

Enjeux actuels de la santé au travail :

**Du modèle « toxicologique » à un
modèle « organisationnel » à inventer**

juin 2015

Paul Bouffartigue et Jean-René PENDARIES

Laboratoire d'Economie et de Sociologie du Travail.

UMR 7317(Aix-Marseille-Université-CNRS)



Plan

- I- Au fondement de notre SST : la Loi de 1898
- II- La protection de la santé physique au travail : données de cadrage, sous-estimation et remises en question
- III- Le cas des atteintes professionnelles à la santé psychique
- IV- Les RPS : les fondements de notre SST en question



-I-

**Au fondement de notre Système de santé au
travail :
la Loi de 1898**

Cette loi instaure

- une catégorie particulière d'accidents : ceux survenus sur le lieux-temps de travail
- un régime spécial de responsabilité (en marge du droit commun) :
 - responsabilité « automatique » de l'employeur : le salarié n'a plus à faire la preuve devant un tribunal du lien travail / accident
 - responsabilité établie sur dossier et par voie administrative (inspection du travail, Sécurité sociale)
- une responsabilité sans faute : elle ne relève pas du droit pénal
- une indemnisation forfaitaire du salarié par l'employeur



Cette loi instaure un modèle d'approche et de traitement des enjeux de santé au travail qu'on peut caractériser par 4 grands traits:

1. Approche centrée sur la réparation-indemnisation individuelle des victimes
2. On passe d'un modèle judiciaire à un modèle assurantiel
 - principe du pollueur-payeur : l'employeur est pénalisé pour l'accident
 - mais il s'assure : le « risque santé » est mutualisé.



3. On introduit la notion de « risque professionnel » :

- risque quasi-inhérent au travail dont tout salarié peut être victime,
- et que l'on peut monnayer sur le marché du travail (cf. les primes de risque, de pénibilité, de travail de nuit, ...)

4. Désengagement de l'Etat : la santé au travail échappe au domaine des politiques de santé publique :

- elle relève de la responsabilité de l'employeur et de la négociation salariale :
- l'Etat est largement limité à un rôle d'incitation, de contrôle et d'inscription dans la loi (Code du travail et de la santé) des compromis employeurs/salariés (négociations de branches, négociations nationales, COCT)



Seul le principe de « responsabilité sans faute » est aujourd'hui partiellement remis en cause.

- cf. mouvement de « rejuridicisation » des enjeux de santé au travail : multiplication de procès au pénal (amiante, suicides, ...)

- cf. directives européennes, avis du Conseil d'Etat et lois sur les notions de « faute inexcusable » et d' « obligation de résultat » de l'employeur en matière de protection de la santé



Au-delà des questions de santé, cette loi a joué un rôle majeur dans la construction juridique et l'acceptation sociale du contrat de travail salarié défini comme relation de subordination selon laquelle :

- le salarié reconnaît le pouvoir exclusif de l'employeur et respecte ses consignes pour tout ce qui relève du gouvernement de l'entreprise et de l'organisation du travail
- En échange de quoi le salarié
 - bénéficie d'un certain nombre de garanties et de protections individuelles et collectives (matérielles, juridiques, morales)

Ce modèle constitue un cadre intellectuel et institutionnel qui va peser sur toute l'histoire de la santé au travail.

C'est à partir de lui que vont être abordées l'ensemble des atteintes professionnelles à la santé ne relevant pas de l' « accident ».

D'où la notion de « maladie professionnelle » comme pathologie :

- ☐ dont on peut déterminer l'origine dans le travail accompli selon les prescriptions de l'employeur (produit toxique, environnement malsain, posture)
- ☐ dont l'employeur est, sauf exceptions, « responsable sans faute »
- ☐ et ouvrant à une indemnisation du salarié par l'employeur



Ce modèle se matérialise par l'établissement d'un « TABLEAU DE MALADIE PROFESSIONNELLE »

Tableau n° 30

Affections professionnelles consécutives à l'inhalation de poussières d'amiante

Date de création : 31 août 1950

Date de mise à jour : Décret du 14 avril 2000

Désignations des maladies

Délai de prise en charge

Liste indicative (ou exclusive) des travaux susceptibles de provoquer ces maladies

A. Asbestose : fibrose pulmonaire diagnostiquée sur des signes radiologiques spécifiques,

B. Lésions pleurales

35 ans
(sous réserve d'une durée d'exposition de 2 ans)

Travaux exposant à l'inhalation de poussières d'amiante notamment :

- extraction, manipulation et traitement
-
-



On a donc affaire à un modèle de type « toxicologique »

Présence
d'un agent
pathogène
reconnu

+

Exposition
personnelle
effective à
cet agent

+

Pathologie
personnelle
constatée



Ce modèle va être historiquement structurant

- tant pour les revendications et stratégies syndicales en matière de santé au travail
- que pour le développement des dispositifs et politiques de santé au travail

Autour de 3 enjeux majeurs :

- 1 - allonger la liste des Tableaux de MP (117 tableaux) :
 - les 2 premiers tableaux sont établis en 1919-21 : ils concernent le saturnisme (plomb) et l'hydrargisme (mercure)
- 2 - faire reconnaître le lien travail-pathologie (qui est plus complexe que pour l'accident) et donc la responsabilité de l'employeur
- 3 - améliorer les conditions de prise en charge et d'indemnisation :
 - avec notamment le passage de l'assurance privée des employeurs à la création de la SECURITE SOCIALE en 1947 (branche AT/MP)



**Ce modèle laisse par ailleurs entière une question centrale :
celle de la PREVENTION**

Comment, en effet, développer une véritable politique de prévention des atteintes professionnelles à partir d'un dispositif scientifique, administratif, juridique et financier entièrement mobilisé autour de la réparation-indemnisation des atteintes professionnelles déclarées et reconnues ?

CONSEQUENCE :

C'est sous l'impulsion de scandales sanitaires, de mobilisations sociales, ainsi que de normes européennes, qu'une partie essentielle des politiques de prévention se sont développées en marge (voire contre) ce système. (cf. l'amiante reconnue et indemnisée depuis 1950, mais interdite en 1977)

-II-

**La protection de la santé
physique au travail :
données de cadrage, sous-
estimation et remises en
question**



Les statistiques annuelles officielles sur la santé au travail sont fournies par la Sécurité sociale (CNAMTS)

- elles recensent les accidents et maladies reconnues et indemnisées comme étant d'origine professionnelle :**

- elles constituent l'outil-diagnostic majeur à partir duquel sont construites**

- les représentations officielles de la santé au travail**
- l'action publique en matière de santé au travail**

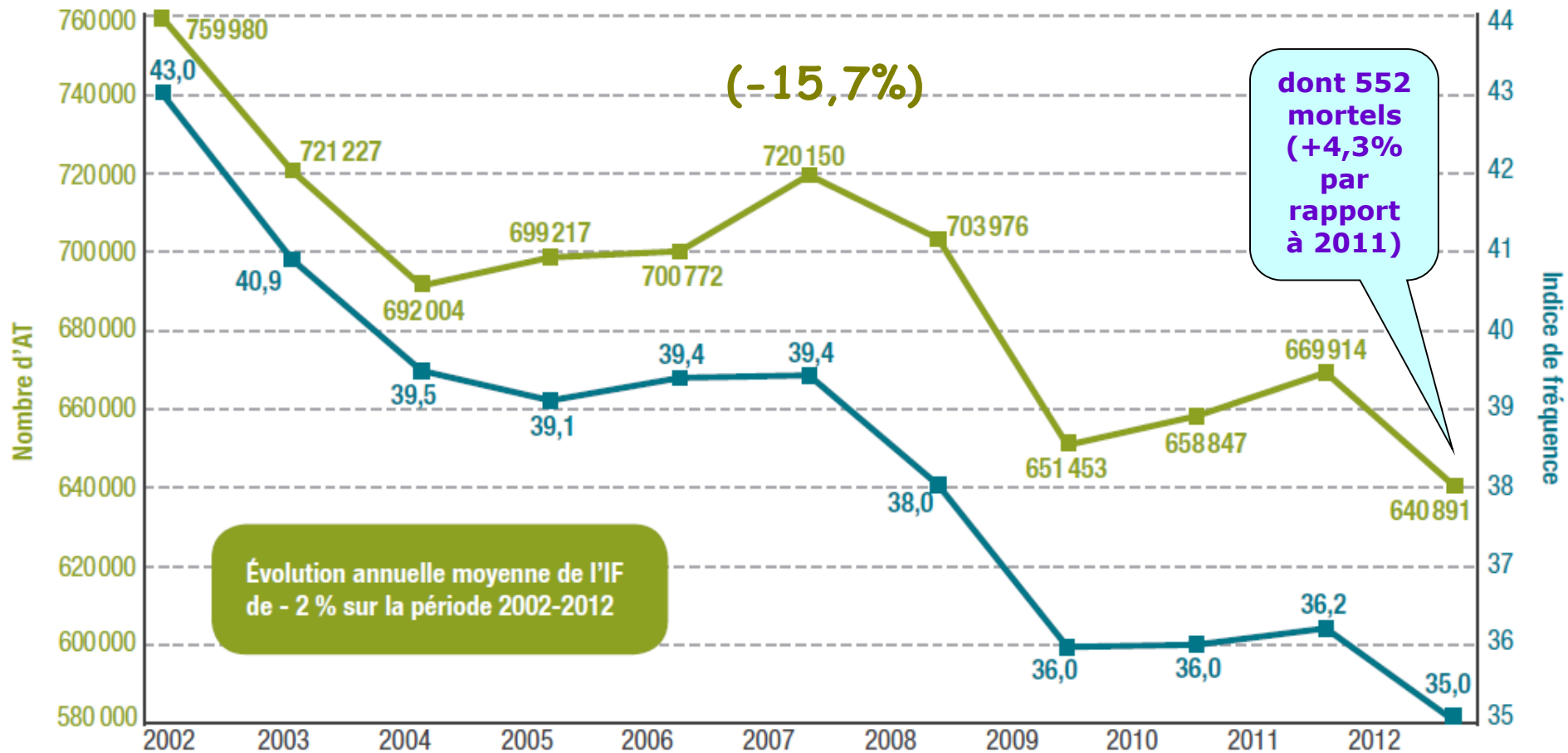


Premier constat :
hormis les accidents du travail,
ces données montrent
une tendance à l'accentuation des
atteintes à la santé physique

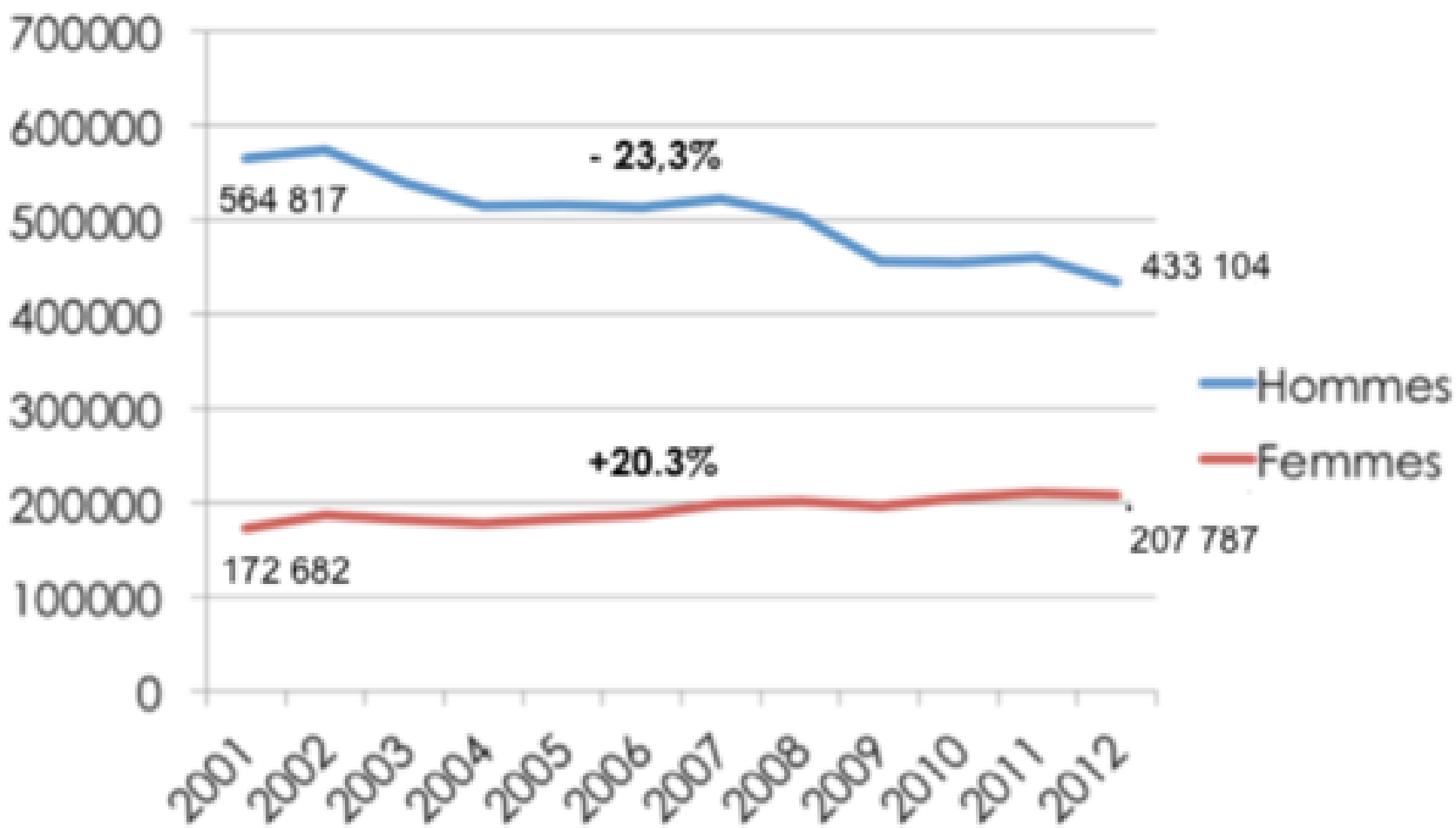


Accidents du travail

Évolution du nombre d'accidents du travail en 1^{er} règlement et de leur fréquence pour 1000 salariés sur la période 2002-2012

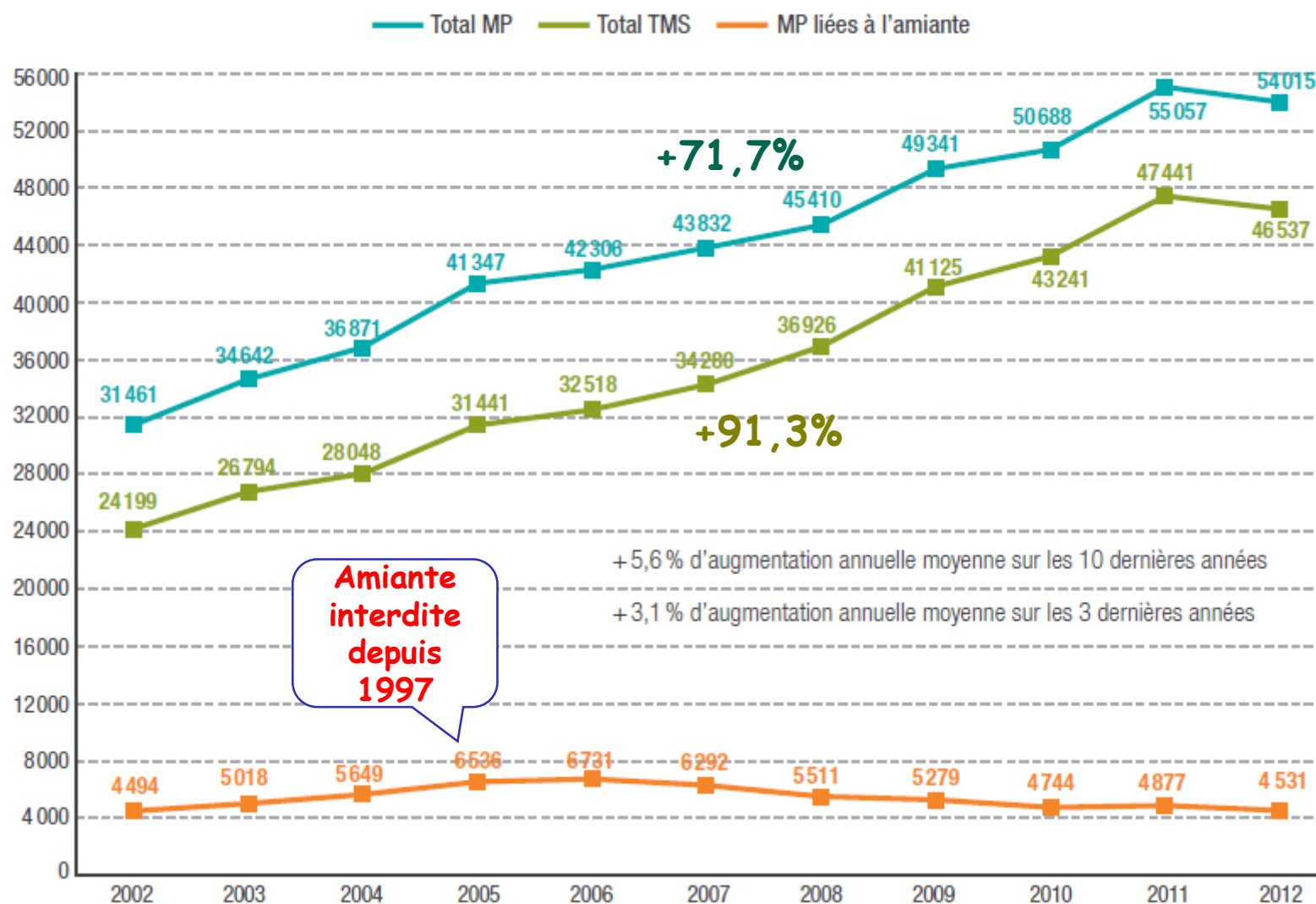


■ La baisse globale des accidents du travail masque une hausse pour les femmes

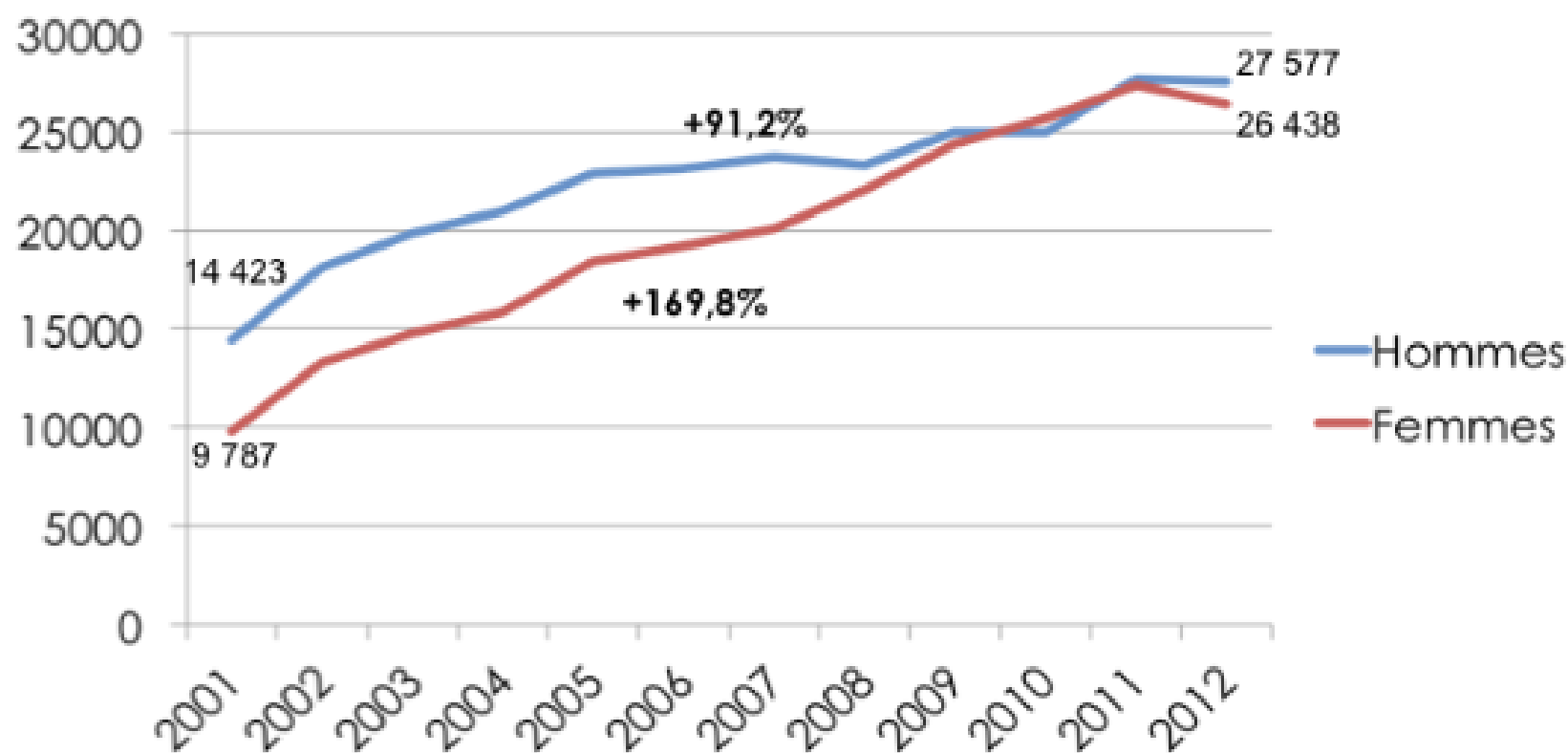


Maladies professionnelles

Évolution du nombre de maladies professionnelles sur la période 2002-2012



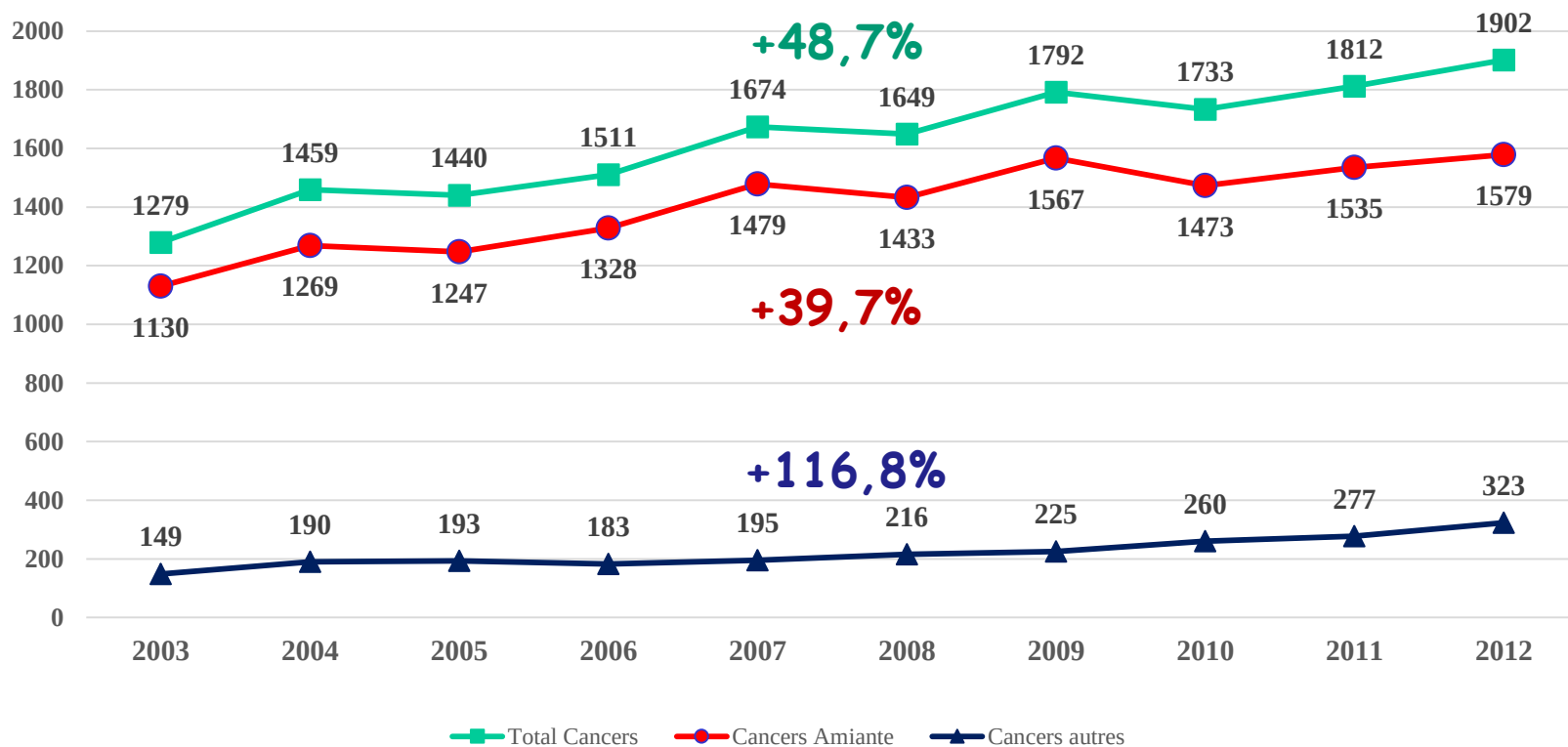
Évolution sexuée du nombre des maladies professionnelles 2001-2012



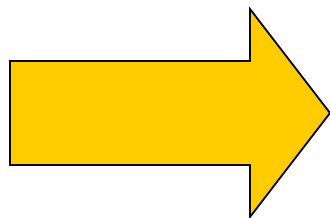
Source : données CHAMTS des maladies professionnelles pour toutes les branches d'activités

Cancers professionnels

Nombre de cancers indemnisés



(soit plus de 14.000 cancers amiantes reconnues depuis 2003)



- 13% des salariés exposés à un cancérogène
- un ouvrier a dix fois plus de risque de mourir du cancer avant 65 ans qu'un cadre supérieur



Conclusion selon les données officielles :

- notre système de santé au travail est en difficulté pour enrayer la progression des atteintes professionnelles à la santé physique
- cela vaut plus pour les femmes que pour les hommes
- cela vaut pour nombre de maladies anciennement connues et reconnues
- et cela vaut particulièrement pour des maladies plus « récentes », comme les TMS (qui ne sont reconnus que depuis 1972)



Mais on ne peut s'en tenir à ces chiffres

**ces données ne concernent en effet que les
maladies déclarées et reconnues comme
professionnelles par la Sécurité sociale**

CONSEQUENCE :

**ces données décrivent autant, sinon plus, l'activité
du système de reconnaissance-indemnisation que la
réalité des maladies professionnelles**



Rappel sur le modèle « toxicologique »

Une pathologie est reconnue comme professionnelle si elle est conforme aux critères définis par un des 117 Tableaux de MP

Présence
d'un agent
pathogène
reconnu

+

Exposition
personnelle
effective à
cet agent

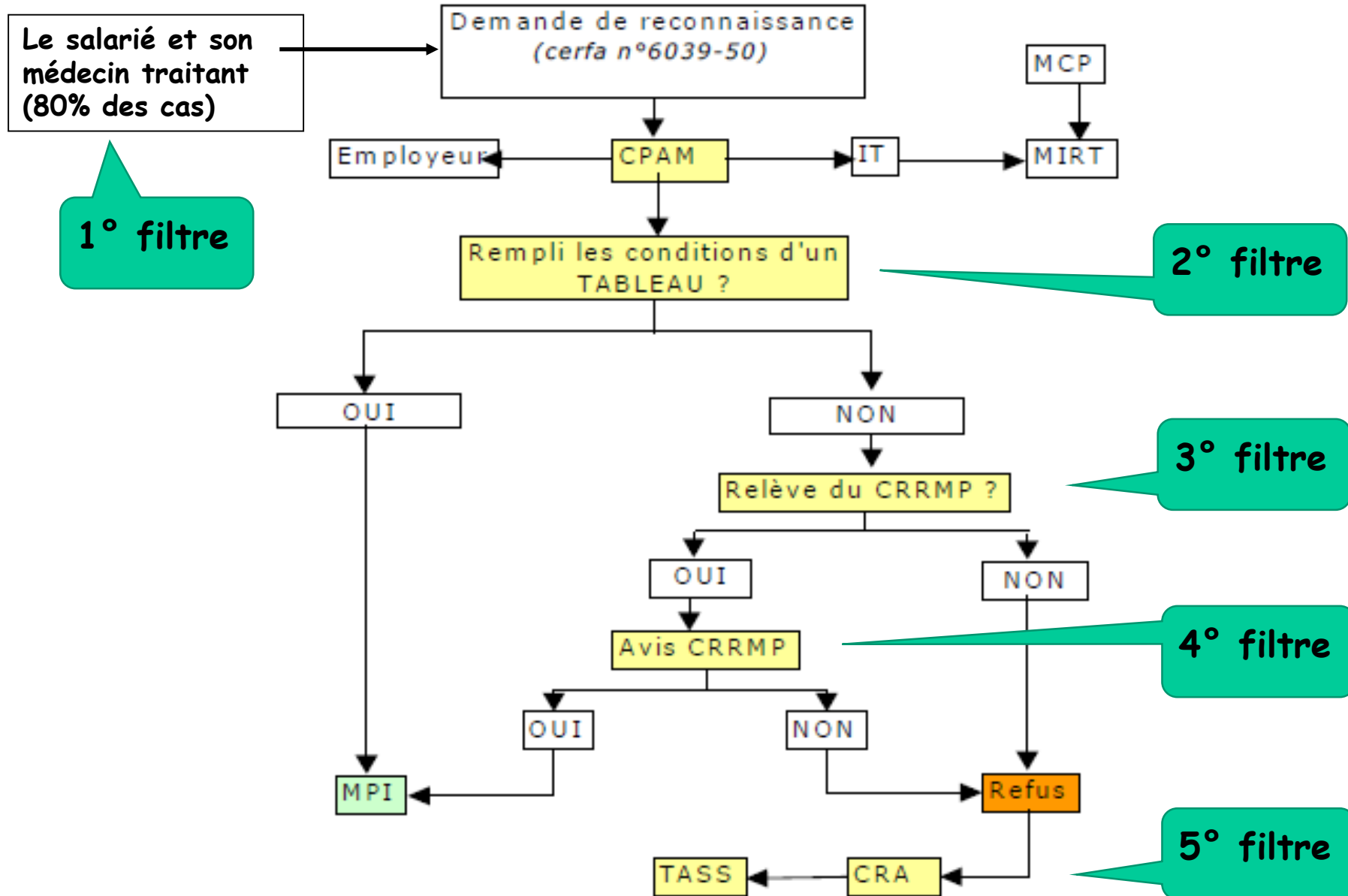
+

Pathologie
personnelle
constatée

Or la vérification de cette conformité se fait selon une procédure administrative complexe et comportant une série de filtres



Le circuit de déclaration conduisant à la reconnaissance



Nota Bene :

Depuis 1945, l'ensemble de cette procédure est organisée et gérée par la Sécurité sociale qui cumule donc les deux fonctions d'instruction des dossiers et de réparation des dommages.

Nous sommes nous pas en situation de « conflit d'intérêt » ?

CONSEQUENCE INEVITABLE :

**une sous-estimation notable des atteintes
professionnelles à la santé**



RESULTAT DE LA PROCEDURE :

une sous-estimation indéniable de nombre réel de MP

- **Selon plusieurs études (INVS 1999, CHU Lyon 2008, ...)**

le taux de reconnaissance des cancers d'origine professionnelle s'établit entre **11% et 23%**

- **Selon une enquête de la CNAMTS (2004) sur les Arrêts de travail non déclarés comme maladies professionnelles montre que**

la pénibilité au travail est présente dans **58%** des cas
un conflit du travail est présent dans **42%** des cas

- **Toutes maladies confondues, on estime que notre système ne reconnaît que 30% des MP (avec des variations du simple au double selon les maladies et de 1 à 7 selon les régions)**

**Cette sous-estimation est officiellement reconnue,
y compris par la Sécurité sociale elle-même.**

- **Une enquête de la CNAMTS (2004) sur les Arrêts de travail non déclarés comme maladies professionnelles montre que**
 - la pénibilité au travail est présente dans 58% des cas
 - un conflit du travail est présent dans 42% des cas
- **Depuis 1997, une commission d'experts réunis par la Sécurité sociale évalue ce que la branche AT-MP devrait reverser à la branche Maladie**
 - La dernière estimation : entre 580 M€ et 1 Milliard€
 - Le dernier reversement : 710 M€

Cette sous-estimation est d'autant plus
ntable que toutes les enquêtes nationales et
internationales sur les conditions de travail
montrent que l'exposition aux risques
professionnels est à un niveau global très
élevé et s'aggrave dans de nombreux cas.



Des niveaux d'expositions aux risques physiologiques très élevés et globalement croissants

	Cadres et Prof. Intell. Sup.	Prof. interméd.	Employés admin.	Employés Commerce et Services	Ouvriers qualifiés	Ouvriers non qualifiés	ENSEMBLE
Bruit (> 85 db)	5,5 (+)	13,1 (+)	1,7 (+)	3,8 (+)	46,8 (+)	39,7 (+)	19,5 (+)
Travail sur écran (>20/sem.)	46,1 (+)	32,3 (+)	52,7	7,7 (+)	4,1 (+)	1,6	22,6 (+)
Contrainte physique intense (au moins 1)	10,2 (+)	23,4	15,7 (+)	56,7	60,1	68,2	39,8
Conduite sur voie publique	32,5	30,8	11,9 (+)	14,2 (+)	40,8 (+)	18,2 (+)	26,4 (+)
Produit chimique (au moins 1)	6,0	20,9	3,7 (+)	41,6	60,7	59,3	33,5
Agent biologique (au moins 1)	6,4 (+)	16,7 (+)	8 (+)	41,7 (+)	13,9 (+)	20,8 (+)	18,4 (+)

(Enquête SUMER 2010 : les signes « + » signalent les % supérieurs à ceux de l'enquête de 2003)



CONCLUSION : un constat général d'échec

Nous sommes donc devant un Système de santé au travail :

- qui reconnaît et mesure mal l'ampleur réelle des atteintes professionnelles à la santé
- Structurellement en retard sur la connaissance que l'on a de ces atteintes et de leurs causes (cf. silicose, amiante, TMS, ...)
- Qui ne mène pas d'enquêtes systématiques sur les données épidémiologiques dont il dispose (ex : arrêts maladies)
- Et qui est par conséquent en grande difficulté pour anticiper et d'agir en amont sur les causes



-II-

**Le cas des atteintes
professionnelles à la
santé psychique
confirme et accentue ce
constat**



La mesure des atteintes à la santé psychique pose un problème spécifique à notre système de santé au travail

- il n'y a pas de tableau de MP concernant ces atteintes**
- leur reconnaissance et leur prise en charge**
 - est exceptionnelle : elle relève de la procédure de reconnaissance « hors tableau »**
(via le CRRMP, cf ci-dessus le « filtre 3 »)
 - quand elle aboutit, elle se fait sous la catégorie de l'AT**

CONSEQUENCE :

notre système de santé au travail ne fournit pas des données statistiques nationales officielles fiables sur ces atteintes



C'est notamment le cas des suicides :

- le nombre de suicides directement liés au travail est estimé à 400-500 /an : soit environ 4% des 10.500 suicides annuels (Inspection Médicale de Basse Normandie, 2003)
- 28 reconnus comme accidents travail en 2009 (Etude CNAMTS) (soit 5 à 7% du nombre estimé)

REMARQUE :

on ne sait rien des 220.000 tentatives de suicides / an

RESULTAT :

L'essentiel des atteintes professionnelles à la santé psychique est gérée par la Sécurité sociale sur le mode de l'Arrêt Maladie : donc

- **avec prise en charge par la Branche Maladie**
- **et hors statistiques de MP**

Et, il n'existe aucune étude systématique sur les liens entre travail et santé pour les 7,4 millions d'Arrêts maladies (chiffre 2011)



Quelques enquêtes partielles donnent néanmoins quelques idées

- Selon une étude du RNV3P (2009) :
 - les « troubles mentaux et comportementaux » = 1^o cause de consultation dans les services hospitaliers de pathologie professionnelle depuis 2007
- les psychopathologies représentent :
 - 27% des mises en invalidité et en inaptitude au travail (CNAMTS, 2008)
 - 25,8% des arrêts maladie supérieurs à 180 jours (CNAMTS, 2011)
- Selon une étude CNAMTS (2004) sur les Arrêts de travail non déclarés comme maladies professionnelles :
 - la pénibilité au travail est présente dans 58% des cas
 - un conflit du travail est présent dans 42% des cas

CONCLUSION :

S'agissant des RPS, il ne s'agit plus de simple « sous-évaluation », mais d'une INVISIBILISATION.

Or ceci se passe dans un contexte où toutes les études épidémiologiques nationales ou européennes montrent l'importance et la croissance globale des différentes catégories de facteurs de risques



Les facteurs de RPS :

Les contraintes organisationnelles et relationnelles

	Cadres et Prof. Intell. Sup.	Prof. interméd.	Employés admin.	Employés Commerce et Services	Ouvriers qualifiés	Ouvriers non qualifiés	ENSEMBLE
Contraintes de rythme (au moins 3)	30,3 (+)	37,1 (+)	33,9 (+)	30,7 (+)	41,3	37,3	35,5 (+)
Réponse immédiate à une demande	68,2 (+)	64,5 (+)	66,1 (+)	64,1	45,8 (+)	30,6 (+)	56,8 (+)
Contrôle hiérarchique permanent	14,2 (+)	23,2 (+)	25,6 (+)	33,1 (+)	30,7	33,5	26,8 (+)
Contrôle-suivi informatique	29,6 (+)	36,8 (+)	39,1 (+)	24,7 (+)	29,0 (+)	20,0 (+)	30,1 (+)
Tâches souvent interrompues	74,1	67,4	67,3	50,1	42,8	34,5	56,0
Contact direct avec le public	78,1 (+)	84,4 (+)	90,6 (+)	92,6 (+)	56,5	38,6 (+)	73,7 (+)

(Enquête SUMER 2010 : les signes « + » signalent les % supérieurs à ceux de l'enquête de 2003)



Les facteurs de RPS : Les comportements hostiles au travail

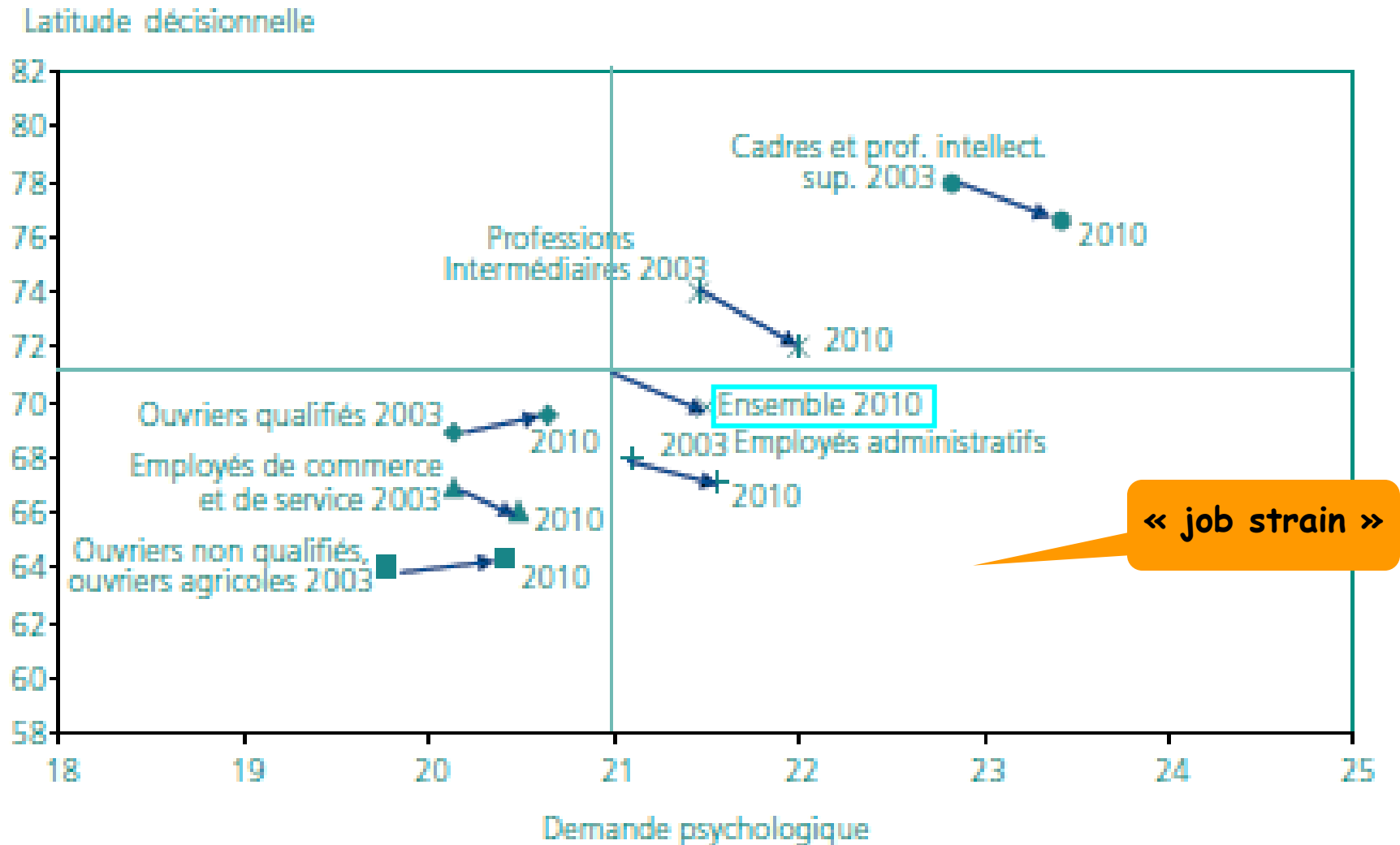
	Cadres et Prof. Intell. Sup.	Prof. interméd.	Employés admin.	Employés Commerce et Services	Ouvriers qualifiés	Ouvriers non qualifiés	ENSEMBLE
Comportement hostile (au moins 1)	19,7 (+)	21,9 (+)	21,3 (+)	23,7 (+)	20,8 (+)	22,8 (+)	21,7 (+)
Mépris	13,5 (+)	15,9 (+)	15,5 (+)	16,5 (+)	14,9 (+)	16,2 (+)	15,4 (+)
Non- reconnaissance du travail	12,2 (+)	13,2 (+)	12,8 (+)	14,7 (+)	12,8 (+)	13,2 (+)	13,2 (+)
Atteintes dégradantes	1,3 (+)	2,1 (+)	2,3 (+)	4,0 (+)	3,1 (+)	4,3 (+)	2,8 (+)

(Enquête SUMER 2010 : les signes « + » signalent les % supérieurs à ceux de l'enquête de 2003)



Les facteurs de RPS : La « tension au travail »

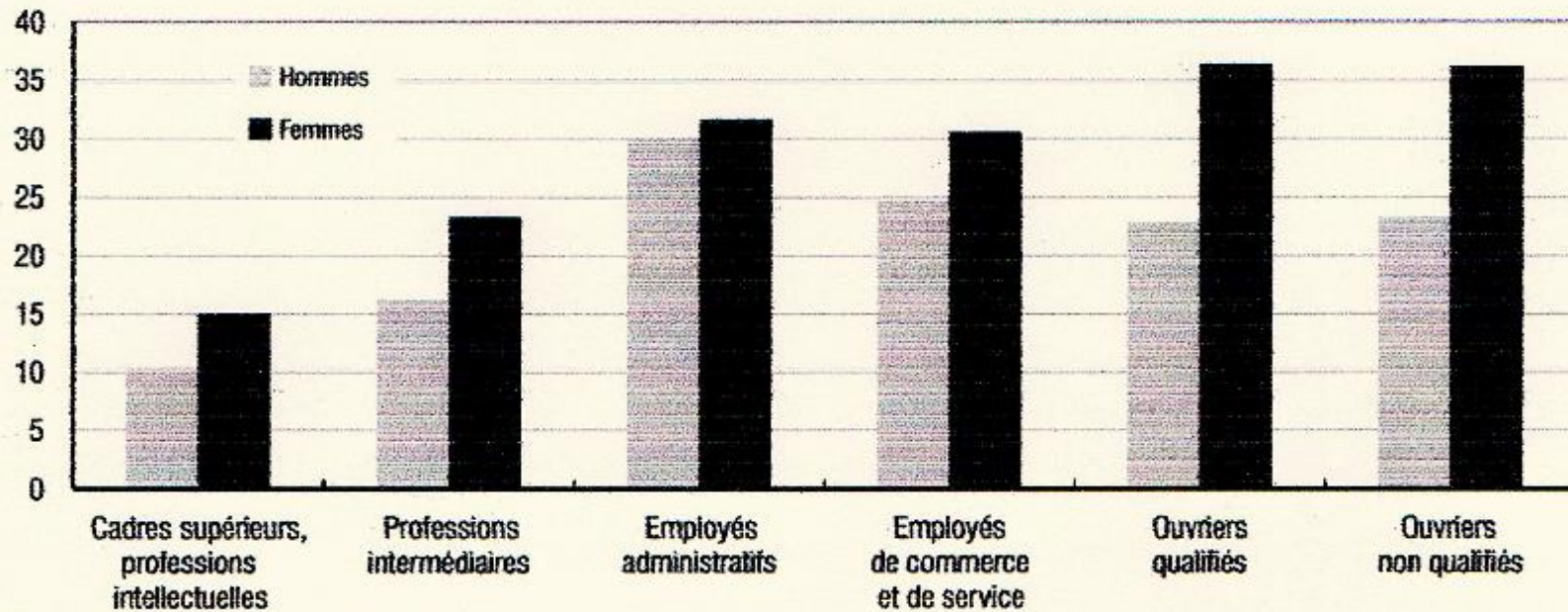
Graphique 1 • Scores de Karasek pour la demande psychologique et la latitude décisionnelle



Les femmes, plus touchées par le « jobstrain »

3. Proportion de salariés en situation de « jobstrain » par sexe et catégorie socioprofessionnelle

en %



Champ : tous salariés du champ Sumer.

Source : Dares-DGI, enquête Sumer 2003.

Nicole GUIGNON : « Risques professionnels : les femmes sont-elles à l'abri ? », in *Femmes et hommes - Regards sur la parité*, INSEE 2008



CONCLUSION :

- Nous sommes face à un enjeu de santé publique majeur qui concerne l'ensemble des salariés et qui s'accroît d'année en année
- Mais qui échappe entièrement à notre système de connaissance, de reconnaissance et de prévention des maladies professionnelles

Ce sont les fondements mêmes de ce système qui
sont mis en question

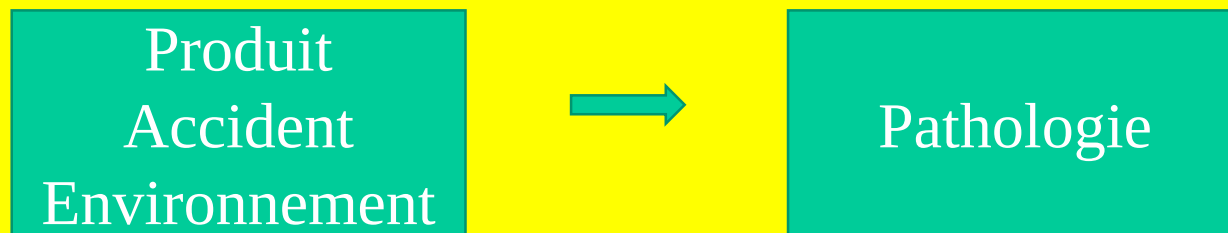
- III -

**En fait et au-delà, la
question des RPS interroge
les fondements mêmes de
notre système de santé au
travail.**



Le modèle « toxicologique » en échec

- Le fait qu'il n'existe pas de « tableau RPS » n'est pas le signe de simples « insuffisances », « retards » ou « incomplétudes » du système
- Comme le montrent désormais de multiples recherches et expertises
 - La nature et la dynamique de ces atteintes sont irréductibles au schéma « toxicologique »



- Y compris dans le cas fréquent d'un « évènement déclencheur »

Ces atteintes renvoient à l'interaction de plusieurs dimensions de la situation de travail

1- les formes d'implication personnelle du salarié dans son activité :

- les compétences, les conceptions du métier, les éthiques professionnelles qu'il y investit
- le sens, les valeurs personnelles qu'il attache à son travail

2- la confrontation quotidienne du salarié aux conditions de réalisation de cette activité :

- les normes et prescriptions institutionnelles et managériales qu'on lui demande de respecter
- les moyens et ressources à sa disposition
- les formes de coopération entre salariés et avec la hiérarchie
- les formes d'évaluation et de reconnaissance de la qualité et de la performance du travail réalisé

3- sa capacité individuelle ou collective

- à agir sur ces contraintes et ressources
- à négocier avec ces collègues et l'encadrement les rythmes, formes l'organisation, les critères d'évaluation, d'efficacité, de qualité, auxquels son activité est soumise

4- le soutien qu'il peut trouver au sein du collectif de travail et du côté de l'encadrement

- dans sa confrontation personnelle aux difficultés du travail à réaliser
- dans sa capacité à en modifier les contraintes et les ressources, les conditions de réalisation et les finalités.

S'il en est ainsi, on n'est plus dans le schéma

- d'un salarié passif et respectueux des consignes et « victime » d'une atteinte**
- mais dans celui d'un salarié acteur au sein d'une organisation de travail**
 - dont il partage a priori plus ou moins les normes et les critères de fonctionnement,**
 - qui met en jeu sa santé dans sa confrontation personnelle à ces normes et critères**
 - et dans laquelle il trouve plus ou moins de possibilités et de ressources individuelles ou collectives pour agir, pour peser sur l'élaboration de ces normes et critères et sur leur mise en œuvre.**

On glisse donc

- **d'un schéma de type « toxicologique »**
- **vers un schéma de type « organisationnel »**

Et ce glissement déstabilise profondément l'ensemble du dispositif intellectuel et opérationnel construit depuis plus d'un siècle autour des enjeux de santé au travail.

On le constate à travers plusieurs indices :
quelques exemples

- ❖ La place prise depuis une quinzaine d'années par les cabinets de consultants dans le débat public et l'action sociale sur les RPS, et dont l'activité se traduit
 - d'un côté, par la production de multiples diagnostics et préconisations touchant directement à l'organisation du travail
 - et de l'autre, par la marginalisation des services traditionnels de médecine du travail largement dépassés par les enjeux RPS à la fois pour des raisons de compétence, de moyens et de statut

❖ La montée en puissance de l'activité des CHSCT et de leurs élus au sein des entreprises « à la faveur » des questions de RPS et l'articulation de plus en plus systématique qu'ils font entre enjeux de santé et enjeux de conception, d'organisation et de management du travail.

❖ Une tendance générale au sein des fédérations syndicales et de syndicats d'entreprise à réévaluer l'importance des questions du travail dans des stratégies revendicatives longtemps centrées sur les conditions d'emploi

- ❖ La multiplication des « Accords de prévention du stress »
(interprofessionnels, de branche, d'entreprise)
 - centrés sur l'organisation et le gouvernement du travail
 - et qui (malgré leurs ambiguïtés) tendent à faire passer le compromis social
 - > des enjeux de reconnaissance-réparation des atteintes
 - > aux enjeux d'anticipation-prévention des risques

Au-delà,
cette approche « organisationnelle » de la santé au travail tend à
déstabiliser deux piliers du système de santé au travail fondé au 19^e
siècle :

- La notion de maladie professionnelle
- Le principe de subordination

❖ La notion « maladie professionnelle » est mise en question :

En effet :

- si la souffrance au travail résulte de la confrontation d'un salarié à une organisation qui ne lui offre pas les ressources lui permettant de peser sur les contraintes de l'activité à réaliser,
- on peut alors poser la question :
 - Est-ce le salarié ou l'organisation du travail qui est « malade » ?
 - Dit autrement : lorsqu'il « tombe malade », n'est-ce pas d'une « maladie de l'organisation » que le salarié est atteint ?
- D'où l'alternative ouverte par le débat sur les RPS:
 - Est-ce le salarié qu'il faut « protéger-soigner » ?
 - Ou est-ce le travail qu'il faut « soigner-transformer » ?

❖ Le principe de subordination déstabilisé :

En effet :

- si la souffrance au travail relève à la fois
 - des formes d'organisation du travail
 - et de la capacité des salariés à peser sur cette organisation
- alors, la question de la distribution des pouvoirs au sein de l'entreprise se trouve posée.

Et de fait, cette question est au centre de bien des démarches :

- C'est par exemple le cas des « Accords RPS » :
 - quels pouvoirs effectifs ouvrent-ils à l'intervention des salariés dans la définition et l'organisation du travail ?
- C'est aussi le cas des CHSCT les plus investis dans les RPS :
 - quelles responsabilités prendre et revendiquer dans la gestion du travail ?

- C'est également le cas des expérimentations comme celles conduites dans l'optique de la « clinique de l'activité » :
 - Sous quelles formes pérenniser les collectifs qu'elles mobilisent, comment leur permettre de reprendre effectivement « la main sur le travail », quelle place leur attribuer dans l'organigramme de la gestion de l'entreprise ?

En guise de conclusion :

Telles sont en tout cas les pistes de réflexion et d'action qu'ouvre à notre avis les questions de la souffrance au travail

Mais ce sera évidemment aux salariés, aux équipes de travail, à leurs élus, à leurs syndicats, à l'ensemble des acteurs et des professionnels de la santé au travail et à la façon dont ils s'empareront de ces questions de dire si ces pistes ont, ou non, un avenir ...