

# SANTÉ TRAVAIL

## QUELLES ORIENTATIONS POUR 2012 ?



**MAISON DE LA CHIMIE**  
**MARDI 11 OCTOBRE 2011**

**ORGANISÉES ET PRÉSIDÉES PAR**

**Gérard BAPT**

Député de la Haute-Garonne  
Président du Groupe d'études  
Santé environnementale

**Guy LEFRAND**

Député de l'Eure  
Rapporteur de la proposition de loi relative  
à l'organisation de la médecine du travail

**Francis VERCAMER**

Député du Nord  
Membre de la Mission  
d'information sur les risques  
psychosociaux

**PARTENAIRE SCIENTIFIQUE**



**SOUS LE  
HAUT PATRONAGE DE**

**Xavier BERTRAND**

Ministre du Travail,  
de l'Emploi et de la Santé

## *Remerciements*

---

Gérard Bapt, Guy Lefrand et Francis Vercamer remercient Xavier Bertrand, ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé pour avoir bien voulu placer cette manifestation sous son haut patronage, Jean-Denis Combrexelle, directeur général du Travail et Marc Mortureux, directeur général de l'Anses pour en avoir ouvert les travaux, Philippe Boulland, député européen pour avoir présidé la table ronde de l'après-midi, leur collègue, Alain Vidalies, député des Landes, ainsi que l'ensemble des intervenants qui par leur expertise et leur contribution aux débats ont concouru au succès de ces Rencontres.

Leurs remerciements vont également au partenaire scientifique qui a permis l'organisation de cette journée :

Anses

<b>OUVERTURE DES RENCONTRES</b>	<b>1</b>
Guy LEFRAND Député de l'Eure, rapporteur de la proposition de loi relative à l'organisation de la médecine du travail	
<b>OUVERTURE DES TRAVAUX</b>	<b>2</b>
Jean-Denis COMBEXELLE Directeur général du Travail, ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé	
Marc MORTUREUX Directeur général, Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses)	<b>4</b>
<b>SESSION I</b>	<b>6</b>
<b>RÉFORMES DE LA SANTÉ AU TRAVAIL : ÉVOLUTION ET ÉVALUATION DES POLITIQUES PUBLIQUES</b>	
<i>Introduction</i>	<b>7</b>
Guy LEFRAND Député de l'Eure, rapporteur de la proposition de loi relative à l'organisation de la médecine du travail	
<i>Les points clés de la loi du 20 juillet 2011</i>	<b>8</b>
Martial BRUN Directeur, Centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise (CISME)	
<i>Quelles évolutions souhaitées par la loi concernant les projets de priorités contractualisés au niveau régional ?</i>	<b>10</b>
Bernard GAÏSSET Directeur général, Association interprofessionnelle des centres médicaux et sociaux de santé au travail de la région Île-de-France (ACMS)	
<i>Les implications de la réforme</i>	<b>11</b>
Paul FRIMAT Professeur à l'Université Lille 2, praticien hospitalier au CHRU de Lille	
<i>Retour d'expérience d'une formation interprofessionnelle continue en santé au travail</i>	<b>13</b>
Michel DAIGNE Professeur d'ingénierie de la Santé, École Centrale Paris	
<i>Point sur la réforme. Importance d'une souplesse réglementaire pour les équipes pluridisciplinaires</i>	<b>15</b>
Pierre THILLAUD Membre de la Commission sociale, Confédération générale des petites et moyennes entreprises (CGPME)	
<i>Les risques psychosociaux au travail et les indicateurs de risque</i>	<b>17</b>
Michel GOLLAC Directeur du Laboratoire de sociologie quantitative, Centre de recherche en économie et statistique (CREST)	

<i>Deuxième Plan santé au travail : quelles évolutions ?</i>	19
Alain VIDALIES Député des Landes	
<b>DÉBATS</b>	<b>21</b>
<b>SESSION II</b>	<b>24</b>
<b>NOUVEAUX DISPOSITIFS ET NOUVEAUX SAVOIRS : QUELLE ORGANISATION FACE AUX EXPOSITIONS ÉMERGENTES ?</b>	
<i>Introduction</i>	25
Gérard BAPT Député de la Haute-Garonne, président du Groupe d'études Santé environnementale	
<i>Quels disciplines et types de connaissances sont mobilisés dans la reconnaissance des risques professionnels ?</i>	26
Jean-Noël JOUZEL Chargé de recherche CNRS, Centre de sociologie des organisations	
<i>Ouverture des réseaux nationaux et internationaux. Les nanomatériaux et les perturbateurs endocriniens</i>	29
Gérard LASFARGUES Directeur général adjoint scientifique, Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses)	
<i>Comment passer de la recherche appliquée aux solutions de prévention pour les salariés des entreprises ?</i>	31
Stéphane PIMBERT Directeur général, Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS)	
<i>Troubles musculo-squelettiques, risques psychosociaux, amélioration des conditions de travail. Que peut apporter l'Anact ?</i>	33
Jack BERNON Responsable du Département santé au travail, Agence national pour l'amélioration des conditions de travail (Anact)	
<i>Évaluation de l'impact des produits phytopharmaceutiques sur la santé et l'environnement</i>	35
Jean-Charles BOCQUET Directeur général, Union des industries de la protection des plantes (UIPP)	
<i>La recherche et l'expertise à l'Ifsttar en matière de santé au travail et de prévention. Exemple d'un risque particulier : le risque routier</i>	37
Bernard LAUMON, Chargé d'animation d'axe Transport et Santé, Institut français des sciences et technologies des transports, de l'aménagement et des réseaux (Ifsttar)	
<i>Quels outils pour la surveillance épidémiologique des risques émergents ?</i>	39
Ellen IMBERNON Directrice du Département santé au travail, Institut de veille sanitaire (InVS)	
<b>DÉBATS</b>	<b>41</b>

<b>SESSION III</b>	<b>42</b>
VERS UNE POLITIQUE ACTIVE DE PRÉVENTION ET DE RECONNAISSANCE DES RISQUES PROFESSIONNELS ?	
<i>Introduction</i>	43
Philippe BOULLAND Député Européen	
<i>La politique de la branche AT/MP. Économie de la réforme de la tarification AT/MP</i>	44
Franck GAMBELLI Président de la Commission accidents du travail-maladies professionnelles, Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)	
<i>Actions menées par l'OPPBTP pour améliorer la prévention des maladies professionnelles</i>	46
Paul DUPHIL Secrétaire général, Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics (OPPBTP)	
<i>Bilan des actions mises en place ; adaptation des outils existants</i>	48
Daniel BOGUET* Représentant de l'Union professionnelle artisanale (UPA) à la Commission accidents du travail- maladies professionnelles de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés	
<i>Rôle des associations d'aide aux victimes pour faciliter la reconnaissance des pathologies en maladie professionnelle</i>	49
François DESRIAUX Rédacteur en chef du magazine « Santé & Travail », ancien président de l'Association nationale de défense des victimes de l'amiante	
<i>Projet de services interentreprises, quelles règles pour la Commission médico-technique ?</i>	53
Agnès GUYARD Médecin du travail, Confédération française de l'encadrement et Confédération générale des cadres (CFE-CGC)	
<b>DÉBATS</b>	<b>55</b>
<b>CLÔTURE DES RENCONTRES</b>	<b>59</b>
Philippe BOULLAND Député européen	

## Guy LEFRAND

Député de l'Eure

Rapporteur de la proposition de loi relative à l'organisation de la médecine du travail



*Député de l'Eure, rapporteur de la proposition de loi relative à l'organisation de la médecine du travail, Guy LEFRAND est également secrétaire national chargé des professions médicales à l'UMP, membre de la Commission des affaires sociales et président du Groupe d'études Télémédecine de l'Assemblée nationale. Adjoint au maire d'Évreux de 2001 à 2008, il a travaillé au cabinet de la présidence de l'Assemblée nationale pendant 3 ans. Docteur en médecine, Guy LEFRAND a fondé et dirigé le service d'accueil des urgences à la clinique Bergouignan d'Évreux de 1994 à 2002.*

Bonjour, mesdames et messieurs. Je tiens à vous remercier de votre présence à ces Rencontres parlementaires sur la Santé au travail, organisées de façon consensuelle grâce à la coopération de Gérard Bapt et de Francis Vercamer, à la suite de la loi de réforme de la santé au travail. Je tiens à remercier également l'Anses ainsi que Jean-Denis Combrexelle, le directeur général du Travail, pour sa participation active à cet événement.

Rappelons tout d'abord que la nouvelle loi votée en juillet 2011 prévoit la reconnaissance des équipes pluridisciplinaires et la définition de leur mission. Les nombreuses discussions qui se sont déroulées au sein du Parlement ont porté notamment sur le rôle du médecin du travail au sein de ces équipes. L'autre sujet dominant de ces Rencontres réside dans la notion de contractualisation au niveau régional : elle constitue en effet un pivot important de cette réforme en ce qu'elle permet la création de projets pluri-annuels fédérateurs entre les services de santé au travail, les Directions régionales de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRRECTE), les Caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) et les Agences régionales de santé (ARS), car santé et travail doivent naturellement être associés, sans oublier les partenaires sociaux. Cette contractualisation régionale doit être menée dans le cadre des grandes orientations nationales (le COCT, Conseil d'orientation sur les conditions de travail) et sera la synthèse des niveaux local et national. Les nombreuses réunions que j'ai organisées en région ont démontré que ces différents niveaux (local, départemental) regorgeaient d'idées et de propositions. Nous avons réalisé à cette occasion que les DIRRECTE fermaient trop souvent les yeux sur certaines situations irrégulières, ce qui nous a incité à assurer un cadre légal aux actions concernées.

Cette politique doit favoriser la flexibilité et la fluidité afin que des projets de services émergent du terrain de façon simple ; nous avons un grand besoin de briser le cadre rigide dans lequel travaillaient les médecins du travail et les professionnels afin que les idées, les projets et les envies puissent se décliner. Nous aurons enfin l'occasion de réfléchir aux notions d'agrément et de certification, qui –pourquoi pas ?– pourraient remplacer un jour l'agrément.

Avant de céder la parole à Jean-Denis Combrexelle, je tiens à vous informer de l'absence de certains partenaires sociaux qui ont préféré participer à la grève de ce jour ; nous respectons ce choix tout en le regrettant.

## Jean-Denis COMBREXELLE

Directeur général du Travail, ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé



*Directeur général du Travail depuis août 2006, Jean-Denis COMBREXELLE est en charge des questions liées à la réforme du marché du travail ainsi que du suivi du dialogue social et de la négociation collective. Directeur des Relations du travail de janvier 2001 à août 2006, il a exercé entre 1995 et 2001 les fonctions de directeur adjoint des Affaires civiles et du Sceau au ministère de la Justice, de rapporteur général de la Commission pour les simplifications administratives au Secrétariat général du Gouvernement et de commissaire du Gouvernement devant les formations contentieuses du Conseil d'état. Jean-Denis COMBREXELLE a débuté sa carrière en 1978 en tant qu'attaché d'administration centrale au ministère de l'Industrie.*

La période est un peu paradoxale, car nous parlons beaucoup de santé au travail, mais moins de politique de santé au travail. Nous remercions les organisateurs de ces Rencontres de replacer cette question dans la perspective des politiques à mener. Nous parlons ici de cancers professionnels, de troubles musculo-squelettiques, de risques psychosociaux et d'accidents du travail, qui ne constituent pas des fatalités. Il s'agit d'un champ ouvert à l'action et aux politiques publiques, mais aussi à celles des entreprises et à la négociation entre les partenaires sociaux.

La première question qui se pose est celle de la mesure et de l'évaluation des politiques publiques. Dans les années 1950, l'État a pesé de tout son poids dans des plans de santé publique, par le biais des réformes de la médecine du travail notamment. Ces dispositifs sont-ils suffisants face aux risques traditionnels et émergents ? Ce sera l'objet de cette première session.

Si la promulgation de la loi marque la fin de la phase législative, cette réforme n'est pas pour autant achevée. Une grande partie de celle-ci résultera des dispositions réglementaires prises en application de la loi. Le ministère du Travail et la Direction générale du travail organisent des réunions bilatérales avec les parties prenantes afin d'explorer les différentes pistes de réglementation de cette loi. Il s'agit de mettre en place une concertation dans des délais suffisants pour que l'application de ces textes intervienne avant la fin de l'année ou au début de l'année prochaine. Il va de soi que ces textes réglementaires s'inscriront pleinement dans l'esprit de la réforme votée, c'est-à-dire dans l'objectif de donner toute sa place à la médecine du travail et d'ouvrir la santé au travail à la multidisciplinarité. Le rôle central de la médecine du travail exprimé par la loi doit être consacré dans les textes réglementaires.

La deuxième question que nous étudierons n'est pas propre à la santé au travail, mais prend une importance particulière ici : il s'agit de la connaissance, de l'évaluation et de l'expertise. Ces conditions à toute action efficace, seront abordées par Marc Mortureux, directeur général de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses). Je pense que notre réflexion collective doit s'appuyer sur cette question d'évaluation et d'expertise en termes d'outils à mettre en œuvre et quant au rôle des agences et des pouvoirs publics. Ce champ important devra être approfondi grâce à des échanges entre les instances concernées. Cette deuxième session sera présidée par Gérard Bapt.

Enfin, tout ceci n'a de sens que si nous débouchons sur une politique de prévention, gage de progrès social et de compétitivité des entreprises. La particularité de la santé au travail tient au fait que, si la prévention est assurée correctement et que la réflexion est suffisante, l'intérêt dégagé s'avère commun à ces deux causes : le progrès social et la compétitivité des entreprises. L'exemple le plus caractéristique concerne les actions en matière de troubles musculo-squelettiques. Une réflexion reste à mener en matière de politiques de prévention de la part des pouvoirs publics et surtout des entreprises. À défaut, la question de la réparation s'avère centrale. Cela sera le sujet de la troisième session.

Au centre de cette problématique, nous retrouvons le thème de la pénibilité, qui a pris une importance particulière à l'occasion de la réforme des retraites.

Je souhaite enfin préciser que l'ensemble des intervenants ne sont pas uniquement de fins connaisseurs du sujet, mais sont tous des acteurs de la santé au travail, de la prévention ou de la réparation. Les réflexions réalisées ici ne sont pas uniquement théoriques, mais se nourrissent des responsabilités des différents orateurs. Cette journée s'avère donc importante pour l'ensemble du domaine de la Santé au travail.



## Marc MORTUREUX

Directeur général, Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses)



*Directeur général de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) depuis sa création en juillet 2010, Marc MORTUREUX était précédemment directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa) de 2009 à 2010. Il était auparavant directeur de cabinet du secrétaire d'état à la Consommation et à l'Industrie de 2008 à 2009 après avoir été directeur général adjoint chargé des Ressources de l'Institut Pasteur de 2005 à 2008. Directeur général du Laboratoire national d'essais (devenu Laboratoire national de métrologie et d'essais) de 1999 à 2005, il a également été directeur de la Recherche et du Développement de la Compagnie générale de géophysique de 1995 à 1998, délégué interministériel aux normes de 1993 à 1994 et secrétaire général adjoint d'Airparif de 1986 à 1989. Marc MORTUREUX est ingénieur des mines et diplômé de l'école Polytechnique de Paris.*

La salle comble à laquelle je fais face montre que le sujet qui nous réunit aujourd'hui est mobilisateur. Il s'agit de l'un des axes majeurs de l'Anses, organisme qui a tout juste un an et qui prend en compte l'homme à la fois dans son milieu professionnel, en tant que consommateur et en tant que citoyen. Les inquiétudes qui s'exprimèrent lors de sa création ne sont plus d'actualité aujourd'hui comme en attestent les conclusions des réunions menées avec les partenaires sociaux et les parties prenantes. Ces échanges mettent au contraire en évidence un véritable enrichissement de notre programme en santé au travail ainsi que la nécessité de prendre en compte l'ensemble des sources d'exposition auxquelles l'homme est soumis au cours de sa vie quotidienne, notamment sur les sujets émergents que sont les nanotechnologies et les perturbateurs endocriniens.

Parmi nos outils, figure le réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (le RNV3P), animé par l'Anses et dont le rapport scientifique vient d'être publié. Ce réseau retrace l'évolution de près de 120 000 problèmes de santé au travail enregistrés depuis 10 ans dans les centres de consultation des pathologies professionnelles dont environ 50 000 sont considérées par les experts comme étant dues probablement au travail. Les pathologies les plus fréquemment signalées sont d'ordre respiratoire (24 % des cas), mental ou comportemental (22 %), cutané (17 %) ou relèvent de maladies ostéoarticulaires, de tumeurs ou de pathologies liées à l'audition. Pour les hommes, les pathologies les plus fréquemment signalées sont les tumeurs, les maladies de l'oreille et les maladies respiratoires. Pour les femmes, les pathologies psychiques, cutanées et les Troubles musculo-squelettiques (TMS) ressortent plus fréquemment. Les évolutions importantes au cours de ces dix dernières années concernent clairement les risques psychosociaux dont la progression est constante chez les deux sexes.

L'Anses inscrit son action notamment dans le cadre du plan Santé au travail et vise, avec ses nombreux partenaires, le pilotage de l'amélioration des connaissances en ce domaine. Les deux principaux leviers à sa disposition résident dans l'expertise et la recherche. Nous pilotons actuellement un Programme national de recherche en environnement santé-travail (PNREST) qui vise à promouvoir la recherche en cette matière. Il soutient la production de connaissances en appui des politiques publiques de sécurité sanitaire, de l'environnement et du travail, et contribue à leur diffusion auprès des différentes parties prenantes. Ce programme est financé par les fonds confiés à l'Anses par les ministères chargés du Travail et de l'Environnement, ainsi que par des partenaires scientifiques pour un montant proche de 6 millions d'euros par an.

Entre 2006 et 2010, 190 projets ont été soutenus dans ce cadre, dont 80 dans le champ santé-travail. L'appel à projets 2011 a rencontré un important succès, avec 110 lettres d'intention retenues. Les sujets

comme les cancers professionnels, l'évaluation des dangers des expositions aux nanomatériaux, les perturbateurs endocriniens, les pesticides, les TMS, les risques microbiologiques et les risques organisationnels. Les résultats de ces travaux sont présentés et discutés deux fois par an lors de rencontres scientifiques.

Les grands travaux d'expertise de l'Agence sont orientés autour de différents axes, tels que les risques liés à l'exercice des métiers spécifiques (travailleurs du bitume, égoutiers, travail de nuit) en réponse à des demandes des pouvoirs publics et des partenaires sociaux. Parmi les sujets prioritaires de notre programme de travail sont à relever :

- l'évaluation des risques des travailleurs agricoles liés aux expositions aux produits phytosanitaires ;
- les risques émergents : nanomatériaux, perturbateurs endocriniens. L'Agence a d'ailleurs publié récemment un rapport important sur le bisphénol A et poursuit son travail sur d'autres substances comme les phtalates ;
- les agents chimiques, avec l'établissement de valeurs limites d'exposition professionnelle, la mise en place de valeurs limites biologiques ou la substitution des agents CMR.

Dans le cadre de Reach, l'Agence propose les priorités en matière d'évaluation, d'autorisation, de restriction et de classification de substances chimiques prioritaires.

Je me félicite de la nouvelle visibilité dont jouit la santé au travail et je vous assure de notre engagement à tenir les quatre valeurs clés de l'Agence que sont la compétence scientifique, l'indépendance, la transparence et l'ouverture aux parties prenantes au service de la protection des travailleurs et de la prévention des risques professionnels.

***Guy Lefrand***

Je vous remercie de votre présence qui montre l'implication des services de l'État dans cette problématique majeure dont l'Assemblée nationale a fréquemment discuté.

**Session I**

**Réformes de la santé au travail : évolution et évaluation  
des politiques publiques**

---

**Président**

**Guy LEFRAND**

Député de l'Eure, rapporteur de la proposition de loi relative à l'organisation de la médecine du travail

**Intervenants**

**Martial BRUN**

Directeur, Centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise (CISME)

**Michel DAIGNE**

Professeur d'ingénierie de la Santé, École Centrale Paris

**Paul FRIMAT**

Professeur à l'Université Lille 2, praticien hospitalier au CHRU de Lille

**Bernard GAÏSSET**

Directeur général, Association interprofessionnelle des centres médicaux et sociaux de santé au travail de la région Île-de-France (ACMS)

**Michel GOLLAC**

Directeur du Laboratoire de sociologie quantitative, Centre de recherche en économie et statistique (CREST)

**Pierre THILLAUD**

Membre de la Commission sociale, Confédération générale des petites et moyennes entreprises (CGPME)

**Alain VIDALIES**

Député des Landes

### **Guy LEFRAND**

Député de l'Eure

Rapporteur de la proposition de loi relative à l'organisation de la médecine du travail

Le thème de cette première table ronde –l'évolution et l'évaluation des politiques publiques– est un sujet majeur de cette réunion, eu égard notamment au fait que les réformes doivent être évaluées et suivies, comme l'ont réclamé de nombreux acteurs de ce secteur. Comment mettre en place cette évolution ? Comment permettre aux initiatives locales de se développer, comment les évaluer pour les généraliser ?

Je donne la parole à Martial Brun, directeur du Centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise (CISME). À ce poste, vous avez beaucoup participé à l'élaboration de cette loi. Quel est votre sentiment à propos des points clés de la loi du 20 juillet 2011 qui réorganise la médecine du travail et la santé au travail en général. Comment vivez-vous cette évolution sur le terrain, quelles sont les conditions de ce changement et quels en sont les freins ?

### Martial BRUN

Directeur, Centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise (CISME)



*Directeur du Centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise (CISME), Martial BRUN a intégré le CISME en tant qu'adjoint au délégué général après avoir été directeur adjoint d'un Service de santé au travail. Diplômé d'une école de Gestion et de Commerce, il a également été responsable du Développement d'un organisme de formation.*

Cette réforme était très attendue. La collectivité nationale s'est manifestée en faveur d'un changement dans le champ de la santé au travail, au niveau des parlementaires, des partenaires sociaux et de la profession elle-même. Une conscience aiguë s'est fait jour du décalage qui s'est progressivement installé entre les prescriptions du Code du travail, par ailleurs devenues bien souvent impossibles à respecter, et les besoins de plus en plus importants en termes de prévention des risques professionnels – la pénibilité illustre ce point. Après les entreprises et les salariés, les services de santé au travail –interentreprises pour ce qui nous concerne–, avec leurs 15 000 collaborateurs, sont les premiers impactés par cette réforme. La loi qui vient d'être votée est une grande opportunité pour notre secteur. Le CISME a longtemps alerté sur ce que nous avons appelé la « formalité impossible », qui rejoignait par ailleurs ce qu'avaient pointé plusieurs rapports importants tels celui du Conseil économique, social et environnemental ou de l'Inspection générale des affaires sociales et qui concluaient tous à une nécessaire évolution.

Aujourd'hui, nous pouvons enfin parler d'une « nouvelle prévention possible » grâce à cette loi. Quelle en est l'ambition ? Les adhérents des services de santé au travail interentreprises emploient 10 salariés en moyenne. 80 % d'entre eux sont des TPE. Il s'agit de proposer à la fois une aide à l'évaluation des risques à 1,5 million d'établissements et un suivi individuel de santé à quelque 15 millions de salariés. Je dois désormais dire 17 millions, car la loi prévoit également de nouvelles dispositions à destination des aidants à domicile, qui ne bénéficiaient jusqu'à présent d'aucun suivi individuel. Cette ambition est rendue possible par les différents thèmes évoqués.

Nous avons désormais une mission collective détaillée. Légalement, les médecins du travail avaient seuls la mission d'éviter l'altération de la santé au travail. Dorénavant, elle est confiée au service de santé au travail à titre collectif et ses déclinaisons ont été précisées. Par ailleurs, l'équipe pluridisciplinaire, autre point fondamental, permet de démultiplier l'action de terrain auprès des salariés. Le médecin joue un rôle clé au cœur de cette équipe, notamment parce qu'il est le seul capable de faire la synthèse entre l'état de santé et le poste de travail. La loi a consacré de nouveau cette spécificité de notre système français.

Le recours généralisé et obligatoire à la médecine du travail est né par une loi du 11 octobre 1946. Ce système est apparu dans les conditions sanitaires et d'emploi de l'époque. Il y avait évidemment un besoin d'adaptation aux réalités d'aujourd'hui, permise par cette loi.

Un autre point fondamental réside dans le projet de service et la contractualisation : la capacité de réfléchir aux actions de prévention des risques professionnels d'une manière concertée. D'abord dans le service de santé au travail au travers de la Commission médico-technique qui donne l'opportunité aux médecins du travail et aux intervenants en prévention des risques professionnels d'être écoutés concernant les priorités d'actions à privilégier. L'équipe de santé au travail sera ainsi questionnée sur son analyse du besoin. Cette analyse sera prise en compte puis validée par le Conseil d'administration sous

la forme d'un projet de service. Une contractualisation avec les représentations de l'État et de l'Assurance maladie –la DIRRECTE et la CARSAT– verra le jour. Il fallait clarifier la commande faite aux services de santé au travail. Ces dernières années, les demandes multiples des CARSAT, de l'Administration, des branches professionnelles ont été difficiles à prendre en compte. La contractualisation permet de synthétiser la commande de la collectivité faite aux services de santé au travail, de la rendre lisible aux acteurs, aux partenaires sociaux et aux Agences régionales de santé. Cette réforme présente donc également une occasion favorable pour les acteurs de santé au travail eux-mêmes.

Malheureusement, l'évaluation s'est limitée pendant 65 ans au contrôle des visites médicales et plus récemment, en 2004, au recensement des demi-journées en milieu de travail réalisé par le médecin. Fixer des objectifs lisibles pour le service et les acteurs régionaux constitue l'occasion d'évaluer et de reconnaître les acteurs. Un travail remarquable est réalisé au fil des ans par 15 000 collaborateurs au quotidien, en termes de maintien dans l'emploi et de prévention des risques professionnels. Ce travail important n'a pas été évalué. Cette visibilité donnée par le contrat de service permettra de reconnaître le travail des acteurs sur le terrain.

J'ai fait l'impasse comme vous, monsieur le député, sur les thèmes de la gouvernance et l'indépendance des médecins du travail qui ont pourtant occupé une bonne part du débat parlementaire lors de cette réforme. Je ne néglige pas ces points, mais ce sont, à mon sens, les missions attribuées au Service dans son ensemble, le développement des équipes pluridisciplinaires dont l'action sera notamment inscrite dans un projet de service faisant l'objet d'une contractualisation qui détermineront plus sensiblement une autre réalité à la prévention des risques professionnels et à l'aide apportée à cette tâche par les services de santé au travail. La prévention doit pénétrer l'entreprise. Cette mission demande une application du dispositif à l'ensemble du tissu économique. Les services de santé au travail couvrent la totalité du territoire national. Ils se situent au plus près des très petites entreprises (TPE). Notre réseau est en effet très maillé sur le territoire et donc bien placé pour aider l'entreprise et faire progresser la prévention.

Il s'agit maintenant de transformer l'essai. La loi ouvre certes le champ du possible, mais demande une réglementation qui conforte la souplesse qu'elle a prévue notamment par l'adaptation aux réalités locales. Ce dernier thème a suscité un grand débat. Force est de constater que les besoins des divers bassins d'emploi diffèrent en matière de santé au travail. Les ressources, notamment médicales, s'avèrent également différentes. Cette possibilité offerte par le contrat d'adaptation aux besoins et aux ressources se révèle fondamentale. Elle devrait permettre de transformer l'essai pour 17 millions de salariés et 1,5 million d'établissements. C'est notre vœu et cela représente un grand défi pour les services de santé au travail et une réorganisation accélérée par la démographie médicale qui connaîtra ses effets les plus significatifs dans les cinq prochaines années. Nous pourrions ici être à la hauteur des possibilités offertes par la loi.

### **Guy Lefrand**

Bernard Gaïssset, vous représentez de nombreux salariés dotés d'une protection. Que pourriez-vous demander au directeur général du Travail et aux conseillers du ministre à la suite de cette loi sur ces projets de priorités contractualisés au niveau régional ?

## **Quelles évolutions souhaitées par la loi concernant les projets de priorités contractualisés au niveau régional ?**

### **Bernard GAÏSSET**

Directeur général, Association interprofessionnelle des centres médicaux et sociaux de santé au travail de la région Île-de-France (ACMS)



*Directeur général de l'Association interprofessionnelle des centres médicaux et sociaux de la région Île-de-France, première association interprofessionnelle française de santé au travail, Bernard GAÏSSET a été directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation de Haute-Normandie de 1996 à 2000. Directeur délégué du groupe CLININVEST, filiale de la Compagnie de Suez – Lyonnaise des Eaux, de 1992 à 1996, il a travaillé au sein du groupe Générale des Eaux de 1982 à 1991. Diplômé de l'école des Hautes études commerciales (HEC), Bernard GAÏSSET a débuté sa carrière à la Société centrale pour l'équipement du territoire.*

Les conclusions du Congrès d'Istanbul fondées sur des études menées au sein de quinze pays ont montré que la prévention bénéficie aux salariés, qu'elle est un facteur de compétitivité pour l'entreprise et qu'elle constitue un moyen de préservation de nos systèmes de protection sociale. Notre système de santé, bien que protecteur, est très coûteux et la professionnalisation de la prévention est à la fois un enjeu majeur et une responsabilité. Comment passer d'un système réglementaire pur à un mix entre un suivi réglementaire systématique et des priorités contractualisées ?

Nous souhaitons donner à l'activité une part et une capacité de contractualisation, ce qui implique des libertés et des responsabilités conférées aux acteurs, avec la définition d'indicateurs à des fins d'évaluation. Cela implique de mener une réflexion sur la planification. En France, les plans sont très nombreux et la capacité de l'État de fixer des orientations est freinée par la difficulté de traduction fine de ces plans au niveau local. C'est la raison pour laquelle nous avons mis en place une stratégie avec le diagnostic territorial permettant aux services, à partir de systèmes d'information, d'adapter l'allocation des ressources, comme c'est le cas dans le système hospitalier. Le travail mené actuellement sur les thésaurus communs permettra de suivre les parcours professionnels grâce à une harmonisation des indicateurs de suivi des critères de risque, de pathologie ou de prévention.

La professionnalisation de la prévention nécessite de définir ce qui relève d'un suivi réglementaire systématique, comme la prévention de la pénibilité (précisée par le texte). En matière de priorités contractualisées, deux éléments émergent : la contribution aux politiques régionales de santé (qui doit être repositionnée sur des vrais enjeux) et les réponses aux besoins des bassins d'emploi issues des systèmes d'information construites par les professionnels.

En conclusion, je tiens à vous rappeler que, en l'absence de projet, toute action n'est qu'une réaction ; à l'inverse, l'existence d'un projet permet d'orienter l'action, de lui donner un sens et de la conjuguer avec les autres services et acteurs de l'environnement. De cette manière, la politique menée est cohérente avec la volonté des entreprises, des partenaires sociaux et des salariés, au sein d'un territoire défini.

### **Guy Lefrand**

Après cette vision du terrain, Paul Frimat va nous expliquer comment il considère les implications de la réforme sur la santé au travail sur la mise en place des programmes de santé au sein des entreprises et les implications sur la recherche. Comment mettre en place ces nouvelles filières de formation, comment organiser une formation santé-travail dans le processus LMD ? Comment soutenir ces équipes de recherche ?

### Paul FRIMAT

Professeur à l'Université Lille 2  
Praticien hospitalier au CHRU de Lille



*Chef du service de médecine du travail et pathologie professionnelle au CHRU de Lille depuis 2002, Paul FRIMAT est également Professeur des universités-Praticien hospitalier en médecine et santé au travail à l'Université de Lille II. Il est président de la sous-section Médecine et Santé-Travail au Conseil national des universités et président de l'Institut de santé au travail du nord de la France. Président du Conseil scientifique de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) depuis septembre 2010, Paul FRIMAT est également vice-président chargé des affaires transversales de l'Université de Lille II depuis 2005 ainsi que du Comité d'orientation de l'Association régionale de l'amélioration des conditions de travail Nord-Pas-de-Calais. Président du Conseil scientifique de l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (Afsset) de 2006 à 2010, Paul FRIMAT a, par ailleurs, été chargé par les ministères de réaliser différents rapports sur l'évaluation de la médecine du travail.*

Je vous propose d'aborder quatre thèmes : les programmes de santé, les équipes pluridisciplinaires, les enjeux de formation et les enjeux de recherche.

Concernant les programmes de santé, Martial Brun et Bernard Gaisset ont insisté sur cette nouvelle démarche au sens législatif du terme. Au sein des services, nous adoptions déjà une démarche-projet non entièrement réglementaire, mais qui répondait dans certains cas aux besoins de terrain. Je souhaite que ces décrets nous apportent cette souplesse, car il importe que ces programmes entraînent une nouvelle dynamique, et j'espère que nous ferons davantage qu'écouter la Commission médico-technique, maillon fort du dispositif médico-technique qui émettra des propositions en fonction des remontées du terrain. Ces nouveaux partenariats offrent pour les entreprises de plus de 50 salariés la possibilité de mettre en place avec le CHSCT un véritable plan Santé au travail en entreprise. Il serait beaucoup plus utile pour un inspecteur du travail et un procureur de la République en cas d'accident de travail dans une entreprise de demander au chef d'entreprise en quoi consiste ce plan plutôt que d'exiger le document de visite d'aptitude de l'accidenté.

La question d'une nouvelle gouvernance se pose également. Je suis personnellement assez favorable à une gouvernance régionale forte avec un Comité régional de prévention des risques professionnels (CRPRP) recomposé, où tous les acteurs trouvent une place. L'important est que nous sommes en présence de 80 % de TPE. Il faut donc construire de véritables plans Santé au travail territoriaux par métiers, par bassins, par zones d'activités, correspondant aux problématiques des TPE avec un dispositif de mutualisation. C'est réalisable. En Nord-Pas-de-Calais, nous tentons de lancer un dispositif grâce au Conseil régional. Nous observons que 80 % des services de santé sont prêts à entrer dans ce système pour offrir une action spécifique aux entreprises de moins de 10 salariés. Cela réoriente le métier, mais cela montre aussi l'intérêt de cette problématique de programmation. La problématique de l'évaluation se révèle importante, car ces programmes impliquent une démarche de santé publique qui induit des indicateurs, des suivis et une évaluation. Tout ceci serait à prévoir dans le cadre de la contractualisation.

L'équipe pluridisciplinaire, nouveauté inscrite dans la loi, présente une composition relativement précise. Ces enjeux sont celui d'efficacité –il faudra apprendre à travailler ensemble– de management. Les médecins, les directeurs ou les acteurs de la santé au travail devront se positionner en vue de reconnaître le métier de chaque acteur de cette équipe. J'espère que les décrets seront précis sans excès sur ce point, car l'équipe pluridisciplinaire pourra réaliser son propre champ de métiers. Le médecin, l'infirmier et l'IPRP –Intervenant en prévention des risques professionnels– ont chacun leurs charges. J'aurais personnellement préféré que la dénomination d'IPRP soit spécifique aux services de



santé au travail et que le mot consultant soit réservé aux acteurs privés extérieurs. Cela permettrait de rendre lisible cette fonction particulière. L'importance de cette équipe pluridisciplinaire sera bien le challenge au niveau de cette démarche de santé au travail, afin de répondre à cette problématique de programme de santé et d'achever ce schéma régional d'organisation santé-travail prévu dans les textes et qui peut associer État et régions.

Au sujet de la formation et de la recherche, thème tout aussi important, j'espère d'abord qu'il y aura un décret formation dans la suite de cette loi santé-travail. C'est indispensable, car il faut affirmer que l'ensemble des acteurs santé-travail doit bénéficier d'une formation tout au long de leur vie en tant que professionnels. Qu'on soit médecin, directeur ou acteur de services de santé, cela doit être prévu. C'est le cas dans certains textes, mais pas pour tous. Cette notion de dynamique tout au long de la vie devrait constituer un critère de certification de ce dispositif, auquel je souscris par ailleurs. Cela implique qu'il faut mettre en place un dispositif demandé il y a déjà plus de quinze ans par les enseignants, à savoir une formation complémentaire en alternance, ceci afin de permettre à tout médecin de changer de discipline. C'est actuellement impossible. Toutefois, la loi HPST l'a envisagé dans les formations passerelles. Là encore, les décrets n'avancent pas. Peut-être pourrions-nous lancer ce dispositif en santé-travail, car cela n'engendrerait pas de coût pour le ministère de la Santé. Les entreprises sont prêtes à avancer et à répondre à ce besoin, afin d'éviter les dérives actuelles. Dans ma région, les personnes partent en effet se former en Belgique et reviennent trois à cinq ans plus tard. De même, les infirmières doivent également absolument bénéficier d'une formation spécifique permettant une meilleure lisibilité de leurs fonctions. Cette formation agréée par le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé devra être exigée pour exercer le métier d'infirmière santé-travail et le suivi de santé régulier. Ces formations permettront par la suite de développer des actions nouvelles en santé-travail. Ainsi, je souhaiterais la création d'une plate-forme interrégionale de formation en santé-travail agréée par le ministère, reliant l'université avec les organismes privés permettant la validation des acquis et allant de la formation syndicale à celle des intervenants.

La formation à la recherche constitue un véritable enjeu. Il est en effet extrêmement urgent que le pays se donne les moyens de conserver ses compétences. Actuellement, nous enregistrons plus de départs que d'entrées. Nous alertons pourtant les cabinets qui tentent vainement d'obtenir des postes. Ces enjeux ne rejoignent pas les préoccupations des doyens et des hôpitaux et ne génèrent pas de nominations d'hospitalo-universitaires. Quelle est la politique du pays quant à cet enjeu d'expertise ? Une expertise qui risque d'être inférieure à celle de certains pays du Nord alors qu'elle doit se prêter à des développements. Marc Mortureux a souligné que l'Afsset et l'Anses, grâce aux ministères du Travail et de l'Environnement, ont pu maintenir un appel d'offres spécifique santé-travail et santé-environnement, ceci doit être poursuivi.

Il est également indispensable que l'Agence nationale de la recherche (ANR) développe un programme sur le travail. Les sciences humaines et sociales ont constitué une priorité à un moment. Parfois, le champ d'étude a été limité à l'épidémiologie et à la toxicologie, mais nous n'avons pas connu de vraie politique de recherche santé-travail. Si nous souhaitons créer des équipes de recherche, elles doivent s'adresser à des jeunes qui doivent pouvoir soutenir une thèse et évoluer dans le système universitaire. Il faut entre douze et quinze ans pour former un responsable de recherche ou un enseignant hospitalo-universitaire, et la moitié de nos effectifs seront à la retraite d'ici à cinq ans.

Cela fait soixante-cinq ans que le dispositif médecine du travail et santé au travail a été mis en place. Nous pouvons en être fiers. L'ensemble des acteurs santé-travail est prêt à ce changement, qu'il importe donc d'accompagner.

### **Guy Lefrand**

Michel Daigne, quel retour d'expérience pouvez-vous nous donner sur une formation interprofessionnelle continue en santé au travail ? Comment les responsables des Ressources humaines, les ingénieurs et les équipes pluridisciplinaires de santé au travail vont-ils pouvoir coopérer du point de vue de l'ingénieur en santé ?

# **Retour d'expérience d'une formation interprofessionnelle continue en santé au travail**

---

## **Michel DAIGNE**

Professeur d'ingénierie de la Santé, École Centrale Paris



*Professeur d'ingénierie de la santé à l'École Centrale Paris, Michel DAIGNE est ingénieur centralien, responsable du mastère spécialisé Management et Technologie des établissements et réseaux de santé et de l'executive certificate Centrale Paris-SciencesPo en Santé au travail dans le Pôle de formation continue en Santé de Centrale Paris qu'il anime. Michel DAIGNE possède 30 ans d'expérience dans la Santé. Co-auteur du livre « Réformer la Santé par les réseaux » (Éditions de Santé, 2004), il est également conseiller de la Fédération des spécialités médicales.*

Après la question de l'organisation de la médecine du travail, je vous propose de se poser maintenant la question de « la médecine de l'organisation du travail ». Question qui a toute une histoire, le texte de création de l'École Centrale Paris en 1829 indiquant que cette école a pour vocation la formation de « médecins des usines et des fabriques ».

Les intervenants précédents ont montré que nos progrès en santé au travail s'évaluent avant tout en termes de coopération au sein d'équipes pluridisciplinaires de médecine du travail dans des projets de services de santé au travail et par notre système de formation, de recherche et d'enseignement supérieur.

Avec le retour d'expérience de la formation prototype mise en place par Centrale Paris et SciencesPo et des actions auxquelles je participe directement sur le terrain, je pense que l'enjeu des équipes pluridisciplinaires de médecine du travail ne peut être distingué de deux autres enjeux concernant :

- les pratiques des ingénieurs et cadres formalisant le document unique sur lequel se fonde l'action de ces équipes ;
- les pratiques des Directions de ressources humaines, le troisième axe d'une coopération interprofessionnelle autour de la santé au travail.

La complexification des risques matériels et immatériels conforte la responsabilité des équipes d'ingénierie de la santé, hygiène, sécurité et environnement. Leur désignation incombe aux employeurs selon la réglementation européenne, et ces équipes doivent se référer aux meilleures pratiques et aux normes techniques qui ont cours dans leur secteur d'activité pour donner confiance. On rejoint les réflexions actuelles sur la certification individuelle des compétences métier des ingénieurs et des cadres.

La coopération interprofessionnelle de haut niveau entre médecine du travail, ingénierie de la santé, hygiène, sécurité et environnement et Direction des ressources humaines, présente trois avantages :

- elle permet une double approche de la santé au travail, à la fois en rapport avec les institutions représentatives du personnel et par la libre différenciation individuelle ;
- elle permet également de comprendre que la bonne conduite de la santé au travail ne résulte pas seulement des meilleures pratiques de chaque profession, mais également d'une percolation entre professions qui ont tendance à s'isoler par leur langage ; cette coopération interprofessionnelle s'organise à l'échelle de chaque entreprise, secteur d'activité et territoire, avec des staffs pour les cas les plus intéressants et enfin des formations ;

- elle génère de nouvelles chaînes de valeur avec, d'un côté, une ingénierie plus forte car élargie aux questions de santé, hygiène, sécurité et environnement dans chaque secteur d'activité, et de l'autre côté, une vision plus grande du management qui peut allier performance économique et performance sociale.

En conclusion, je veux insister sur le fait que nous devons accélérer la coopération interprofessionnelle en santé au travail nécessaire à la construction de ces nouvelles chaînes de valeur à l'échelle des entreprises, des secteurs d'activité économique et de la Nation, d'autant plus que nous avons maintenant la certitude que plus nous tentons de réduire encore d'avantage le facteur humain, plus nous induisons de phénomènes humains contreproductifs.

### ***Guy Lefrand***

Pierre Thillaud est médecin du travail à la CGPME. De votre point de vue, comment vivez-vous la réforme de la santé au travail ? Cette équipe « pluriprofessionnelle » sera-t-elle facile à mettre en œuvre ?

## ***Point sur la réforme. Importance d'une souplesse réglementaire pour les équipes pluridisciplinaires***

---

### **Pierre THILLAUD**

Membre de la Commission sociale, Confédération générale des petites et moyennes entreprises (CGPME)



*Docteur en médecine, spécialiste de médecine du travail, Pierre THILLAUD est directeur d'un service interentreprises de santé au travail (AMI, Paris) depuis 1981 et membre de la Commission sociale de la Confédération générale des petites et moyennes entreprises (CGPME). À ce titre, il est membre CGPME du Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT), de la Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles (CAT-MP) de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et du Comité régional de prévention des risques professionnels (CRPRP, Île-de-France) ; membre du Conseil de surveillance du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) ; administrateur du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) et de l'Institut national de recherche et sécurité (INRS) ; membre du Comité d'orientation thématique « Santé-Travail » de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) et président de l'Observatoire régional de santé au travail d'Île-de-France (ORSTIF). Docteur es lettres, Pierre THILLAUD est depuis 1989 chargé de conférences en Paléopathologie à l'école pratique des hautes études puis à l'école d'anthropologie et président du Groupement des paléopathologistes de langue française (GPLF).*

À vrai dire, je ne m'exprimerai pas comme médecin du travail, encore moins en leur nom, malgré mes compétences et mon expérience à ce titre. C'est bien au nom de la CGPME que j'interviens aujourd'hui. CGPME qui vous remercie de bien vouloir lui donner l'occasion, trop rare, de faire connaître ses appréciations et ses attentes en matière de médecine du travail. C'est donc bien à titre de partie prenante la plus nécessaire car la plus démunie au regard de la santé au travail que je m'exprimerai.

Le terme d'évolution contenu dans l'intitulé de cette première session mérite de s'y arrêter.

Si on considère qu'il a fallu attendre 65 ou 70 ans pour modifier sensiblement la loi qui régit la médecine du travail, on doit convenir que cette évolution n'est pas naturelle.

Si on considère les changements majeurs survenus au cours de cette « grande période » dans la société française et, plus particulièrement, dans le monde du travail, on doit bien s'interroger sur la réalité de l'importance qu'ont bien voulu accorder les politiques, les partenaires sociaux, les acteurs de l'entreprise, en un mot, nos concitoyens, à cette institution qui demeure une « exception française ».

De fait, cette évolution ne résulte que de la contrainte ; de trois contraintes.

- La première : une offre insuffisante tant en hommes qu'en produits. Une offre médicale dramatiquement insuffisante ; une démographie médicale que nous avons laissé dépérir depuis 1984 et que nous ne parvenons pas à rénover. Les résultats du choix de l'internat de cette année témoignent de l'ignorance et du désintérêt des jeunes médecins à l'égard de cette spécialité médicale. Cette pénurie de médecins du travail n'est pas résolue par le texte du 20 juillet, qui ne fait que contourner sa réalité en diversifiant les acteurs. Une réforme de la démographie médicale s'impose, elle nécessite l'intervention d'acteurs nouveaux ou délaissés tels que la conférence de l'internat et le Conseil national de l'ordre des médecins, qui méritent d'être convaincus de la nécessité de restaurer cette démographie médicale en matière de santé au travail. L'introduction nouvelle des infirmières d'entreprises apparaît comme une réponse ambiguë car la démographie de ces professionnels de santé connaît un sort comparable à celui des médecins du travail.

- La seconde contrainte : une demande croissante au regard d'une réglementation exponentielle. Ainsi entre 2005 et 2010 le Code du travail est passé de 2600 à 3200 pages, ce qui représente près d'une page supplémentaire tous les trois jours !
- La troisième enfin : la désormais très fameuse « formalité impossible » qui seule semble avoir décidé le législateur à l'action.

On peut regretter ces circonstances mais on ne peut que se féliciter de leurs conséquences. La réforme de juillet est réaliste, souple et équilibrée. La gouvernance nouvelle qui respecte les principes de responsabilité, aménage les conditions d'une véritable transparence dans l'organisation et le fonctionnement de la santé au travail. La pluridisciplinarité décrétée voilà près de 10 ans, se voit enfin dotée d'un cadre adapté propre à concrétiser et développer son action.

Enfin, et c'est un signe du temps, médecins et services sont invités à rompre leur isolement. À l'image des médecins du travail libérés de leur exercice solitaire, les Services interentreprises de santé au travail (SIST) sont invités à s'ouvrir sur leur environnement régional. Les premiers, désormais associés aux objectifs d'une équipe pluridisciplinaire auront vocation à la bonne exécution d'un projet de service ; les seconds, auront à élaborer ce projet en tenant compte, au plan régional et par contrat, des politiques arrêtées par les organismes de contrôle et de prévention que sont les DIRECCTE et les CARSAT.

La CGPME attend beaucoup de ces évolutions qui participent à ses yeux d'une révolution.

Il est d'usage de considérer la santé au travail comme un droit des salariés. C'est vrai, mais ce n'est pas tout. Les innombrables employeurs de PME comme de TPE ont tout autant de légitimité à partager ce droit.

À ce titre, la CGPME sera attentive à la réalité du soutien que les SIST apporteront aux « petits patrons » dans l'exercice de leur responsabilité. La question de la diffusion du message de prévention s'avère être un enjeu majeur et une grande difficulté. Nous nourrissons une certaine méfiance au regard de la tentation d'une classification universelle. Le thésaurus évoqué par un précédent intervenant ne doit pas, sous prétexte d'être un outil propre à l'évaluation, être une entrave dans l'action. La diffusion des pratiques de prévention jusqu'aux plus petites des PME exige un message adapté à leur réalité, un message spécialisé. Toute classification, qui permettra certes de dégager des statistiques et d'engager une politique de santé publique, devra aussi répondre aux demandes individuelles des PME et de leurs salariés.

La CGPME sera tout aussi attentive à la pertinence et à l'efficacité des informations et des outils qui leur seront proposés. Saluons à ce titre, l'initiative de l'INRS –Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles– et son plan de prévention spécialement dédié aux PME. Nous veillerons à sa bonne exécution.

Enfin, la CGPME sera extrêmement attentive aux conditions de contractualisation des SIST qui devront garantir la souplesse dans la réalisation d'actions de prévention adaptées aux réalités du terrain et donner l'assurance de ce soutien et de cette efficacité en disposant d'indicateurs permettant de justifier le second membre de l'intitulé de cette session : l'évaluation. Dans ce domaine, la CGPME ne manquera pas d'exiger que toute action de prévention soit complétée de son code d'évaluation composé des trois éléments suivant : des indicateurs accessibles et signifiants ; un suivi effectif et une restitution adaptée à ses destinataires. Nous ne pourrions en effet convaincre les milliers de PME des bienfaits de ces actions de prévention sans un retour sur investissement dans le domaine de la santé au travail, aussi important que les autres dans la vie d'une entreprise.

### **Guy Lefrand**

Michel Gollac, comment pouvez-vous nous présenter votre expérience dans le domaine des risques psychosociaux et indicateurs de risques ?

### Michel GOLLAC

Directeur du Laboratoire de sociologie quantitative, Centre de recherche en économie et statistique (CREST)



*Administrateur de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), Michel GOLLAC est depuis 2006 membre du Centre de recherche en économie et statistique (CREST), dont il dirige actuellement le Laboratoire de sociologie quantitative (LSQ). Membre du Département de la recherche au CREST de 2006 à 2008, il a assuré la présidence du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail entre 2009 et 2011. Directeur de recherche et responsable du Pôle travail, travailleurs, emploi du Centre d'études de l'emploi (CEE) de 1991 à 2004 puis directeur de recherche et conseiller scientifique de 2004 à 2006 pour le CEE,*

*Michel GOLLAC a été chef de la Division conditions de travail et relations professionnelles au ministère du Travail de 1987 à 1991. Ancien élève de l'école Polytechnique et de l'École nationale de la statistique et de l'administration économique (ENSAE), il a travaillé à l'INSEE de 1976 à 1987, successivement chef du Service des études pour le service régional de Picardie, adjoint au chef de la section Professions puis chef de la section Enquêtes à la division Emploi. Michel GOLLAC est co-auteur de plusieurs ouvrages tels que « Les conditions de travail » (Nouvelle édition, La découverte, 2007).*

Actuellement, la société témoigne d'une préoccupation importante autour de la souffrance au travail, thème sur lequel ont travaillé le Parlement français et l'Europe. Parmi les recommandations du rapport sur les risques psychosociaux au travail demandé par Xavier Bertrand à Philippe Nasse et Patrick Légeron, on trouvait la mise en place d'un système de suivi qui soit préparé dans le cadre d'un collège d'expertise international et pluridisciplinaire. Ce collège a remis au printemps de cette année un rapport consultable sur Internet ([www.college-risquespsychosociaux-travail.fr](http://www.college-risquespsychosociaux-travail.fr)).

Ce rapport propose notamment une définition des risques psychosociaux au travail : ce sont « les risques pour la santé mentale, physique et sociale engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental ». Les « facteurs » sont ici de nature psychosociale et peuvent engendrer certains troubles, éventuellement physiques (cardiovasculaires, articulaires, voire probablement des cancers ou des maladies allergiques).

Les facteurs psychosociaux de risque au travail peuvent être organisés autour de six axes :

- l'intensité et le temps de travail. Les formes d'intensité sont de plus en plus souvent de nature qualitative et sont liées à la complexité des organisations dont la charge retombe sur les opérateurs. Le temps de travail, par sa durée et son organisation, peut également être un facteur de risque ;
- les exigences émotionnelles : maîtriser ses émotions pour maîtriser celles d'autres personnes ;
- l'autonomie insuffisante, notamment en matière procédurale, mais également au niveau de l'intervention sur la finalité et sur l'avenir du travail, de la carrière ;
- la mauvaise qualité des rapports sociaux au travail, avec les collègues, la hiérarchie, l'organisation et la clientèle. Il peut s'agir d'un manque de convivialité, de respect ou bien d'un manque de justice ;
- les conflits de valeur, de plus en plus souvent relevés : accomplir des actes contraires à l'éthique personnelle, travailler d'une façon contraire à sa conscience professionnelle ;

- l'insécurité de la situation de travail qui concerne les personnes non titulaires d'un contrat de longue durée ou bien celles œuvrant dans une entreprise qui menace de réduire le nombre de ses emplois, ainsi que les personnes dont les conditions de travail ne sont pas soutenables et celles exposées à des changements imprévisibles.

Les risques psychosociaux concernent tous les actifs : public, privé, indépendants et employeurs.

Le système de suivi statistique de ces facteurs proposé sera mis en place à partir de 2012 et pleinement opérationnel en 2015.

Ce système d'analyse statistique ne signifie pas que les études cliniques sont abandonnées.

Par ailleurs, les propositions du collège concernent un système de suivi national. Elles peuvent inspirer des réflexions au plan local, par exemple dans une entreprise, mais la mise en place d'un suivi à ce niveau nécessite une adaptation et un débat préalables.

## Deuxième Plan santé au travail : quelles évolutions ?

### Alain VIDALIES

Député des Landes



*Député des Landes et vice-président de la Commission des lois de l'Assemblée nationale, Alain VIDALIES est également membre du Groupe d'études Pénibilité au travail et maladies professionnelles. Adjoint au maire de Mont-de-Marsan de 1989 à 2002, il a été vice-président du Conseil général des Landes de 1985 à 1992. Avocat spécialiste du droit travail, Alain VIDALIES est secrétaire national du Parti Socialiste chargé du Travail et de l'Emploi.*

Le cadre législatif n'est pas immuable. Une grande loi sur les questions de santé publique et de prévention devrait comporter deux éléments indispensables : celui de la médecine scolaire et celui de la médecine du travail, question de santé publique.

Par ailleurs, nous observons des permanences dans les données. Je savais déjà que la capacité d'expertise était considérable en France. Il existe des différences d'approches des modes d'organisation. La question de la gouvernance reste majeure. Si nous nous retrouvons en situation de responsabilité, une nouvelle loi interviendra après l'échéance démocratique sur les questions de médecine du travail. Cet engagement peut être rendu public. Il reste à traiter la question politique de la gouvernance, liée à une réflexion sur ce qu'est la médecine du travail. De ce point de vue, nous pouvons citer le rapport du Conseil économique, social et environnemental (CESE) approuvé à une large majorité. Le texte de la loi ne répondait pas à cette exigence. Le rapport du CESE donnait une définition. Pour nous, la question de l'implication des partenaires sociaux s'avère essentielle. Nous sommes d'accord sur le niveau régional de décision contenu dans la loi. Chacun a saisi qu'il y a ici un intérêt majeur à être en interface avec les ARS. Le désaccord porte sur la gouvernance. Je n'ai pas compris comment nous n'avions pas voté à l'unanimité ce texte avec l'ancienne majorité du Sénat. L'opposition et le groupe GDR étaient prêts à ce que ce texte marque une évolution collective sur la question du paritarisme et de la présidence alternée.

Nous ne pouvons pas parler de ces questions sans aborder le problème des CHSCT, de leur rôle, de leur composition et de leur place dans les formules de représentation du personnel. Nous sommes ouverts à tous les regroupements si c'est nécessaire. Il est dommage que nous n'ayons pas avancé sur ces questions. Des parlementaires de la majorité actuelle ont écrit des textes ou proposé des conditions de désignation. Dans le choix du paritarisme, il faut redonner du dynamisme à l'implication des chefs d'entreprise et des acteurs sociaux. Une partie de la gauche rêve d'un grand service public centralisé, mais ce n'est pas notre conviction. Nous défendons le paritarisme et il faudra revoir la question des CHSCT et les modes de fonctionnement.

Enfin, peut-on continuer à mettre en place des organisations qui ne traitent pas la question de la situation des 4 millions de salariés des TPE ? Je regrette le choix, non nécessairement lié à un affrontement idéologique, de constituer en 2010 des Commissions paritaires régionales dans les TPE pour permettre des moyens d'expression. Cela n'a pas été possible, malgré l'avis favorable des organisations syndicales et d'une grande organisation patronale. Je le regrette, car ce sont des rendez-vous ratés avec l'évolution indispensable de cette législation. Cela nous renvoie à des questions relevées par des experts sur les risques psychosociaux et les formes d'organisations. Nous aboutissons systématiquement à ce questionnement. Moins il y a de représentants du personnel, d'organisations syndicales et professionnelles dans les entreprises, plus l'accidentologie apparaît.



Depuis 1946, la situation a évolué grâce à des concertations, de la représentation et du dialogue, mais également des droits pour les salariés et les entreprises et des lieux de médiation. Ce travail est à réviser, sans rupture en termes d'objectifs. Par prudence, j'avais été sollicité pour parler du deuxième plan de santé au travail (PST2), qui se révèle plutôt consensuel, en raison d'un accord sur le contenu et les objectifs. Ce plan s'était donné pour objectif de tirer les conclusions et les imperfections du premier plan.

Je souhaite évoquer les quatre objectifs de ce plan :

- le premier objectif du PST2 amplifie la volonté de connaissance en matière de santé au travail déjà présente dans le PST1. Il importe de sortir cette volonté de connaissance du milieu du travail au sens strict. Les CFA, les lycées professionnels et technologiques doivent en bénéficier. La santé au travail doit irriguer notre société. L'implication des acteurs répond à cette exigence.
- L'action renforcée sur les risques et les publics prioritaires constitue le deuxième objectif. Sur ce point, le texte fait référence aux conséquences de l'organisation du travail sur la santé des travailleurs. Mais la réflexion sur l'évolution passée du travail et de sa législation reste en débat. Le PST2 identifie différents publics prioritaires. Ce document fait référence à la question de la pénibilité, des seniors, des nouveaux embauchés et des formes atypiques d'emplois – pas si atypiques, s'agissant des CDD et de l'intérim. Nous n'avons collectivement que l'impératif de ne pas ignorer la réalité et les statistiques. Dans ces cadres d'emplois, existe-t-il une suraccidentalité ? La réponse est affirmative. Il importe donc de les limiter ou d'améliorer la formation de ces salariés, leur accompagnement. Dans tous les cas, il faut agir. À cet égard, les orientations de ce plan vont dans le bon sens.
- Le problème de la cohérence entre la législation du travail et ses objectifs nous laisse partagés. Sur les questions de la représentation des salariés, notamment dans les entreprises qui en sont dépourvues, le plan précédent apportait des réponses autres que celles mises en place. Concernant l'amélioration du pilotage et de la communication, les responsables assurent correctement leur travail.
- Sur ces questions, j'estime que, à un moment donné, la rupture entre les objectifs de la santé du travail et de la législation devient une question éthique. Nous ne pouvons pas attribuer à la santé au travail l'ambition de corriger les effets néfastes de la législation. La question première consiste à se demander si la législation génère des effets, si le management comporte des conséquences. C'est bien le cas. Si certaines méthodes de management se perpétuent, cela n'a aucun sens de réparer les dégâts. Tout à l'heure, nous devons examiner un texte de simplification du droit qui remet en cause tous les seuils sociaux, sans consultation des partenaires sociaux, afin que dans certaines activités, les heures supplémentaires ne soient pas majorées. Sur cette question de médecine du travail, j'estime à la lecture des textes que nous pouvons aboutir à d'autres objectifs. Nous ne devons pas oublier que la médecine du travail représente d'abord une question de santé publique et que, de ce point de vue, elle doit d'abord engager le politique et pousser à l'action.

### **Guy Lefrand**

Il est évident qu'il convient de revenir sur la loi de santé publique. Je suis pour ma part tout à fait d'accord sur l'intégration des ARS dans la réflexion à propos de la santé au travail. Nous sommes d'accord également sur la nécessité de revoir le système des CHSCT, ce qui nécessite une réflexion. Il serait souhaitable de pouvoir élire de façon directe les membres des CHSCT et leur accorder un mandat plus long ainsi qu'une formation plus importante. Par ailleurs, la loi permettra d'intervenir davantage au sein des PME et TPE et de façon plus efficace. Enfin, la logique de réparation doit évoluer vers une politique de prévention en redonnant du temps et de l'espace aux médecins et aux intervenants. Actuellement, les entreprises ne voient pas suffisamment ces professionnels pour leur permettre de mener de véritables actions de prévention.

### **Soazig Rapinel, médecin du travail, ASSTV 86**

Après examen minutieux de la loi, il apparaît que les services de santé au travail seront à la fois en charge de la prévention et de la gestion des risques : selon moi, la loi devrait clarifier ces deux aspects qui sont distincts. Par ailleurs, le travail au niveau régional est important, mais les structures régionales sont des associations de directeurs de services de santé au travail d'où les partenaires sociaux et les commissions de contrôle sont absentes. Enfin, j'ai beaucoup apprécié les propos de Michel Gollac ainsi que les affirmations selon lesquelles tout ne se mesure pas, que la clinique médicale est très importante. Notre expérience du terrain nous montre les travers de la certification et renforce notre besoin de liberté d'action afin de pouvoir tenir compte des particularités des personnes et des entreprises.

### **Paul Frimat**

La CRPRP comprend déjà des partenaires sociaux, mais il serait utile de revoir la place qu'ils occupent ainsi que celle des acteurs de santé au travail. Parmi les médecins, certains considèrent les missions données aux services de santé comme une perte d'indépendance et de pouvoir, mais au sein des hôpitaux les chefs de service doivent développer des missions pour lesquelles ils demandent des moyens à leur directeur général : où est la perte d'indépendance ? Ce conflit a du mal à évoluer alors que les parlementaires ont souhaité positionner les services de santé au travail comme des acteurs des politiques de santé, ce qui est très important pour les cinquante prochaines années.

### **Pierre Thillaud**

Je me réjouis de constater que la méfiance exprimée à l'égard du « thésaurus » soit partagée. Ces classifications systématiques des situations et des risques professionnels qui peuvent servir la gestion et l'évaluation ne doivent en aucun cas primer sur l'action et les résultats. Nous savons tous les limites et les défauts du « scoring ». En revanche, je ne partage pas l'idée d'une séparation dogmatique entre la mission du médecin du travail et la responsabilité de l'employeur. Le médecin du travail doit se rendre utile pour la santé au travail comme à tous les acteurs de l'entreprise. Prenez par exemple la fiche d'entreprise qui reste un outil réglementaire principalement destiné au médecin du travail. Elle recèle tous les éléments nécessaires à la confection du document unique. Il suffirait d'en faire une présentation adaptée à cette fin pour être utile à l'entreprise. Certains médecins s'y refusent, certains Médecins inspecteur régional du travail et de la main d'œuvre (MIRTMO) également. C'est regrettable. La loi du 20 juillet devrait permettre de surmonter ces oppositions corporatistes, idéologiques ou juridiques qui, toutes, sont contraires à la prévention des risques professionnels.

### **Soazig Rapinel, médecin du travail, ASSTV 86**

La fiche d'entreprise est pertinente et relève de notre responsabilité, et je serais tout à fait favorable à la création d'un document qui aide réellement les entreprises. Je ne crains pas pour l'indépendance des médecins, mais j'aimerais que la confusion actuelle disparaisse.

### **Martial Brun**

Je remercie ce médecin pour exprimer un sentiment partagé par un certain nombre de ses confrères. Ceci dit, voici vingt ans, le service de santé au travail dans lequel je travaillais mettait en place, avec d'autres services de la Région, Bourgogne Ergonomie : des équipes constituées de préventeurs et de médecins du travail qui ont appris à travailler ensemble pour une meilleure prise en compte des risques professionnels. Ce modèle a permis aux médecins, aidés par des intervenants en prévention des risques professionnels, de mieux prendre en compte les risques liés au travail. J'observe aujourd'hui que certains réclament une séparation de l'exercice des différentes compétences, ce qui montre bien la

difficulté qu'ont les idées, pourtant opérantes, à faire leur chemin. Il ne s'agit pas de remettre en cause la clinique médicale qui est essentielle pour assurer le lien entre santé et poste de travail mais de s'interroger sur le dispositif et les actions les plus adaptés pour améliorer la santé au travail. À ce titre, la visite médicale systématique est-elle pertinente ? Est-elle suffisante ? J'espère que la pluridisciplinarité aura enfin la force et l'adhésion dont elle a besoin.

Par ailleurs, il est nécessaire d'assurer à la profession une certaine stabilité dans le fonctionnement et la gouvernance des services de santé au travail, et sortir enfin des incertitudes dommageables générées par les 4 ans d'attente de cette réforme. La prévention des risques professionnels doit s'inscrire dans le temps étant donné que certains risques différés produisent leurs effets trente ans après l'exposition. Il existe également un besoin de stabilité des orientations, des objectifs et du fonctionnement des services de santé au travail. Je forme donc le vœu que l'avenir de la pluridisciplinarité et du contrat visible de toutes les parties prenantes soit assuré.

### ***Alain Vidalies***

L'instabilité ne sera pas ressentie de la même manière par les supporters de la loi actuelle que par ceux de la nouvelle. Je ne suis pas sûr de parvenir à convaincre les Français à voter pour mon parti en lui promettant la stabilité des dispositions votées par la majorité en place.

### ***Bernard Gaisset***

Il est nécessaire de mener de front une logique individuelle (suivi médical personnalisé) avec une logique collective (travailler en équipe en reconnaissant les compétences des autres). Les professionnels qui ont eu la chance de faire des études longues doivent comprendre qu'il est possible de progresser : des secrétaires médicales peuvent par exemple devenir des techniciennes après formation... Desserrer l'étau de la réglementation au profit du contrat est nécessaire, avec un engagement sur des objectifs définis. Le jeu collectif permet d'atteindre des performances intéressantes.

### ***Danielle Gadeau, présidente, Paruss***

Comment recruter des médecins et des infirmières étant donné que ces professionnels disparaissent de la fonction publique ?

### ***Martial Brun***

Sans politique de revalorisation des spécialités et de formation de médecins du travail et d'infirmiers, il sera difficile de faire fonctionner le système français sur le long terme.

### ***Pierre Thillaud***

Les conditions de travail et le salaire offerts aux médecins du travail rivalisent très avantageusement avec tous les autres médecins salariés. Généralement, les salaires pratiqués sont de 15 à 30 % supérieurs à la grille conventionnelle du CISME. Trente cinq heures par semaine, 150 demi-journées de tiers-temps par an, et de 5000 à 9000 € brut par mois. L'argent n'a donc rien à voir avec la situation de la démographie des médecins du travail. J'en veux pour preuve la volonté de la plupart des SIST de former à leur frais de nouveaux professionnels. Des problèmes d'ego ou d'organisation existent sans doute, mais la situation qui est soulignée par Danielle Gadeau ne saurait être liée à des obstacles financiers. À ce titre, il est étonnant de voir avec quelle ardeur, malgré les critiques, les entreprises et les partenaires sociaux demeurent attachés à la médecine du travail.

### ***Pascal Grandjeat, directeur des Ressources humaines, ville de Morsang-sur-Orge***

J'observe que les agents territoriaux de l'Essonne, des Yvelines et du Val-d'Oise ne bénéficient plus d'aucun suivi de prévention au travail car les services de suivi sont incapables de répondre à toutes les

visites et parce que les solutions alternatives sont difficiles à mettre en place. Quelles sont les explications du décalage entre ce discours sur la nécessité de la prévention et l'inexistence des services de base ? La démographie est une explication. Faire appel à des effectifs supplémentaires d'infirmières de santé au travail ne constitue pas une solution à court terme. Une meilleure représentation des salariés ne sera pas, à court terme, la solution permettant une prise de conscience. J'en veux pour preuve que la loi de dialogue social dans la fonction publique prévoyait la mise en place de CHSCT de plein exercice. Or, en réalité, les représentants des salariés ne souhaitent pas s'investir sur ces questions s'ils sont dépourvus d'un médecin du travail. Seul ce professionnel peut appréhender des problématiques individuelles et collectives.

### ***Guy Lefrand***

Les missions menées signalent en effet l'existence d'un problème au sein du service public : l'État et les collectivités territoriales sont de mauvais employeurs. Pour preuve, les médecins réalisant les visites d'embauche de la fonction publique disposent simplement d'un agrément de la préfecture, sans autre formation. Le travail à accomplir dans ce domaine est considérable.

***Nouveaux dispositifs et nouveaux savoirs : quelle organisation face aux expositions émergentes ?***

---

***Président***

**Gérard BAPT**

Député de la Haute-Garonne, président du Groupe d'études Santé environnementale

***Intervenants***

**Jack BERNON**

Responsable du Département santé au Travail, Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact)

**Jean-Charles BOCQUET**

Directeur général, Union des industries de la protection des plantes (UIPP)

**Ellen IMBERNON**

Directrice du Département santé au travail, Institut de veille sanitaire (InVS)

**Jean-Noël JOUZEL**

Chargé de recherche CNRS, Centre de sociologie des organisations

**Gérard LASFARGUES**

Directeur général adjoint scientifique, Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses)

**Bernard LAUMON**

Chargé d'animation d'axe Transport et Santé, Institut français des sciences et technologies des transports, de l'aménagement et des réseaux (Ifsttar)

**Stéphane PIMBERT**

Directeur général, Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS)

### **Gérard BAPT**

Député de la Haute-Garonne  
Président du Groupe d'études Santé environnementale

La semaine dernière a été remis le prix santé et bien-être à monsieur Talaouit, cadre de France Télécom, qui a tenté de se suicider et est l'auteur du livre « *On a voulu me tuer* ». Parmi ces risques émergents, les risques psychosociaux sont apparus notamment à la faveur de la crise. Je lisais dans la presse que le taux de suicide en Grèce a doublé ces derniers mois. Les risques musculo-squelettiques sont également pris en compte, en particulier dans ma commune. Il faut cependant deux mois pour obtenir une consultation de médecine du travail, pour le personnel médical, afin de reprendre le travail ou de sortir d'un mi-temps thérapeutique. Cela s'avère pénalisant pour l'employeur comme pour le salarié. Les risques des perturbateurs endocriniens sont avérés, notamment ceux du bisphénol, non produit en France, mais qui fait chuter le taux de fertilité des salariés chinois des entreprises productrices. D'autres éléments et substances chimiques de notre environnement quotidien exigeront de meilleures études et protections.

## **Quels disciplines et types de connaissances sont mobilisés dans la reconnaissance des risques professionnels ?**

---

### **Jean-Noël JOUZEL**

Chargé de recherche CNRS, Centre de sociologie des organisations



*Chargé de recherche CNRS au Centre de sociologie des organisations, Jean-Noël JOUZEL travaille sur les décisions et les conflits politiques liés aux risques sanitaires et environnementaux. Il travaille notamment sur les controverses liées aux effets des nanoparticules manufacturées et des pesticides sur la santé des travailleurs. Il est également enseignant à SciencesPo Paris.*

Je dirai quelques mots sur le rapport entre savoir et action publique dans le domaine de la santé au travail et, plus particulièrement, dans celui du contrôle des substances toxiques en milieu professionnel. J'évoquerai ensuite, à titre d'illustration, l'exemple des politiques de prévention des maladies professionnelles potentiellement induites par les pesticides.

Le champ de la santé au travail constitue un vieux domaine d'action publique. La prévention des maladies professionnelles potentiellement induites par les substances manipulées ou inhalées par les travailleurs est, elle aussi, devenue un objet d'action publique de longue date, depuis un siècle, sous l'effet de l'industrialisation et de la mise en place de l'État-providence. Au cours de ce siècle d'histoire, les dispositifs d'action publique relatifs au contrôle des substances toxiques sur le lieu de travail et à la prévention des maladies qu'elles peuvent provoquer ont été adossés à de nombreux savoirs indispensables pour identifier les effets toxiques et mesurer les expositions des travailleurs.

Je souhaite insister sur la nature de ces savoirs et sur leurs effets politiques. Les savoirs sur la dangerosité des matériaux auxquels les travailleurs sont exposés, que l'on regroupe sous le nom d'hygiène industrielle, ont pris une forme essentiellement quantitative. Je prendrai l'exemple de la toxicologie. Pendant longtemps, les hygiénistes industriels ont observé *in situ* la dangerosité des substances et établi des liens avec les observations cliniques corporelles. Ils constataient des liens de causalité entre l'environnement professionnel et l'état de santé des travailleurs en observant directement les lieux du travail industriel et le corps des ouvriers. À partir des années d'entre-deux-guerres, et encore davantage au cours du second XX<sup>ème</sup> siècle, ce savoir s'est transformé en un savoir indirect, issu de tests en laboratoires, d'expériences *in vivo* sur des animaux. Les méthodes des hygiénistes industriels se sont de moins en moins appuyées sur l'observation des travailleurs en action, et de plus en plus sur des méthodes de laboratoire permettant d'isoler les substances pour en étudier les effets nocifs sur des animaux. L'hygiène industrielle est devenue peu à peu une forme de toxicologie expérimentale. Les hygiénistes industriels sont alors devenus capables d'exprimer les effets toxiques d'une substance en fonction de la dose, c'est-à-dire d'une valeur quantitative, retrouvant le vieil aphorisme de Paracelse : « c'est la dose qui fait le poison ».

Ce type de savoir s'est trouvé en affinité forte avec un mode de gouvernement de la santé au travail et des substances toxiques qui visait de moins en moins à éradiquer les menaces, mais avait pour but de les gérer comme des risques maîtrisables. Les savoirs permettant de rendre mesurables et de quantifier les risques liés aux substances toxiques ont donné lieu à des politiques de gestion basées sur la fixation de valeurs limites d'exposition et des préconisations relatives aux équipements de protection collective ou individuelle. Un appariement s'est opéré durant la deuxième moitié du XX<sup>ème</sup> siècle entre une forme de savoir très quantifiée sur les toxiques professionnels et une gestion de ces derniers comme des risques maîtrisables.

Cette dynamique d'affinité élective, qui a probablement permis à bien des égards d'améliorer la protection des travailleurs exposés aux substances toxiques, a exclu d'autres types de savoirs, notamment des connaissances moins quantitatives. C'est notamment le cas de l'ergonomie, qui est un savoir qui produit des données dont beaucoup sont qualitatives. Si les ergonomes se sont longtemps peu intéressés à la question des risques chimiques en milieu professionnel, ils se sont en revanche emparés de cette question au cours des quinze dernières années. Un sous-champ de l'ergonomie, l'ergotoxicologie, est même apparu spécifiquement autour de cette question. Ces ergotoxicologues essaient de comprendre comment des postures, des gestes, favorisent l'exposition aux toxiques professionnels, ou, à l'inverse, sont protecteurs. Au-delà, les ergotoxicologues tentent de rendre visible les liens entre ces pratiques professionnelles et les conditions organisationnelles du travail. Ce type de savoir, *a priori* très utile pour mettre en place des politiques de prévention des maladies professionnelles induites par des substances toxiques, peine à être utilisé par les pouvoirs publics. L'adossement des politiques de contrôle des toxiques professionnels à des savoirs quantifiés rend aujourd'hui problématique l'appropriation de données pourtant pertinentes pour la protection des travailleurs.

Je donnerai l'exemple de l'exposition des travailleurs agricoles aux pesticides, à partir d'une petite histoire scientifico-administrative qui est celle de l'interdiction de l'arsenite de soude, que nous avons retracée avec mon collègue sociologue François Dedieu, de l'Inra. Ce dérivé de l'arsenic, classé cancérigène depuis près d'un quart de siècle, a été utilisé comme fongicide en viticulture jusqu'à son interdiction par le ministère de l'Agriculture il y a dix ans, en novembre 2001. Cette interdiction a fait suite à une enquête menée par la Mutualité sociale agricole (MSA), organisme gestionnaire du régime agricole de la Sécurité sociale. C'est l'histoire de cette enquête et de ses conséquences que je vais raconter ici en quelques mots.

Alors que les dérivés de l'arsenic ont été interdits en France pour les usages phytosanitaires en 1971, une exception a été faite pour l'arsenite de soude en viticulture, parce qu'il s'agissait, et qu'il s'agit encore, du seul produit connu permettant de lutter contre l'esca, une maladie des vignes. Ce régime d'exception se justifiait alors par une exposition jugée modérée des opérateurs réalisant les traitements. Dans les années 1970-1980, l'arsenite de soude était beaucoup utilisée dans les vignobles du Languedoc, où les parcelles étaient petites et où les viticulteurs effectuaient souvent eux-mêmes les traitements, quelques jours dans l'année. Néanmoins, le vignoble languedocien a connu de profondes mutations au cours des vingt dernières années, avec, notamment, une augmentation de la taille des parcelles, qui s'est traduite par un recours accru à des sociétés spécialisées pour effectuer les traitements contre l'esca. Les caractéristiques des opérateurs exposés à l'arsenite de soude ont donc sensiblement évolué : il s'est de plus en plus agi de salariés spécialisés dans ce type de travail, mieux formés, mieux protégés, mais exposés sur de beaucoup plus longues durées que les viticulteurs qui effectuaient eux-mêmes les traitements.

Au début des années 2000, *via* son réseau de toxicovigilance, la MSA de l'Hérault a vu se multiplier les cas d'intoxications à l'arsenite de soude et a mené, en lien avec la Caisse centrale de la MSA et d'autres caisses régionales, une enquête pour prendre la mesure de ces intoxications et comprendre leurs causes. Cette enquête s'est appuyée sur les méthodes de l'ergotoxicologie, en associant une campagne de mesures biométrologiques de la contamination d'un échantillon d'opérateurs et une campagne d'observation ergonomique de leurs façons de travailler. L'enquête a mis en évidence trois résultats : le caractère massif des contaminations, l'inefficacité des équipements de protection individuelle et le contournement de ces équipements, notamment en raison de multiples contacts mains-bouche. Ces contacts mains-bouche étaient en partie liés à des conduites inappropriées sur le lieu de travail – fumer et manger par exemple. Mais ils étaient également liés aux conditions physiques et organisationnelles du travail. Le traitement contre l'esca est effectué sur terrain accidenté, exposé aux intempéries. Pour les travailleurs salariés, sous forte contrainte temporelle, ces conditions de travail peuvent conduire, notamment en fin de journée, à un abaissement de la vigilance lors des interventions sur le matériel en cas de panne technique, et favoriser les contacts mains-bouche sans que pourtant les conduites de l'opérateur soient à proprement parler inappropriées.

Ces résultats ont conduit à une très rapide interdiction de l'arsenite de soude par le ministère de l'Agriculture. On pourrait voir dans cette interdiction le signe d'une pénétration en politique et d'une institutionnalisation de ce savoir qualitatif qu'est –en grande partie– l'ergonomie. Mais en menant une enquête sociologique auprès des acteurs qui ont participé à cette mesure d'interdiction, nous avons pu voir que tel n'est pas le cas. Les règles de l'homologation des substances phytosanitaires n'ont par exemple guère changé à la suite du travail de la MSA. L'évaluation des risques pour les opérateurs prend en compte principalement la voie dermale d'exposition, un peu la voie respiratoire, et pas ou très peu la voie digestive, dont l'enquête de la MSA a pourtant montré qu'elle peut constituer une voie d'entrée non négligeable



des produits dans l'organisme des opérateurs. Les acteurs en charge de l'homologation retiennent surtout de l'enquête de la MSA sur l'arsenite de soude les comportements individuels inappropriés. Une telle interprétation s'avère peu propice à une réflexion sur la façon de tenir compte des conditions du « travail réel », pour reprendre un terme qu'affectionnent les ergonomes, dans les règles de l'homologation, et sur la pertinence des deux instruments sur lesquels repose la protection des travailleurs exposés aux pesticides : la fixation de valeurs d'exposition acceptables et la préconisation d'équipements de protection individuelle.

Pour conclure sur une note optimiste, je dirai qu'aujourd'hui s'ouvre une période qui semble plus favorable à la réflexion sur ces questions dans les instances en charge de la protection des travailleurs. L'Anses lance ainsi en ce moment même une expertise collective sur la protection des travailleurs agricoles exposés aux pesticides, dont l'appel à candidatures s'avère largement ouvert aux savoirs des sciences sociales et, notamment, à l'ergonomie. Cela permettra peut-être d'initier une réflexion de fond sur les liens entre l'environnement professionnel agricole et la santé des travailleurs.

## ***Ouverture des réseaux nationaux et internationaux. Les nanomatériaux et les perturbateurs endocriniens***

---

### **Gérard LASFARGUES**

Directeur général adjoint scientifique, Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses)



*Directeur général adjoint scientifique de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses), Gérard LASFARGUES est également médecin hospitalo-universitaire et professeur de médecine et de santé au travail au CHU de Tours. Avant sa nomination à l'Anses, il a construit, et dirigé, depuis 2007, le département des expertises et la complémentarité en santé-environnement et santé-travail à l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (Afsset), avant d'être nommé, en 2009, directeur général adjoint scientifique de cette agence. Ses activités de recherche se sont centrées plus spécifiquement sur la toxicologie industrielle. Il dirige des activités cliniques, l'enseignement, de recherche et d'expertise dans le domaine de la médecine et de la santé au travail depuis une quinzaine d'années. Gérard LASFARGUES est l'auteur de nombreuses communications et publications nationales et internationales dans les différents domaines de la santé au travail. L'essentiel de ses travaux a porté sur la toxicologie respiratoire et l'épidémiologie des principaux risques professionnels.*

Je voudrais, à partir de deux exemples, nanoparticules et les perturbateurs endocriniens illustrer les besoins à la fois de transversalité scientifique et de dialogue avec les parties prenantes. En matière de nanomatériaux, les enjeux d'amélioration des connaissances, d'évaluation des risques et de gestion des risques ultérieure, sont cruciaux. Les nanomatériaux sont caractérisés par des propriétés physico-chimiques, toxicologiques spécifiques qui nécessitent la mise au point de nouvelles méthodes d'évaluation des dangers, expositions et risques, l'identification d'éventuelles populations plus sensibles ou vulnérables en termes d'exposition, etc. Les risques potentiels sont ceux des salariés travaillant sur ou avec ces matériaux, de la filière amont jusqu'à la problématique des déchets, mais aussi ceux du consommateur d'une façon plus large.

Les enjeux réglementaires et de normalisation sont également cruciaux. Au niveau européen, avec REACH, les nanomatériaux sont considérés de façon générique mais un gros travail est effectué actuellement afin de définir de façon harmonisée ces produits au niveau européen. Par ailleurs, le travail des RIP (Reach Implementation Project) doit conduire à identifier les nanomatériaux, décider du contenu de leur dossier d'évaluation et de la façon de renseigner les expositions. Une même réflexion au niveau réglementaire est en cours pour l'alimentation et le cosmétique. En France, la loi qui a suivi le Grenelle de l'environnement prévoit la déclaration des substances, les décrets ont été discutés afin d'établir une base de données de ces produits. Elle sera utile pour l'évaluation des expositions et au final des effets sanitaires dans le cadre notamment des études épidémiologiques.

La recherche sur les nanomatériaux fait partie de programmes européens et nationaux. Le Plan national de recherche environnement-santé-travail (PNREST) géré par l'Anses à partir de financements des ministères du Travail et de l'Environnement soutient plusieurs projets de recherche importants sur les dangers, expositions et effets sanitaires de nanomatériaux, incluant des recherches sur des aspects plus novateurs comme les effets éventuels sur la reproduction ou l'immunotoxicité.

L'Anses est impliquée dans les travaux européens et internationaux de standardisation et de normalisation, en particulier *via* l'outil de gestion graduée des risques pour les travailleurs qui a été élaboré par un groupe de travail spécifique. L'Agence a déjà publié plusieurs rapports sur l'évaluation des risques et la protection des travailleurs, des consommateurs. Un groupe de travail permanent d'experts travaille actuellement à l'élaboration simplifiée d'un outil d'évaluation des risques sanitaires et environnementaux liés à ces produits.

Concernant les perturbateurs endocriniens, comme le démontrent nos travaux et les décisions sur le bisphénol A, l'expertise permet d'éclairer les décideurs afin de mettre en place des mesures de réduction ou de maîtrise des expositions, voire de substitution. Ainsi, la sortie d'un rapport sur les effets sanitaires et les usages du bisphénol A a été l'occasion d'un appel aux industriels pour fournir au plus vite des solutions de substitution, afin de prioriser ces actions de substitution pour certaines populations plus sensibles *via* l'exposition alimentaire, comme les femmes enceintes et les enfants.

Nous travaillons actuellement sur d'autres perturbateurs endocriniens tels les phtalates, les composés polybromés et perfluorés, les dérivés du phénol, les parabènes et cinquante autres substances prioritaires. Il s'agit d'un gros travail de recensement des usages et des filières, et au-delà d'évaluation des dangers et des expositions afin de mieux évaluer les risques et fournir aux pouvoirs publics la possibilité de décider des mesures de prévention les plus appropriées. L'intégration de ces perturbateurs dans le processus réglementaire européen REACH permettra de définir des substances prioritaires à interdire à terme ou dont l'usage devra être restreint, avec des étiquetages imposés.

Ces exemples illustrent bien l'intérêt du travail en transversalité (travail, santé, environnement et alimentation) et du regroupement de ces thématiques au sein de l'Anses, dans le cadre de l'expertise collective. Les partenaires de notre réseau impliqués dans ces thématiques sont nombreux, notamment dans le champ de la santé au travail, (organismes travaillant dans les champs de l'amélioration des connaissances, de la prévention...) et leurs experts sont très présents dans nos groupes de travail. Par ailleurs, il est essentiel de nouer des partenariats avec des organismes internationaux comme nous le faisons avec différents pays européens et outre-Atlantique.

Enfin, les interactions avec les parties prenantes sont essentielles, non seulement pour recueillir les préoccupations sociétales afin d'intégrer la réponse à ces questions dans l'expertise, dégager des thématiques de recherche adaptées, mais aussi pour donner à ces acteurs une capacité d'action pour porter leurs points de vue au niveau des instances réglementaires européennes.

# **Comment passer de la recherche appliquée aux solutions de prévention pour les salariés des entreprises ?**

## **Stéphane PIMBERT**

Directeur général, Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS)



*Directeur général de l'Institut de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS) depuis juillet 2009, Stéphane PIMBERT a été adjoint au directeur général et directeur du Centre de Lorraine de l'INRS de 2007 à 2009. Diplômé en Droit et Sciences politiques, il a exercé les fonctions de consultant manager en organisation au sein du cabinet Eurogroup Consulting et de secrétaire général de la branche Services de l'Association française pour l'assurance de la qualité (AFAQ).*

L'INRS –Institut national de recherche et de sécurité– a été créé en 1947 sous l'égide de la CNAMTS. Il est inclus dans la branche AT/MP, en lien avec la CNAM, les CRAM et les CARSAT. L'INRS regroupe 635 personnes dans deux centres – à Paris pour le siège et les experts et en Lorraine pour la recherche. Son Conseil d'administration est paritaire (employeurs et salariés). Dans toutes les instances de l'INRS, les partenaires sociaux jouent un rôle important.

La mission de l'INRS touche à la prévention des maladies professionnelles et des accidents du travail. Cette tâche part de l'identification et aboutit à la diffusion de solutions pour éviter les maladies et les accidents, dans le cadre de la CNAM pour le régime et de la MSA pour les agriculteurs.

Son périmètre d'action s'avère généraliste : il va de la chimie, en passant par les nanotechnologies, l'ingénierie des équipements de travail, les équipements de protection collectifs ou individuels, les RPS et les TMS. L'INRS possède quatre moyens d'actions : les études et la recherche, l'assistance aux CARSAT et aux entreprises, la formation des préventeurs et l'information.

Depuis trois ans, nous avons la volonté de mettre en place des thématiques transversales sur certains sujets. Nous avons créé des projets qui allient nos chercheurs, nos médecins, nos formateurs, en vue de faire avancer l'INRS sur ces sujets et de permettre son intervention.

En matière d'études et de recherche, nous parlons de recherche appliquée, en lien avec les autres moyens d'action.

- Nous agissons aussi bien au niveau de l'acquisition de connaissances que du dépôt de brevets ou la diffusion de l'information. Au prochain Conseil d'administration, nous annoncerons le dépôt de quatorze brevets. Cette recherche se veut la plus appliquée possible. Il s'agit d'apporter à la prévention.
- Nous nous intéressons également à la toxicologie, à l'épidémiologie, à la métrologie ou à la mécanique. La mécanique concerne les machines et leurs rayonnements ou leurs capots de protection. Nous disposons donc d'un panel large de connaissances qui permettra la diffusion vers les salariés et les employeurs et *via* l'ensemble des préventeurs que sont les médecins du travail.
- L'identification des besoins se fait grâce aux chercheurs, aux CRAM/CARSAT et à l'occasion des demandes des entreprises. Nous analysons environ 35 000 demandes par an. Elles comprennent celles des partenaires sociaux. Nous sommes convaincus de la nécessité de prendre en

compte le lien indispensable entre recherche et solutions de prévention. L'INRS a pour but de prévenir et d'éviter les maladies et les accidents.

Je résume pour l'assistance le lien des experts avec les CRAM/CARSAT, les entreprises, les préventeurs, *via* des stages, des publications ou notre appui au CARSAT.

- Nous recevons 35 000 demandes directes par an par téléphone, par mail ou courrier. Un département de l'INRS, appelé Études et Assistance médicale, permet d'avoir un lien direct avec nos médecins.
- Nous répondons ou intervenons en entreprise *via* les CRAM/CARSAT (experts et chercheurs). Nous faisons évaluer les réponses de l'INRS par des organismes extérieurs.
- Nous observons que 72 % des entreprises ont modifié leurs pratiques suite à une demande à l'INRS. En tant que directeur général de l'INRS, cela me réjouit, car cela montre que nous pouvons lier la recherche et l'entreprise, que des réponses de l'INRS engendrent des conséquences concrètes.

En matière de formation :

- nous ne faisons pas de formation directe mais intervenons auprès des préventeurs ;
- nous formons des préventeurs (CHSCT, Services santé au travail, médecins...). Nous faisons de l'ingénierie, puis des organismes de formation peuvent intervenir sur la base de nos référentiels ;
- nous dispensons des formations à distance, assurons l'intégration de la prévention dans l'enseignement initial des préventeurs, et faisons intervenir des experts et des chercheurs de l'INRS. Les produits d'information sont élaborés par des spécialistes en lien avec les experts et les CRAM ;
- les brochures sont élaborées par un département spécialisé en lien avec experts et chercheurs ;
- notre nouveau site web ([www.INRS.fr](http://www.INRS.fr)) enregistre 40 000 connexions par jour en moyenne, et a recensé 33 millions de téléchargements en 2010. Cela permet d'aller de la recherche jusqu'aux salariés et entreprises. Ce site était auparavant surtout alimenté par nos chercheurs et nos experts. Nous proposons désormais quatre niveaux d'information, des profanes aux chercheurs.

Je souhaite citer deux exemples. Le plan PME est une volonté de l'INRS et du Conseil d'administration qui désirait inciter la direction de l'INRS à s'adresser aux multiples PME de manière spécifique et non pas simpliste. Nous travaillons pour cela avec les branches professionnelles et les partenaires sociaux. Nous avons également un programme relatif aux nanoparticules. Nous partons ici de la recherche –les études toxicologiques et la métrologie– pour aboutir aux solutions que sont la formation et l'information. Les médecins du travail nous l'avaient demandé.

Concernant la veille et la prospective, c'était une volonté du Conseil d'administration et des partenaires sociaux, voici trois ans, de structurer notre veille. J'ai identifié quatre manières d'assurer cette mission :

- *via* les chercheurs et experts de l'INRS, l'analyse des demandes externes ;
- la branche AT/MP (accidents du travail et maladies professionnelles) nous permet de traiter des informations de terrain. Les comités techniques nationaux et les partenaires sociaux nous apportent des données ;
- notre lien avec les réseaux français que sont les organismes proches, comme l'Anses et l'hVS nous permet de travailler en commun sur certains sujets ;
- les réseaux internationaux donnent l'occasion à l'INRS d'animer un groupe de travail européen de veille et prospective qui tente d'identifier les thèmes émergeant à l'étranger.

Cette veille et prospective est naturellement partagée avec les autres organismes français et le Conseil d'administration de l'INRS en vue de faire évoluer nos activités.

# ***Troubles musculo-squelettiques, risques psychosociaux, amélioration des conditions de travail. Quel peut apporter l'Anact ?***

## **Jack BERNON**

Responsable du Département santé-travail, Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact)



*Responsable du Département santé au travail de l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact), Jack BERNON était auparavant directeur de la délégation régionale d'Auvergne. Il collabore aux travaux du Comité scientifique du programme de recherche environnement-santé-travail de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses). Il est également membre du Comité scientifique et technique du Fonds national de prévention de la caisse de retraite des agents des fonctions publiques territoriale et hospitalière. Ergonome de formation, Jack BERNON intervient à de nombreuses reprises dans les entreprises sur la conduite du changement pour la prise en compte de l'amélioration des conditions de travail ainsi que dans plusieurs formations universitaires notamment à Paris Dauphine.*

Le Réseau Anact se compose d'une Agence nationale, établissement public administratif, basée à Lyon et de 26 Aract, associations régionales pilotées par les partenaires sociaux. Elles sont territorialisées et interviennent davantage auprès des PME et TPE alors que l'Agence nationale est plus en contact avec les grandes entreprises et les institutions de prévention. L'action du Réseau Anact réside principalement dans sa capacité de production de connaissances issues du terrain. Nous faisons partager ces connaissances et les transférons *via* de nombreux vecteurs. Nous sommes en mesure d'intervenir en entreprise et de l'accompagner dans l'évolution des conditions de travail. Les questions sont abordées à partir d'une analyse du travail et nos interventions sont toujours menées dans un cadre paritaire (CHSCT, délégués du personnel, etc.) et participatif. Les salariés sont les premiers experts de leur travail et donc fortement concernés par ces questions. Cette approche du travail réel permet aux personnes de se reconnaître et d'ouvrir des possibilités de changement et d'amélioration durable des conditions de travail.

## **Les TMS**

En matière de TMS, le travail avec la recherche est très puissant. Il met en relation les études avec les connaissances en provenance du terrain. Ainsi, une étude financée par la Direction générale du travail (DGT) a mobilisé le Réseau et de nombreux chercheurs afin de comprendre les raisons de la recrudescence des TMS et regarder les conditions nécessaires pour l'installation d'une prévention durable. Le premier constat tiré de cette étude concerne la conception du travail : avec des décisions centrées uniquement sur les aspects financiers ou technologiques, les organisations qui en découlent sont pathogènes pour les personnes. Nous avons également été frappés lors de cette étude par les historiques erratiques dont les entreprises disposent en matière d'actions de prévention : on passe d'une action dynamique car elle est portée par un DRH, un médecin du travail ou un préventeur, puis l'action s'interrompt brutalement du fait du départ de l'un de ces porteurs.

Le développement d'outils et de méthodes figure également parmi nos missions de lutte contre les TMS. Récemment nous avons publié l'ouvrage « Agir sur la prévention durable des TMS ». Nous avons également développé un logiciel Muska, outil d'analyse basé sur l'étude vidéo des situations de travail. Enfin un questionnaire d'évaluation des TMS à destination des entreprises sera mis à disposition de celles-ci en cette fin d'année.

Par ailleurs, nous pouvons organiser des congrès avec la recherche francophone afin de prendre connaissance de l'état de la recherche sur les TMS. La dernière édition qui s'est tenue à Grenoble au mois de mai a connu un grand succès. Le thème du congrès portait sur le lien entre TMS et RPS (risques psychosociaux).

## **Les RPS**

Dans ce domaine, le Réseau Anact a conduit plus de 1 000 interventions, dont au sein de France Télécom (récit disponible sur notre site, numéro spécial de Travail & Changement juin 2011). Le plan Darcos 2009 a engagé les partenaires sociaux des grandes entreprises à mener des plans d'actions dépassant le simple accord de méthode. Nous avons accompagné plusieurs de ces négociations. Sur un plan plus méthodologique nous avons mis au point un modèle d'intervention basé sur le concept de tension vécue dans le travail. Ce modèle est mis à la disposition des consultants et des préventeurs pour leur permettre d'identifier les origines des risques psychosociaux. Par ailleurs nous publions une méthodologie d'inscription des RPS dans les documents uniques car les entreprises se trouvent démunies face à cette question. Enfin, nous menons un projet avec l'INRS sur l'évaluation des interventions conduites en entreprise sur les RPS.

## **Le lien TMS/RPS**

Au cours du travail tout travailleur est soumis à des tensions. On peut utiliser la métaphore du ressort pour comprendre ces tensions. À l'une des extrémités du ressort se trouvent les contraintes organisationnelles et les objectifs à tenir. À l'autre extrémité se trouvent les exigences de chaque travailleur comme celle de bien faire son travail par exemple ou trouver du sens dans son travail. Au centre du ressort se trouve le travail et les conditions dans lesquelles il doit être réalisé. Si ce ressort s'étire entre chacun de ces pôles de façon excessive, il se déforme, voire se brise. Cette représentation permet de considérer le travail sous un jour nouveau et de relever, comme Yves Clot le souligne, l'existence d'une tension entre l'hypo-sollicitation de l'intelligence des personnes soumises à des cycles extrêmement courts (de quelques secondes) et l'hyper-sollicitation biomécanique due à la répétition des gestes côté organisation et une faiblesse du sens au travail et une non reconnaissance des valeurs individuelles de l'autre. Cette tension peut générer des TMS, des RPS, voire les deux phénomènes.

# Évaluation de l'impact des produits phytopharmaceutiques sur la santé et l'environnement

---

## Jean-Charles BOCQUET

Directeur général, Union des industries de la protection des plantes (UIPP)



*Ingénieur agronome, spécialisé dans la protection des cultures, Jean-Charles BOCQUET est directeur général de l'Union des industries de la protection des plantes (UIPP) depuis juillet 2002. Il est membre de nombreux groupes de travail au sein de la filière agricole et il participe activement aux initiatives ayant pour objectif la gestion responsable des produits phytopharmaceutiques (Stewardship). Jean-Charles BOCQUET, qui a débuté sa carrière chez Roussel-Uclaf avant de rejoindre DuPont de Nemours, possède une large expérience de la protection des plantes dans les domaines techniques, marketing, ventes et communication.*

Depuis dix ans, collectivement, nous avons avancé. L'UIPP regroupe vingt entreprises qui travaillent quotidiennement :

- sur les aspects réglementaires, puisque les produits phytopharmaceutiques sont réglementés ;
- sur le développement d'actions et la mise en valeur des bonnes pratiques ;
- sur l'information, et la communication relative au secteur de la protection des plantes.

Au travail, l'agriculteur est souvent isolé, y compris l'ouvrier intervenant sur les parcelles dans la vigne ou les productions légumières. Les produits utilisés sont évalués et doivent bénéficier d'une Autorisation de mise sur le marché (AMM) qui décrit des conditions d'emploi particulières. Nos produits s'avèrent rarement anodins. Enfin, la préparation des produits avant l'application sur le chantier est souvent influencée par les conditions météorologiques. L'agriculteur travaille souvent à l'extérieur et les temps d'utilisation des produits sont souvent très courts, il importe d'intervenir avant le développement des insectes ou de maladies. Il nous faut donc travailler à la fois sur les produits et sur les pratiques.

La réglementation spécifique évolue au gré des progrès scientifiques et des exigences sociétales. Pour le cas de l'évaluation des produits, la nouvelle réglementation 1107/2009 est entrée en vigueur le 14 juin 2011. Les produits sont donc régulièrement réévalués et sur les 1 000 substances actives disponibles au début des années 1980, nous en conservons un peu moins de 400 à ce jour. La réglementation ne conserve que les produits respectant la santé et l'environnement. Cette réglementation concerne également les modes d'utilisation des produits.

Je souhaite insister sur les actions volontaires tant au niveau des produits que des pratiques. Au niveau des produits, nos adhérents travaillent beaucoup pour faire évoluer les matières actives vers une moindre dangerosité, et sur les formulations en vue d'éviter les solvants agressifs. Ils développent des outils d'aide à la décision et interviennent sur les emballages.

En termes de pratiques, nous intervenons dans des formations, dans la connaissance des difficultés d'utilisation des produits sur le terrain, afin de développer la prévention et le conseil. Nous avons également créé une société spécialisée dans la collecte des emballages vides, sources potentielles de contaminations : la société ADIVALOR. Nous répondons également aux questions en matière d'études épidémiologiques, notamment en ce qui concerne les effets à long terme sur la santé des agriculteurs.

L'utilisation de l'arsénite de soude en viticulture a été évoquée. De manière concrète, un programme de recherche permet depuis deux ans, dans la région bordelaise en viticulture, de travailler sur le remplissage du pulvérisateur, sur les conditions du traitement en termes ergonomiques en vue de limiter



l'exposition et la contamination. Nous examinons également les aspects liés au retour des travailleurs dans les parcelles, après l'application des traitements.

Ce programme réunit plusieurs partenaires : l'UIPP offre des expertises, le CEMAGREF travaille sur la mise en œuvre des produits, l'Institut français de la vigne et les chambres d'agriculture mettent à notre disposition des terrains d'observation. Nous collaborons avec l'IUT Bordeaux, spécialisé en ergonomie et mesure des expositions. Au-delà des autorisations, nous visons à améliorer les pratiques des agriculteurs.

Nous avons mis en œuvre, depuis plus d'un an, d'une manière collective avec 9 partenaires une campagne de prévention et de sensibilisation des agriculteurs aux risques des produits phytopharmaceutiques. Les mains représentent 5 à 8 % de la surface corporelle, mais également 60 à 80 % des contaminations pendant l'application du traitement. Nous insistons donc sur le port des gants, mais également sur les mesures de prévention dans l'organisation du chantier, afin que le professionnel soit sensibilisé aux phases les plus risquées de son travail. Cette campagne s'inscrit dans la durée et porte également sur la protection des yeux.

Nos actions s'intègrent dans l'axe 9 du plan Ecophyto 2018, l'une des recommandations du Grenelle de l'environnement. Trois sous-groupes de travail sont concernés : la mise en œuvre des produits, les Équipements de protection individuelle (EPI) et la veille sanitaire – surveillance des effets à long terme. L'UIPP et la filière agricole sont en phase et soutiennent l'objectif de santé du Grenelle de l'environnement.

Je souhaite conclure par deux vœux : que cette expertise puisse être portée à la contribution des experts qui prendront en compte nos actions et que cette thématique phytopharmaceutique ne soit plus uniquement traitée sous le coup de l'émotion négative, notamment par les médias... Sachons reconnaître les progrès dans ce domaine en matière d'évaluation, de gestion ou du suivi des produits.

# ***La recherche et l'expertise à l'Ifsttar en matière de santé au travail et de prévention.***

## ***Exemple d'un risque particulier : le risque routier***

---

### **Bernard LAUMON**

Chargé d'animation d'axe Transport et Santé, Institut français des sciences et technologies des transports, de l'aménagement et des réseaux (Ifsttar)



*Chargé d'animation scientifique Transport et Santé et directeur de recherche en épidémiologie à l'Institut français des sciences et technologies des transports, de l'aménagement et des réseaux (IFSTTAR), Bernard LAUMON est ingénieur de l'école Centrale de Lyon, docteur en statistiques et docteur en médecine. Chercheur à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) jusqu'en 1992, puis à l'Institut national de recherche sur les transports et leur sécurité (INRETS), Bernard LAUMON développe, depuis près de vingt ans, une approche Santé publique de la recherche en insécurité routière. Il a été notamment à l'origine du premier registre médical des victimes d'accidents de la route et anime un groupe d'échanges et de recherches sur le risque routier en lien avec le travail.*

L'Ifsttar est né le 1<sup>er</sup> janvier 2011 de la réunion de l'Inrets et du Laboratoire central des Ponts et chaussées (LCPC). Il compte 1 250 agents répartis sur neuf sites et dans 25 structures de recherche différentes. Son action porte sur quatre axes stratégiques, notamment « garantir des transports respectueux de la santé des usagers et des citoyens » et « maîtriser le vieillissement, les risques et les nuisances ».

Quelques exemples : l'Ifsttar s'intéresse à l'impact des fumées de bitume sur la santé, et a étudié la santé des conducteurs de poids lourds. Il s'est également penché sur la pénibilité du poste de travail des portiqueurs des ports du Havre et de Marseille, ainsi que sur les addictions en milieu maritime civil français.

En ce qui concerne le risque routier, et de façon un peu caricaturale, les accidents de mission concernent avant tout, mais pas seulement, des véhicules plus lourds et des professionnels de la route censés être spécifiquement formés et respecter des règles particulières ; alors que les accidents de trajet concernent des déplacements plus « ordinaires », mais à des pics horaires de circulation.

Sous l'angle de la sécurité routière, l'enjeu est d'abord celui des déplacements privés, puis celui des trajets domicile-travail, enfin celui des déplacements liés aux missions. Les usagers poids lourds représentent une part élevée de la mortalité routière en mission, à plus forte raison si l'on s'intéresse à l'ensemble des conducteurs impliqués (tués ou non) dans de tels accidents. Les recherches en sécurité routière sont souvent des recherches « généralistes » qui ne privilégient pas particulièrement la dimension travail (par exemple celles sur l'alcool ou sur les stupéfiants). Toutefois, certaines réglementations portent spécifiquement sur un domaine en particulier, comme le transport en commun d'enfants pour lequel le taux d'alcoolémie maximal a été abaissé à 0,2 gramme par litre de sang.

Considéré comme un risque professionnel, le trafic routier apparaît comme la première cause de décès au travail. Il concerne des travailleurs très variés, du conducteur professionnel de poids lourd au facteur qui se déplace à vélo, sans oublier les « travailleurs mobiles » (qui ne sont pas nécessairement des professionnels de la route). Le déplacement routier est une activité professionnelle qui s'effectue parallèlement à d'autres (chargement, déchargement, attente, travaux administratifs). Par ailleurs, ces professionnels peuvent être soumis à des conditions de travail (amplitude de conduite, conduite de nuit, télématique embarquée, etc.), ainsi qu'à des risques sanitaires spécifiques (TMS, stress, tabac, surpoids, etc.). Sous cet angle, des recherches spécifiques sont conduites, par exemple sur les conditions de travail et le risque d'accident, ou sur l'accident et le retour du travail.

De plus, des actions spécifiques sont menées, comme les plans de déplacement en entreprise, la gestion des communications mobiles, le choix et l'entretien des véhicules, la formation des salariés et des conducteurs ou des actions ciblées sur les véhicules utilitaires légers.

L'Ifsttar travaille en lien étroit avec la Délégation interministérielle à la sécurité routière et le Comité de pilotage du risque routier professionnel réunissant les représentants de la Délégation à la circulation et à la sécurité routières (DCSR), du ministère du Travail ainsi que des principales caisses d'assurance-maladie. Par ailleurs, l'Ifsttar a créé un groupe d'échanges et de recherche regroupant des représentants de l'INRS, de la CNAMTS, de l'InVS, etc. L'Ifsttar bénéficie également d'un observatoire du traumatisme permettant de mener de multiples études et évaluations et d'un savoir faire en matière d'études détaillées d'accidents, permettant une double approche épidémiologique et clinique. L'Ifsttar peut aussi s'appuyer sur son association avec des équipes hospitalo-universitaires en santé au travail. Enfin, le regroupement de l'Inrets et du LCPC permet aujourd'hui à l'Ifsttar de réunir mesure des expositions des travailleurs de la route et analyse épidémiologique.

## Quels outils pour la surveillance épidémiologique des risques émergents ?

### Ellen IMBERNON

Directrice du Département santé au travail, Institut de veille sanitaire (InVS)



*Directrice du Département santé travail de l'Institut de veille sanitaire (InVS) depuis 2002, Ellen IMBERNON est entrée à l'InVS dès sa création, en 1998, suite à une carrière de médecin du travail dans une grande entreprise. Le Département santé travail, dont elle a la direction, est chargé de mesurer l'impact du travail et des expositions professionnelles sur l'état de santé de la population, afin de repérer les situations présentant les risques les plus importants et d'alerter les décideurs. Ces risques couvrent des domaines très variés, allant de la santé mentale en lien avec les facteurs de risques psychosociaux aux cancers d'origine professionnelle, mais aussi les troubles musculo-squelettiques liés au travail et les accidents du travail et toute pathologie dont les liens avec le travail sont avérés ou soupçonnés. Ellen IMBERNON est docteur en médecine et épidémiologiste.*

L'InVS est un établissement public chargé de la surveillance sanitaire et de la veille sur la santé de la population en lien avec tous les déterminants. Dès sa création, le déterminant travail a été considéré comme important dans la santé publique. Cela semble aujourd'hui évident, mais en 1998, lorsqu'un organisme de santé publique a souhaité s'emparer de la question des risques professionnels, cela constituait un pari.

L'InVS a pour rôle de quantifier le poids du déterminant travail dans la santé des populations dans une optique d'aide à la décision. L'InVS se trouve sous la tutelle unique du ministère de la Santé et n'a pas recours aux partenaires sociaux dans ses tâches et son expertise. Les résultats de tous ses travaux sont rendus publics et adressés au ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé et au Coct. Nous nous devons de produire des indicateurs fiables, utiles, reproductibles si possible à un niveau macroscopique. Il n'est pas toujours facile de les décliner directement.

Grâce aux travaux de l'InVS, certaines données jusqu'alors inexistantes en France ont pu voir le jour. Voici quelques exemples des résultats produits par l'InVS : on estime généralement que 5 à 10 % –un peu plus aujourd'hui– des cancers sont dus à des expositions professionnelles. Concernant les TMS, un grand programme est actuellement mené à l'InVS avec le professeur de Roquelaure. Nous observons ainsi que bien que les syndromes du canal carpien soient reconnus comme première cause de maladie professionnelle, ces pathologies reconnues ne représentent que 53 % de celles qui auraient pu l'être, du fait d'une sous déclaration importante. Dans les professions d'ouvrières agricoles, plus de 65 % des pathologies du canal carpien pourraient être évitées si les facteurs de risque n'existaient pas. La part du travail s'avère ici considérable. Nos chiffres permettent d'étudier les causes de décès selon les secteurs d'activité. Certains chiffres frappent l'opinion : les exploitants agricoles ont un risque de suicide trois fois supérieur à celui d'un cadre d'entreprise, tout comme pour les personnes en âge de travailler qui se trouvent en situation d'inactivité professionnelle. Ces chiffres doivent être interprétés avec précautions mais soulèvent nombre de questions.

Outre les disparités sociales, des disparités de secteur d'activité sont repérables. Dans la population salariée, les taux de suicide avoisinent 25 pour 100 000 personnes, tandis qu'il est de 35 pour 100 000 personnes dans le secteur de la santé et de l'action sociale et de 30 pour 100 000 dans l'administration. Ces données nous poussent à enquêter sur ces secteurs et à émettre des hypothèses. Ces chiffres visent à quantifier l'impact des situations professionnelles, à repérer les situations à risques et à suivre l'évolution de ces problèmes. Il s'agit par exemple de s'assurer de l'efficacité des mesures de prévention.

Cette surveillance épidémiologique est relativement difficile à mettre en place, en effet : les pathologies peuvent concerner tous les organes, et jusqu'à la santé mentale, la dépressivité, les cancers ou les affections neurologiques entre autres. Les degrés de gravité diffèrent. Aucun système de surveillance unique ne permet de cerner l'ensemble des problèmes. Les facteurs s'avèrent également très diversifiés, allant des substances chimiques au potentiel pathogène élevé ou moins connu, cela concerne des nuisances physiques, rayonnements, des gestes qui par leur intensité, répétition et durée, peuvent engendrer des problèmes de santé. Cela touche également à des modifications substantielles dans l'organisation du travail, qui s'avèrent parfois extrêmement rapides et difficiles à appréhender.

Tout cela montre qu'assurer une surveillance permanente de tous les risques professionnels n'est pas chose aisée, notamment parce qu'il faut mesurer selon les cas, surveiller les personnes en situation de travail ou longtemps après qu'ils l'aient quitté. Il faut de plus connaître toutes les conditions auxquelles ces personnes ont été soumises. Nous devons souvent travailler sur des populations larges pour des raisons de validité statistique. Nous devons donc construire des outils de mesure adéquats.

Parmi les outils, j'évoquerai l'élaboration de matrices emploi-exposition. Elles permettent de retracer les expositions auxquelles les personnes ont été soumises, sans tenir compte de leur statut (travailleur salarié, indépendant, agriculteur, retraité, etc.). Ces matrices sont disponibles sur Internet et à la disposition des équipes de recherche qui souhaitent les utiliser. Grâce à ces outils, nous pouvons estimer la prévalence d'exposition dans la population et en déduire la proportion de certaines maladies attribuables à ces expositions dans la population française. Ces outils s'avèrent indispensables pour produire un certain nombre d'informations. Nous constatons toutefois que les conditions de travail évoluent rapidement, qui rendent ces outils insuffisants. Les nouvelles contraintes professionnelles suscitent des interrogations sur leurs effets sanitaires. La santé des travailleurs vieillissants et le devenir socio-professionnel des travailleurs malades posent question.

C'est pourquoi nous devons aujourd'hui investir dans des outils de surveillance au long cours en mettant en place des « cohortes » de travailleurs dont l'activité professionnelle et l'évolution de l'état de santé sont suivies au fil du temps. Les entreprises, industriels, les unions de producteurs doivent aussi nous faciliter l'accès aux données qui sont en leur possession. La veille sanitaire doit s'appuyer également sur les professionnels de santé que sont les médecins du travail. Leurs informations de terrain se révèlent très précieuses et il est indispensable que l'on puisse en organiser la remontée. J'espère que la nouvelle réglementation contribuera à favoriser la participation des médecins du travail à la veille sanitaire et que les services de santé au travail seront facilitateurs pour cette contribution.

### **Danielle Gadeau, présidente, PARUSS**

Existe-t-il une harmonisation au niveau européen quant à l'emploi de produits prohibés en France mais utilisés chez certains de nos voisins ? Existe-t-il un répertoire de ces substances chimiques ?

### **Gérard Bapt**

Au niveau de la culture des fraises, certains produits sont en effet autorisés en Espagne mais pas en France, alors que l'importation des fruits ainsi traités est tolérée.

### **Jean-Charles Bocquet**

Nous souhaitons que des mesures soient prises afin de lutter contre la fraude qui est fréquente en la matière. Le règlement européen 1107-2009 évoqué ce matin prévoit des dispositions spécifiques afin d'harmoniser les réglementations et les autorisations par zone.

### **Gérard Lasfargues**

Au niveau européen, les CMR et les perturbateurs endocriniens sont de plus en plus souvent englobés dans ce type de règlements, et en matière de produits phytosanitaires, un rapprochement avec REACH est visé afin d'obtenir des procédures d'évaluation plus strictes de produits potentiellement nuisibles. Dans la « zone sud », la France sera chargée de nombreuses évaluations dans ce domaine étant donné que l'Anses a peu d'homologues en Europe.

### **Tom Taylor, président, FAADDHED**

Le droit à la santé et le droit au travail sont fondamentaux, mais leur réalisation n'est effective que lors des périodes de plein-emploi. Or la crise mondiale financière met en exergue le fait que cette satisfaction de ces droits sera mise de plus en plus à rude épreuve : la précarité et l'absence de travail ne sont-ils pas le point nodal des problématiques de santé publique et au travail et ne méritent-ils pas, au-delà des risques psychosociaux, d'être évalués ?

### **Gérard Bapt**

Je suis d'accord avec vous.

### **Gérard Lasfargues**

Il est évident que dans l'évaluation des risques (en santé-travail ou santé-environnement), cette problématique se trouve au premier plan et dans chacun des programmes nationaux qui sont lancés (Plan cancer, PNNS, etc.), l'axe de l'évaluation des risques pour ces populations est central. Il est évident qu'il faut développer la priorisation d'actions de prévention adaptées. Les populations précarisées sont bien sûr particulièrement vulnérables face aux risques psychosociaux.

***Vers une politique active de prévention et de reconnaissance  
des risques professionnels ?***

---

***Président***

**Philippe BOULLAND**  
Député Européen

***Intervenants***

**Daniel BOGUET**

Représentant de l'Union professionnelle artisanale (UPA) à la Commission accidents du travail-maladies professionnelles de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

**François DESRIAUX**

Rédacteur en chef du magazine « *Santé & Travail* », ancien président de l'Association nationale de défense des victimes de l'amiante

**Paul DUPHIL**

Secrétaire général, Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics (OPPBT)

**Franck GAMBELLI**

Président de la Commission accidents du travail-maladies professionnelles, Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)

**Agnès GUYARD**

Médecin du travail, Confédération française de l'encadrement et Confédération générale des cadres (CFE-CGC)

### Philippe BOULLAND

Député européen



*Député européen depuis 2010, Philippe BOULLAND est membre de la Commission de l'emploi et des affaires sociales et de la Commission des pétitions. Titulaire d'un doctorat en médecine, spécialiste en médecine générale et d'un diplôme de médecine tropicale et parasitaire, il est médecin généraliste depuis 1985. Conseiller général de l'Oise et 1<sup>er</sup> vice-président de la Communauté de communes du Pays de Valois depuis 2001, Philippe BOULLAND a été adjoint au maire de Betz de 1989 à 1995 et depuis 2005 et maire de Betz de 1995 à 2005. Ayant toujours œuvré dans le domaine humanitaire, il est également membre suppléant de l'Assemblée parlementaire paritaire ACP-UE, qui réunit les pays d'Afrique, des Caraïbes et du Pacifique.*

Bonjour à chacun d'entre vous. Je me présente : depuis 10 mois, je suis parlementaire européen PPE (Parti populaire européen) et membre de la Commission de l'emploi et des affaires sociales. Au travers des mandats locaux que j'exerce en Picardie, j'éprouve un grand intérêt à présider une structure qui additionne une mission locale et une maison de l'emploi dans le sud de l'Oise. Je suis également médecin généraliste à la campagne, métier que j'exerce toujours actuellement et que j'adore. Le sujet de la Santé au travail, dont nous débattons aujourd'hui, me concerne donc à plusieurs titres. Je suis très honoré de présider cette table ronde.

Pour introduire le sujet, en tant que parlementaire européen, je dirais que l'Europe est peut-être perçue comme une usine à gaz, mais elle est bel et bien dans le vif du sujet avec sa législation qui s'impose aux pays membres, dont la France. La stratégie de la Commission européenne est de réduire les accidents de travail de 25 % entre 2007 et 2012. Les traités européens et la Charte des droits fondamentaux garantissent aux citoyens le respect du droit à la santé. La Commission invite les États membres à fixer des objectifs quantitatifs en articulation avec la stratégie communautaire. Elle a fixé quatre domaines d'action prioritaires.

Tout d'abord, la prévention et la surveillance de la santé ; ensuite la réintégration des travailleurs ; puis la réponse aux changements sociaux et démographiques, notamment le vieillissement et le travail des jeunes ; enfin la coordination entre, d'un côté les politiques de santé et de sécurité au travail, et de l'autre les politiques de santé publique, de développement régional, de cohésion sociale, de marchés publics, d'emploi et de restructuration. Les dispositions prises ne suffisant pas, nous devons nous pencher plus avant sur les risques psychosociaux, surtout dans le contexte de crise actuelle. Nous travaillons actuellement à l'élaboration d'un rapport sur la santé et la sécurité au travail qui aborde largement les problèmes de stress et de suicides. C'est le lien entre souffrance au travail et organisation du travail qu'il faut étudier. Il existe par ailleurs des groupes de travailleurs dotés d'une faible couverture préventive comme les salariés des PME –notamment dans le secteur de la construction–, les travailleurs handicapés et les femmes, fréquemment confrontés au temps partiel. Mais surtout, à l'époque où l'appel à l'externalisation et la sous-traitance augmente, il existe un grand nombre de travailleurs précaires, domestiques, en intérim ou détachés, sans compter ceux exposés aux risques chimiques et biologiques, le nucléaire étant l'un d'entre eux. Afin de répondre aux risques nouveaux qui émergent et menacent la sécurité au travail, la recherche scientifique doit aussi être renforcée.

Après ce tableau exhaustif de nos travaux, je laisse la parole à monsieur Franck Gambelli, président de la Commission accidents du travail-maladies professionnelles à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.



# **La politique de la branche AT/MP. Économie de la réforme de la tarification AT/MP**

---

## **Franck GAMBELLI**

Président de la Commission accidents du travail-maladies professionnelles, Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)



*Président de la Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), Franck GAMBELLI est directeur du service Environnement, Conditions de travail et Droit des affaires de l'Union des industries et métiers de la métallurgie (UIMM), directeur des Affaires juridiques et de l'Environnement à la Fédération des industries mécaniques (FIM), administrateur de l'Institut national de l'environnement industriel et des risques (INERIS) et membre du Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT). Franck GAMBELLI est l'auteur d'études sur la réglementation techniques et le droit des affaires sur « La portée juridique des normes », « Le contrat d'entreprise entre industriels », « La réglementation européenne des produits » et le « Guide de la directive machines » pour le compte de la Commission européenne.*

Bonjour à tous. Pour présenter la branche accidents du travail de la Sécurité sociale, je dirais que c'est la plus petite mais aussi historiquement la plus ancienne branche de la Sécurité sociale. Environ 10 000 personnes travaillent à la CNAM, dans les CARSAT, dans les CPAM, pour ce système d'assurance institutionnel des accidents du travail et des maladies professionnelles. Il est doté d'un back-office informatique très important afin de gérer des procédures de réparation d'une grande technicité au service de tous les assurés. La politique de prévention, c'est le cœur de métier de la Commission des accidents du travail et c'est l'affaire des travailleurs et des entreprises. Il s'agit de l'un des derniers espaces de vie paritaire de la Sécurité sociale, disons-le clairement : nous ne sommes pas une simple représentation diplomatique des partenaires sociaux dans un Conseil d'administration, mais nous avons un véritable apport à travers nos comités techniques nationaux et régionaux. La prévention s'inscrit dans une pratique professionnelle, un métier, une culture de branche et d'entreprise. Si l'expertise savante est indispensable, nous finançons intégralement l'Institut national de recherche et de sécurité, l'expérience de terrain a aussi un rôle décisif à jouer.

C'est pour cette raison que nous sommes structurés par branche d'activité, au plus près des métiers et des bassins d'emploi, afin que les recommandations de prévention de la Sécurité sociale soient directement opérationnelles et le reflet d'un dialogue paritaire. Un gros travail est effectué par les partenaires sociaux avec l'appui et le relais des services de prévention des CARSAT spécialisés dans les techniques de prévention. L'INRS apporte son incomparable expertise et son site internet, Eurogip, nous permet d'avoir la vision de ce qui se passe dans le domaine international. En matière de prévention, il existe 18 grands chantiers, avec une coordination très forte entre les CARSAT (anciennement CRAM) et des cibles très précises. Que comptons-nous faire à l'issue de notre convention d'objectifs signée avec l'État et qui se termine fin 2012 ? Notre premier axe consiste à toucher le grand nombre, c'est-à-dire les PME-TPE, qui représentent l'essentiel des 2 millions d'établissements couverts par la branche accidents du travail. Un travail de réflexion important est en œuvre pour créer des méthodes, des dispositifs d'incitation et adapter nos outils de prévention à ce tissu de petites entreprises. Notre deuxième axe fort repose sur la politique de maintien dans l'emploi. Nous souhaitons restaurer une offre de services au sein des CARSAT. Elles regroupent aujourd'hui la branche maladie, la branche accidents de travail et la branche vieillesse de la Sécurité sociale. Le service social de la CARSAT est le lieu où convergent ces politiques. La branche AT est motrice pour proposer une prestation nouvelle de maintien dans l'emploi tout au long du parcours professionnel. C'est l'intérêt bien compris des assurés, des entreprises et de la Sécurité sociale. Cet objectif ambitieux doit être discuté avec l'État lors de notre future convention d'objectifs et de gestion. Avec le vieillissement de la population au travail, la Sécurité sociale et l'Assurance maladie doivent travailler très en amont.

Il ne faut pas attendre un an après l'accident de travail ou l'arrêt, quelle que soit sa cause, pour se retrouver confronté à une incapacité et un licenciement. Nous devons recréer des passerelles et des mécanismes qui

se sont étiolés au fil du temps. Le challenge est de créer une relation contractuelle locale avec les services interentreprises de santé au travail. Monsieur Guy Lefrand, qui a porté la loi sur la médecine du travail, y a inscrit un principe de contractualisation qui nous permettra d'organiser les relations entre les médecins du travail, le médecin conseil et le médecin traitant du malade pour améliorer le maintien dans l'emploi. Le dialogue entre eux est parfois difficile. Ensuite, il s'agira de coordonner les actions de prévention entre l'État et les services de santé au travail en définissant les bassins d'emploi à privilégier et en partageant les outils. C'est notre ambition afin de renouveler notre convention d'objectifs.

### ***Philippe Boulland***

Donc, le dialogue avec le médecin traitant est effectivement difficile, je le reconnais. Mais je dois dire qu'on progresse mieux ainsi dans l'intérêt du patient. Je travaillais ce matin avec Claude Guéant et Nadine Morano dans le cadre de la formation Proméo. Elle a insisté sur le maintien du lien entre l'entreprise et les salariés accidentés afin d'éviter qu'ils ne deviennent des chômeurs. Des dispositions vont être prises dans ce sens, d'après ce que j'ai compris. Je passe maintenant la parole à monsieur Paul Duphil, secrétaire général de l'Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics, qui va nous parler des actions de prévention des maladies professionnelles.

# **Actions menées par l'OPPBTP pour améliorer la prévention des maladies professionnelles**

---

## **Paul DUPHIL**

Secrétaire général, Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics (OPPBTP)



*Secrétaire général de l'Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics (OPPBTP) depuis mai 2008, Paul DUPHIL est ingénieur des Mines de Paris. Directeur du développement économique du département des Yvelines de 2005 à 2008, il a participé directement à l'établissement et la mise en oeuvre des politiques publiques. Paul DUPHIL a effectué la première partie de sa carrière dans l'industrie électronique, tant en France qu'à l'étranger. Il a ainsi occupé diverses responsabilités opérationnelles comme la Direction des achats, la Direction de site industriel dans un contexte international fortement concurrentiel.*

L'OPPBTP est l'Organisme paritaire de la branche du BTP. Il a été créé après-guerre à l'initiative des partenaires sociaux du BTP pour faire face à une situation particulièrement accidentogène dans la branche. Ses 340 collaborateurs ont une mission d'information, de conseil et de formation auprès des entreprises sur le terrain. Nous accompagnons 6 000 à 8 000 entreprises en conseil terrain et formons environ 20 000 à 25 000 personnes par an. Je vais illustrer ici ce que peut être une politique active de prévention et les enjeux qui s'y rattachent. Nous avons choisi de lancer une campagne de prévention en 2009 sur les troubles musculo-squelettiques (TMS). En effet, les TMS représentent en 2010 dans le BTP 1,5 million de journées de travail perdues, 89 % des maladies professionnelles déclarées, et la sinistralité a doublé en 10 ans. C'est le seul risque en hausse, et 7 salariés sur 10 se plaignent de douleurs quotidiennes.

Quel est le contexte ? L'État a mené des actions sur les TMS dès 2007 dans le cadre du plan Santé au travail. Tous les organismes de prévention accompagnent cette dynamique. Pour agir, nous avons fait le choix d'un partenariat avec les 31 services de santé du BTP qui couvrent la moitié des 1,5 million de salariés en activité dans le BTP en France. Nous avons ciblé les TPE et PME car elles concentrent l'essentiel de la sinistralité (85 % des entreprises du BTP et 50 % des salariés). La campagne a duré 5 semaines avec des publicités dans les suppléments télévision des 68 quotidiens de la presse régionale et 250 000 envois aux entreprises comportant un dépliant et un quiz très simple en 10 questions. Nous avons aussi monté un site Internet (<http://www.tmsbtp-attentionfragile.fr/>) et mis en place des outils d'accompagnement pour aider les entreprises à trouver par elles-mêmes les bonnes solutions sur leurs chantiers. Quel résultat pour cet effort très important ? Le site Internet nous a valu 10 000 visiteurs et 100 000 pages lues sur les 6 premiers mois. Nous avons reçu 1 200 demandes de contacts spontanées sur 250 000 envois.

En termes d'activité de terrain, nous avons réalisé 20 sessions d'information des chefs d'entreprises ou pour les salariés en 2010 et déjà plus de 150 à fin juin 2011, et 380 stages de formation des personnels pour les sensibiliser aux TMS en 2010, et 240 à la mi-2011. Du côté des démarches de formation « Adapt », qui durent de 1 à 5 jours en entreprise, nous parvenons à 38 démarches en 2010 et 49 à la mi-2011. Ces résultats témoignent d'un premier retour du terrain mais ils sont en deçà de nos espérances. En revanche, l'expérience a été un très bon support de travail commun entre l'OPPBTP et les services de santé du BTP.

Quels enseignements pouvons-nous tirer de cette expérience, de cette campagne TMS menée sur les deux dernières années ?

Nous constatons que les discours et les supports graphiques ne suffisent pas. La santé n'est qu'une des priorités de l'entreprise et du salarié. Il faut toucher individuellement chaque acteur de terrain, ce qui est très lourd. Le plan Santé au travail est un formidable catalyseur d'actions mais nous devons relever le défi de passer d'une coexistence entre acteurs à une coordination plus structurée.

Nous devons actionner tous les leviers à notre disposition, et ne pas oublier un levier en particulier : la formation initiale. La culture de la prévention doit être inculquée plus tôt.

Par ailleurs, nous avons tendance à tenir un discours accusateur vis-à-vis de l'entreprise. Or il vaut bien mieux valoriser les bons résultats. Des milliers de situations à risque ne se traduisent pas par des accidents parce que salariés et entreprises ont adopté les bons réflexes. La pression réglementaire étant déjà forte, l'accentuer fera fuir les gens plutôt que de les amener à des démarches de progrès.

Autre constat : il faut travailler avec les professionnels. Le maçon qui parle à un maçon est bien plus crédible. De plus, les professionnels disposent d'outils qui ne sont pas à notre portée, par exemple lorsqu'ils interagissent avec les fabricants de matériaux et les donneurs d'ordres. Il faut aussi aider les entreprises, et les incitations ne sont pas suffisamment maillées entre elles. C'est un chantier de longue haleine.

En conclusion, dans un monde où l'on accepte moins de s'abîmer la santé au travail, il faut que nous apprenions à dépasser les clivages entre les organismes et les services pour travailler ensemble de manière coordonnée sur le terrain avec constance et persévérance, ce qui exige dynamisme et activisme.

### ***Philippe Boulland***

Merci, monsieur Duphil. Nous aussi, au niveau de l'Union européenne, nous travaillons à un rapport sur les TMS. Notre problématique consiste à obtenir une convergence entre les États sur les critères communs de reconnaissance valables d'une entreprise à l'autre. J'ajoute, en tant que médecin, que les TMS sont la problématique médicale la plus fréquente en matière d'accidents du travail et celle sur laquelle les médecins ont le moins de prise. Il existe en effet un manque de coordination entre le médecin, l'entreprise et la Sécurité sociale. Parfois, on laisse « filer » les malades sans leur proposer une reconversion ou un aménagement. Pour ces salariés parfois peu diplômés, une reconversion ou un changement de métier sont catastrophiques au plan social ou familial. Un dialogue plus ouvert et élargi avec l'entreprise et la Sécurité sociale permettrait d'aborder ce sujet différemment et de s'interroger ensemble sur les différentes possibilités offertes au salarié. Je vais maintenant laisser la parole à monsieur Daniel Boguet, représentant de l'Union professionnelle artisanale, qui va nous parler du bilan des actions mises en place.

## ***Bilan des actions mises en place ; adaptation des outils existants***

---

### **Daniel BOGUET**

Représentant de l'Union professionnelle artisanale (UPA) à la Commission accidents du travail-maladies professionnelles de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés



*Représentant de l'Union professionnelle artisanale (UPA) à la Commission accidents du travail-maladies professionnelles et administrateur de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), Daniel BOGUET est vice-président de la Caisse régionale d'assurance maladie Rhône-Alpes depuis 1996, président de la Caisse primaire d'assurance maladie de Privas et vice-président du Comité départemental des retraités et personnes âgées de l'Ardèche depuis 2005. Président d'honneur du Syndicat des coiffeurs de l'Ardèche, premier vice-président de l'Urssaf d'Ardèche, Daniel BOGUET a été président de la Commission des affaires sociales de la Fédération nationale de la coiffure française (FNCF) de 2003 à 2008 et a notamment fondé en 1986 la Confédération nationale de l'artisanat des métiers et services (CNAMS) de l'Ardèche.*

Merci, monsieur le député. Avant de vous parler, je tiens à vous adresser le salut le plus cordial de la première entreprise de France : l'artisanat et le commerce de proximité. Tous les dispositifs mobilisables pour réduire les risques et améliorer les conditions de travail doivent être mis en œuvre, y compris par le dialogue social.

Je souhaite rappeler que les artisans et commerçants sont très attachés aux apprentis et compagnons qu'ils forment. Toutefois, l'amélioration de la prévention des risques ne pourra être efficace que si l'ensemble des acteurs acceptent de regarder comme il se doit la réalité. Alourdir la réglementation ou la législation n'ajoutera rien en termes d'efficacité. Un des enjeux pour l'UPA consiste à éviter des charges supplémentaires et inappropriées. Pour rendre l'entreprise plus vertueuse en matière de prévention, il faut être plus incitatif et revoir le système des ristournes et des aides. Un dispositif d'aide financière simplifié a été mis en œuvre par la branche. Pourtant le bilan de son efficacité reste à faire.

Les contrats de prévention étaient destinés à contrer le système de la tarification collective, mais il semble à ce jour que les petites entreprises ne bénéficient toujours pas suffisamment du dispositif contractuel de prévention avec les CARSAT. Malgré les efforts, les artisans et commerçants de proximité restent insuffisamment couverts par les conventions de prévention des risques avec l'Assurance maladie. Des avancées significatives ont été accomplies depuis les conférences sociales lancées en 2008 par le ministre Xavier Bertrand mais tout ceci doit encore être suivi d'effet. Nous avons à cœur d'améliorer l'existant avant d'envisager de nouvelles règles. Car les dispositifs censés s'appliquer en priorité aux petites entreprises ne sont pas adaptés. Ils doivent être simplifiés pour être accessibles et nous permettre de mieux nous approprier ce devoir de sécurité. Merci de votre attention.

### ***Philippe Boulland***

Merci, monsieur Boguet pour votre franc-parler. Je corrobore vos propos et nous réfléchissons aussi en Europe à des simplifications administratives afin que les artisans, commerçants et les entreprises de services se consacrent à leur cœur de métier.

# ***Rôle des associations d'aide aux victimes pour faciliter la reconnaissance des pathologies en maladie professionnelle***

## **François DESRIAUX**

Rédacteur en chef du magazine « *Santé & Travail* »

Ancien président de l'Association nationale de défense des victimes de l'amiante



*Rédacteur en chef du magazine « Santé & Travail », François DESRIAUX est ergonomiste de formation et journaliste de métier. Considérée comme une revue de référence dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail, le magazine a été créé en 1991 et s'adresse aux acteurs de la prévention des risques professionnels. Par ailleurs, François DESRIAUX est l'un des fondateurs de l'Association nationale de défense des victimes de l'amiante (ANDEVA) dont il a été le président de 1998 à 2008.*

Tout d'abord, il convient de prendre en compte les conséquences de la plus grosse catastrophe sanitaire enregistrée, à savoir celle de l'amiante. Elle est à l'origine de 3 000 morts par an, en France. Et ce chiffre atteindra 100 000 dans les années 2030, années de la fin de l'épidémie. Elle a engendré des risques sanitaires et professionnels. Or, la catastrophe était évitable, malgré le fait que nous n'aurions pu éviter 100 000 morts. Cependant la catastrophe n'aurait pas été de cette envergure si on avait réagi plus tôt, en se fondant notamment sur les connaissances scientifiques acquises quant au caractère cancérigène du matériau et sur celles qui étaient à peu près acquises, étant déjà enseignées au milieu des années 1960.

La catastrophe de l'amiante révèle donc un échec de l'organisation de la prévention des risques professionnels. À l'époque, il s'agissait de la politique d'usage contrôlé de l'amiante. Or, comment est-il possible de contrôler l'émission de la réactivité dans une centrale nucléaire, dans un endroit clos, malgré certaines nuances ? De même, nous ne pouvons pas contrôler les émissions de fibres d'amiante dans des bâtiments dont la structure en était remplie. Selon moi, tout ceci est une fumisterie. Pourtant, cette politique a été menée pendant quinze ans, du début des années 1980 jusqu'au milieu des années 1990.

Depuis, une politique de prévention a été mise en place. Des associations de victimes se sont alors mobilisées autour de cette question. L'ANDEVA, avec ses 25 000 adhérents, n'ayant été créée que plus tardivement, il s'agissait principalement de la FNATH, la Fédération nationale des accidentés du travail et handicapés, et des associations d'enseignants, d'intellectuels et de chercheurs, notamment ceux de l'université de Jussieu, qui était le plus gros bâtiment floqué à l'amiante en Europe. Les nombreuses victimes ont donc été regroupées. Et une médiatisation massive a alors débuté. Cela a eu pour conséquences plus de 20 000 procédures judiciaires engagées devant les tribunaux des affaires de Sécurité sociale. Pour autant, certains pays n'ont toujours pas interdit l'usage de l'amiante, comme le Canada, qui utilise la politique d'usage contrôlé. Or, il ne s'agit pas d'un pays en voie de développement mais d'un pays soucieux de son environnement ; soulignons d'ailleurs le fait qu'il exporte de l'amiante plus qu'il ne l'utilise au sein même de son territoire. Dire que certaines catégories d'amiante ne sont pas cancérigènes permet ainsi d'empoisonner des milliers de travailleurs.

De plus, il convient de s'interroger sur la logique d'organisation de notre société. Faut-il en passer par les médias, par les tribunaux, ou encore par un rapport de forces pour faire avancer les choses ? Selon moi, nous n'aurions pas interdit l'amiante, au 1<sup>er</sup> janvier 1997, sans ce combat. De même, nous n'aurions pas obtenu l'obligation de résultat de sécurité au sein de l'entreprise, dont les multiples déclinaisons sont actuellement en progrès. Certes, de nombreux décrets ont été adoptés, comme le décret de 2001 dit « décret de CMR », qui concerne les produits cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques. Ou encore le document unique d'évaluation des risques, ainsi que celui sur le risque chimique. Citons aussi le plan santé-travail, ou la création de l'Agence nationale de sécurité sanitaire. Pourtant, les progrès ne sont pas suffisants en regard des risques actuellement présents.

Certes, ces derniers sont moins évoqués. Mais selon l'étude Sumer effectuée par le ministère du Travail, plus de 2 millions et demi de salariés sont exposés à un facteur de risque sur leur lieu de travail, soit 13 % de la population active. Dans cinq branches industrielles, ce chiffre s'élève à 35 %. Le risque cancérigène est donc loin d'être éradiqué. Un récent décret (datant du mois de juin), concernant la protection de la population contre les risques sanitaires liés à l'exposition à l'amiante dans les immeubles en construction, ne respecte pas les préconisations du Haut comité de santé publique. Malgré un avis défavorable, des dérogations seront accordées concernant le désamiantage. D'autre part, les travaux n'ont toujours pas été entrepris. Malgré des quantités faibles d'exposition, les travailleurs du bâtiment seront alors contaminés et ce, sans être informés d'une quelconque présence d'amiante.

Néanmoins, il convient de s'intéresser à l'effectivité du droit, au fait de savoir si les entreprises respectent le droit aujourd'hui. En effet, dans le cadre d'une campagne de contrôles organisée au niveau européen, 4 000 entreprises françaises, appartenant aux secteurs automobile et du nettoyage, ont été visitées par l'Inspection du travail. Les résultats ne sont pas fameux, étant donné que ce n'était pas une nouveauté. Plus de 70 % des chantiers ne respectaient pas la réglementation. Par contre, neuf entreprises sur dix mettent des équipements de protection individuelle à la disposition des travailleurs. Parmi les entreprises qui ont identifié le risque chimique, la volonté de mise en œuvre de produits de substitution est bien présente. Mais concernant l'évaluation des risques, c'est-à-dire la base même de la prévention, le document unique est inexistant dans un garage sur trois. Quant aux sociétés de nettoyage, cela concerne une entreprise sur quatre. De plus, lorsque le document unique existe, il ne prend pas forcément en compte le risque chimique. En effet, celui-ci n'est pris en compte que dans 40 % des établissements contrôlés.

Ensuite, concernant les conditions de travail, il convient de s'attarder sur le fait que le travail physiquement pénible n'a pas complètement disparu. En effet, le travail de nuit augmente. En 2009, 15,2 % des salariés travaillent avec des horaires alternants, soit un million de personnes supplémentaires comparativement à 1991. Les femmes sont particulièrement touchées. De même que les secteurs industriels. De surcroît, en 2005, un salarié sur trois déclare travailler dans une posture pénible et fatigante. S'ajoutent à cela, 18 % des salariés qui sont soumis à des expositions supérieures à 85 dB. Cela représente cinq points de plus par rapport à 2003. Concernant l'intensification du travail, 40 000 TMS ont été identifiés. Quant aux risques psychosociologiques, ils ne font qu'augmenter. Enfin, concernant la pénibilité, l'âge de la retraite ayant été reculé de deux ans, cela n'est pas compatible avec les conditions de travail décrites précédemment. Dans ces conditions, un rapport de 2004 révèle 200 000 inaptitudes au travail, se traduisant par 120 000 licenciements. Et la plupart sont dues au travail sur la sphère ostéo-articulaire.

En fin de compte, malgré une communication de la part des entreprises et du Gouvernement concernant la mise en place d'une organisation de la prévention, cela ne permet pas de faire des progrès sur le terrain. Les risques psychosociologiques sont présents, du fait d'une pression constante. De sorte que monsieur Darcos en avait fait un thème très fort, qui concernait les risques cancérigènes. Par la suite, il a exercé une pression sur les entreprises suite aux suicides au sein de France Télécom et de Renault. Les entreprises de plus de 1 500 salariés ont été obligées de négocier. Les accords signés relèvent de la prévention secondaire ou tertiaire. Mais quasiment rien n'a été fait sur le travail. Pourtant, la prévention primaire est au cœur de la souffrance des salariés, et de la modernisation du travail. Le travail répétitif sous contrainte de temps est un facteur de TMS assuré et un facteur de décompensation psychique. Il convient de changer le rapport au travail, et ainsi éviter les TMS ainsi que la souffrance psychique.

### ***Philippe Boulland***

Vos propos alarmistes soulèvent des interrogations. La première concerne l'aspect préventif d'un travail en amont. Les inconvénients de l'amiante auraient pu être décelés en amont avant de l'utiliser à un échelon industriel. Deuxièmement, concernant la sphère politique, vos propos soulignent un décalage entre les connaissances technologiques, médicales et l'action du politique. En effet, les enjeux économiques sont priorités sur les enjeux de santé publique, jusqu'à ce que ces derniers soient inévitables.

### ***François Desriaux***

En effet, il convient d'agir fortement en amont et d'obtenir un résultat sur le terrain, ce qui n'est pas le cas actuellement. C'est pourquoi les gens exclus du monde du travail, ayant été déclarés inaptes, se mobilisent pour tenter des procédures à leur employeur.

### ***Philippe Boulland***

Effectivement, des défauts ont été constatés sur le plan politique, du fait de la prise en compte de l'économie, notamment. Beaucoup de lobbying est à l'origine de cela. Cela ne facilite donc pas la résolution des enjeux de santé publique.

### ***Daniel Boguet***

L'UPA n'est pas hostile à l'indemnisation des victimes. Sans vouloir faire d'économies, cette dernière souhaiterait une remise à plat du dispositif. En effet, davantage de personnes bénéficient de l'indemnisation du Fonds de l'amiante comparativement au nombre de personnes touchées.

### ***François Desriaux***

Il n'était pas question de réparation, mais de prévention.

### ***Daniel Boguet***

En définitive, revoir la politique d'indemnisation permettrait de reverser au mieux l'argent et de le verser aux personnes appartenant aux entreprises de la liste. Par exemple, en 2004, l'enveloppe relative à l'indemnisation de l'amiante représentait plus de 15 % du budget, malgré l'existence de nombreuses maladies pulmonaires, entre autres.

### ***Franck Gambelli***

Des réalités attestent de la baisse de la sinistralité, notamment en matière d'AT/MP et d'AT. En effet, la branche accidents du travail a engagé des actions lourdes pour améliorer l'information des assurés et des médecins traitants sur les maladies professionnelles, par exemple, dans le domaine du cancer de la vessie.

### ***François Desriaux***

J'ai justement évité de parler de la réparation.

### ***Franck Gambelli***

Il existe une dialectique entre le contentieux et la politique législative, dans ce domaine comme dans d'autres. Affirmer, de manière implicite, que c'est l'action contentieuse qui tire la prévention, c'est méconnaître l'existence d'une branche accidents du travail qui permet d'offrir une autre voie que celle du « tout contentieux » sans pour autant restreindre cette dernière. On peut concevoir, comme dans certains pays, un dispositif de réparation et de prévention qui reposerait uniquement sur le contentieux et l'assurance. On peut aussi considérer que les politiques de prévention mises en œuvre par les entreprises, l'État, et la Sécurité sociale produisent des résultats. Je vous renvoie au rapport distribué à l'entrée. Il ne faut pas être dans le déni en noircissant toujours le tableau. Eurogip nous donne des éléments de comparaison internationale qui montrent que globalement nous sommes bien placés. Le déni des efforts de prévention est démobilisateur pour les entreprises.

### ***François Desriaux***

Je n'ai volontairement pas parlé de la réparation. En effet, l'affaire de l'amiante a permis une mobilisation et une organisation des victimes. Depuis, 20 000 à 30 000 procédures, en faute inexcusable sur des maladies professionnelles, ont eu lieu. Je soulève un problème, qui n'est pas celui de l'amiante, mais celui de la pénibilité au travail. Les conséquences du recul de deux ans de l'âge de la retraite sont les suivantes : d'une part les cessations d'activité anticipées, et d'autre part des salariés dont la moyenne d'âge augmente et qui ne sont pas ou plus des « athlètes du travail ».



Effectivement, une étude faite par le Centre d'études de l'emploi, intitulée « SVP 50 : Santé et vie professionnelle après 50 ans » démontre qu'après 50 ans, la courbe monte du fait de l'apparition de maladies chroniques, dont beaucoup sont dues au travail. De même, les sphères ostéo-articulaire et psychique sont touchées. Et pourtant, les entreprises ne s'organisent pas pour permettre aux plus de 50 ans de pouvoir continuer à travailler dans de bonnes conditions. Les médecins du travail confirment le non-reclassement de ces salariés. De ce fait, ils sont condamnés à rédiger davantage d'avis d'inaptitude qui se traduisent par des licenciements.

Les gens les mieux organisés attaqueront alors en justice leur employeur, leur inaptitude étant due à leur travail et à la non-application de l'obligation de sécurité de résultat. En effet, la loi oblige les salariés à travailler plus longtemps, encore faut-il adapter les entreprises et arrêter de faire des avis d'inaptitude afin d'éviter des procédures judiciaires.

### ***Franck Gambelli***

La Sécurité sociale a pour mission légale et historique, d'offrir des prestations aux assurés, aussi bien aux entreprises qu'aux salariés. Ce besoin concerne non seulement des personnes accidentées ou malades mais aussi des personnes qui risquent d'être en voie de désinsertion. Dans ce domaine, la prestation de la Sécurité sociale est à restaurer. La loi hôpital, santé, territoire a profondément modifié l'organisation de la Sécurité sociale. La branche accidents du travail joue, maintenant, un rôle plus important que par le passé dans les CARSAT qui succèdent aux CRAM. La politique d'assurance vieillesse se pilote globalement depuis le niveau national même s'il y a en région des politiques d'accueil spécifiques. Pour la branche AT/MP le cadrage est national mais la déclinaison est régionale avec des marges de manœuvres locales significatives. Les organisations syndicales et patronales, avec l'engagement des équipes de la CNAM et de son réseau ont réformé profondément la branche accidents du travail dans le cadre d'une feuille de route, la convention d'objectif 2009-2012, votée à l'unanimité. Les actions de prévention du réseau ont été coordonnées, les règles de tarification réformées, les mécanismes d'incitation simplifiés. Il faut maintenant que nous réussissions la dynamisation régionale et le maillage avec les services interentreprises. Le thème du maintien dans l'emploi est fédérateur, car il concerne des salariés qui sont dans l'emploi et qui ne sont pas toujours accidentés, malades ou handicapés. L'expertise des associations du type Cap emploi ou Sameth peut nous aider à structurer cette politique.

### ***Philippe Boulland***

La contradiction au sein de vos propos est enrichissante. En définitive, les propos de monsieur Desrioux étaient de souligner le rôle des associations car aucun système n'est parfait. Dans notre pays et dans l'histoire de la santé publique, que ce soit avec l'amiante, le Médiateur ou le sang contaminé, des erreurs ont été commises. Et dans ce contexte, le rôle des associations a été important. Pour autant, la législation a évolué. La volonté et les décisions publiques et gouvernementales ont été prises en temps et en heure. La nécessité de travailler plus longtemps implique de cadrer les choses en amont, pour que les personnes concernées puissent le faire dans les meilleures conditions possibles. Et ce, même si le résultat n'est pas parfait.

### ***Franck Gambelli***

La question de la substitution est plus complexe qu'il n'y paraît. On ne peut valablement substituer un produit cancérigène que si l'on est sûr que le substitut n'est pas pire. Il faut aussi arbitrer entre les exigences de la protection de l'environnement et celle de l'homme au travail. Il existe dans certains cas de réels conflits d'intérêts. Par ailleurs, l'impact sur la santé doit s'évaluer au stade de la production mais également de la performance du produit manufacturé. Utiliser un produit moins dangereux en amont ne doit pas conduire à menacer la vie de personnes en aval. Par exemple, une pièce aéronautique mal dégraissée avec des produits de substitution peut se casser en vol. C'est donc sur la chaîne complète qu'il faut raisonner et ce n'est pas facile car peu de monde a la visibilité de l'utilisation d'un produit dans toutes ses applications. Par ailleurs, indépendamment des aspects scientifiques, il faut intégrer les réactions prévisibles des acteurs économiques. Un producteur seul sur son marché mondial n'a aucun intérêt à se lancer dans des études lourdes pour un problème posé par un petit secteur client. L'enjeu de REACH est la maîtrise de ce processus.

## ***Projet de services interentreprises, quelles règles pour la Commission médico-technique ?***

---

### **Agnès GUYARD**

Médecin du travail, Confédération française de l'encadrement et Confédération générale des cadres (CFE-CGC)



*Médecin au travail et vice-présidente de l'Observatoire régional de santé au travail d'Île-de-France au nom de la CFE-CGC, Agnès GUYARD exerce la médecine du travail depuis 1990 dans un Service interentreprises de santé au travail à Paris. Elle est également membre du bureau du Syndicat des professionnels de la Santé au travail pour la CFE-CGC et a participé aux négociations syndicales sur la réforme de la santé au travail en 2009. Titulaire d'un Doctorat en médecine, Agnès GUYARD a exercé en médecine générale et médecine de prévention de 1984 à 1989.*

La CGC apprécie que ses remarques aient été prises en compte dans la loi de juillet 2011, mais elle regrette que ce texte de loi transfère des missions autrefois dévolues aux médecins du travail aux présidents des services de santé au travail qui sont élus par les employeurs. La surveillance de la santé des travailleurs est désormais attribuée au service de santé au travail dans son ensemble, ce qui risque de démedicaliser la prévention des risques professionnels. Ce transfert de mission signifie une responsabilité civile et pénale pesant sur les présidents de service de santé au travail, ce qui pourrait générer une certaine confusion des responsabilités entre les différents acteurs.

La CGC estime nécessaire un réel paritarisme avec une présidence alternée entre employeur et salariés ; le prétexte du transfert de responsabilité des employeurs aux présidents de services n'est qu'un leurre.

Notre confédération s'inquiète également au sujet de l'élaboration du projet pluriannuel du service de santé au travail au sein de la Commission médico-technique (CMT) suivi d'une adoption par le Conseil d'administration de celui-ci. Pour rappel, la CMT est composée de médecins du travail et d'intervenants experts (les IPRP) complétant le travail du médecin du travail. La CMT, seule instance à formuler des propositions collectives d'actions de prévention en santé au travail, devrait permettre la coordination et coopération entre ces différents professionnels et concilier les demandes du Plan régional de santé au travail et les besoins du terrain en provenance des médecins du travail et des IPRP. La CMT peut en outre effectuer la synthèse des plans d'activité de chaque médecin et proposer des actions communes entre médecins et IPRP vis-à-vis de certaines branches professionnelles ou de risques spécifiques (substances cancérigènes, TMS, RPS). Des priorités d'actions de prévention pourraient ainsi être définies ; hélas, à ce jour, la CMT n'est pas indépendante des directions de services car elle est présidée par la Direction du service de santé au travail qui en bloque le fonctionnement : les ordres du jour, les comptes rendus de réunion, les groupes de travail et les consultations sont laissées à l'initiative des directions de service, tout comme l'élection de ses membres. Ce manque d'indépendance entrave les propositions de prévention et l'absence de règles de fonctionnement nuit à l'efficacité de la CMT.

La CGC milite donc pour la création d'une CMT indépendante présidée par un médecin avec un vice-président IPRP, tous deux élus par leurs pairs. La fréquence des réunions doit être plus élevée à la faveur de moyens supplémentaires fournis par la direction de service. La CMT doit également être en lien étroit et direct avec le Conseil d'administration. La CGC est également attachée à une approche pluridisciplinaire de la prévention, avec des IPRP compétents et indépendants, bénéficiant du statut de salarié protégé.

Par ailleurs, la CGC constate que des associations régionales de directeurs se développent et élaborent leur propre politique de prévention des risques. Or elles n'ont pas de légitimité, ne sont pas paritaires et

fonctionnent avec opacité. La CGC souhaite un paritarisme avec contrôle strict de ces structures et une clarification de leur mode d'action et de lien avec les CMT, afin d'assurer une meilleure prévention des risques professionnels au niveau régional.

Dans ce domaine, le rôle des partenaires sociaux est appelé à croître au cours des prochaines années, au sein des services de santé au travail par la prise des postes de trésorier des conseils d'administration et de président des commissions de contrôle. Les partenaires doivent poursuivre leurs actions au sein des instances régionales existantes. Dans les entreprises, leurs rôles dans les négociations des accords de prévention des risques et au sein des CHSCT doivent se poursuivre. Enfin, la CGC maintiendra ses études sur les organisations et conditions de travail.

Notre confédération est persuadée que la prévention des risques professionnels est un sujet sociétal majeur des prochaines années et elle y participera de façon active.

### **Éric Amar, membre du groupement HEC**

La prévention est importante, mais l'application de la loi au sein des TPE nécessite un volet répressif. Je vous rappelle que le port du casque fut rendu obligatoire dans les années 70 grâce à l'action de juges qui avaient mis en garde à vue des dirigeants d'entreprise qui considéraient l'achat d'EPI comme trop onéreuse. Par ailleurs, certains secteurs d'activité entretiennent une culture du contournement de la loi, notamment en matière de licenciements ou de respect des obligations liées à la sécurité du travail. Le passé nous a montré que seules les procédures judiciaires font progresser les choses.

### **Paul Duphil**

C'est à l'État d'établir les règles et de faire respecter la loi. Et on peut penser que le ratio inspecteurs du travail/entreprises ne permet pas de mener des contrôles efficaces alors que l'exemple de la sécurité routière montre que la répression appliquée avec les radars a été efficace. Toutefois, il convient de ne pas oublier la prévention. Nous devons tirer le meilleur parti de la situation telle qu'elle est, éviter de construire trop de réglementation, veiller à ce qu'elle soit applicable et valoriser les acteurs.

### **Daniel Boguet**

En tant que juge au Conseil des Prud'hommes de l'Ardèche, j'observe que les auto-entrepreneurs méritent plus d'être formés et qualifiés que d'être soumis à la répression. Certes, les secteurs de la restauration ou du BTP comptent en leur sein des agents malhonnêtes, mais j'observe que la réglementation est très complexe et que tous les entrepreneurs ne sont pas parfaitement qualifiés pour mener à bien leur travail. Nous considérons qu'il convient en priorité de former avant de mettre l'accent sur la répression et l'UPA estime que le contrôle ne doit pas être systématique et étouffant. Je crois à la responsabilité de chacun, ce que la répression ne permet pas. En Ardèche, chaque lundi, deux ou trois affaires concernent les secteurs cités par Éric Amar, sur un total de près de 6 200 entreprises.

### **Philippe Boulland**

Le rôle des associations souligné par François Desrioux est essentiel, tout comme celui des avocats. Le législateur fait la loi, l'exécutif la fait appliquer. Le monde judiciaire s'occupe quant à lui de contrôler son application et sanctionne son non-respect.

### **Tom Taylor, président, FAADDHED**

Une société sans éthique n'a pas d'avenir. Les médecins signent un serment, il conviendrait de demander aux entreprises de s'engager sur des codes de déontologie et de bonnes pratiques.

### **Daniel Boguet**

La qualification et la formation en tiennent lieu.

### **Danielle Gadeau**

Avez-vous mené une enquête sur les gens qui ont travaillé environ 45 ans, voire 47 ans, dans des métiers très pénibles ?

### **Franck Gambelli**

Les rapports du Conseil d'orientation des retraites (COR) ont eu à aborder ces questions au moment du débat autour des carrières longues et de la préparation de la réforme des retraites.

### **François Desriaux**

Les travaux du COR ont dû aborder ce thème, notamment grâce au travail de Gérard Lasfargues sur les expositions professionnelles et les inégalités professionnelles. Nous savons qu'en 2009, 67 785 départs en retraite étaient dus à l'inaptitude (ce qui représente 10,6 % des cas) et 49 737 départs étaient liés à l'invalidité (7,7 % des cas).

### **Philippe Bedeau, directeur Action sociale, Service social maritime**

Les marins disposent d'un système de protection spécifique, l'ENIM, grâce auquel nous disposons de la liste des marins arrêtés depuis plus de 90 jours ce qui nous permet d'assurer un suivi afin d'éviter la désinsertion professionnelle. Nous contactons chaque année près de 2 000 marins. Dans le Morbihan, il existe un module d'orientation, opéré pendant les IJ, ce qui était totalement interdit jusqu'à présent. Nous essayons de généraliser cette pratique à l'ensemble des départements. Je rappelle que le monde maritime est constitué pour l'essentiel de TPE et de PME.

### **Yann Viguié, directeur général adjoint, CSD**

Le secteur que je représente –le déménagement– comprend seulement 1 400 entreprises et 14 000 salariés. L'accord de prévention de la pénibilité signé voici un an n'a toujours pas été étendu car il prévoit une visite médicale annuelle, une fréquence qu'il ne nous revient pas de déterminer. Nous avons instauré une formation minimale de 7 heures au moment de l'embauche, mais je doute que ce dispositif puisse permettre de maintenir dans l'emploi des salariés jusqu'à l'âge de 62 ans voire de 67 ans s'ils n'ont pas eu une carrière complète. Je trouve très intéressant ce qui est fait par l'OPPBTP. Comment faire pour ces personnes qui subissent des maladies professionnelles liées à leur travail ?

### **Paul Duphil**

Le secteur du déménagement et le BTP partagent des situations de travail comparables, en particulier pour le port de charges lourdes ou la manutention. Cependant les solutions du BTP ne sont pas facilement transposables chez vous. Et il n'y a pas de recette miracle et immédiate pour maintenir dans l'emploi des salariés dans les conditions que vous décrivez. Vous pouvez agir avec la formation obligatoire (de préférence tout au long de la vie) ou l'action sur l'organisation du travail, des solutions techniques, entre autres. Pour la plupart les solutions existent, il faut réussir à les faire mettre en œuvre. C'est l'objet de la loi sur les retraites qui changent les lignes pour les entreprises, pour les amener à mieux se mobiliser sur ces questions. Mais cela va prendre du temps.

### **François Desriaux**

Aujourd'hui, il est clairement inconcevable que des personnes puissent exercer le métier de déménageur jusqu'à 67 ans. J'ai le souvenir d'un salarié évoquant le cas de son entreprise qui s'était recentrée sur son cœur de métier et qui donc ne comptait plus que des postes de travail de nuit. Dans ces conditions, il n'est pas possible d'envisager de garder ces salariés tout au long de leur vie dans leur emploi. Bien sûr, il est possible d'améliorer les conditions de travail, lorsque la mise en œuvre des aménagements est possible, mais il conviendra d'organiser sur des bassins d'emploi des évolutions professionnelles complètes, au risque d'affronter des procédures judiciaires.

### ***Franck Gambelli***

Ce sont les partenaires sociaux de la Commission des accidents du travail qui ont obtenu qu'un salarié arrêté puisse se former en continuant à toucher ses indemnités journalières. C'est un premier pas. La solidarité du secteur maritime montre que la cohésion d'une profession permet de trouver des solutions. Le développement, dans les entreprises, de la prise en compte des conditions de travail dans la suite prévisible de la carrière permet d'anticiper et d'organiser des changements d'orientation professionnelle. Dans la mesure du possible, la conservation dans l'entreprise de postes moins sollicitants facilite ces évolutions. Toutefois, dans l'industrie, des fonctions considérées comme « poste doux » autrefois, ne le sont plus aujourd'hui, par exemple, la logistique. Seules les grandes entreprises ont les moyens internes d'organiser méthodiquement un suivi des salariés en rupture d'aptitude, d'où l'importance de travailler, pour les autres, à une offre de service Sécurité sociale. Par exemple, la visite de pré-reprise, qui ne représente aujourd'hui qu'un pour cent des visites de santé au travail, devrait être systématisée.

### ***Max Masse, responsable Formation, Institut national du travail***

Je suis en charge d'une formation mission Santé et Sécurité dans la fonction publique. Or cette dernière est absente de la présente réunion alors qu'un accord de 2009 vise l'amélioration de conditions de travail dans la fonction publique ; celui-ci préconise l'alignement sur le Code du travail et sur le PST2. Il serait donc utile que la fonction publique soit représentée lors des prochaines Rencontres parlementaires sur la Santé au travail.

### ***Philippe Boulland***

En tant que médecin agréé, j'accueille de nombreux salariés pour attester d'une aptitude à l'emploi alors que ces derniers bénéficient déjà des services d'un médecin du travail. Cette double visite médicale est incohérente et je tente depuis des années de supprimer l'un de ces deux volets car les salariés consultent un médecin du travail et un médecin agréé lors de chaque changement de statut.

### ***François Desriaux***

Il faut absolument distinguer la visite d'aptitude de la médecine du travail. Les deux sont nécessaires. Je vous rappelle que les 100 000 morts de l'amiante étaient tous aptes.

### ***Philippe Boulland***

Je ne vois pas quelle plus value j'apporte en tant que médecin agréé.

### ***François Desriaux***

Vous déterminez l'aptitude des gens, ce qui est différent de l'amélioration des conditions de travail.

### ***Philippe Boulland***

Nous avons pourtant les mêmes bases de réflexion.

### ***François Desriaux***

Éthiquement, les deux activités sont différentes. Par exemple, le médecin d'un assureur n'est pas celui en lequel vous auriez le plus confiance ; la situation est la même en ce qui concerne la détermination de l'aptitude.

### ***Philippe Boulland***

Je ne partage pas ce point de vue.

### ***Agnès Guyard***

Je tiens à préciser que le médecin du travail détermine l'aptitude au poste de travail et non pas à l'emploi ; ce sont deux choses différentes. L'aptitude au poste est évaluée selon des critères nombreux et complexes. La CFE-CGC est favorable à l'aptitude au poste posée par le médecin du travail.

### ***Philippe Boulland***

Un débat sur ces questions sera en effet le bienvenu.

### ***De la salle***

La visite de pré-reprise n'est pas demandée à l'initiative du médecin du travail, mais à celle du salarié, du médecin traitant ou du médecin de la Sécurité sociale. Une telle visite relève de la prévention secondaire. Un salarié accidenté ne pouvant plus accomplir son travail pouvait espérer partir en retraite à 60 ans avec 10 % d'IPP, mais la réforme des retraites les en empêche désormais. Il conviendrait d'imaginer le reclassement au sein d'un bassin d'emploi. De plus, la situation du marché du travail empêche de reclasser des personnes et nous oblige à les laisser dans des emplois qu'ils ne peuvent plus occuper ; dans ces situations, le droit à l'emploi et le droit à la santé sont contradictoires.

### ***Franck Gambelli***

Ce propos concerne à la fois la branche maladie et la branche accidents du travail. L'accompagnement du salarié dans un parcours de réinsertion professionnelle en amont incombe à la CARSAT ; il faut accroître ce système qui fonctionne, au demeurant, bien dans certaines CARSAT. Le rôle des assistantes sociales est décisif. L'accompagnement comporte un volet psychologique qui est aussi important que les démarches administratives. L'univers de la réinsertion professionnelle fonctionne, mais le salarié ne peut pas s'y retrouver seul. Nous porterons nos efforts en 2012 sur ce champ stratégique. Vous trouverez tous les détails de nos politiques sur le site de la branche accidents du travail : [www.risquesprofessionnels.ameli.fr](http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr)

### ***Daniel Boguet***

La mise en place de fonds artisanaux de formation, dans les années 1980, a conduit les gens à s'approprier cet outil. L'utilité des centres de gestion a été mise au jour progressivement. J'avoue avoir appréhendé de façon négative ma rencontre avec des médecins du travail hostiles et je me réjouis de nos échanges aujourd'hui. Les générations futures considéreront que la prévention est une composante du métier. Je me tourne vers Philippe Boulland pour demander une concertation et faire évoluer les mentalités. Je ne suis pas favorable à un regain de la répression et je maintiens ma confiance envers les chefs d'entreprise.

Lorsque les documents uniques exigent la révision des véhicules de nos apprentis, je puis vous dire que certains chefs d'entreprise réagissent de façon négative ou ne comprennent simplement pas la situation. Dans certains cas, l'entrepreneur ignore comment procéder, certains ne savent pas comment expliquer leur problème et se renferment sur eux-mêmes. Pour ma part, je suis d'accord pour inciter les salariés âgés à changer de métier. Nous sommes ouverts à la discussion.

### **Philippe BOULLAND**

Député européen

Je vous remercie toutes et tous de votre présence à ces Rencontres parlementaires sur la Santé au travail. Parmi les points de convergence, je relève aujourd'hui la prise de conscience collective de l'importance de l'amélioration des conditions de travail dans tous les secteurs, avec un souci particulier à apporter aux métiers précaires, pénibles et aux carrières longues.

Je pense, comme Paul Duphil, que nous devons faire preuve tous ensemble de constance et de persévérance.



L'organisation de ces Rencontres parlementaires  
et la réalisation de cet ouvrage ont été assurées par :

M&M  
Communication et relations institutionnelles  
41-43, rue Saint-Dominique  
75007 PARIS  
Tél. : 33 (0)1 44 18 64 60  
Fax : 33 (0)1 44 18 64 61  
[www.mmconseil.com](http://www.mmconseil.com)

---

**PARTENAIRE SCIENTIFIQUE**

---



---

**POUR TOUT RENSEIGNEMENT**

---

**M&M**

41- 43 rue Saint-Dominique • 75007 Paris  
Tél : 01 44 18 64 60 - Fax : 01 44 18 64 61