'unique examen médical qu'elles subissent dans l'année, on peut être tenté d'utiliser ces visites non seulement pour déterminer l'aptitude des salariés, mais aussi pour améliorer l'état de santé de la population en général. Nous pensons cependant qu'on ne peut mettre en œuvre cette proposition à grande échelle, ne serait-ce que parce qu'elle supposerait de garder en l'état les visites périodiques, alors que nous avons vu qu'il était souhaitable de les supprimer. De plus, l'effectif de médecins du travail étant amené à fondre dans les prochaines années à cause de massifs départs en retraite qu'il ne sera pas possible de compenser, il n'est pas réaliste de prétendre confier aux médecins du travail des missions supplémentaires, mais il faut au contraire recentrer leur activité sur la prévention des risques professionnels.

Formation. La médecine du travail souffre aujourd'hui d'un problème aigu de recrutement. A la crise globale du monde médical due à une mauvaise gestion des *numerus clausus* s'ajoutent des problèmes spécifiques à la filière. La spécialisation de médecine du travail a une mauvaise image chez les étudiants en médecine (« une médecine qui ne soigne pas ») ; elle est certes choisie par passion par certains étudiants, mais d'autres la choisissent parfois par défaut. L'internat de médecine du travail, introduit depuis 1988, a certes amélioré la situation mais les internes médecins du travail ne sont pas reconnus à l'égal des autres internes, notamment parce qu'ils travaillent à la fois dans et hors de l'hôpital. La formation des médecins du travail est de plus trop orientée sur les aspects techniques et juridiques des risques professionnels et néglige les connaissances de santé publique (épidémiologie…). Nous proposons donc de ***rapprocher médecine du travail et médecine de santé publique dès la formation*** et de renforcer la reconnaissance attachée à la profession de médecin du travail, en mettant l'accent sur son nouveau rôle de préventeur.

Organisation

Pluridisciplinarité. Pour tenir le rôle central que nous proposons, les SST devraient approfondir la pluridisciplinarité déjà engagée pour équilibrer le poids de « la médecine du travail » et celui des « préventeurs » (ergonomes, toxicologues…). Malgré la réforme de 2002, les médecins restent aujourd'hui encore les personnages centraux des SST, et les IPRP, recrutés en très faible nombre, tiennent un rôle accessoire. Or, cette domination du

corps médical au sein des SST contribue à la méfiance qu'entretiennent certains chefs d'entreprise à l'égard des SST ; ces derniers préfèrent faire appel à des préventeurs de formation technique qui leur paraissent mieux à même de comprendre la réalité de l'entreprise. Se pose ici la question de la plus-value d'un médecin du travail par rapport à un préventeur spécialisé comme un ergonome ou un toxicologue. Les médecins du travail rappellent à juste titre qu'ils sont les seuls à être en mesure d'avoir un contact personnel avec le salarié. Cette relation privilégiée est d'autant plus riche qu'elle permet d'aborder des questions très personnelles et sensibles couvertes par le secret médical, ce qui n'est permis à aucun autre préventeur. Ainsi, dans un contexte où (comme nous l'avons vu au § 4) les troubles psychosociaux émergent, l'intervention des médecins du travail dans le travail de prévention nous paraît indispensable. La place des médecins du travail au sein des SST doit cependant être rééquilibré pour en faire des préventeurs au même titre que les toxicologues ou les ergonomes.

Intégration d'autres structures de préventeurs. Les SST interviennent aujourd'hui à coté d'autres structures : les CRAM qui ont un réseau d'ingénieurs conseils, mais aussi les ARACT qui ont développé au niveau régional des compétences en matière de prévention des maladies professionnelles. Au fil des réformes, les structures de prévention se sont empilées : la récente réforme qui a conduit à transformer les services de médecine du travail en services de santé au travail est le dernier exemple de cet empilement. Au final, les chefs d'entreprises sont aujourd'hui confrontés à de nombreux acteurs qui ne disposent pas tous d'une taille critique. De nombreux services de santé au travail ne comptent aujourd'hui pas de préventeurs à temps plein. Dans certains cas, des préventeurs interviennent à temps partiel dans plusieurs SST.

Un rapprochement de ces compétences aujourd'hui éparpillées en les recentrant dans les SST serait de nature à permettre une montée en puissance de la prévention.

Ces évolutions permettraient d'atteindre un double objectif : atteindre une taille critique des structures de prévention, tout en équilibrant le pôle médecine du travail et le pôle prévention des services de santé au travail.

Indépendance. Les médecins du travail bénéficient de réelles garanties d'indépendance : ce sont de salariés protégés et ils ne sont soumis à aucun pouvoir hiérarchique dans l'exercice de leurs missions. Pour autant, l'organisation des SST ne les met pas entièrement à l'abri d'éventuelles pressions : dans les services autonomes (pour les grandes entreprises), ils sont directement salariés de l'entreprise. Les services interentreprises (pour les petites et moyennes entreprises) sont de même des associations gérées principalement par les employeurs ; le contrôle exercé théoriquement par les organisations syndicales par le biais des commissions de contrôle est dans la réalité peu efficace, notamment en raison du manque de formation des syndicalistes aux questions de santé au travail. Plus fondamentalement, il

est loisible de se demander si la santé au travail doit demeurer de la responsabilité des employeurs. Les chefs d'entreprises sont les premiers responsables de la santé de leurs salariés. Il est alors légitime qu'ils restent pleinement associés à la gouvernance de la médecine du travail. Le rattachement des SST aux CRAM répond à cet objectif tout en renforçant le poids des salariés dans leur gestion.

Coordination interne. Afin de garantir leur indépendance, le statut actuel des médecins du travail donne à chaque praticien entière liberté de choisir les sujets sur lesquels il souhaite travailler dans le cadre de son tiers-temps ; en conséquence, la coordination des actions des différents médecins d'un même service, qu'il soit autonome ou interentreprises, est soumise au bon vouloir de ces médecins. Les grands groupes désignent certes un médecin-coordinateur dont le rôle est de définir des priorités d'action en santé au travail pour l'ensemble du groupe, mais son unique moyen d'action est sa force de conviction vis-à-vis de ses collègues. De même, les commissions techniques médicales dans les services interentreprises ne peuvent que proposer des actions. Il faut réfléchir à la possibilité d'une **meilleure coordination des médecins dans le respect de leur indépendance**, par exemple en organisant l'élection par leurs pairs d'un ou plusieurs médecins coordinateurs qui auraient alors autorité sur leurs collègues.

Taille critique et spécialisation. Les SST présentent aujourd'hui une très grande hétérogénéité à l'échelle du territoire : des SST de petites tailles côtoient des services de taille importante. Dans certains cas, plusieurs services se font localement de la concurrence… Réduire cette hétérogénéité en intégrant les SST aux CRAM devrait permettre de gagner significativement en efficacité en disposant de structures de taille critique qu'il serait possible d'organiser au niveau régional.

De plus, la structure actuelle des SST oblige aujourd'hui les médecins du travail à s'organiser de manière territoriale et non pas sectorielle : ceci empêche le médecin du travail d'acquérir une véritable **spécialisation dans un secteur d'activité**. Le passage d'une logique d'aptitude à une logique de prévention doit aller de pair avec le développement de compétences spécifiques à un secteur pour chaque médecin du travail.

Synthèse : pour une expérimentation

En plaçant les SST au sein des CRAM, médecins du travail et préventeurs devraient trouver meilleure écoute chez les chefs d'entreprises. A l'inverse, ce nouveau positionnement où la logique assurantielle associée à la logique de prévention devrait conduire cette nouvelle structure à renforcer la qualité des conseils qu'elle apporte aux chefs d'entreprises.

Malgré les avantages que nous voyons à une telle évolution (qui se rapproche d'ailleurs du système qui existe déjà dans la filière agricole où les services de santé au travail sont une branche de la Mutualité Sociale Agricole), il ne faut pas occulter certaines difficultés qui pourraient naître

d'un tel changement. En particulier, alors que les associations actuelles permettent une grande souplesse de fonctionnement, le basculement des SST dans les CRAM pourrait conduire à une certaine lourdeur de fonctionnement.

Avant d'engager complètement une telle réforme, ***il serait opportun de l'expérimenter, par exemple, à l'échelle d'une région*** avant de la prolonger aux autres régions en tenant compte du retour d'expérience collecté pendant la phase expérimentale.

4.3 FAVORISER LA COOPERATION EN AMONT ET EN AVAL DE CE PIVOT CENTRAL

EN AMONT : GARANTIR UNE EXPERTISE INDEPENDANTE

L'histoire récente, et notamment l'affaire de l'amiante, a montré qu'il était indispensable de disposer dans le domaine de l'expertise de la santé au travail d'une source d'expertise crédible, à l'instar de ce qui s'est fait dans d'autres domaines de l'expertise, par exemple pour la santé alimentaire avec la création de l'AFSSA[86] ou dans le domaine pharmaceutique avec l'AFSSAPS[87]. La crédibilité de l'expertise implique l'indépendance de sa source vis-à-vis de toute pression politique. Cette indépendance doit se traduire par une organisation adéquate à deux niveaux. Il s'agit d'une part de garantir en amont que le choix des orientations de recherche est effectué en fonction de leur intérêt ou de leur urgence intrinsèque et non selon des impératifs politiques. Il faut d'autre part s'assurer en aval que la publication des résultats des études effectuées soit décidée au vu de leur seule qualité scientifique.

Tous les acteurs s'accordent sur l'objectif mais s'opposent sur la structure à même de parvenir à ce résultat.

Pour les uns, le système paritaire n'est pas adapté à la gestion d'un organisme de recherche ; en effet, la base du paritarisme est la recherche du compromis entre les partenaires sociaux alors que le critère d'un organisme d'expertise devrait être la vérité scientifique. De fait, même si la compétence de l'INRS est reconnue, son mode de fonctionnement a suscité de nombreuses critiques au cours de ces dernières années. On lui reproche un manque d'indépendance qui se manifesterait aussi bien au niveau du choix des priorités de recherche que dans la décision de publier ou non certains résultats.

---

[86] Agence française de sécurité sanitaire des aliments, créée en avril 1999

[87] Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, créée en mars 1999

D'autres remarquent au contraire qu'un institut d'expertise sous la tutelle de l'Etat court par nature le risque de subir des pressions de la part de sa tutelle. Ils soulignent également que l'expertise en matière de santé professionnelle n'est pas de la recherche fondamentale : son but n'est pas de publier une étude, scientifiquement fondée mais inutilisable, mais au contraire de produire des connaissances sur lesquelles les acteurs se fonderont pour améliorer la prévention, ce qui suppose un minimum de consensus entre représentants des salariés et des employeurs.

Nous avons succinctement présenté l'organisation actuelle de l'expertise en France au §2.5. Avec la création de l'AFSSET dans le cadre du plan santé travail, l'Etat a décidé de s'investir dans un champ jusque là laissé aux partenaires sociaux. Il faut cependant souligner que l'AFSSET est avant tout une agence tête de pont qui a, du moins pour l'instant, vocation à s'appuyer sur d'autres experts pour réaliser ses études. Son rôle est donc, avec l'aide de son comité scientifique indépendant, de s'entourer, pour chacun des problèmes auxquels elle est confrontée, des meilleurs spécialistes du domaine provenant d'autres instituts : INRS, INERIS dans le cadre de REACH, InVS... Cette solution présente l'avantage de ne pas dupliquer les compétences existant au sein d'autres institutions, mais sa mise en œuvre est très complexe. Les experts choisis par l'AFSSET sont censés l'être *intuitu personae*, ce qui doit en théorie garantir l'indépendance des résultats de l'AFSSET vis-à-vis des instituts auxquels appartiennent ces chercheurs ; mais ces instituts voient d'un mauvais œil ces emprunts de personnel de la part de l'AFSSET, comme l'ont laissé apparaître certaines négociations de conventions entre l'AFSSET et les instituts. L'AFSSET est-elle une indispensable interface entre instituts d'expertise et pouvoirs publics qui traduirait les résultats scientifiques en données immédiatement utilisables pour la décision publique ? Ou au contraire un étage supplémentaire ne faisant que rendre le système encore plus complexe ? La jeunesse de l'AFSSET ne permet pas de savoir dans quel sens penchera la balance.

Face à ces opinions divergentes, nous pensons que la solution idéale serait celle d'une agence d'expertise, indépendante à la fois des partenaires sociaux et de l'Etat, mais associant les uns comme les autres au niveau du conseil d'administration. Le modèle de cette agence pourrait être le HSE britannique[88]. Une telle solution mettrait fin à la situation actuelle d'éparpillement des moyens entre l'AFSSET, l'INRS, l'ANACT (pour sa composante expertise), l'InVS,...

Toutefois, une telle solution ne semble pas réalisable à court terme vu les diversités des statuts des différentes agences actuelles. Les risques de désorganisation pendant le processus de fusion et de lourdeur

---

[88] *Health and Safety Executive*, organe public indépendant du gouvernement créé au Royaume-Uni en 1974 et responsable de la santé et la sécurité au sens large.

bureaucratique au sein de la nouvelle structure sont également à prendre en considération. Il ne serait pas de bonne politique de changer le paysage quelques années à peine après la création de l'AFSSET. A court terme, les résultats les plus probants seront obtenus en donnant sa chance à l'AFSSET par un renforcement de la coopération entre cette dernière et les différentes instances d'expertise. Cette coopération renforcée fournira sans doute un jour les bases au rapprochement institutionnel que nous appelons de nos vœux.

EN AVAL : DONNER LES MOYENS ADEQUATS AU CONTROLE

Le code du travail comporte de nombreuses dispositions protectrices de la santé des travailleurs. Le problème principal ne semble pas être la qualité de cette réglementation, mais bien son application. Les statistiques officielles du Ministère de l'Emploi reconnaissent par exemple qu'il n'existe pas de CHSCT dans 27% des entreprises concernées par cette obligation[89]. Le cas du Document Unique (DU) est également édifiant : introduit par un décret de 2001, il doit contenir l'inventaire des risques existant dans l'entreprise et un plan d'action destiné à les prévenir. Même s'il n'existe pas de statistique officielle, il est estimé que le DU serait présent dans seulement 30% des entreprises où il est requis et ne contiendrait quasiment jamais de plan d'action et de suivi des actions menées.

Dans la lignée du plan santé travail, un plan de modernisation et de développement de l'inspection du travail a été initié en mars 2006 par le Ministère du Travail[90]. Ce plan propose trois axes de réforme :

- un ***travail en réseau*** visant à renforcer la coopération des inspecteurs avec les autres entités qui interviennent en entreprise
- une programmation pluriannuelle des contrôles et un renforcement des sanctions administratives pour donner à l'inspection du travail des ***moyens d'action plus dissuasifs***
- un ***investissement humain*** significatif avec la création de 700 postes sur la période 2007-2010.

Au-delà du nécessaire renforcement numérique de l'inspection du travail, les deux premiers axes du plan Larcher sont essentiels et il est souhaitable de les développer encore davantage.

---

[89] Enquête REPONSE 1998, DARES

[90] http://www.travail.gouv.fr/IMG/pdf/DP_Plan_modernisation_inpection_travail_mars06.pdf

Renforcer la coopération

Actuellement, les témoignages que nous avons recueillis dans le cadre de cette étude montrent un fonctionnement très cloisonné entre l'inspection du travail, les services de santé au travail, les CRAM. ***Une véritable coopération renforcée entre ces acteurs serait pourtant source considérable de progrès***. Une meilleure circulation de l'information entre ces institutions pourrait, par exemple, permettre d'utiliser (sous certaines conditions) les informations provenant des visites de l'inspection du travail pour le calcul d'éventuels bonus ou malus par les CRAM (cf. §4.2). L'instauration des cellules régionales pluridisciplinaires dans le cadre du plan santé-travail et du plan de modernisation de l'inspection vise précisément à lutter contre ce cloisonnement en fournissant à l'inspection l'appui des autres acteurs ; il est encore trop tôt pour porter un jugement sur l'efficacité du dispositif.

Inspection du travail et inspection des installations classées

L'exemple de la coopération de l'inspection des installations classées et de l'inspection du travail est intéressant à étudier. Les rapports entre ces deux corps d'inspection sont anciens : avant le transfert aux services des mines de l'inspection des installations classées à la fin des années 60, c'était l'inspection du travail qui était chargé de cette mission. De plus, les DRIRE exercent les missions d'inspecteur du travail pour les mines et carrières ainsi que pour certaines installations de production d'énergie (centrales nucléaires…).

A la suite de la loi risques de 2003, le législateur a choisi de renforcer la collaboration entre l'inspection du travail et l'inspection des installations classées pour la surveillance des sites SEVESO. Cette collaboration renforcée est-elle suffisante ou faut-il prôner un rapprochement institutionnel entre les deux corps? Il a en effet parfois été proposé de confier l'inspection du travail sur les sites à risques (sites SEVESO) à l'inspection des installations classées[91].

Il existe effectivement des synergies entre les missions de l'inspection du travail et celles de l'inspection des installations classées. Le but d'une coopération entre inspection du travail et inspection des installations classées est d'aborder de façon véritablement intégrée les installations classées. Les accidents industriels ont mis en évidence de manière brutale l'évidente continuité entre les enjeux de protection des salariés et ceux liés à la protection de « l'environnement » et des populations avoisinantes.

---

[91] Cette proposition a par exemple été avancée par divers experts pour les établissements SEVESO ; cf. le rapport Turpin à la suite de l'accident de Noyelles-Godault (http://www.annales.org/re/2002/re27/turpin014-021.pdf)

Pour autant, la reprise des missions d'inspections du travail par les DRIRE se heurterait à de nombreux obstacles. Le principal est la double nature des missions de l'inspecteur du travail : à une facette technique (santé et sécurité du travail) s'ajoute un aspect juridique (respect de la réglementation relative au contrat de travail, ...) très important. Or, la réglementation internationale de l'O.I.T. rend difficile la séparation de ces deux types de missions, et les ingénieurs des DRIRE ne possèdent pas complètement les compétences nécessaires pour assumer de manière satisfaisante les missions juridiques de l'inspection du travail.

La coopération renforcée entre les deux services d'inspection paraît donc le meilleur moyen d'offrir les résultats les plus significatifs sur le court terme. Le croisement des méthodes de travail et des outils devrait permettre aux deux corps d'inspection de progresser malgré des cultures très différentes.

En pratique pourtant, cette coopération n'est manifestement pas correctement comprise de tous les inspecteurs sur le terrain. Par ailleurs, focalisée sur les risques accidentels, cette collaboration devrait également s'étendre à d'autres sites que les usines classées SEVESO où des risques « chroniques » existent (ex. installations de traitement de surface, usine fabricant ou manipulant des produits chimiques...).

Développer les sanctions administratives

Les moyens d'action de l'inspection du travail, essentiellement des procès verbaux transmis à la justice pénale, apparaissent aujourd'hui insuffisants. C'est dans le seul cas de danger grave et imminent que l'inspecteur du travail peut disposer de sanctions administratives telles que l'arrêt temporaire des travaux sur un chantier[92]. En dehors de ce cas d'urgence, les inspecteurs du travail semblent démunis face aux industriels qui savent bien que, les moyens de la justice étant limités, les infractions au code du travail sont assez souvent classées sans suite. Il est très difficile de calculer le taux de poursuite, c'est-à-dire le pourcentage d'infractions relevées par des inspecteurs du travail faisant l'objet de poursuites pénales effectives ; on peut toutefois obtenir un ordre de grandeur de ce taux en comparant le nombre des procès-verbaux rédigés par les inspecteurs et le nombre de jugements prononcés. Par exemple, en 2004, 4617 procès-verbaux ont été rédigés pour des infractions de santé et sécurité au travail, mais seulement 514 jugements contre des personnes physiques et 103 contre des personnes

[92] Code du travail, article L231-12 alinéa 1

morales ont été prononcés, dont 413 condamnations de personnes physiques et 82 de personnes morales[93].

Dans ce contexte, ***il apparaît nécessaire de doter l'inspection du travail d'un arsenal de sanctions administratives analogues à celles dont dispose l'inspection des installations classées*** : arrêtés de mise en demeure, de consignation financière, de fermeture de site, … Comme pour les installations classées, la mise en œuvre de ces sanctions ne pourra se faire que sous l'égide d'un responsable hiérarchique, en l'occurrence le directeur régional du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle[94].

Certains pourront souligner que cette proposition conduirait à une perte d'indépendance des inspecteurs du travail. Pour notre part, nous considérons qu'elle renforcerait les pouvoirs des inspecteurs du travail qui resteraient, de toute façon, libres de dresser des procès verbaux (directement adressés au procureur de la République). Le Ministère du travail s'est d'ailleurs engagé dans cette voie avec la mise en place de « l'arrêt chimie »[95] : les inspecteurs et contrôleurs du travail disposent désormais du pouvoir d'ordonner, en matière de risque chimique, l'arrêt d'une activité en cas de dépassement réitéré des valeurs limites d'exposition professionnelle ; plus encore, le plan de modernisation et de développement de l'inspection du travail de mars 2006 prévoit de continuer dans cette direction en renforçant « *les pouvoirs impartis à l'inspection du travail afin d'exiger la cessation immédiate d'activités pour cause de danger* ».

---

[93] Source : Ministère du Travail, *L'inspection du travail en France en 2004*, Rapport au Bureau International du Travail, (http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/064000385/0000.pdf)

[94] La législation internationale de l'O.I.T. (Convention O.I.T. n°81, article 6) impose l'indépendance de l'inspection du travail par rapport au gouvernement et s'oppose à ce que les sanctions prises par l'inspecteur du travail soient soumises à l'aval du Préfet.

[95] Loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 ; Code du travail, art. L. 231-12, alinéas 2, 3 et 4

5 CONCLUSION

Les questions de santé au travail doivent, à l'évidence, continuer de constituer une préoccupation pour les chefs d'entreprises et pour la société toute entière. L'amélioration des conditions de travail dans les entreprises au cours du dernier siècle est une réalité. Cependant, elle s'est accompagnée d'une transformation du travail, et notamment d'un phénomène d'intensification ressentie par les salariés. La conjugaison de ces deux phénomènes conduit aujourd'hui à l'émergence de pathologies (troubles musculo-squelettiques, troubles psycho-sociaux…) qui passaient jusqu'alors inaperçues : c'est ce que nous avons appelé « le problème d'après ». L'enjeu est donc désormais de gérer ce problème d'après.

Nous avons tenté de décrire l'intensification du travail, d'en comprendre les causes et les effets sur la santé au travail. Même s'il est difficile d'apporter des preuves quantitatives d'un phénomène qu'on ne peut mesurer qu'à travers le prisme de la perception du travailleur, nous avons présenté un faisceau d'éléments qui nous poussent à penser que l'intensification du travail est une réalité. De même, plusieurs indices permettent de lier cette intensification à l'introduction de nouvelles organisations du travail. Enfin, les effets de l'intensification du travail sur la santé des travailleurs sont probables, qu'il s'agisse des TMS ou des troubles psycho-sociaux. Quels remèdes peut-on dès lors imaginer face à cette nouvelle donne en matière de santé au travail ? De nouvelles formes d'organisation permettraient-elles d'inverser la tendance ? Des esquisses de solutions existent mais les résultats ne sont pas encore concluants.

Quoi qu'il en soit, la véritable solution réside sans doute dans la prise en compte du « *facteur humain* », notamment dans les grandes entreprises. Alors que les salariés ont besoin d'être reconnus et récompensés, l'expérience montre aujourd'hui que l'évolution du travail conduit trop souvent à négliger cette facette du management. L'ajustement des organisations est sûrement nécessaire pour tenir compte de cet impératif. Mais les solutions organisationnelles ne suffiront pas : la sensibilisation des acteurs, notamment dès leur formation initiale, est indispensable pour que cette dimension humaine ne se réduise pas à des discours sans lendemains mais soit réellement mise en application.

Pour aider les entreprises dans cette difficile mission de sensibilisation et de prévention des nouveaux risques professionnels, de nombreux acteurs se positionnent aujourd'hui dans un paysage de la santé au travail peu cohérent. Cette multiplicité d'acteurs aux compétences parfois redondantes nous est apparue comme un frein à leur action, notamment pour ce qui est des PME/TPE. Ces dernières ont au contraire besoin d'un interlocuteur de

référence à qui elles puissent s'adresser dans le domaine de la prévention et qui servirait d'intermédiaire avec les autres instances. Nous pensons que cet interlocuteur privilégié pourrait naître de l'intégration des services de santé au travail dans les caisses régionales d'assurance maladie. Une telle réforme permettrait de développer la pluridisciplinarité en regroupant les « préventeurs » aujourd'hui dispersés dans différentes structures de petite taille.

Dans un monde idéal, ce service de référence disposerait en amont de l'expertise d'un institut unifié tandis que le contrôle de services d'inspection polyvalents viendrait sanctionner la réussite de son action.

Il est clair qu'il s'agit d'un objectif de long terme qui ne peut être réalisé à brève échéance. Nous pensons cependant que le renforcement à court terme des coopérations entre les différents acteurs à chaque niveau (prévention, expertise, contrôle) préparera la voie aux simplifications organisationnelles que nous appelons de nos vœux.

Reste la question de la répartition des tâches entre Etat et partenaires sociaux pour parvenir à ce résultat. Les organisations patronales et salariales jouent un rôle essentiel dans la prise en compte des questions de santé au travail. Mais, dans ce domaine comme dans d'autres, l'histoire récente peut inciter au scepticisme quant à la possibilité pour le paritarisme d'aboutir à une réforme ambitieuse du monde de la santé au travail. Certains acteurs en appellent dès lors à l'Etat pour qu'il prenne acte de cet essoufflement du paritarisme et reprenne la main, ainsi qu'il a commencé à le faire par le biais du plan santé travail. Entre paritarisme et étatisme, espérons qu'une solution tripartite équilibrée permettra à la société de relever le défi de la santé au travail au XXI^{ème} siècle.

6 ANNEXES

ANNEXE 1 – LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES

AT	: Accident du Travail
ATMP	: Accidents du Travail et Maladies Professionnelles
AFSSET	: Agence Française de Sécurité Sanitaire Environnementale et du Travail
ANACT	: Agence Nationale d'Amélioration des Conditions de Travail
ARACT	: Agence Régionale d'Amélioration des Conditions de Travail
CHSCT	: Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CNAMTS	: Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CRAM	: Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CPAM	: Caisse Primaire d'Assurance Maladie
DARES	: Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques
DGT	: Direction Générale du Travail
DRIRE	: Direction Régionale de l'Industrie, de la Recherche et de l'Environnement
DU	: Document Unique
INRS	: Institut National de Recherche et de Sécurité
InVS	: Institut de Veille Sanitaire
IPRP	: Intervenants en Prévention des Risques Professionnels
MP	: Maladie professionnelle
PME	: Petite ou Moyenne Entreprise
PST	: Plan Santé Travail
RSE	: Responsabilité Sociale de l'Entreprise
SST	: Service de Santé au Travail
TIC	: Technologies de l'Information et de la Communication
TMS	: Trouble Musculo-Squelettique
TPE	: Très Petite Entreprise

ANNEXE 2 – LISTE DES PERSONNALITES RENCONTREES

ADMINISTRATION

Madame Claire Aubin	Inspectrice générale des affaires sociales
Docteur Jeanne-Marie Brié	Médecin inspecteur du travail et de la main-d'œuvre
M. Jean-Denis Combrexelles	Directeur général du travail
Docteur Yves Coquin	Chef du service prévention, programmes de santé et gestion des risques, Direction Générale de la Santé
Dr. Monique Larche-Mochel	Chef de l'inspection médicale du travail et de la main-d'œuvre, Direction générale du travail
Monsieur Laurent Michel	Directeur de la prévention de la pollution et des risques, Ministère de l'Environnement
Monsieur Thierry Michelon	Conseiller technique au cabinet du Ministre du Travail
Monsieur Robert Piccoli	Direction générale du travail
Monsieur Alain Vallet	Secrétaire général des DRIRE, Direction générale des entreprises

PARTENAIRES SOCIAUX

Madame Nathalie Buet	Direction de la protection sociale, MEDEF
Docteur Henri Forest	Secrétaire confédéral en charge des conditions de travail, CFDT
Monsieur Jean-Claude Mallet	Secrétaire confédéral chargé des questions de protection sociale, CGT-FO
Monsieur Jean-François Naton	Conseiller confédéral en charge du travail et de la santé, CGT
Docteur François Pellet	Médecin-conseil, MEDEF - UIMM
Docteur Bernard Salengro	Délégué national du pôle protection sociale, CFE-CGC

ENTREPRISES

Monsieur Jean Chaléat	Responsable des conditions de travail, PSA - Usine de Sochaux
Monsieur Bernard Cura	Délégué santé sécurité, EDF
Madame Mylène Estades	Ergonome, PSA - Usine de Sochaux
Monsieur Jean-Jacques Ferchal	Chef du département conditions de travail, Renault
Monsieur Diego Gaspari	Responsable des relations sociales à l'international, PSA
Monsieur Pierre Guénebaut	Directeur des ressources humaines, PSA - Usine de Sochaux
Monsieur Jean-Michel Kerebel	Directeur central des ressources humaines, Renault
Monsieur Christian Lebrun	Responsable de l'aciérie LME, Belrtrame
Monsieur Alexandre Morais	Responsable de l'ergonomie, PSA
Monsieur Jean Sevagen	Chef du département conditions de travail, PSA
Monsieur François Soulmagnon	Directeur de la formation et des conditions de travail, PSA

SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL

Docteur Nicolas Brosset	Médecin du travail, coordinateur des services médicaux, PSA
Monsieur Daniel Cappelle	Président de l'ASTAV (SST interentreprises)
Monsieur Jean-Alain Castang	Médecin du travail, PSA - Usine de Sochaux
Docteur Jean-Pierre Gagnard	Médecin du travail, Amediclen (SST interentreprises)
Docteur Fabienne Legait	Médecin du travail, Amediclen (SST interentreprises)
Docteur Margaret Moreau	Médecin du travail, PSA - Usine de Sochaux

PREVENTION

Monsieur Jack Bernon	Responsable du département santé au travail, ANACT
Monsieur Gilles Evrard	Directeur des risques professionnels, CNAM
Monsieur Pascal Jacquetin	Responsable du département de la prévention, Direction des risques professionnels, CNAM
Monsieur Henri Rouilleault	Directeur général, ANACT

EXPERTISE

Monsieur Jean-Claude André	Directeur scientifique, INRS
Monsieur Michel Berthet	Responsable du département homme au travail, INRS
Monsieur Yves-Bernard Fogel	Rédacteur en chef de la revue *Travail & Sécurité*
Madame Ellen Imbernon	Responsable du département de santé au travail, InVS
Monsieur Philippe Jandrot	Directeur délégué aux applications, INRS
Professeur Gérard Lasfargues	Chef du département expertises en santé environnement travail, AFSSET
Monsieur Christian Trontin	Economiste, INRS

RECHERCHE UNIVERSITAIRE

Monsieur Philippe Askenazy	Chargé de recherches, CNRS - PSE
Professeur Christophe Dejours	Directeur du laboratoire de psychologie du travail, CNAM
Professeur Paul Frimat	Responsable pédagogique de la discipline médecine et santé au travail, Faculté de médecine de Lille
Monsieur Nicolas Hatzfeld	Maître de conférences, Université d'Evry
Monsieur Frédéric Kletz	Enseignant chercheur, CGS - Ecole des Mines de Paris

Mme Laurence Montcharmont	Enseignant chercheur, GREE - Université Nancy 2
Monsieur Jean-Claude Sardas	Enseignant chercheur, CGS - Ecole des Mines de Paris
M. Claude-Emmanuel Triomphe	Délégué général, Université européenne du travail

ANNEXE 3 – QUESTIONNAIRE ENVOYE AUX GRANDES ECOLES

Questionnaire - Etude sur la « santé au travail »

A renvoyer à Ecole des Mines de Paris
Stéphane NOEL - Formation CTE
60, boulevard Saint-Michel
75272 PARIS Cedex 06

Contact : stephane.noel@mines.org
06.64.95.08.49

1- Les élèves acquièrent-ils des notions de **management** durant leur scolarité ?

Oui ☐ Non ☐

2- Les élèves acquièrent-ils des notions de **prévention des risques** durant leur scolarité ?

Oui ☐ Non ☐

3- Les élèves sont-ils sensibilisés aux questions de **santé au travail** durant leur scolarité ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui :

3-1- Dans le cadre de quel cours la santé au travail est-elle évoquée ?

3-2- Combien d'heures de cours sont-elles consacrées à ce thème ?

3-3- Quelles sont les principales notions abordées durant cet enseignement ?

Dans tous les cas :

3-5- Envisagez-vous d'introduire, de compléter ou de renforcer cet enseignement ?

Oui ☐ Non ☐

Pour quelles raisons :

4- Les élèves sont-ils sensibilisés aux problématiques des **troubles psychosociaux (stress, burn-out, suicides)** durant leur scolarité ?

Oui ☐ Non ☐

5- La mise en place de **nouvelles organisations de travail** (systèmes d'assurance de la qualité, démarches de juste-à-temps, …) peut conduire à un accroissement de la pression sur les salariés et, par là, à une **possible dégradation des conditions de travail**. Les élèves que vous formez sont-ils sensibilisés à ces questions ?

Oui ☐ Non ☐

En cas de réponse positive à la question 4 ou 5 :

6-1- Sous quelle forme les élèves ont-ils pu aborder ces questions ?

Dans tous les cas :

6-2- Envisagez-vous d'introduire ou de renforcer la prise en compte de ces thématiques dans votre enseignement ?

Oui ☐ Non ☐

Pour quelles raisons :