

Santé et travail

Sommaire

- | | | | |
|------|--|---------|---|
| ■ II | La population active française | XV | De l'examen médical individuel à une approche de santé publique |
| ■ IV | Les origines, les acteurs, les indicateurs | XXI | Évolution de la réglementation |
| IV | Une approche historique | XXII | Épidémiologie et organisation du travail |
| VI | Le dispositif de prévention des risques professionnels | ■ XXIV | Tribune |
| XI | Les indicateurs | ■ XXXII | Bibliographie |
| ■ XV | Évolution du champ de la santé au travail | | Adresses utiles |

Le travail n'est jamais neutre vis-à-vis de la santé : ou il est pathogène, ou il est un opérateur privilégié de santé. Entre l'idéal d'une innocence organique ou psychique et les maladies subies, il existe un espace désigné par le terme *normalité*. Cet état réel, la normalité, où les maladies sont provisoirement stabilisées et/ou les souffrances sont relativement compensées n'est pas un état passif, mais un processus dynamique, une lutte individuelle et collective, jamais définitivement gagnée, contre des pathologies qui ne demanderaient qu'à s'exprimer. Non seulement la santé parfaite n'existe pas, mais encore elle n'est ni un don de la nature, ni un état de bien être dépourvu de souffrance. La normalité est – au moins, sinon plus que la maladie décompensée – une énigme.

Le travail figure de longue date comme un agent susceptible de contrevenir à la santé. À l'inverse, nombreux sont ceux qui, dans des périodes de difficultés personnelles, ont fait

l'expérience ordinaire que travailler leur avait quasiment sauvé la vie. Le travail n'est pas l'emploi et il ne suffit pas d'avoir « un job » pour bénéficier *de facto* des conditions qui permettent la construction de la santé.

S'il suffisait de disposer d'un revenu pour construire sa santé, d'autres sources d'allocations que le travail pourraient se généraliser sans risque. La situation des chômeurs montre qu'il n'en est rien. L'argent n'est pas le seul facteur d'engagement dans le travail. L'individu a besoin de la reconnaissance du travail accompli, la reconnaissance que ce n'est pas facile, que ce n'est pas un loisir.

Dans cette perspective, le degré d'engagement dans le travail apparaît plus déterminant sur la santé que les inégalités individuelles, tant sur le plan psychique que sur le plan somatique.

La santé au travail ne relève pas seulement d'une « spécialisation », mais d'une problématique pluridisciplinaire qui doit interroger la santé publique relevant de la société toute entière. ■

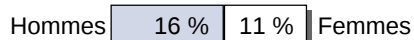
La population active

22 200 000 personnes exercent une activité professionnelle (mars 1993)

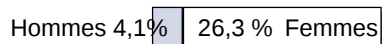


L'écart entre l'activité des hommes et des femmes se retrouve à toutes les tranches d'âge.

15 % ne sont pas salariés

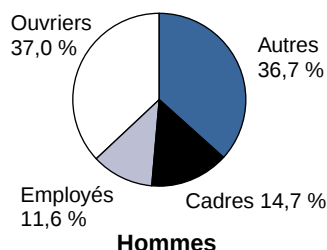
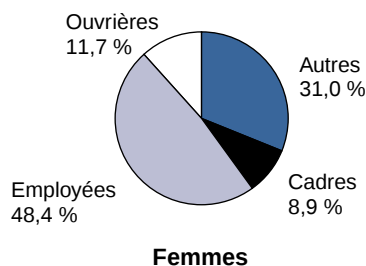


13,7 % travaillent à temps partiel



Les emplois temporaires (qui regroupent les contrats à durée déterminée, les contrats saisonniers, les contrats d'intérim) représentaient en 1992 près de 8 % des effectifs salariés, soit près du double par rapport à 1985. Le recours à des emplois non stables, considérés par le droit du travail comme « atypiques », tend à se généraliser, les contrats à durée déterminée par exemple devenant fréquemment un préalable à une embauche stable.

Catégories socioprofessionnelles



Espérance de vie et catégories socioprofessionnelles

Elle atteint aujourd'hui 73,1 années pour les hommes et 81,3 années pour les femmes. Cependant, les diverses catégories socioprofessionnelles ne bénéficient pas de façon égale de cet allongement de la durée de vie.

Pour les inactifs, l'espérance de vie s'établit à 64,6 années. À 35 ans, si les cadres supérieurs ont une espérance de vie de 44 années, elle n'est que de 35,8 années pour la catégorie d'ouvriers la moins qualifiée, les manœuvres. Cette différence se retrouve de la même manière dans l'espérance de vie à 60 ans qui se réduit à 21,7 années pour les cadres et 17,1 années pour les manœuvres.

L'évolution sur la période 1960-1989, montre que l'espérance de vie de la population masculine, à 35 ans comme à 60 ans

est en augmentation constante chez toutes les catégories socioprofessionnelles, mais dans des proportions bien différentes. Parmi les catégories socioprofessionnelles ayant une espérance de vie des plus faibles en 1960, les professions de l'agriculture, de l'artisanat et du petit commerce ont enregistré les augmentations les plus importantes (3,0 à 3,1 années), supérieures à celle des ouvriers (2,8 années). Les instituteurs, dont la situation sociale s'est dégradée, ont connu sur cette même période l'augmentation la plus faible, soit 0,7 année. Durant ces trente dernières années, l'espérance de vie à 35 et à 60 ans reste la plus basse pour les manœuvres (respectivement 35,8 et 17,1 années) et les salariés agricoles (38,6 et 18,3 années).

Mortalité spécifique et différentielle

La mortalité frappe elle aussi différemment les catégories socioprofessionnelles. La population active la moins exposée est représentée par les ingénieurs, les professions littéraires ou scientifiques ; leur mortalité entre 35 et 75 ans est deux fois plus faible que l'ensemble de la population. À l'inverse, la mortalité des manœuvres est supérieure à celle de l'ensemble de la population. Sur la période 1980-1989, la probabilité de décéder entre divers âges, pour la population masculine, révèle que les manœuvres et les salariés agricoles ont les risques les plus importants : leur probabilité de décès est de 5 à 10 % supérieure à celle de l'ensemble de la population masculine entre 35 et 60 ans. Viennent ensuite les ouvriers qualifiés et spécialisés ainsi que le personnel de service. La comparaison des probabilités de décès de 1960-1969 et 1980-1989 montre, qu'entre 35 et 60 ans, la probabilité de décès des hommes cadres moyens et supérieurs s'est réduite de 28 %, contre 16 % pour les catégories des ouvriers et employés. En ce qui concerne la population féminine active, aux âges de la vie compris en 35 et 75 ans, la mortalité la plus forte touche trois catégories

La **population active** est définie comme l'ensemble formé par les personnes ayant un emploi, les chômeurs et les militaires du contingent.

Le **taux d'activité** est le rapport entre la population active et la population totale.

Ces données sont extraites de **La santé en France**, rapport du Haut Comité de la santé publique. Paris : La documentation Française, novembre 1994, 333 p.



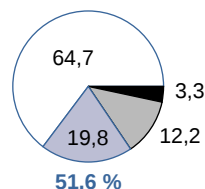
sociales : les ouvrières spécialisées ou manœuvres, les femmes de ménage, les autres personnels de service. Le taux de mortalité de ces catégories est supérieur (de 0,7 à 1,4 point selon les âges) au taux de l'ensemble des actives. Les écarts de mortalité des cadres avec ces mêmes catégories sont également de +2,4 points entre 35 et 60 ans.

Ces écarts de mortalité peuvent s'expliquer en partie par des différences liées aux conditions de travail (exposition aux risques, pénibilité plus importante du travail ouvrier), aux conditions de vie variables selon le niveau social. De la même manière que pour l'espérance de vie, les hommes inactifs non-retraités ont une mortalité supérieure à celle des actifs ou des retraités. Les retraités précoces, pour leur part, ont une mortalité plus élevée que celle des actifs, d'autant plus s'ils ont exercé un métier ouvrier.

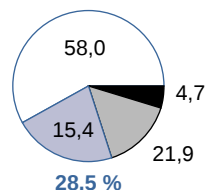
Précarité et risque d'exclusion en France

Le rapport du **Centre d'études des revenus et des coûts** (Cerc) de février 1994 a été effectué à partir des données d'une enquête réalisée par l'Insee en 1986 sur les situations défavorisées. Au regard de ce rapport, près de la moitié de la population active française serait aujourd'hui exposée au risque d'exclusion en vertu d'un « processus de disqualification sociale » ; soit 11,7 millions d'individus âgés de 18 à 64 ans. L'analyse du Cerc est faite en fonction du rapport à l'emploi des personnes interrogées. Cinq catégories sont définies.

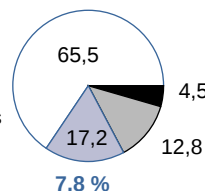
L'**emploi stable non menacé** correspond aux salariés sous contrat de travail indéterminé qui ne pensent pas que cette stabilité professionnelle soit menacée.



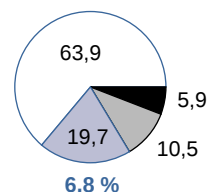
L'**emploi stable menacé** rassemble les salariés sous contrat indéterminé qui pensent que cette situation professionnelle est menacée.



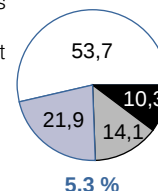
L'**emploi instable** regroupe les personnes dont la situation sur le marché de l'emploi est mobile et mouvante sans pour autant être toujours menacée d'un retrait de la vie active.



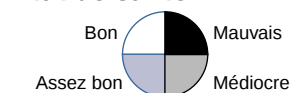
Le **chômage de moins de deux ans** touche 1,8 million de personnes.



Le **chômage de plus de deux ans** touche 1,3 million de personnes. Parmi eux, plus de 850 000 personnes sont susceptibles de rompre leurs derniers liens sociaux.



État de santé

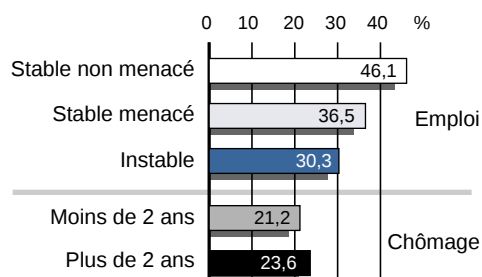


Pourcentage de la population active

Famille, vie conjugale et sociabilité

De fortes corrélations existent entre les difficultés de l'intégration professionnelle et l'instabilité familiale illustrant la forte inégalité dans la construction de la vie familiale, en particulier dans la constitution du couple en fonction du rapport à l'emploi. La précarité professionnelle s'accompagne également d'une réduction sensible de la sociabilité, que celle-ci soit familiale, relationnelle ou associative (voir ci-contre).

Participation à la vie associative selon la situation par rapport à l'emploi



Source : enquête Insee situations de la vie 1986-1987



Santé et travail

Les origines, les acteurs et les indicateurs

Parler du rapport santé-travail, c'est bien sûr présenter les institutions chargées de la prévention des risques et de la surveillance de l'état de santé des travailleurs : médecine du travail, CHSCT, organismes de sécurité sociale... C'est montrer aussi dans quel contexte historique, économique et social, elles ont été créés. Enfin, les indicateurs fournis à la fois par les enquêtes du ministère du Travail et des services de médecine du travail, et par les statistiques de la Caisse nationale d'assurance maladie permettent de mieux appréhender le lien entre santé et travail.

Une approche historique

La question du rapport entre santé et travail plonge ses racines dans la plus haute antiquité, un papyrus de 2 500 ans avant Jésus-Christ contient la description dans l'ancienne Égypte du lumbago aigu survenu accidentellement chez un ouvrier ayant participé à la construction d'une pyramide. C'est au cours de la révolution industrielle du XIX^e siècle que cette question fut posée de façon la plus aiguë, conséquence du libéralisme effréné qui sévit à cette époque, la constituante ayant proclamé après la révolution de 1789 la liberté du travail, liberté sans limite.

Les rapports au travail reposent alors sur une base exclusivement contractuelle, l'État étant tenu de ne pas intervenir. Le contrat de travail fait naître à la charge de l'ouvrier une obligation d'exécuter le travail qui lui est confié, et à la charge de l'employeur, une obligation de payer le prix convenu. Il n'y a, ni dans le Code civil,

ni dans les textes de la première moitié du XIX^e siècle, d'obligation patronale d'assurer à l'ouvrier l'exécution de son travail dans certaines conditions légales de durée, d'hygiène, de moralité, ou d'indemniser l'ouvrier du préjudice résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

Très vite, la misère totale autant physique que morale de la population ouvrière et les relations évidentes entre cet état et les conditions de travail vont être dénoncées aussi bien par les philanthropes, les statisticiens des populations que par les médecins.

Création de l'inspection du travail

Ces constats, associés aux révoltes ouvrières (révolte des canuts en 1830 et 1834 à Lyon, mouvement insurrectionnel de 1848) et aux enquêtes sur le recrutement militaire (en 1830, sur trois conscrits, le conseil de révision en réforme deux pour santé vraiment déficiente), vont amener l'État à légiférer en matière de durée du travail, d'hygiène et de sécurité, en créant un corps d'inspecteurs du travail, et à

mettre en place une obligation de réparation des dommages causés par le travail et enfin à mettre en place des services de médecine du travail.

La création de ce corps législatif va se faire à partir de l'année 1841, alimentée par la publication de nombreux ouvrages et travaux concernant le développement industriel et ses conséquences sur la santé des ouvriers tel le fameux rapport de Louis Villermé en 1840, fruit d'observations précises prises sur le vif.

Une série de textes législatifs concernant le travail des enfants fut promulguée, aboutissant à la création d'un corps de contrôle : l'inspection du travail. Ces mesures eurent beaucoup de difficulté à être appliquées, les moyens de contrôle étant très faibles.

Dans le même temps un courant de pensée dit « philanthropique » se développait du côté du patronat le plus avancé, des expériences de création de services de médecins d'usine orientés vers les soins d'urgence eurent lieu. Souvent y étaient associés des services en matière de logement, d'œuvre sociale, de santé, de scolarité.

Des médecins de plus en plus présents

La loi du 9 avril 1898 organise la réparation des accidents du travail sur une base qui est identique aujourd'hui. Elle détache l'accident de la notion de faute de la part de l'employeur ou du salarié, elle facilite l'indemnisation du salarié grâce à la réparation automatique et forfaitaire, mais elle n'astreint pas l'employeur à la mise en œuvre de mesures préventives.

Afin de pallier la responsabilité encourue par les employeurs, des sociétés d'assurances privées encouragent et aident financièrement les employeurs à créer des dispensaires, centres d'urgences et de petits soins médicaux et chirurgicaux.

Le meilleur moyen d'éviter les accidents, les maladies et intoxications est d'assurer à l'usine l'application de mesures hygiéniques et sanitaires appropriées, et d'entourer l'ouvrier d'une surveillance médicale méthodique.

Dans certaines entreprises le médecin va au-delà du rôle purement curatif puisqu'il procède à des visites d'embauche, à un contrôle de l'absentéisme et de l'aptitude. Avec ces examens s'ouvre la voie d'une médecine préventive, l'hygiène dans les ateliers ne relevant pas encore du service médical.

Cette organisation des services médicaux dans les entreprises est assez mal accueillie par le milieu ouvrier qui se méfie des initiatives

► Louis Villermé. *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine, de soie*. 1840.

prises par le patronat, craignant la sélection de la main-d'œuvre par le médecin.

Ce n'est qu'au cours de la guerre 1914/1918 qu'apparaît la première instruction officielle sur le médecin dans l'entreprise, il s'agit de l'inspection médicale des usines d'armement. Un médecin est installé temporairement dans chaque établissement, travaillant en liaison étroite avec les techniciens, il entreprend des études parallèles du personnel, du matériel et de l'hygiène des ateliers.

Généralisation de la législation du travail

En 1906, le ministère du Travail est créé. Le Code du travail créé par la loi du 26 novembre 1912 fixe pour la première fois les principes généraux de salubrité des locaux et de protection des travailleurs. Il prévoit la déclaration de tout accident de travail et de toute maladie professionnelle ainsi que les mesures d'amélioration des conditions d'hygiène et de sécurité.

Des décrets généraux concernant tous les locaux de travail sont pris en 1913 (nettoyage des locaux, cubage d'air, éclairage, chauffage, etc.) ainsi que des décrets sur des dispositions relatives à des travaux « à risques » (l'intoxication saturnine, l'infection charbonneuse, etc.). C'est le 1^{er} octobre 1913 qu'un décret rend obligatoire la réparation des maladies professionnelles.

En 1934 est rendu obligatoire le contrôle médical de certaines catégories de travailleurs en situation de risque particulier, à l'embauche et périodiquement, protection spéciale qui va s'étendre progressivement à un grand nombre de salariés.

En 1937 a été créée l'inspection médicale du travail, alors que depuis 1936 l'inspection du travail jusque-là chargée de l'application des textes commence à intervenir comme médiateur dans les conflits.

Une nouvelle conception de la médecine du travail

Après la guerre de 1914/1918, l'importance du rôle du médecin dans l'industrie est soulignée. La préoccupation première est la main-d'œuvre. Diminuée dans sa quantité, il faut l'utiliser de la meilleure façon possible, c'est l'utilisation « physiologique » de l'ouvrier qui est préconisée. Les machines ne sont plus

► « Il faut placer le moteur humain dans les meilleures conditions de rendement possible » Docteurs Leclercq et Mazel *La main-d'œuvre nationale après la guerre* (Paris : Larousse, 1916, p. 70).

l'unique préoccupation des employeurs, le facteur humain est plus important, parce que plus fragile. Il devient indispensable de créer une science de la pathologie professionnelle et de la physiologie du travail. Peu à peu, les écrits médicaux insistent sur une médecine du travail préventive, associant visite d'embauche, visite d'aptitude, visite de détection de maladie professionnelle, mais pour mener à bien cette tâche, le médecin doit connaître le travail effectué dans l'entreprise, les conditions spéciales de ce travail et ses exigences, c'est pourquoi le médecin doit aller dans l'usine.

Une floraison d'écrits et de revues paraissent sur ce thème, ils constituent la doctrine de la médecine du travail dans les années 40. L'essentiel de celle-ci sera repris en 1946.

Des instituts français de médecine du travail sont créés. Ils vont avoir en charge la formation de ces médecins d'usines, la recherche scientifique, mais aussi un but social puisque la documentation, l'enseignement et la recherche seront à la disposition des travailleurs et des industriels. Un diplôme d'hygiène industrielle et de médecine du travail est créé en 1933.

Les 21 et 23 juin 1930 se tient à Lille le premier congrès de langue française de médecine du travail et en 1937 les premières journées internationales de pathologie et d'organisation du travail organisées par Guy Hauser et sous le patronage de la Confédération générale du travail (CGT) et de la Confédération générale du patronat français (CGPF).

À la fin des années 30, la médecine du travail est née, une doctrine est élaborée, son enseignement est rendu possible et enfin, syndicats patronaux et ouvriers s'efforcent de démontrer aux employeurs et aux ouvriers les avantages d'un service médical à l'usine. Mais la médecine du travail n'est pas encore obligatoire, elle le deviendra sous le gouvernement de Vichy par la loi du 28 juillet 1942 reprenant une recommandation ministérielle du 1^{er} juin 1940 qui prévoyait l'organisation des services médicaux et sociaux du travail.

Une ordonnance du 22 février 1945 sur les comités d'entreprise stipule que le service médical est contrôlé par le comité d'entreprise.

Mise en place des structures de prévention

À la Libération, la loi du 11 octobre 1946 relative à l'organisation des services médicaux du travail constitue le texte de base de la médecine

➤ Le premier institut français de médecine du travail est inauguré à Lyon en 1930

Les textes législatifs fondant la médecine du travail sont : la loi du 11 octobre 1946 et les décrets successifs du 26 novembre 1946, 27 novembre 1952, 13 juin 1966, 20 mai 1979, et 14 mai 1986 applicables à compter du 1^{er} janvier 1988.

La cotisation annuelle est en moyenne de 300 à 500 F par salarié

du travail, et reste valable de nos jours. Elle reprend l'esprit de la loi de 1942 promulguant l'obligation de la médecine du travail dans les entreprises. Elle attribue au médecin du travail un rôle exclusivement préventif.

Parallèlement, l'adoption de la loi des 11 et 30 octobre 1946 organisant la branche accident du travail-maladie professionnelle (AT-MP) de la Sécurité sociale propose d'amorcer une véritable généralisation de la protection de la santé en milieu de travail.

En 1946, les trois institutions chargées de la santé au travail étaient en place : l'inspection du travail, chargée de faire appliquer la réglementation concernant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail, la branche AT-MP de la Sécurité sociale, chargée de l'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles, et la médecine du travail chargée de la surveillance médicale des travailleurs, de la prévention dans les entreprises et de l'adaptation du travail à l'homme.

Le dispositif de prévention des risques professionnels

La médecine du travail

➤ L'article 1 de la loi du 11 octobre 1946 définit la finalité de la médecine du travail, à savoir : « éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail ».

Organisation des services de médecine du travail

Suivant l'importance des entreprises, les services peuvent être autonomes, c'est-à-dire propres à une entreprise sous le contrôle du comité d'entreprise, ou interentreprises, communs à plusieurs entreprises. Ces services sont gérés par des associations loi de 1901, tenus par les employeurs et contrôlés par des commissions de contrôle composées de deux tiers de salariés, et d'un tiers d'employeurs.

Le service interentreprises offre ses services en échange d'une cotisation versée par les

employeurs. Actuellement, 80 % des entreprises sont suivies par des services de médecine du travail interentreprises.

Le temps alloué au médecin du travail pour assurer ses fonctions est d'une heure par mois pour 20 employés, pour 15 ouvriers ou pour 10 salariés exposés à des risques particuliers définis par arrêté.

Le contrôle administratif de ces services est assuré par le directeur régional du travail aidé par le médecin-inspecteur régional du travail, qui donne un agrément des services tous les cinq ans. Un rapport administratif et financier doit être établi par les services tous les ans.

Rôle du médecin du travail

Le médecin du travail est le conseiller, du point de vue de la santé, du chef d'entreprise, des partenaires sociaux de l'entreprise et des salariés.

L'activité du médecin du travail, médecin spécialiste, obligatoirement titulaire du CES ou DES de médecine du travail, se décompose en deux parties. L'une, dite *activité clinique*, pour les deux tiers de son temps, l'autre, dite *de tiers temps*, pour étudier les conditions de travail, d'hygiène, de sécurité dans les entreprises.

Activité clinique

Elle est constituée de visites médicales obligatoires pour le salarié. Ces visites sont :

- les visites d'embauche,
- les visites systématiques (annuelles ou bisannuelles suivant les risques auxquels sont exposés les salariés),
- les visites de reprise du travail après une absence de plus de huit jours suite à un accident du travail, une maladie professionnelle, ou un arrêt maladie de plus de trois semaines,
- les visites à l'initiative du salarié travaillant,
- les visites de pré-reprise également à l'initiative du salarié lors d'un arrêt de travail pour maladie ou accident, la reprise du travail à son ancien poste devenant aléatoire. Cette visite de pré-reprise malheureusement pas assez utilisée devrait permettre de préparer la reprise du travail de ces salariés.

L'ensemble des visites obligatoires a pour conséquence un acte juridique, *l'avis d'aptitude*, qui seul permettra au salarié de poursuivre son travail. Il est donc fondamental puisque pouvant avoir des conséquences importantes sur son emploi. Cet avis certifie que la poursuite de son travail par le salarié n'est dangereuse ni pour lui-même ou ni pour les autres.

Principes de base

de la médecine du travail

- Généralisation de la médecine du travail à la plus grande partie des entreprises, certains secteurs professionnels étant dotés d'un régime spécial (agriculture, mines et carrières, transport, fonction publique d'État, territoriale et hospitalière).
- Caractère obligatoire de l'organisation de la médecine du travail, et mise à la charge des employeurs de sa gestion et des frais afférents.
- Orientation exclusivement préventive de l'action médicale en médecine du travail.
- Spécialisation des médecins du travail assortie d'une formation adaptée.
- Indépendance technique et respect de la déontologie médicale (en particulier respect du secret médical).
- Contrôle des services par les représentants salariés des entreprises.

Article L. 241.10.1
du Code du travail

Article L. 122.45
du Code du travail

Le législateur a prévu l'obligation pour le médecin du travail de proposer, en cas de problème au maintien à un poste de travail d'un salarié, de faire des propositions d'aménagement, de modification de poste ou d'horaires, ou de proposer des mutations à d'autres postes dans l'entreprise. L'employeur est tenu de prendre en considération les propositions du médecin du travail. Une voie de recours a été prévue par le législateur en cas de contestation par le salarié ou l'employeur de l'avis d'aptitude ou d'inaptitude, auprès de l'inspecteur du travail.

Cet avis est aussi le garant – cela a été confirmé par la loi sur la non-discrimination – que nul autre que le médecin du travail n'est habilité dans l'entreprise, à aborder avec les salariés les problèmes de santé individuels.

Ces visites centrées sur l'activité professionnelle permettent la surveillance de l'adaptation de l'homme à son travail et le dépistage aussi précoce que possible d'états pathologiques dus au travail et à l'exposition à certains risques.

Elles devraient permettre un développement des connaissances des pathologies professionnelles. Lors de ces examens systématiques sont souvent diagnostiquées par le médecin du travail, des pathologies non-liées au travail pour lesquelles une orientation vers le médecin traitant est fréquemment préconisée.

Le médecin du travail est habilité à demander des examens complémentaires nécessaires à la détermination de l'aptitude médicale au poste de travail, au dépistage de maladie professionnelle et de maladie contagieuse.

Activité de tiers-temps

Le médecin du travail est astreint à passer le tiers de son temps dans l'entreprise à étudier l'hygiène, la sécurité, l'organisation du travail, à répertorier les expositions, à définir les risques, à analyser les postes de travail. Tour à tour toxicologue, hygiéniste, ergonomiste, il doit être à même de repérer l'ensemble des facteurs pouvant avoir un effet néfaste sur la santé des salariés. Sa surveillance clinique n'a de sens que si elle est basée sur la connaissance des risques qui existent dans l'entreprise. Pour ce faire le médecin a droit d'accès à tous les lieux de l'entreprise, d'information sur tous les produits et techniques de production utilisés, ainsi que sur toutes modifications pouvant intervenir dans le processus de production et cela suffisamment tôt pour pouvoir faire ses observations. Le médecin du travail est astreint au secret de fabrication comme au secret médical. Il a la possibilité de demander toutes les mesures et examens complémentaires nécessaires à la connaissance du milieu du travail.

Dans le cadre de ce tiers-temps et de la connaissance de l'entreprise qu'il acquiert, il doit faire et réactualiser régulièrement une fiche d'entreprise qui doit être présentée au comité d'hygiène et de sécurité et des conditions de travail, instance dont il est membre de droit.

Tous les ans, le médecin du travail est tenu de présenter devant le comité d'hygiène et de sécurité et des conditions de travail, un plan d'activité où il précise, d'une année sur l'autre, les points concernant la santé au travail qu'il compte étudier en particulier.

Par l'intermédiaire de ce plan, mais aussi plus directement depuis 1986, le Code du travail incite les médecins du travail à participer à des études et recherches en ergonomie, épidémiologie, toxicologie, etc.

Tous les ans, le médecin du travail établit un rapport technique qu'il présente devant le comité d'entreprise dans le cas du service autonome, ou la commission de contrôle, si c'est un service interentreprises.

Dans les entreprises industrielles de plus de 200 salariés, et tertiaires de plus de 500 salariés, le médecin du travail est aidé dans l'ensemble

Médecins du travail *en chiffres*

En 1993, **6 255** médecins du travail dont 2 779 à temps plein ont surveillé 12 480 426 salariés du régime général couvert par la médecine du travail, en collaboration avec près de 9 000 personnels paramédicaux (infirmières, auxiliaires médicaux et autres personnels de prévention).

Coût de la
médecine du travail
4
milliards de francs

Coût de la
branche
accident du travail-
maladie profession-
nelle de la
Sécurité sociale
40
milliards de francs

Budget de la
Sécurité sociale
400
milliards de francs

de ses fonctions par des infirmières du travail. Dans les services interentreprises, il doit être secondé par une secrétaire.

Le médecin du travail est un salarié protégé, c'est-à-dire qu'il ne peut être licencié sans qu'il y ait accord du comité d'entreprise pour les services autonomes, ou les commissions de contrôle pour les services interentreprises. Ceci lui donne une garantie d'indépendance, tant vis-à-vis des employeurs que des salariés. De plus, il est totalement responsable et indépendant techniquement de ses employeurs, seul le médecin-inspecteur régional du travail peut exercer un contrôle technique de son activité.

La médecine du travail demain

Depuis peu se pose un problème de déficit en médecine du travail. Dans le cadre de l'harmonisation européenne, la spécialité en médecine du travail ne s'acquiert plus que par le passage par l'internat. Or, le nombre de places mises à disposition est loin de permettre de compenser le déficit de près de 400 médecins qui s'est creusé ces dernières années, il est d'ailleurs insuffisant pour couvrir le flux de médecins du travail partant en retraite. On assiste au paradoxe où l'État impose un certain nombre d'obligations aux entreprises mais ne forme pas suffisamment de professionnels pour assurer ces obligations.

Les comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

Créés par un décret du 1^{er} août 1947, les comités d'hygiène et de sécurité (CHS) ont été jusqu'à une date récente, des organismes techniques consultatifs exerçant leur action sur les lieux de travail en vue d'améliorer les conditions d'hygiène et de sécurité et de proposer toutes mesures visant à éviter les

accidents et les maladies professionnelles. Leurs compétences ont été élargies au cours des années 1970, avec le décret du 1^{er} avril 1974 qui précisait à la fois la composition du CHS et les missions qui lui étaient dévolues.

La loi du 23 décembre 1982 relative aux comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) a élargi encore les missions confiées à cette nouvelle institution représentative du personnel, obligatoire pour les entreprises de plus de 50 salariés. Elle a étendu la notion de risques professionnels en y incluant tout ce qui relève des conditions de travail.

À sa mission « originelle », contribuer à la protection et à la sécurité des salariés par l'analyse des risques professionnels encourus dans l'entreprise, s'est ajoutée une mission élargie à l'ensemble des conditions de travail. Le CHSCT a désormais compétence dans l'organisation matérielle du travail (charge de travail, rythme, pénibilité mais aussi élargissement et enrichissement des tâches), l'environnement physique (température, éclairage, aération, bruit, poussières, vibrations), l'aménagement des postes de travail (notamment au bénéfice des accidentés du travail et des handicapés), la durée et les horaires de travail (ceci en liaison avec le comité d'entreprise), l'aménagement du temps de travail.

Il est compétent dans le domaine de la protection et de la sécurité des salariés de l'établissement et de ceux mis à sa disposition par une entreprise extérieure, y compris les travailleurs temporaires. Il réalise des contrôles et enquêtes à intervalles réguliers (au moins une inspection collective par trimestre), des locaux et des machines en service dans l'établissement.

Il est tenu d'enquêter à la suite de tout accident ayant entraîné ou pu entraîner des conséquences graves pour un salarié.

Il a aussi une fonction consultative. Il donne son avis sur le rapport annuel et le programme de prévention et d'amélioration des conditions de travail présenté au moins une fois par an par le chef d'établissement. Il peut proposer un ordre de priorité et l'adoption de mesures complémentaires dans le cadre de ce programme (art. R. 236.4 du Code du travail).

Enfin, il a un rôle important de sensibilisation des travailleurs à la sécurité. Il participe à la préparation des actions de formation à la sécurité qui consistent en une instruction des salariés aux précautions nécessaires à leur propre sécurité et à celle de leurs collègues.

La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

La CNAMTS est un établissement public géré par un conseil d'administration composé de membres désignés par les organisations syndicales d'employeurs et de salariés.

En matière de prévention, elle a pour rôle de « promouvoir la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ». Elle émet un avis sur les projets de lois et de règlements élaborés dans les domaines de sa compétence. Elle assure la coordination entre les caisses régionales d'assurance maladie. Elle gère un Fonds national de prévention alimenté par un prélèvement d'environ 1,8 à 2,0 % des cotisations encaissées au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Pour l'élaboration de sa politique de prévention des risques professionnels et de la gestion du fonds de prévention, la CNAMTS est assistée par des organismes paritaires : la commission prévention et les centres techniques nationaux.

Le service de prévention des risques professionnels des caisses régionales d'assurance maladie

Organisme de droit privé, administré par un conseil d'administration composé de représentants des employeurs et des salariés, son rôle est de conseiller, contrôler et former les différents intervenants dans les entreprises.

Ce sont les ingénieurs-conseil et les contrôleurs de sécurité des services prévention des risques professionnels qui mettent en œuvre ces actions. Ils ont le droit de pénétrer dans tous

Utilisation des ressources du **Fonds national de prévention**

- Dotations aux caisses régionales d'assurance maladie pour leur action de prévention.
- Subventions à l'INRS.
- Subventions à différents organismes pour l'enseignement de la prévention et la formation à la sécurité.
- Avances et subventions aux entreprises pour faciliter le financement d'aménagements destinés à assurer une meilleure sécurité (cf. les « conventions d'objectifs » pour les entreprises de moins de 300 salariés).

les établissements assujettis au régime de la sécurité sociale, et de faire effectuer toutes les mesures, analyses et prélèvements d'atmosphère qu'ils jugent utiles.

Les caisses régionales de l'assurance maladie, qui jouent essentiellement un rôle de conseil, n'ont pas à faire référence à des textes réglementaires pour demander à un chef d'établissement de satisfaire à certaines mesures de sécurité. Elles peuvent l'inviter à prendre toutes mesures justifiées de prévention et disposent d'incitations financières négatives (majoration du taux de cotisation accident du travail-maladie professionnelle [AT-MP]) ou positives (minoration du taux de cotisation AT-MP, avances et subventions aux entreprises pour un investissement dans la prévention).

Les services de prévention des risques professionnels développent une importante politique de sensibilisation, d'information, et de formation auprès des acteurs de prévention (chef d'entreprise, CHSCT, salariés, animateurs de sécurité, médecins de travail...).

Seulement 10 % des entreprises fait l'objet d'une visite de la part des services de la Cram. En fait la Cram ne pénètre pas le tissu des petites entreprises.

L'Institut national de recherche et de sécurité

Cet institut a été constitué en 1968 par fusion, sous la forme d'une association à gestion paritaire, de l'Institut national de sécurité (fondé en 1947) centré sur l'information et la formation en matière de sécurité et du Cerpat (Centre de recherche installé à Vandœuvre-lès-Nancy).

Il bénéficie d'environ un tiers des crédits du Fonds national de prévention et emploie 600 personnes dont les activités se partagent entre études, recherches, assistance technique (il délivre les visas techniques des machines les plus dangereuses et contrôle la mise sur le marché de nouveaux produits chimiques), formation, information, documentation.

L'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail

Créée en 1973, l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact) est un établissement public rattaché au ministère du Travail, de l'Emploi et de la Formation

► Article L 422.4
du Code de la
Sécurité
sociale

Le Conseil supérieur de la
prévention des risques
professionnels publie le
*Bilan des conditions
de travail* (rapport annuel)

► L'INRS publie trois
revues : *Travail et
sécurité*,
*Documents pour le
médecin du travail*,
*Notes
documentaires*

professionnelle. Elle est gérée paritairement par des représentants des organisations d'employeurs et des syndicats de salariés ainsi que des représentants de l'administration et des personnalités qualifiées.

L'Anact a trois missions principales : l'intervention de conseil en entreprise ; la production de méthodes novatrices pour le changement du travail ; l'information sur les expériences innovantes, les moyens mis en œuvre, les difficultés rencontrées.

L'Anact a une approche globale à partir de la réalité des situations de travail des salariés et des préoccupations des entreprises.

Le conseil supérieur de la prévention des risques professionnels

Composé de représentants des salariés et des employeurs, de personnes qualifiées et des représentants des administrations, c'est un organisme consultatif placé auprès du ministre du Travail qui lui propose toute mesure susceptible d'améliorer l'hygiène et la sécurité sur les lieux de travail, et de façon plus générale, les conditions de travail.

Il est consulté sur les projets de lois, de règlement, les orientations à donner aux organismes et institutions d'hygiène et de sécurité comme par exemple l'extension ou la modification des tableaux des maladies professionnelles. Il suscite et favorise toute initiative de nature à améliorer la prévention des risques professionnels.

L'inspection du travail

Les échelons régionaux et départementaux de l'inspection du travail ont en charge le contrôle et la coordination des sections d'inspection.

L'inspection du travail assure l'application effective au niveau de l'entreprise des différentes dispositions légales et réglementaires en matière d'hygiène et de santé. À ce jour, en France, 90 % des salariés sont employés dans des entreprises relevant du contrôle de l'inspection du travail. Les effectifs réels des services déconcentrés du travail et de l'emploi étaient de 7 748 personnes au 31 décembre 1992.

Rôle de l'inspection du travail

Les inspecteurs du travail veillent à l'appli-

tion des mesures concernant la prévention et les conditions du travail. Il faut noter que la situation actuelle de l'emploi les incite à intervenir davantage sur des problèmes d'emploi et de litige sur les contrats de travail.

Il est de plus en plus demandé à l'inspection du travail d'intervenir auprès des entreprises comme conseil ou négociateur. Malgré tout 921 856 infractions au Code du travail concernant l'hygiène et la sécurité ont été relevées en 1992, 284 921 entreprises ayant été visitées.

La loi du 6 décembre 1976, qui a élargi les pouvoirs des inspecteurs du travail prévoit qu'en cas de danger grave ou imminent, les inspecteurs du travail peuvent dresser immédiatement un procès-verbal. Elle prévoit également qu'ils peuvent intervenir dans le cas où le risque résulte non d'une infraction à une disposition réglementaire, mais de l'organisation générale du travail.

La loi du 31 décembre 1991 a introduit la possibilité pour l'inspecteur ou le contrôleur du travail de prescrire l'arrêt temporaire des travaux sur un chantier en cas de danger grave et imminent (sous certaines conditions).

L'inspection médicale du travail

Les directeurs régionaux du travail et de l'emploi sont assistés par des médecins inspecteurs, qui ont pour mission de veiller, en liaison avec l'inspecteur du travail, à l'application de la législation relative à l'hygiène et à la protection de la santé des travailleurs, et de contrôler le fonctionnement des services médicaux du travail.

Principaux moyens d'actions **des inspecteurs du travail**

- Libre-accès dans les établissements soumis à leur contrôle. Ils peuvent se faire accompagner des représentants du personnel lors des visites.
- Possibilité de demander, aux frais de l'employeur, toutes investigations utiles.
- Constatation des infractions à la législation, établissement d'observations et rédaction des procès-verbaux.

Les indicateurs

Les enquêtes

Si le ministère du Travail et le monde de la médecine du travail réalisent la plupart des enquêtes, d'autres formes d'indicateurs émergent tel le projet « paroles », recueil de témoignages, de monographies, sur la précarité par des médecins du travail...

Les enquêtes du ministère du Travail

Conditions de travail

Ces enquêtes directes auprès des salariés informent sur les risques et contraintes de travail perçus par les salariés. La dernière de ces enquêtes montre que la part des salariés concernés par les pénibilités, risques et nuisances, augmente fortement de mai 1984 à mai 1991. De plus en plus de salariés sont soumis à des délais, des consignes, des modes opératoires précis, 44 % d'entre eux déclarent que leur rythme de travail dépend de délais serrés. Ces traits caractérisent un travail de type industriel. Ces rythmes de travail, source de tension nerveuse, sont une contrainte fortement ressentie par les salariés, mais sa traduction diffère selon la place occupée dans la hiérarchie socio-professionnelle. Si dans l'ensemble le travail au sein du monde ouvrier est moins dur physiquement, le travail à la chaîne ne recule pas.

En fait en 1991, les salariés considèrent leurs conditions de travail comme moins supportables qu'elles ne l'étaient en 1978 et 1984. Le travail reste pénible dans le bâtiment et les travaux publics mais les risques et nuisances sont ressenties aussi dans les industries plus modernes et se propagent dans le tertiaire.

L'enquête sur la surveillance médicale des risques

L'enquête sur la surveillance médicale des risques (Sumer) a été réalisée en 1986-1987 par 600 médecins du travail ayant renseigné 50 000 questionnaires sur 6 mois. Une nouvelle enquête Sumer a démarré en 1994, plus de 1 200 médecins du travail devraient y participer et les premiers résultats devraient être diffusés en 1996. Cette enquête, renouvelée périodiquement, permettra d'avoir un indicateur de

l'évolution, des conditions du travail, des expositions aux nuisances et risques dans le monde du travail au fil du temps.

Pour l'année 1987, les salariés ont été exposés à au moins un risque, dans les proportions suivantes : 13 % pour les risques infectieux et parasitaires, 23 % pour les risques chimiques, 29 % pour les risques physiques et 41 % pour les risques autres parmi lesquels le travail sur écran et les horaires alternés.

D'autres indicateurs

Deux grandes enquêtes longitudinales lancées dans le monde de la médecine du travail permettent de mesurer l'impact du travail sur la santé telles l'enquête Estev sur vieillissement et travail, l'enquête Sted sur les relations entre l'état de santé des salariés et le travail en sous-traitance...

Les statistiques

La connaissance des accidents et maladies liés au travail

Le système d'information sur les atteintes à la santé dues au travail repose sur les statistiques nationales établies par la CNAMTS concernant les accidents du travail et maladies professionnelles reconnus et indemnisés.

Les accidents du travail

En 1992, pour les 15,5 millions de salariés du régime général de la Sécurité sociale, il y a eu 759 481 accidents du travail avec arrêt, dont 63 282 accidents ayant entraîné une incapacité partielle ou totale permanente, et 1 059 accidents mortels.

On assiste depuis 1987 à une augmentation régulière de la fréquence de ces accidents, suivant un rythme qui aura été deux fois plus rapide que celui de l'emploi (18,6 % contre 9,2 %). Seuls les chiffres de 1992 font apparaître un léger recul du nombre total des accidentés (moins 3,4 %) qui est plus important que le recul des effectifs salariés en 1992 (estimé à 0,8 %).

D'autres chiffres bruts montrent par ailleurs que l'accidentabilité n'est pas univoque selon le secteur professionnel, la taille de l'établissement, l'âge de la victime, sa qualification et son type de contrat de travail :

- certains secteurs professionnels sont plus

Précarité et santé

Effets et réglementation

- Depuis 20 ans, les entreprises ont de plus en plus recours aux contrats à durée déterminée et à l'intérim.
- Entre 1986 et 1991, le nombre d'intérimaires a triplé.
- 7 % des salariés ont un statut précaire.
- Ils sont victimes de 20 % des accidents du travail et de trajet.
- Le recours à la sous-traitance permet aux entreprises « donneuses d'ordre » d'extérioriser une partie des risques.
- En 1990, 20 000 salariés sont intervenus en sous-traitance dans les centrales nucléaires et ont reçu plus de 80 % des doses de rayons ionisants émises, part qui croît constamment depuis dix ans.
- La loi du 12 juillet 1990 qui vise « à favoriser la stabilité de l'emploi par l'adaptation du régime des contrats précaires » interdit l'emploi des intérimaires à certains travaux particulièrement dangereux, figurant sur une liste établie par arrêté. L'accent est mis sur la formation à la sécurité des titulaires de ces contrats.
- Le décret du 27 juin 1992 renforce la responsabilité légale des entreprises utilisatrices : le coût de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle est partagé entre l'entreprise d'accueil et l'établissement de travail temporaire.
- Le décret du 1^{er} février 1992, précise les obligations respectives de l'entreprise du travail temporaire et de l'entreprise utilisatrice relatives à l'examen médical d'aptitude surtout lorsque le salarié est affecté sur un poste à risque.
- Ces mesures ont contribué à une évolution des mentalités, notamment chez l'employeur désormais plus attentif à la sécurité des travailleurs précaires mais l'application ne se fait pas sans mal.

Les statistiques de la CNAMTS sont en fait des statistiques de réparation, elles ne reposent que sur ce qui est passé au travers du filtre de l'indemnisation.

touchés (bâtiment, industrie de la fonderie et du travail des métaux, bois et meuble) ;

- la taille des établissements intervient aussi.

Les salariés travaillant dans les établissements de 10 à 49 salariés ont un indice relatif de taux d'accident de 127 alors qu'il est de 50 pour les établissements de plus de 500 salariés ;

- les ouvriers sont deux fois plus accidentés que l'ensemble des salariés, l'indice de taux d'accident est de 233 pour les ouvriers non-qualifiés, de 173 pour les ouvriers qualifiés, de 47 pour les employés, de 36 pour les professions intermédiaires et de 7 pour les cadres supérieurs ;

- les salariés à statut temporaire sont aussi beaucoup plus souvent accidentés. Leur indice

de taux d'accident est 3 fois plus élevé que celui des salariés ayant un contrat de travail à durée indéterminée. Par exemple, l'indice de taux d'accident des ouvriers intérimaires est de 610, alors qu'il est de 194 pour l'ensemble des ouvriers ;

- un accidenté sur quatre a moins de 25 ans, leur indice de taux d'accident est de 218, il est de 84 pour les autres ;

- l'ancienneté dans l'entreprise joue également un rôle puisque près d'un accidenté sur cinq a été embauché ou affecté au poste depuis moins de trois mois. L'absence d'information et l'insuffisance d'encadrement amplifient sans doute cet effet qui est aussi en partie lié à l'âge et au statut d'emploi.

Les maladies professionnelles

En 1991, le nombre de pathologies professionnelles indemnisées dans le cadre du régime général était de 5 080, soit une augmentation de 15 % par rapport à l'année précédente (4 417 en 1990).

Le nombre de décès entraînés par les maladies professionnelles a été de 164 en 1991, essentiellement dus à l'amiante (mésothéliome et cancer bronchique), au bois (cancer de l'ethmoïde), aux rayonnements ionisants, le benzène (hémopathie), à l'arsenic (sidérose et hépatite virale).

Du point de vue de la réparation, les affections les plus courantes sont les affections périarticulaires (1 342 cas), les affections dues au bruit (791 cas), à l'amiante (492 cas), au ciment (358 cas), les lésions eczématiformes de mécanisme allergique (305 cas), les pneumoconioses dues à la silice (302 cas). Ces affections représentent 61 % des maladies réparées en 1991.

Si l'analyse de ces statistiques de réparation de maladies professionnelles donne un reflet de la réalité du travail, celle-ci est relativement déformée. En effet, il y a une très grande sous-déclaration des maladies d'origine professionnelle.

Un système dominé par des logiques et pratiques restrictives

La réparation des maladies professionnelles représente pour la victime et sa famille une course d'obstacles semée d'embûches. Celles-ci sont liées tant à la conception même du système de réparation qu'aux pratiques des acteurs chargés de le faire fonctionner.

**Il est jeune.
Ouvrier intérimaire,
il travaille dans une
entreprise de moins de
50 salariés depuis
moins de trois mois...**

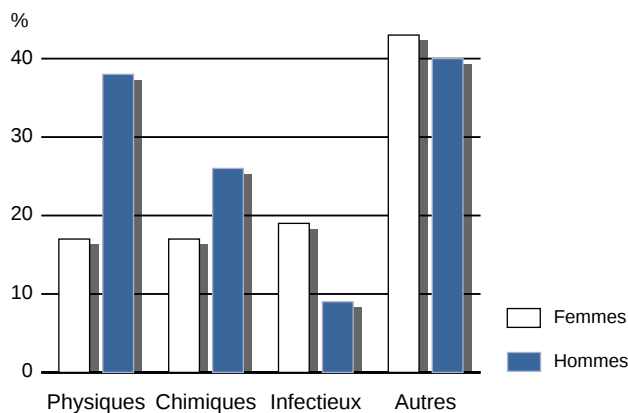
**Il a le plus de risque
d'avoir un
accident du travail**

Nombre de maladies qui ont donné lieu pour la première fois à un versement d'indemnité journalière et/ou d'une rente

- Le système des tableaux de maladie professionnelle est insuffisant et restrictif au regard des connaissances acquises par l'épidémiologie et la médecine concernant les effets du travail sur la santé. Il est inadapté à la réalité actuelle de nombreuses pathologies professionnelles (cancers, pathologies ostéo-articulaires, allergies, atteintes mentales, etc.) et à la mobilité croissante des salariés.

À l'origine, les tableaux ont été créés pour des maladies professionnelles apparaissant immédiatement après l'exposition à un agent causal spécifique du milieu de travail. Aujourd'hui, de nombreuses pathologies professionnelles sont plurifactorielles, avec des agents présents sur les lieux de travail et d'autres, non. Ces pathologies n'apparaissent qu'après un temps de latence qui peut être de plusieurs dizaines d'années. Dans l'intervalle, le salarié aura pu changer, à de nombreuses reprises, de poste de travail ce qui rend difficile

Exposition aux risques



Les différences entre sexes s'expliquent par les structures de l'emploi masculin et féminin. L'âge du salarié n'a pas d'influence particulière, les différences qui peuvent intervenir étant liées à la structure d'âge par catégorie socioprofessionnelle.

Il apparaît que la population des ouvriers, qualifiés ou non, est la plus exposée (35 % est exposé à un risque chimique et 52 % à au moins un risque physique, le bruit supérieur à 85 db pour 28 % d'entre eux). Les agents de service des collectivités et les professionnels de santé sont les plus exposés aux risques infectieux ou parasitaires (72 % et 66 %).

sinon impossible la mise en relation d'une pathologie et d'un travail et *a fortiori* d'en apporter la preuve.

Le cas des cancers professionnels est, à cet égard, très significatif : 15 tableaux reconnaissent actuellement des cancers comme maladies professionnelles indemnissables, alors que la circulaire relative à la prévention des cancers d'origine professionnelle du 14 mars 1988 a établi une liste d'une centaine de substances et procédés cancérogènes devant faire l'objet de valeurs limitées d'exposition.

- Les pratiques des médecins et des caisses primaires d'assurance maladie apparaissent restrictives par rapport à la loi, souvent par absence d'information sur les risques professionnels pour les premiers ou en raison, pour les seconds, d'une crainte excessive de reconnaître des maladies non-liées au travail.

Les médecins déclarent peu ou pas du tout les maladies professionnelles. Ils n'identifient pas la pathologie comme telle ou délèguent la responsabilité de la déclaration aux seuls médecins du travail. Mais ces derniers sont eux-mêmes souvent réticents à établir un certificat de maladie professionnelle qui les mettra en position difficile... vis-à-vis de l'employeur et/ou du salarié (éventuellement contraint d'abandonner son métier par inaptitude médicale).

Deux exemples de cette sous-déclaration, les

cancers : 132 sont reconnus comme professionnels alors que les estimations sur le nombre de ceux-ci varient de 4 000 à 10 000 ; les asthmes professionnels : 206 reconnus en 1991 alors qu'ils sont estimés à environ 37 000.

De nouvelles pathologies

L'évolution de ces pathologies reconnues malgré tout peut donner une image de ce que l'on observe sur le terrain comme les troubles musculo-squelettiques. Recensés depuis peu, ces troubles musculo-squelettiques ont connu une véritable explosion, +160 % en trois ans, qui touche tous les pays industrialisés. Ils résultent de la combinaison de quatre facteurs : un mouvement répétitif, une force exagérée, un angle excessif et des cadences élevées. De nombreux cas sont recensés qui frappent, indifféremment dans l'industrie ou dans les services, dans l'agro-alimentaire, en câblerie, en montage, dans les saisies informatiques mais aussi parmi les caissières de supermarché et les journalistes.

La particularité de cette nouvelle pathologie est qu'elle concerne l'organisation du travail. De plus, la pression sur le personnel s'intensifiant avec la récession (en particulier l'augmentation des cadences), nombreux sont les salariés qui retardent le moment où ils révèlent leurs problèmes de peur de perdre leur travail, ce qui entraîne des conséquences graves sur le plan thérapeutique.

Ces problèmes d'organisation du travail, de pression, de travail en urgence, de récession ambiante entraînent aussi des pathologies dites de « stress », reflet d'un mal-être et pouvant aboutir à des décompensations psychiatriques, « burn out » et dépressions. L'ensemble de ces pathologies n'est pas reconnu comme « professionnel ».

Dans ce cadre d'émergence de nouvelles pathologies, il faut aussi parler de l'arrivée sur le marché d'un grand nombre de nouvelles molécules chimiques qui entraînent à court terme une augmentation des pathologies allergiques d'apparition rapide à type de dermatose, d'asthme ou de rhinite. Mais on ignore les effets à long terme de ces produits au point de vue de la cancérogenèse ou de la mutagenèse. Par exemple, les 492 affections dues à l'amiante reconnues en 1991 correspondent à des expositions d'il y a 20 à 30 ans alors que, le risque étant méconnu, l'utilisation de l'amiante n'était pas contrôlée.

Comparaisons internationales

Les comparaisons internationales en matière de réparation des maladies professionnelles sont difficiles à établir compte tenu de la différence des législations et des pratiques en vigueur dans chaque pays. Cependant la comparaison entre la France et d'autres pays industrialisés à partir de données statistiques globales fait apparaître une situation peu favorable à la réparation dans notre pays.

En 1985, la France était parmi quatre pays de l'OCDE (France, RFA, USA, Suède) celui où l'on déclare et où l'on indemnise le moins de maladies professionnelles par million de salariés.

Au Québec, en 1990, pour 2 400 000 salariés, le nombre de maladies professionnelles indemnisées était de 4 840, alors que la même année en France, pour 14 513 533 salariés (soit 6 fois plus), le nombre de maladies professionnelles indemnisées était de 4 417.



Évolution du champ de la santé au travail

L'évolution de la médecine du travail depuis 1946 illustre l'évolution de la prise en compte de la problématique santé-travail tant dans les entreprises que dans la société. Elle est liée à la transformation des conditions de travail, à des connaissances scientifiques accrues grâce à l'épidémiologie, l'ergonomie et la psychodynamique du travail et à l'application récente des directives européennes relatives à l'amélioration de la santé et de la sécurité au travail.

Depuis la création des services médicaux du travail en 1946, l'évolution du champ de la santé au travail en médecine du travail s'articule en quatre périodes.

1946-1960 : une approche individuelle

La médecine du travail va se développer dans l'immédiat après-guerre. C'est l'époque du *retrouvez vos manches !* Il s'agit d'accompagner la santé des travailleurs pour permettre la relance d'une économie dévastée, faire que chaque travailleur ne soit pas un danger pour son entourage (maladies infectieuses) et qu'il ne continue pas à être exposé à des nuisances professionnelles excessives.

C'est la période de la prévention médicale tertiaire, la vision de la prévention de la nation rejoint celle de l'entreprise ; en ce sens on peut parler d'une approche santé publique. Les facteurs de risques reconnus comme néfastes sont ceux qui entraînent des effets importants à court ou moyen terme. La bonne santé veut dire absence de maladie.

Versant professionnel, il s'agit de dépister les affections professionnelles très invalidantes

comme la silicose ou le saturnisme avéré. Versant santé publique, il s'agit de dépister la tuberculose (à cette époque, l'image de la médecine du travail était la radioscopie).

La médecine du travail s'exerce quasi exclusivement à travers des visites d'aptitude au cabinet médical, et son objet est de limiter les atteintes importantes à la santé, dans un environnement de travail plus ou moins hostile et pour lequel les possibilités d'amélioration en termes de prévention ne se dégagent que très progressivement.

1960-1975 : une prévention normative

Une fois l'économie redémarrée, va se développer progressivement un taylorisme flamboyant dans l'industrie. C'est dans celle-ci que paraissent être localisés les principaux problèmes de santé au travail. La conception des postes, des espaces et des lieux de travail se réfère à cette idéologie. La conception de l'homme moyen à la base de la normalisation en est issue. La référence préventive sur les lieux de travail est alors l'ingénieur de sécurité hygiéniste. Les conditions de travail nuisibles

pour la santé sont les facteurs de risque mesurables pour lesquels la normalisation semble un bon outil de prévention. Cette approche s'est développée parallèlement à celle employée pour les matériels techniques dans la prévention des accidents du travail. Les facteurs de risques physiques se prêtent bien à un mode de prévention fondé sur la mesure : éclairage, bruit, vibrations, charges, rayonnements etc. pour lesquels seront progressivement édictées des références tendant à limiter les nuisances engendrées. L'approche par facteurs de risque devient progressivement toute puissante, ceux-ci étant envisagés indépendamment les uns des autres. Si la normalisation et les moyens de l'entreprise le permettent, sera développée la prévention collective qui est ici plutôt du domaine de l'ingénieur de sécurité.

Le médecin du travail excellera du côté de la prévention individuelle par le développement de l'éducation sanitaire, et particulièrement par celui du port de protections individuelles contre les nuisances. L'aspect contraignant de ces dernières n'est généralement pas mis en rapport par le médecin du travail avec l'astreinte qu'elles entraînent, car il s'agit de protéger le salarié à tout prix. Il s'agit bien d'une démarche de prévention prescriptive.

En parallèle d'une approche préventive normalisée sur les lieux de travail, se développe dans un certain nombre de cabinets médicaux, une approche par profil d'aptitude, tel type de poste correspondant à tel profil d'individu. Dans ce système, l'aptitude médicale se transforme de fait en un système de sélection des salariés particulièrement « adaptés » à un ou plusieurs types de contrainte.

Ici, la conception du travail qui fait référence est un mal subi nécessaire devant lequel les hommes sont plus ou moins impuissants. La santé au travail n'est plus seulement l'absence de maladies professionnelles invalidantes, mais elle inclut progressivement la prévention des affections chroniques. La pratique médicale passe de la prévention tertiaire à la prévention secondaire à travers le dépistage plus ou moins précoce de processus morbides dans ce travail. Pour cette prévention secondaire, on commence à employer des moyens techniques nouveaux : audiométries, spirométries.

La prévention se construit dans l'entreprise en référence au normalisé et au réglementé. La circulation des informations concernant les risques du travail s'organise progressivement

dans l'entreprise : éléments du bilan social, du rapport annuel du médecin du travail, déclarations obligatoires des risques susceptibles d'entraîner des maladies professionnelles à la CPAM. Le cœur de la dynamique préventive en matière de santé au travail est ainsi situé à l'intérieur de l'entreprise, conçue comme une entité juridique privée, autonome, et isolée, couverte par le secret en tout ce qui la concerne, ce qui est à la base de la sortie du champ santé-travail de la santé publique. Cela a des répercussions négatives sur la recherche en matière de santé au travail, mais ne semble pas poser de problèmes dans le champ social, puisque le moteur des transformations positives en matière de conditions de travail est bien souvent en rapport avec les luttes sociales dont la réglementation capitalise les avancées.

1975-1985 : la faillite du modèle de l'homme issu du taylorisme comme opérateur de prévention

Les années 70 ont vu une forte remise en cause du système d'organisation du travail taylorien. Les ouvriers spécialisés remettent brutalement en cause leur statut et la santé qui en découle. Ainsi, on peut être en mauvaise santé et exclus de certains postes de production parce qu'on est trop vieux à trente ans du fait des exigences de la tâche ! La délivrance d'aptitude médicale au travail peut alors être ambivalente. Certains médecins se trouvent devant le dilemme de respecter ou le droit au travail, ou le droit à la santé.

Les apports de l'école d'ergonomie de langue française représentée par A. Wisner, vont avoir un poids déterminant dans le renouvellement de l'appréhension des questions santé-travail. Ils vont montrer la distinction fondamentale entre travail prescrit par les concepteurs, et travail réel où les opérateurs engagent et construisent leurs savoir-faire. Même dans les tâches les plus déqualifiées et taylorisées, il y a des activités de conception invisibles. C'est un autre regard sur le travail qui se construit. La nécessité apparaît alors de prendre en compte « l'activité » de travail des opérateurs dans tout projet de transformation des conditions de travail pour ne pas accroître le poids des contraintes et appuyer les propositions de transformation sur une réalité tangible. La problématique de l'analyse de la « demande » de

Ergonomie

L'ergonomie a connu un fort développement à partir du début des années 50. D'abord orientée dans les grandes industries vers l'amélioration du produit, elle a été peu à peu investie par la question de l'amélioration des conditions de travail, « pour adapter le travail à l'homme ».

C'est surtout au cours des années 70 que l'ergonomie est sortie des laboratoires pour aborder la réalité des « terrains », et qu'elle a construit une nouvelle description du travail. En s'appuyant sur la mise en évidence d'un écart irréductible entre la tâche prescrite (ce que l'on a à faire en appliquant des modes opératoires prédéfinis), et l'activité (comment on fait réellement pour parvenir à réaliser sa tâche), cette discipline a implicitement façonné un modèle de l'homme au travail qui s'est peu à peu écarté de ceux qui prévalaient auparavant :

- du côté de la médecine du travail, en opposant à l'alternative d'un homme sain ou malade, un homme agissant et cherchant à réguler ses efforts ;
- du côté de l'organisation du travail, en opposant au modèle taylorien d'un homme exécutant des consignes face à un système technique stable, un homme confronté à des variabilités internes et externes et dont la capacité d'invention est précieuse pour le travail au lieu de lui être dommageable. Sollicitée alors essentiellement pour l'amélioration des conditions de travail en vue de protéger la santé de l'homme et (ce faisant) d'améliorer aussi la production, l'ergonomie a produit des connaissances sur cette activité particulière qu'est le travail, sur la santé au travail, et enfin sur la méthodologie de mise en visibilité du travail.

En effet, le point de vue selon lequel l'homme n'est pas un simple exécutant de ce qui lui est prescrit, et qu'il gère des enjeux pour sa santé, a le mérite de réconcilier dans un modèle volontairement global de l'activité « la tête » et « le corps » de l'homme au travail.

Alors l'observation est une voie d'accès privilégiée de l'activité réelle, mais la part mentale de cette activité demeure inobservable, et accessible uniquement par des entretiens menés à partir des observations. Le travailleur est devenu l'interlocuteur

incontournable pour accéder à la réalité de son travail et à la manière dont il s'y prend pour le réaliser. Mais un tel dialogue se heurte à plusieurs difficultés. Tout d'abord, le travailleur ne sait pas nécessairement dire ce qu'il sait faire. C'est même pour lui un exercice surprenant : ordinairement, on lui demande plutôt de se taire et les mots ne lui sont pas disponibles à brûle-pourpoint pour énoncer sa gestuelle, ses raisonnements, et par quel type d'attention il maîtrise son activité... De plus, c'est pour lui un exercice dangereux, qui revient à « avouer » qu'il opère autrement, qu'il s'écarte de la marche à suivre.

Si l'ergonomie a profondément modifié la représentation de l'homme au travail, sa mise en œuvre pose quelques questions et demande des garanties : quel usage est-il prévu de la mise en visibilité de l'activité ? Le soutien de l'inventivité nécessaire du travailleur ou la révélation de sa « désobéissance » ? Un assouplissement de ses marges de manœuvre ou une reconstruction plus rigide de la prescription ? Une meilleure prise en compte de la santé au travail, ou une intégration de ses trouvailles au seul bénéfice de la productivité ?

Pendant longtemps la demande d'intervention en ergonomie a été portée par les syndicats en vue de l'amélioration des conditions du travail. Mais l'augmentation massive du nombre de chômeurs est parvenu à poser comme indécente toute revendication sur les conditions de travail de ceux qui ont « la chance » d'en avoir un. Pourtant, les enquêtes les plus officielles révèlent que les nuisances ne disparaissent pas, ou pas autant qu'on est en droit de le souhaiter. L'intensité du travail, son amplitude temporelle, et la protection sociale au travers des statuts ne cessent d'empirer. Parallèlement, l'inégalité de l'espérance de vie à la naissance ne cesse de se creuser entre les plus favorisés et les plus mal traités par le travail...

Mais, de plus en plus, les demandes visent la conception, et non plus comme auparavant la correction des situations. Or, c'est par les directions d'entreprise que sont posées ces demandes que l'ergonomie reçoit en terme de conduite de projet. Le

développement des connaissances se fait peu à peu sur des questions formulées par l'ingénierie, plutôt que par les représentants des travailleurs. Il s'en suit parfois un nouveau morcellement dans ce que le concept d'activité avait conquis : dès lors que l'homme est à l'abri des efforts physiques que le travail réclamait de lui, c'est un peu comme si son corps n'était plus mobilisé par le travail. Désormais, il ne s'agit plus que d'assurer le confort d'un corps au repos, présent mais quasiment passif, en quelque sorte extrait de l'activité. De même que l'activité physique n'était guère nourrie par la réflexion, la réflexion ne serait guère nourrie par le corps : le modèle de l'homme issu des sciences cognitives est à nouveau réductionniste, il est « mentalisé ».

Est-ce la mise en perspective de la gravité de la réalité et de la précarisation massive au travail, telles qu'elles nous sont décrites par exemple par les médecins du travail, qui explique l'embarras vis-à-vis d'une prise en compte de la subjectivité des travailleurs ? Du côté de l'ergonomie, sous l'emprise des modèles cognitivistes, elle est soit niée, soit jugée irrecevable en situation de travail : siège du déraisonnable, facteur d'incertitude encombrante, tremplin des transgressions à la norme organisationnelle. Elle figure par excellence dans le registre de ce qu'on a souvent prié les travailleurs de « laisser au vestiaire », c'est-à-dire dans le registre des manifestations vivantes que le travail récuse d'avoir à gérer, en ce qu'elles seraient presque, par nature, hostiles au travail. C'est probablement pourquoi l'inter-subjectivité des opérateurs en équipe est *a fortiori* soit évacuée, soit suspecte et combattue.

Là se trouve en tout cas une manifestation des limites de l'ergonomie, limites en termes de « nécessité de preuves ». Au nom de quoi pourtant craindre d'entendre ce que les travailleurs ressentent dans leur travail ? La question ne peut pas être qu'ils se trompent de ressentir ce qu'aucun fait ne semble corroborer, ou ce qu'aucune mesure ne peut jauger, la question est que le fait qu'ils ressentent ce qu'ils ressentent est un fait.

transformation des conditions de travail modélisées par les ergonomes aura une influence déterminante par rapport à l'approche normalisatrice de la prévention. C'est à la prise en compte des problèmes d'enchevêtrement des contraintes de travail et à l'identification des questions d'organisation du travail sous-jacentes que vont s'atteler certains médecins du travail, qui commencent alors à sortir de l'approche prescriptive.

Parallèlement, les comités d'hygiène et de sécurité voient s'adjoindre à leurs prérogatives le champ des conditions de travail dans la dynamique des lois Auroux en 1982. Ce qui donne un cadre paritaire à l'appréhension des rapports santé-conditions de travail.

Du point de vue de la clinique médicale, la description de leurs conditions réelles de travail effectuées par les opérateurs à l'occasion des entretiens cliniques systématiques apparaît comme essentielle pour pouvoir hiérarchiser les déterminants de santé qui pèsent sur eux. Cette démarche n'est pas sans répercussion sur la façon d'aborder les problèmes de toxicologie (ergotoxicologie), et sur le regard porté sur les protections individuelles du point de vue de leurs astreintes pour les travailleurs. C'est d'ailleurs parce que le suivi clinique est systématique et que la prise en compte des problèmes de santé est globale, au sens de non-limitée aux pathologies avérées et connues, mais abordant l'infirmité et investigant les contraintes organisationnelles qui peuvent être une entrave à la santé, que la clinique médicale du travail est déjà repérée par certains comme pouvant jouer un rôle essentiel en prévention primaire.

À côté de ce nouveau champ encore balbutiant, les progrès des connaissances interpellent les pratiques des médecins du travail. Y contribue un développement de l'épidémiologie des risques professionnels. Le modèle unicausal prend eau, et c'est une conception polyfactorielle de la genèse des atteintes à la santé au travail qui semble généralement pertinente. Ce point de vue fait découvrir le rôle des mauvaises conditions de travail dans des pathologies pour lesquelles on n'envisageait pas leur responsabilité : il en est ainsi des pathologies d'hypersollicitation articulaire (les TMS), des cancers professionnels, des troubles de la reproduction. La notion de santé de l'OMS, comme état de complet bien-être physique, psychique et social, supplante pro-

gressivement celle d'absence de maladie, de silence des organes. Mais les nouvelles technologies, les nouvelles formes d'organisation du travail, le développement de la taylorisation dans de nouveaux secteurs, le début des restructurations des entreprises sous la poussée de la crise économique ne sont pas sans répercussion sur les dynamiques de prévention internes aux entreprises.

Depuis 1985 : santé publique et travail

Au début de cette période la crise économique a pris une importance considérable. Pour être viables, les entreprises se devaient d'être flexibles. Ceci a entraîné de très fortes modifications dans l'organisation du travail, dans les entreprises vis-à-vis de leurs salariés, mais aussi dans la structure des entreprises elles-mêmes.

Apparaissent la polyvalence, les horaires anormaux, atypiques, de très fortes amplitudes horaires. Pour un travail parfois de plus en plus court, c'est une fraction de la vie personnelle de plus en plus importante qui est assujettie. C'est le règne en maître de « l'urgence productive », on voit se distinguer deux populations : celle qui est surchargée de travail et celle, exclue de tout travail. En parallèle, on assiste à une intensification du travail avec les systèmes d'organisation dit à *flux tendu* qui laissent de moins en moins la possibilité aux salariés de gérer, même si c'est *a minima*, leur temps, l'absence de stock tampon supprimant toute possibilité de souplesse dans la production.

Si le taylorisme n'est pas mort et envahit de nouveaux secteurs comme le tertiaire (en témoigne le développement des troubles musculo-squelettiques), se développe une autre conception de l'organisation du travail, « l'autonomie contrôlée », où seul le résultat est prescrit. Le salarié se prescrivant ses propres contraintes dans le cadre de marges de manœuvre souvent aussi rigides que des rails de chemin de fer condamnés à ne jamais diverger de la direction assignée.

Le recours de plus en plus important à la sous-traitance est un exemple de cette délégation de contrainte. Si elle concernait, au début, les travaux qui n'étaient pas du « métier » de l'entreprise tel le gardiennage ou le nettoyage, très vite ont été sous-traités les travaux à risques et actuellement l'on assiste à la sous-traitance du travail concret lui-même, l'entreprise se

Psychodynamique du travail

La psychopathologie du travail, dénommée récemment plus largement : psychodynamique du travail se construit depuis les années 70 à l'initiative de Ch. Dejours. Elle se définit comme l'analyse dynamique des processus psychiques mobilisés par la confrontation du sujet à la réalité du travail. Dans cette perspective, le modèle de l'homme est celui de la théorie du sujet : sujet d'une histoire singulière, porteur d'espoirs, de désirs.

L'approche psychodynamique a pour objet la mobilisation de l'intelligence et de la personnalité des agents ; celles-ci concourent à surmonter ce que la réalité leur oppose en terme d'aléas et de contradiction au sein de leur travail. En d'autres termes, le travail est « ce qui n'est pas déjà donné par l'organisation théorique du travail », tout ce que les hommes et les femmes s'ingénient à inventer pour trouver les meilleurs compromis entre ce qu'il doivent faire, ce qui leur est possible de faire, et ce qu'ils souhaiteraient faire, compte tenu de ce qu'ils pensent être le juste ou le bien.

Il n'est pas question ici de reprendre les travaux qui ont été publiés pendant ces vingt dernières années en psychopathologie du travail. Ils étaient consacrés à l'analyse des conduites insolites, paradoxales, voire dangereuses, des opérateurs confrontés aux situations de travail impliquant des risques pour la sécurité ou la sûreté.

On peut montrer que, presque toujours, ces conduites sont le résultat de stratégies subtiles et délicates élaborées par les travailleurs. Ces stratégies collectivement construites ont une vocation défensive contre la souffrance et la peur au travail. Elles sont nécessaires à ces travailleurs pour continuer à faire face à la souffrance qu'implique le rapport au risque. Contrairement à ce qu'affirment de nombreuses publications, il n'est pas vrai que les opérateurs soient trop sûrs d'eux-mêmes. Les enquêtes de psychodynamique du travail montrent qu'à l'inverse, dans toutes les situations à risques, les ouvriers et techniciens éprouvent une inquiétude chronique. Ni intrépides, ni téméraires, ils craignent le plus souvent de ne pas être capables de maîtriser la situation si le

process venait à passer en situation dégradée. Aussi pour eux l'inquiétude, voire la peur, font-elles partie du travail.

C'est donc pour lutter contre cette peur que les travailleurs construisent des stratégies collectives de défense, impliquant souvent d'afficher des attitudes de dérision, d'insolence voire de défi aux risques, et qui renversent symboliquement leur position subjective par rapport à ces risques : de victimes potentielles, passivement exposées à un risque non-contrôlé, ils deviennent acteurs volontaires d'une pantomime dont ils maîtrisent, cette fois, le scénario. Grâce à ces stratagèmes, d'ailleurs coûteux psychiquement, ils parviennent à s'affranchir de la perception constante et douloureuse du risque et de l'incertitude. C'est à ce prix qu'ils peuvent continuer à travailler. Sous la loupe clinique, il s'avère d'autre part que l'organisation du travail est en fait un compromis issu de négociations ininterrompues entre « exécutants » et encadrement. C'est ce qui fait dire que l'organisation du travail évolue au rythme des rapports sociaux de travail.

Aujourd'hui, le décalage entre technique et pratique est d'autant moins reconnu que certaines entreprises privilégient dans la formation et le recrutement des compétences en matière de gestion et de *management* à des compétences de métier, d'expérience et de savoir-faire professionnel. Si donc l'essentiel des agents est requis pour des tâches de management et de gestion, qui va faire « le travail » proprement dit ? La psychodynamique du travail observe qu'un véritable processus d'euphémisation du travail est en train de se mettre en place. Les directives économiques encouragent à le sous-traiter, c'est-à-dire à l'extraire de l'expérience des entreprises donneuses d'ordres ; et les directives managériales encouragent à reconstruire la mobilisation et la collaboration du personnel sur des bases psychoaffectives, c'est-à-dire à côté du travail.

Pourtant la santé est enracinée dans le rapport au travail. À partir du travail, elle se construit dans l'investissement de l'intérêt qu'il offre, ou elle se terre défensivement dans l'opposition aux risques qu'il impose.

Avec l'euphémisation du travail, la base même de cette alternative est en train de voler en éclats, et ce vide (de sens) associé au trop plein (de travail), et à l'obligation de modes artificiels de mobilisation, menace très dangereusement la santé des personnes dans le travail, et hors travail, en termes de violence sociale. La violence des rapports sociaux de travail qui excluent de plus en plus l'authenticité des relations, ouvre en effet à la violence des rapports sociaux dans leur ensemble : dans la famille, dans la cité, dans l'exercice de la citoyenneté ordinaire.

Si la souffrance n'apparaît pas de façon aussi spectaculaire qu'on pourrait s'y attendre de prime abord, c'est que chacun s'emploie à tout faire pour parvenir à la contenir. En conséquence, le vécu au travail, pour ce qu'il recèle de la souffrance, ne saurait être un objet de recherche comme un autre. Chaque fois que nous sollicitons les autres pour parler de leur vécu, nous ne pouvons ignorer les effets en retour de cette parole sur leur économie psychique.

C'est pourquoi la psychodynamique du travail a construit une méthodologie rigoureuse qui examine les conditions de faisabilité d'une enquête. Cette démarche n'est jugée légitime que si les travailleurs, de quelque niveau hiérarchique que ce soit, la sollicitent pour élucider leur propre souffrance au travail, en toute indépendance d'intermédiaires, d'observateurs, ou de représentants mandatés. Les chercheurs se refusent clairement à porter, à l'issue de l'enquête, les enjeux de transformation du travail que l'élucidation de la souffrance a pu révéler. Mais, il est de leur responsabilité de ne pas déborder, au nom de connaissances ou de « vérités », le seuil d'intelligibilité des situations que les travailleurs ne cessent de positionner eux-mêmes au fil de l'enquête.

Cette méthodologie, encore « étrange » dans le champ des sciences du travail, apparaît pourtant la seule garantissant à la fois l'autonomie des travailleurs et celle des chercheurs, dans la collaboration temporaire qu'ils contractent sous forme d'une enquête. ■

transformant uniquement en gestionnaire de délégation d'ordre.

Flexibilité veut dire aussi développement des diverses variétés d'emplois atypiques qu'il faudrait maintenant présenter comme la nouvelle norme. Sur l'envers du travail, où sont concentrés contraintes, risques et précarités disparaissent les possibilités d'améliorer la santé au travail.

De fait, les populations les plus touchées par les contraintes d'organisation du travail sortent des lieux où pouvait se développer encore une dynamique de transformation des conditions de travail favorables à leur santé. Ce mouvement d'éclatement, d'atomisation des collectifs de travail est celui de l'effondrement du droit du travail dont le socle reposait sur l'emploi stable, et ceci malgré le développement en parallèle de multiples textes réglementaires concernant la prévention pour ces nouveaux types d'emplois, qui ne paraissent que comme des alibis, tant leur mise en œuvre est difficile, voire impossible.

Dans ces secteurs, l'aptitude médicale au travail a perdu toute signification, puisque la moindre restriction d'aptitude dans un objectif de sauvegarde de la santé risque d'entraîner la perte de l'emploi. Les questions posées pour la santé en rapport avec les effets négatifs de l'organisation du travail prennent ainsi plus d'acuité.

Or, depuis les années cinquante, un certain nombre de médecins confrontés aux effets du taylorisme sur la sphère mentale étaient à la recherche de maladies mentales professionnelles spécifiques (Le Guillant, Bégouin...). Cette recherche s'est progressivement trouvée dans une impasse jusqu'au renouvellement de ses perspectives au début des années 1980 par Ch. Dejours, qui s'intéresse alors à la souffrance psychique en rapport avec l'organisation du travail, et aux procédures défensives empêchant qu'une majorité d'agents ne bascule dans des maladies psychosomatiques ou des décompensations psychiatriques. L'impact de cette nouvelle approche de psychodynamique du travail sera progressivement déterminante en santé au travail et pour les pratiques des médecins du travail.

Du point de vue d'une démarche préventive interne à l'entreprise, l'apport de la psychodynamique du travail permet le développement d'une prévention compréhensive, montrant les limites et impasses d'une prévention pres-

criptive. Mais que faire de la parole du sujet souffrant dans des entreprises atomisées, étran-glées économiquement, où les collectifs de travail disparaissent. À l'évidence, la clef d'une dynamique de prévention ne réside plus systématiquement dans l'entreprise.

Ce nouveau contexte va obliger les médecins du travail à coopérer par-delà leur responsabilité individuelle dans le suivi des agents. Cette coopération s'avère indispensable pour :

- construire les règles d'une nouvelle professionnalité du fait du changement complet du contexte dans lequel se posent maintenant les questions de santé au travail ;

- faire progresser les connaissances, comme par exemple avec le développement de nécessaires études épidémiologiques pour mieux appréhender les interrelations complexes entre la santé et le travail, comme la question du vieillissement et de l'usure professionnelle, comme l'élucidation des effets de la précarisation du travail sur la santé, comme celle des effets à long terme et des interactions entre nuisances différentes... ;

- témoigner dans l'espace public de l'évolution des questions de santé au travail et des problèmes que cela pose en termes de santé entendue comme la possibilité pour chaque sujet de tracer son propre chemin, d'être acteur de sa propre destinée, d'être enfin citoyen, terme pourtant trop souvent tabou dans les entreprises.

Aujourd'hui les éléments existent semble-t-il pour réhabiliter ou reconstruire une nouvelle approche de la santé publique en santé au travail tant il est vrai que de nombreuses questions de santé qui trouvent leur genèse dans l'entreprise y sont dans l'impasse. Cette nouvelle approche est d'autant plus nécessaire que les nouvelles questions posées par le développement de la précarisation au travail pour la santé sont généralement passées sous silence. Le travail est, croyons-nous, élément fondamental de construction de la santé de chacun, facteur d'insertion sociale, de construction identitaire, socle de la citoyenneté. Le paradoxe aujourd'hui des effets délétères de la précarisation du travail ne fera pas pour autant rejeter la question essentielle de la centralité du travail, débat essentiel en santé publique, et pratiquement absent. La visibilité des effets de la précarisation du travail sur la santé y est une question majeure ; elle concerne chercheurs et praticiens.

Voir le récent ouvrage
de témoignages de soixante
médecins du travail :
*Souffrances et précarités au
travail*, Syros 1994.

Évolution de la réglementation

La prévention a reposé pendant longtemps sur des mesures de sécurité « rapportées » (par exemple rajout des mesures de protection sur les machines). C'est en 1976 que le concept de sécurité intégrée a vu le jour, avec ses deux volets : dans la conception des machines (l'intégration technique) et dans l'organisation du travail (l'intégration organisationnelle).

Le concept d'intégration technique a été traité avec un certain succès (les machines sont, davantage qu'autrefois, conçues dès l'origine, pour fonctionner de façon sûre, et les produits chimiques sont mieux étiquetés), mais malheureusement le concept d'intégration organisationnelle est resté limité aux grands chantiers et à la sous-traitance. De même l'obligation de formation à la sécurité introduite dans le Code du travail a été un demi-échec car non-prévu dans les formations qualifiantes.

Dans ce contexte, les directives européennes permettent d'aborder les problèmes de santé et de sécurité au travail sous un jour nouveau.

Elles demandent aux chefs d'entreprise de faire une évaluation des risques dans leurs établissements et d'établir un plan de résorption de ceux-ci. Il ne s'agit pas seulement d'une nouvelle recette, mais d'une démarche tout à fait nouvelle en droit français qui pourrait avoir des conséquences dans le domaine pénal, car l'obligation de procéder à une estimation du risque relativise tout à la fois les obligations réglementaires et crée en même temps des obligations nouvelles.

Une conséquence prévisible de cette subjectivité nouvelle des règles de droit est de placer celles-ci dans le champ de la négociation : entre employeurs et représentants du personnel, entre les entreprises et l'administration. Puisque les règles de droit ne prétendent plus donner réponse à tout (on invoque l'état de la technique et les contraintes de production pour ne pas appliquer strictement l'obligation réglementaire et prévoir des mesures compensatoires) celles-ci perdent en grande partie leur caractère d'ordre public pour devenir des objectifs négociables. Les entreprises sont amenées à définir, au cas par cas, de nouveaux points de repères

Médecine du travail et Europe

Conception anglo-saxonne

La médecine du travail est envisagée comme un simple prolongement du service national de santé fortement développé. Le cadre réglementaire en est extrêmement réduit, imposant seulement que les conditions de travail ne nuisent pas à la santé, sans obligation de médecine du travail, d'examen médical ou d'infirmière du travail.

Il s'agit donc d'une obligation de résultats donnée par les textes réglementaires et non d'une obligation de moyens comme en France. La priorité est donnée à la prévention primaire tendant au risque zéro et disposant de moyens multidisciplinaires pour étudier les conditions de travail.

La fonction d'hygiène et de sécurité au travail est donc peu médicalisée, traitée sous l'angle pluridisciplinaire de l'hygiène industrielle.

Conception française

La conception française de médecine du travail repose en premier lieu sur la prévention secondaire. Elle est très médicalisée, dominée par l'idéologie médicale traditionnelle axée sur la réparation.

La médecine du travail en France est régie par une réglementation d'*obligation de moyens confiés* en totalité au médecin du travail, spécialiste, réalisant d'une part des examens systématiques réguliers de l'ensemble des personnels, d'autre part le tiers-temps visant à la prévention primaire.

Position européenne

Elle oscille entre ces deux pôles avec :

- La recommandation de la Commission du 20 juillet 1962 « relative à la médecine du travail dans l'entreprise », proche de la conception française.

- À partir de 1984, une évolution vers la conception de l'Organisation internationale du travail (démédicalisation des instruments normatifs et multidisciplinarité des services de santé au travail) et anglo-saxonne est très perceptible.

- L'avis d'initiative pris le 18 septembre 1984 par le Comité économique et social insiste sur la nécessité pour tous les travailleurs d'être couverts par les services de médecine du travail, mais aussi sur le fait que les examens médicaux ne doivent en aucun cas constituer la seule fonction de la médecine du travail, que les services de médecine du travail doivent avoir un caractère multidisciplinaire, le médecin du travail n'étant qu'un membre de cette équipe.

- Les trois programmes d'actions des communautés européennes de 1978, 1984, 1988, ainsi que les deux directives cadres de 1980 et 1989, sont en fait des prises de position sur la primauté de la prévention primaire à l'égard des risques du travail portant sur le milieu de travail, l'évaluation des risques liés au travail, et le travailleur.

- À noter cependant l'adoption d'une liste européenne de maladies professionnelles, à venir, qui est un élément déterminant de prévention secondaire et tertiaire (réparation).

considérés comme les « meilleurs compromis acceptables à un instant donné ». Seule une démarche participative ou partenariale peut mener cette tâche à terme.

L'hygiène et la sécurité du travail apparaissent il y a encore peu de temps comme le champ réservé de l'ordre public social ; la sécurité n'était pas négociable. L'Europe nous amène aujourd'hui à entreprendre dans ce domaine une vaste démarche participative, devant laquelle risqueraient de s'effacer, si l'on n'y prend pas garde, les règles de droit.

Dans un contexte où se multiplient les situations de précarité et où l'accélération de la libéralisation des échanges menace les entreprises qui ne pratiquent pas le dumping social, la crédibilité de la réglementation repose à la fois sur la confiance que les acteurs sociaux peuvent avoir en elle, et sur la volonté politique d'appliquer le noyau dur de cette réglementation.

Quand les capacités d'intervention des autorités publiques pour faire appliquer leur politique se trouvent diminuées, on peut se demander pendant combien de temps encore le garde-fou réglementaire nous protégera contre les dérapages incontrôlés ?



Droit et précarité

Depuis 1975 environ, le droit du travail tend à légaliser la précarisation et l'exclusion. Ainsi, toutes les formes de recours à l'emploi précaire, de location de main-d'œuvre, de sous-traitance, ont fait l'objet de législations qui en introduisant, certes, des limites à leur usage incontrôlé, a cependant permis de les institutionnaliser, mettant ainsi en cause les garanties, en termes d'emploi et de protection sociale, assorties au contrat de travail... Parallèlement, on assiste à un effondrement de pans entiers du droit qui ne sont plus appliqués et applicables dans les conditions actuelles parce que c'est un droit qui a été construit sur la relation typique de travail, c'est-à-dire un employeur, un salarié, un seul lien de subordination, un seul site. De moins en moins de salariés entrent dans cette définition du contrat de travail ou de l'emploi.

Épidémiologie et organisation du travail

L'épidémiologie est une science qui se fixe pour objet la recherche des causes des altérations de la santé en étudiant les fréquences de ces altérations dans des groupes de population humaine. C'est un outil parmi d'autres, ergonomie, économie, sociologie, médecine qui permet de découvrir, d'interpréter un discours, un regard, des observations sur la santé de ces populations.

La recherche épidémiologique en santé-travail, demeure peu développée. Il ne faut donc pas s'attendre à des moissons extraordinaires sur tous les fronts : limite d'exposition, effets aux faibles doses, processus temporels, et ceci dans tous les champs : cancers, pathologies respiratoires, circulatoires, ostéo-articulaires, mentales, etc.

Une forte évolution se fait sentir dans la compréhension des rapports santé-travail avec l'apparition de modèles multifactoriels qui prennent en compte ce qui est physique et visible dans le travail (charges, postures, nuisances telles la chaleur, le froid, les poussières, les vibrations...) et l'invisible omniprésent et structurant formé par l'organisation du travail (contraintes de temps, exigences de rendement excessives...), par les paramètres psychosociaux relatifs à la monotonie, à l'intérêt du travail, au choix dans la manière de conduire sa tâche, aux relations interindividuelles avec l'encadrement, avec les collègues et même avec le milieu familial. Des percées nouvelles sont apparues en particulier en étudiant les altérations de la santé, qui n'ont pas encore le statut de maladies, comme les douleurs articulaires, les troubles du sommeil, les perturbations des paramètres circulatoires, au point qu'il paraît impensable de proposer des stratégies de prévention qui ne seraient pas elles-mêmes multifocalisées à la fois sur les contraintes physiques et sur les paramètres psychosociaux associés au travail. Ces avancées sont encore balbutiantes, elles laissent de côté dans la quasi-totalité des cas :

- les aspects évolutifs (difficulté spécifique des approches longitudinales...), notamment les effets en termes de vieillissement (dans les deux sens de la relation entre âge et travail) ;

- les interactions entre les différentes composantes de la vie professionnelle.

On attend les études qui porteraient sur les relations entre la santé et le parcours de vie professionnelle alors même que s'opèrent des mutations considérables sur les modes d'entrée et de sortie de la vie active.

On attend aussi plus d'information sur les effets à long terme durant la période post professionnelle des expositions, des contraintes et des conditions de travail sur les déficiences physiques ou mentales qui empêchent que les gains d'espérance de vie obtenus ces cinquante dernières années le soient en termes de vie sans dépendance, sans incapacité. Il s'agit là d'une question de santé publique.

De la difficulté à évaluer les conséquences de la précarité

Le travail se modifie, à tel point que les bases pour dénombrer apparaissent impalpables. Sur les lieux de travail, la flexibilité des horaires, des tâches (polyvalence) complexifie la notion de facteur d'exposition (ce n'est pas toujours le même, il y a de multiples facteurs à considérer). Le statut des populations au travail se ramifie (qui est actif, qui ne l'est pas ? qui est en stage, au chômage, en préretraite, qui est au travail ?...). Veut-on saisir telle ou telle catégorie que toute enquête voit ses sujets entrer et sortir de son champ de définition, que toute enquête voit une partie de ses sujets soustraits à l'analyse avant même que l'interrogation s'opère.

La précarité devient une donnée importante du rapport au travail, une question capitale pour les recherches à venir en santé-travail. Se saisir de la précarité comme champ d'observation de la relation travail-santé est méthodologiquement difficile à aborder. Les instruments d'observation statistiques sont pauvres. Peut-être peut-on incriminer telle ou telle faiblesse de l'appareil statistique, telle ou telle faiblesse liée à une faible perception des problèmes.

Mais peut-être aussi faut-il penser différemment les protocoles d'analyse. Nous sommes confrontés de plain-pied à des phénomènes dynamiques d'entrée-sortie dans des états de précarité.

Tous ces états de précarité, qu'on peut s'accorder à désigner comme les hauts lieux des effets combinés des risques et des contraintes

professionnelles, des stress accrus, des contenus appauvris de travail, ne peuvent voir leurs effets saisis à un instant et à un endroit donnés, des effets pouvant se révéler à long terme, une fois que le temps de latence nécessaire aux processus psychologiques, psychiques et somatiques se sera écoulé.

Le développement d'analyses longitudinales est indispensable afin d'identifier les facteurs d'entrée, de maintien, de sortie des états de précarité et leurs effets combinés.

Le suivi doit être assorti des délais nécessaires pour assurer un minimum de puissance statistique, c'est-à-dire de capacité à détecter les troubles physiques, psychologiques ou psychiques reliables aux différentes périodes passées dans des états de précarité.

Il est donc nécessaire de plaider :

- pour la mise en place de projets pluridisciplinaires et coopératifs sur des études de suivis prospectifs longs ;

- pour lever les obstacles, financiers certes, mais également dans les esprits pour rendre accessibles les observations sur l'emploi, les conditions de travail et les déplacements des populations et de la main-d'œuvre au travail.

À défaut, il ne nous resterait une fois de plus qu'à constater macroscopiquement que certains ont une espérance de vie moindre que d'autres, que les déficiences organiques sont plus prévalentes chez certains que chez d'autres et que toutes ces différences peuvent être reliées au travail. Mais, faute de plus de précisions et face à des facteurs nouveaux qui peuvent aggraver les constats précédents, la nécessaire prévention n'aura pas de base pour concevoir les actions indispensables. ■

Un constat **inquiétant**

Le travail est un lieu où le salarié engage sa santé pour le meilleur et trop souvent pour le pire.

Il n'est pas besoin d'être un expert de la santé au travail pour se rendre compte, en effet, que beaucoup de contraintes supportées par les salariés à l'occasion de leur travail ont des conséquences néfastes sur la santé, qu'il s'agisse d'accidents ou de maladies¹. Et pourtant, le travail n'est toujours pas reconnu par les professionnels de la santé, les décideurs politiques et le public en général, comme un déterminant essentiel de la santé.

Des atteintes sous-estimées

L'absence de visibilité sociale des effets du travail sur la santé nous paraît expliquer en grande partie cette situation.

On ne peut, en effet, se fier aux statistiques des maladies professionnelles diffusées par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). Ces statistiques reflètent la pratique médico-administrative des caisses primaires d'assurance maladie. D'autre part, l'absence de données sur la nature et les niveaux d'exposition à des facteurs de risque dans les entreprises ainsi que sur les populations concernées contribuent à rendre opaque la relation travail-santé. Les atteintes à la santé résultant des conditions de travail sont ainsi gravement sous-estimées. Sans

données pertinentes, comment envisager une politique de prévention ? Cette méconnaissance risque de durer encore longtemps et cela pour deux raisons :

- les nouvelles techniques de gestion de la force de travail, que cela soit le volant du chômage, le recours à la sous-traitance, la précarisation des emplois ou la cessation anticipée du travail rendent très compliqué le suivi sanitaire de ces populations à partir du simple observatoire qu'est la médecine du travail² ;

- la pathologie professionnelle s'est progressivement modifiée du fait des changements dans les conditions de travail et des effets des actions de prévention. Les effets à long terme (affections respiratoires, cancéreuses, rhumatismales etc.) prennent une place de plus en plus importante dans la morbidité professionnelle. Comment ne pas s'étonner que le suivi post-professionnel des salariés, après la retraite, ne soit toujours pas organisé alors qu'il est réclamé par de nombreux experts depuis plus de vingt ans³.

Il faut donc que cesse cette pratique qui consiste à masquer la réalité des effets du travail sur la santé. Pour cela, on peut envisager la création d'un véritable observatoire des effets du travail sur la santé ou plus simplement incorporer des données concernant le travail dans les différents systèmes de surveillance sanitaire actuellement en fonctionnement. Ainsi, on ne sera plus dans la situation

actuelle qui consiste, par exemple, à considérer que les cancers professionnels n'existent quasiment pas en France, puisqu'ils ne représentent que près de 140 cas par an (nombre de sujets indemnisés chaque année) alors que les spécialistes évaluent à près de 100 000 le nombre de cancers, chaque année, en rapport direct avec les conditions de travail⁴.

Le recueil de ces données facilitera d'autre part les recherches, notamment épidémiologiques, concernant de nouvelles relations entre le travail et la santé. Mais c'est peut-être cela que l'on souhaite ne pas mettre en évidence, compte tenu du fait que cette visibilité risque de déboucher sur une réparation à la charge des employeurs.

Un système de prévention en roue libre

Si au niveau de la société, on ne cherche pas réellement à connaître les relations entre le travail et la santé, cette attitude est également présente au niveau des entreprises.

Le monde du travail se modifie en profondeur depuis une vingtaine d'années. Les entreprises modifient la gestion de leurs salariés et cherchent à transformer les conditions et l'organisation du travail. Mais c'est la logique économique et financière qui prime et incidemment celle de la santé des salariés. Dans le contexte économique actuel, tout est bon pour accroître la productivité au travail. Agir sur la santé des salariés en est un des moyens, le plus souvent sans considération pour les effets à moyen ou à plus long terme. Cela peut se traduire, par exemple, par la mise en préretraite des salariés jugés trop âgés pour s'adapter à l'intensification du travail. De toutes les façons, ceux qui restent dans l'entreprise doivent faire un compromis entre garder leur travail et préserver leur santé.

Il est vrai d'un autre côté que l'on n'a jamais donné les moyens au système de prévention des risques professionnels de participer pleinement au développement des entreprises et à la promotion de la santé des salariés. En effet, parallèlement

à cette vision à courte vue, les dysfonctionnements du système sont nombreux. Comme on l'a dit, la surveillance des ambiances du travail reste embryonnaire. Les professionnels qui doivent assurer l'application de la réglementation, inspecteurs et ingénieurs, sont d'autre part en nombre insuffisant et disposent de peu de moyens. L'indépendance des médecins du travail est un combat de tous les jours. Enfin, les informations sanitaires sont l'apanage de milieux spécialisés et restent, le plus souvent, inaccessibles aux salariés⁵.

C'est la loi du plus fort qui domine. Tantôt ce sont les salariés qui en font les frais, tantôt c'est l'entreprise. Tout cela concourt également à ce qu'il n'y ait pas de véritable politique de santé publique dans le champ de la santé au travail.

Des réformes indispensables

Les difficultés à faire reconnaître le travail comme un déterminant essentiel de la santé et à favoriser la présence de la problématique « santé-travail » dans les débats sur les nouvelles formes d'organisation du travail nous paraissent, en définitive, relever principalement de trois insuffisances :

- celle de l'État en premier qui devrait retrouver son rôle d'arbitre dans le domaine des risques professionnels et faire prévaloir l'intérêt général. Obnubilé par la crise de l'emploi, il est prêt à brader le système de prévention des risques professionnels ou du moins certaines de ses fonctions contre la promesse de quelques emplois. Des pans entiers du droit du travail se sont effrités ces dernières années. L'équilibre employeurs/syndicats de la branche « accident du travail-maladie professionnelle » de la CNAMTS va être remis en question avec la réforme récente de la Sécurité sociale. On ne voit pas en quoi ces mesures vont favoriser l'intégration de la problématique santé-travail dans les entreprises.

- celle de la démocratie dans l'entreprise. Il faut repenser les conditions de la citoyenneté dans l'entreprise. Donner réellement aux salariés les moyens

d'intervenir, par l'intermédiaire des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) ou des délégués du personnel notamment, doit permettre de dynamiser la prévention des risques professionnels et asseoir le développement de l'entreprise à moyen terme sur de bonnes bases.

- celle de la conception du travail et de la santé. Ces concepts ne doivent pas être réduits, pour le premier, à l'environnement du travail et pour le second aux modes de vie. En ne nommant aucun expert du domaine de la santé au travail au Haut Comité de la santé publique, le ministre de la Santé de l'époque traduisait le fait que dans notre société, la santé est avant tout une affaire privée et que le rôle de l'État se résume à fournir une offre de soins de qualité et également répartie sur le territoire.

Il est pourtant inconcevable de vouloir définir une politique de santé publique cohérente concernant en particulier la population des 16-60 ans sans reconnaître la place centrale qu'occupe le travail dans la construction et la déconstruction de la santé. Mais cela suppose une volonté politique qui ne craint pas de s'opposer aux intérêts particuliers pour faire prévaloir l'intérêt général. Pour l'instant, cette volonté fait défaut. ■

• Références

¹ Cassou B. et coll. *Les risques du travail*. Paris : La Découverte, 1985.

² *Paroles de médecins du travail, souffrance et précarité au travail*. Paris : Syros, 1994.

³ Brugère J. et coll. *Cancers professionnels : connaissance, réparation et prévention*, in *Bulletin du cancer*, 1994, n° 81, p. 14-21.

⁴ Cassou B. *Travail et vieillissement*, in *Gérontologie et Société*, 1985, cahier n° 45, p. 6-12.

⁵ Cassou B. *La prévention des risques professionnels : un système à dynamiser*, in *Après-demain*, 1990, n° 320-321, 50-52.

Docteur Bernard Cassou

Professeur en santé publique
Université René Descartes (Paris V)

Il faut relancer le débat

Vis-à-vis de la santé, le travail a mauvaise réputation, et l'on s'accorde en général à le tenir pour un malheur socialement généré. Pourtant les arguments ne manquent pas pour affirmer dans le même temps que « le travail, c'est la santé ». Il n'est que de penser aux maladies redoutables associées au chômage voire à la retraite pour s'en convaincre. Le travail peut être « bon » pour la santé. Mais au delà de ces considérations de sens commun, on est en mesure aujourd'hui de montrer, autrement que par la négative – le chômage – à quelles conditions le travail peut s'intégrer dans la dynamique de l'accomplissement de soi et de la construction de la santé. Même si les connaissances sur le plaisir et la santé au travail sont moins répandues que les connaissances sur les maladies et les accidents du travail, ce n'est pas l'ignorance qui fait principalement obstacle à la reconnaissance du rôle du travail dans la santé.

Absence d'intérêt et déni de la réalité

Les obstacles les plus sérieux sont de deux ordres : l'absence d'intérêt ou de curiosité d'une part, le déni de la réalité d'autre part. L'absence de curiosité sur la place du travail dans la santé est particulièrement repérable chez les praticiens de la santé. Médecins généralistes et

médecins spécialistes, psychiatres, psychanalystes, psychologues tiennent le travail pour une « spécialité ». Sous ce prétexte, ils se délestent de l'analyse du rapport travail-santé sur les seuls médecins du travail, par ailleurs marginalisés de la communauté médicale en raison des spécificités de leur exercice sur des terrains bien différents de ceux de la médecine conventionnelle. De même les concepteurs, les ingénieurs, les psychologues du travail, les anthropologues des techniques, etc. témoignent généralement d'une indifférence certaine pour les relations travail-santé qu'ils écartent de leurs analyses et de leurs préoccupations.

Quant au déni, il s'agit là d'un obstacle beaucoup plus redoutable qui consiste à opposer un désaveu face à la perception de la réalité. Le travail, pour beaucoup de cadres, de praticiens et de dirigeants d'entreprises, ne présenterait que peu de danger pour la santé, parce qu'il serait sans mystère, maîtrisable, rationalisable sinon totalement rationalisé, toujours plus simplifié, toujours plus assisté, toujours plus automatisé et robotisé avec le progrès technique qui épargne l'effort, etc.

Une telle conception du travail, bien que dominante depuis quelques années est fautive mais triomphe parce qu'il n'y a plus de forces organisées capables de soutenir la contradiction en produisant une description alternative et moins lénifiante du travail (affaiblissement des syndicats). Ceux qui ont un emploi, sujets

à la honte de se plaindre quand le chômage fauche tant de gens autour d'eux, n'osent plus prendre la parole pour décrire l'aggravation des conditions de travail et la régression du respect du droit du travail. Le recours à la sous-traitance et à la précarisation de l'emploi permet d'assourdir la voie de la souffrance au travail et d'effacer les traces ou les stigmates du travail sur les corps et les têtes en écartant à volonté ceux des contractuels qui pourraient témoigner.

En déniaient les difficultés inhérentes au travail ordinaire, on affirme son innocuité et l'on assigne plus facilement la causalité des maladies à une fragilité biologique ou mentale venue d'ailleurs, en particulier de l'espace privé. C'est pourtant l'inverse qui est plus souvent vrai et l'on a maintenant des arguments pour penser qu'une bonne part de la pathologie des enfants et des conjoints (notamment la pathologie mentale) est la conséquence du rapport malheureux au travail de ceux qui dans la famille affrontent des contraintes professionnelles.

Ainsi est-on conduit à conclure que pour faire reconnaître le travail comme déterminant important de la santé, il faut relancer le débat sur le travail, en priorité, avant même le débat sur l'emploi ou sur la santé.

Accroître la recherche sur le rapport « santé-travail »

Dans ce contexte, favoriser la présence de la problématique santé-travail dans les débats sur les nouvelles formes d'organisation du travail apparaît comme une gageure. La « bonne santé » physique et mentale des travailleurs a-t-elle une incidence favorable sur la qualité, la productivité, la sûreté des installations ? Si l'on disposait de données permettant de démontrer cette corrélation, il y a sans doute longtemps que les politiques industrielles et économiques cesseraient de soutenir des orientations dont on sait qu'elles sont nuisibles à la santé de ceux qui travaillent (comme le recours aux emplois précaires qui altèrent tous les indicateurs de santé, ou le *just in time*, les

flux tendus, et le modèle japonais, qui génèrent surmenage et *karoshi* {mort subite par overdose de travail}, etc.).

On sait pourtant que le travail n'est pas toujours générateur de malheurs physiques et psychiques et qu'il peut même être un puissant médiateur de la santé. La contradiction entre rationalité économique et rationalité par rapport à la santé n'est donc pas antagonique. Mais on ne peut faire de progrès dans la construction des conditions de travail permettant un compromis favorable entre les deux termes de la contradiction sans une forte adjonction de volonté politique. Cette dernière toutefois, pour se former, a besoin d'une réouverture de l'espace public au débat sur le travail et la santé. Ce débat n'a jamais été très florissant en France si on compare avec d'autres pays européens (Allemagne, Italie, Suède par exemple).

Comment réouvrir le débat ? Dans la phase actuelle d'affaiblissement des syndicats et de recul du droit du travail, la seule voie possible consiste à renouveler les arguments, à enrichir les connaissances sur les conséquences des nouvelles technologies sur la santé (non seulement en France et en Europe, mais sur les incidences de la division internationale du travail sur la santé des travailleurs des pays en voie de développement). Il s'agit avant tout de forger de nouvelles rhétoriques pour affronter le débat. Atteindre l'espace public, cela passe d'abord, dans le contexte actuel, par la communauté scientifique car c'est le premier espace de discussion sur les rapports santé-travail dans les nouvelles organisations. Mais à quelles conditions cette dernière peut-elle se sentir impliquée par les relations entre santé et travail ? À quelles conditions peut-elle se sentir responsable ?

La première condition est que les chercheurs, les équipes et les laboratoires qui s'occupent de santé au travail soient légitimés par rapport aux autres secteurs de la recherche ; qu'ils bénéficient d'une aide et de financements substantiels au lieu d'être presque systématiquement laissés pour compte ; qu'ils bénéficient de soutiens politiques et d'incitations

économiques et aussitôt ils deviendront une source de curiosité et d'intérêt pour les autres chercheurs et pour la communauté scientifique tout entière. Adopter une politique en faveur de la recherche sur les rapports santé-travail c'est sans doute aussi faire des choix et diminuer les ressources d'autres axes de recherche tenus pour prioritaires. Nul doute que de telles orientations politiques seraient de nature à relancer le débat jusque dans l'espace public, tant des mesures de cet ordre auraient un caractère inhabituel et combien mobilisateur ! On voit mal, en tout cas, comment faire remonter de façon significative la problématique santé-travail dans les débats sur les nouvelles formes d'organisation du travail sans passer par de telles mesures politiques. D'autres incitations peuvent certes être envisagées (formation, sensibilisation, etc.) mais elles ne peuvent fonctionner qu'à titre de mesure d'appoint ou de synergie, pas à titre de succédané. ■

Christophe Dejours

Professeur titulaire de la chaire, Centre national des arts et métiers

L'indispensable élargissement d'un débat

En dépit du morcellement des acteurs institutionnels, des pressions multiples contribuent à la reconnaissance du travail comme un facteur essentiel de la construction de la santé. Qu'il s'agisse des débats sur les facteurs professionnels contribuant aux cancers, du constat des multiples implications du travail sur la santé mentale ou de ce que l'on a parfois pu appeler une épidémie de troubles musculo-squelettiques, il est clair que les seuls risques professionnels reconnus ne constituent plus qu'une fiction juridique qui ne recouvre qu'une partie mineure des atteintes à la santé que l'on peut rapporter au travail. Mais une telle reconnaissance est susceptible d'interprétations très variées. Une vision centrée sur l'individu et ses responsabilités (voire sa culpabilité) débouche sur des pratiques de promotion de la santé sur les lieux de travail qui risquent de multiplier les prescriptions sur ce qu'il convient de faire et font l'impasse sur les déterminants sociaux des conduites individuelles¹. Lorsqu'elles se combinent avec des stratégies d'assurance – de plus en plus diffuses en raison de l'affaiblissement des systèmes de protection sociale – elles entrent dans des logiques d'intrusion inadmissible dans la vie privée et d'exclusion. Il suffit de penser aux pratiques de certains groupes anglais ou nord-américains en ce qui concerne le contrôle de la consommation de drogues illégales parmi leurs salariés voire aux

programmes de diététique et de gymnastique de relaxation qui sont supposés réaliser une prévention efficace de maladies cardio-vasculaires ou du stress. À terme, de telles pratiques contribuent beaucoup moins à la construction de la santé des groupes concernés qu'à la sélection d'une main-d'œuvre saine et docile.

Une vision élargie du travail

Nous pensons, au contraire, que la reconnaissance du travail comme facteur essentiel de la santé passe par une vision élargie de ce qu'est le travail et par le dépassement d'un certain nombre de concepts hérités de l'hygiène industrielle. Le travail ne consiste pas uniquement en une succession (ou une combinaison) d'expositions d'un même individu à un certain nombre de facteurs de risques physiques, chimiques, biologiques, etc. qui peuvent être identifiés et éliminés ou contrôlés. Le travail est essentiellement un rapport social dans lequel un grand nombre de facteurs qui ne constituent pas nécessairement, de façon intrinsèque, des risques, peuvent, selon les circonstances, contribuer à la construction de la santé ou, au contraire, porter atteinte à celle-ci. Cette vision du travail en tant que rapport social implique que les pratiques de prévention ne peuvent se résumer à des règles hétéronomes sur ce qu'il convien-

draît de faire ou de ne pas faire, mais passent par le renforcement des stratégies des personnes et des groupes rendant possible cette activité intentionnelle qu'est la construction de la santé².

D'autre part, dans une telle optique, le travail ne se résume évidemment pas au seul travail salarié visible. Le développement de multiples formes atypiques de travail, l'existence d'un immense travail non rémunéré de reproduction et de soins qui est réalisé pour l'essentiel par les femmes, le fait que, pour un nombre croissant de personnes, le travail socialement reconnu peut être entrecoupé de multiples périodes de chômage, voilà autant de facteurs qu'une réflexion sur le rapport entre santé et travail se doit de prendre en considération. Dans l'ensemble des pays industriels, la plupart des données disponibles sur la santé des femmes sont marquées par un paradoxe. Leur espérance de vie dépasse celle des hommes de plusieurs années tandis qu'une partie des facteurs de morbidité et des modes de vieillissement handicapant dénotent souvent des atteintes majeures à la santé dont l'explication ne peut être ramenée aux seules différences biologiques. Sans prétendre tout expliquer par le travail, il nous paraît clair que le fait que les femmes accomplissent la partie la plus importante du travail global (salarié et non-salarié) contre des rémunérations et une reconnaissance sociale nettement inférieures à celles des

hommes constitue un des éléments d'explication de cette situation. De plus, la ségrégation professionnelle place généralement les femmes dans des activités où les atteintes à la santé sont beaucoup moins visibles que pour les activités à prédominance masculine³.

Socialiser les stratégies de prévention

C'est pourquoi, une simple amélioration des procédures de coopération entre la médecine du travail et les acteurs de la santé publique ne peut constituer à elle seule une stratégie efficace. Certes, elle est indispensable ne fût-ce que pour renforcer la visibilité des problèmes à travers des recherches d'épidémiologie systématiques. Mais ce qui nous semble essentiel, c'est le développement de la socialisation de la prévention. Cette socialisation se présente sous une double dimension. Il s'agit pour les différents acteurs professionnels et institutions intervenant dans le domaine de la santé de se doter de moyens communs de connaissance et d'intervention. À cet égard, les aspects les plus novateurs de l'expérience de la santé publique italienne dans les quelques régions où la réforme sanitaire de 1978 a été réalisée peuvent contribuer à nos débats de même que l'expérience des fonds pour le milieu de travail des pays scandinaves. Il n'est pas inutile de rappeler qu'avec une population dix fois inférieure à celle de la France, la Finlande s'est dotée d'un institut de santé au travail possédant un nombre de chercheurs comparable à celui de l'INRS. Mais il ne s'agit pas uniquement des moyens mis en œuvre. La recherche scandinave frappe par l'élargissement des thèmes étudiés dans le cadre du rapport entre santé et travail. Il suffit de rappeler la prise en compte de la subjectivité dans les recherches consacrées aux effets des solvants, de l'intérêt très fort marqué pour la qualité du travail en termes d'autonomie et de réalisation dans ses rapports avec la santé, de l'attention portée à la division sexuelle du travail. Chacun de ces exemples démon-

tre que le succès d'une coopération multidisciplinaire dépend étroitement de la demande sociale.

L'autre dimension de la socialisation se trouve dans les rapports entre les acteurs professionnels, les collectifs et les personnes qui construisent leur santé quotidiennement. L'illusion que l'on puisse faire une prévention efficace en définissant les priorités et les conduites à adopter sans la participation des personnes et des groupes directement intéressés, l'idée que l'indépendance professionnelle implique une sorte de neutralité équidistante dans les rapports sociaux se heurtent au constat que le champ traditionnel de la prévention ne correspond pas au champ – beaucoup plus large – de la construction de la santé. Le rapport entre la santé et le chômage en fournit une excellente illustration. Les effets désastreux du chômage sur la santé des personnes ne sont plus à démontrer. Par contre, il n'existe que peu d'études sur la manière dont les conditions de travail antérieures contribuent au chômage (et à la spirale de l'exclusion) entre autres à travers ce qu'elles ont impliqué comme atteintes à la santé⁴. Mais il apparaît avec évidence que ce lien très fort entre le chômage et la santé ne permet pas de passer à une prévention médicale ou sanitaire du chômage. Autrement dit, il existe un écart entre les connaissances que l'on peut avoir de l'impact de l'exclusion du travail sur la santé et la possibilité de passer à des pratiques de prévention. Dans ce domaine, ce que la socialisation des politiques de prévention peut produire, c'est une contribution aux débats sociaux sur le caractère acceptable ou non du chômage, sur la nécessité (et les stratégies possibles) de son abolition ou sur la recherche de simples formules d'accompagnement social (et sanitaire) de celui-ci. Il en est de même dans les débats sur les nouvelles formes d'organisation du travail. Une simple politique d'accompagnement sanitaire de celles-ci risque d'être très frustrante. Certes, l'on peut constater l'impact sur la santé mentale et psychique des personnes de politiques de flexibilité qui renforcent la subordination des besoins humains à

la compétitivité des entreprises. De même, l'on peut étudier les conséquences du travail posté, du travail nocturne ou du travail répétitif sur la santé. Mais il est douteux que les seules institutions chargées de la santé publique et de la santé au travail puissent infléchir de façon significative ce qui relève de choix de société. ■

• Références

¹ Comment ne pas évoquer cette intervention d'un haut responsable du ministère belge de la Santé qui, à l'occasion de la journée antitabac s'indignait du fait que les infirmières qui sont en contact quotidien avec les patients fument beaucoup plus que la moyenne des femmes ? Il semblait y voir une sorte de perversion inexplicable et ne songeait pas à établir un lien quelconque entre les conditions de travail des infirmières (et le fait qu'il s'agit d'une des rares catégories professionnelles principalement féminine à travailler massivement la nuit) et leur consommation de tabac.

² Sur cette notion d'activité intentionnelle de construction de la santé, nous nous référons en particulier à Ch. Dejours, *Problématiser la santé en ergonomie et en médecine du travail* (exposé présenté au Congrès de la Self à Genève en 1993).

³ La notion d'invisibilité du travail féminin a été développée par des chercheuses québécoises. Voir K. Messing, *L'invisible qui fait mal : impact du travail sur la santé des femmes*, Montréal (multicopié), 1993. Sur la santé des femmes et le travail, on se reportera notamment à un rapport de synthèse récent de l'OCDE: *Women, work and health. Synthesis report of a panel of experts*, Paris, 1993 et à une thèse de doctorat: B. de Macedo, *En tissant voiles et linéols. Le rapport travail-santé des ouvrières de Rio Tinto (Nordeste Brésil) : une analyse en termes de rapports sociaux de classes et de sexes. 1924-1991*, Thèse pour un doctorat de sociologie du travail (Université Paris 7), Paris, 1993.

⁴ Voir D. Dessors, J. Schram et S. Volkoff, Du handicap de situation à la sélection exclusion. Une étude des conditions de travail antérieures aux licenciements économiques, *Travail et Emploi*, n° 48 (1991), p. 31-47.

Laurent Vogel

Chargé de recherche au Bureau technique syndical européen pour la santé et la sécurité (Bruxelles)

La médecine du travail

Une pratique de plus en plus complexe

Préserver la santé de l'homme au travail est une mission complexe et atteindre cet objectif nécessite une connaissance du salarié et de son environnement, de l'entreprise qui l'emploie, du poste de travail qu'il occupe.

Ce trépied fondamental est indispensable pour émettre un avis pertinent sur l'aptitude au travail, pour mettre en œuvre une surveillance adaptée et pour comprendre et analyser une situation de travail afin de tenter d'améliorer les conditions de travail.

C'est en regroupant toutes ces informations que l'on peut passer de la dimension individuelle des problèmes de santé au travail à la dimension collective concernant la population surveillée.

La consultation médicale permet d'appréhender la dimension individuelle de la santé et du risque, d'interpréter les symptômes inaccessibles à d'autres disciplines et de prodiguer des conseils personnalisés. Il est de nombreux cas où le médecin du travail aide l'individu à supporter son handicap et à « construire » son aptitude pour se maintenir au travail tout en évitant les altérations les plus graves pour sa santé.

L'activité sur les lieux de travail permet de comprendre la situation de travail, d'établir le constat et de construire le message de prévention, destiné aux salariés et décideurs en la matière.

Les textes réglementaires déterminent, en fonction des risques ou des situations, les conditions dans lesquelles le médecin du travail doit intervenir, donner ses avis et

faire des propositions. Mais il y a parfois loin de la réglementation à la pratique quotidienne.

Dans notre pratique de médecin du travail, les choix s'accommodent mal de la logique rigoureuse d'un algorithme et nos décisions, en matière d'aptitude notamment, sont souvent le fruit de compromis. Compromis entre les règlements, les conventions, les bornes de la connaissance, les obstacles à notre information, les entraves à nos actions et l'avis de l'intéressé concerné au premier chef.

Le médecin est alors seul à choisir le poids à donner à chaque argument, médical, professionnel et social pour proposer une solution.

Précarité du travail : une surveillance médicale aléatoire

La précarisation du travail remet en cause le recueil des données qui fondent nos décisions :

- difficulté (voire absence) de suivi du salarié, en raison des changements d'entreprise, d'emploi, de secteur d'activité ;
- méconnaissance de l'entreprise (prêt de main-d'œuvre, sous-traitance en cascade...) ;
- connaissance insuffisante du poste de travail (degré de compétence nécessaire, pénibilité, risques professionnels, multiplicité des tâches...).

Le suivi individuel des salariés devient aléatoire, nous privant d'une des sources d'information sur l'état de santé, les conditions de travail et le vécu et nous privant du même coup de la possibilité de faire le lien entre l'individu et le collectif dans les problèmes de santé au travail.

Si la déclaration des risques auxquels sont exposés les salariés incombe aux employeurs, dans la pratique force est de constater que le médecin du travail est rarement tenu informé comme le prévoient les textes. En fait les multiples nuisances sont recensées par l'interrogatoire au cours de l'examen médical et lors des visites des lieux de travail. Ainsi, dans certains secteurs d'activité, l'évaluation des risques (en durée, périodicité, intensité) déjà rendue difficile par l'extrême variabilité des situations de travail devient impossible dans ces conditions de précarisation.

L'avis d'aptitude : une décision difficile

Pivot de l'activité du médecin du travail, la formulation de l'aptitude, comme moyen de préserver la santé des salariés, apparaît dans bien des cas illusoire.

Cet avis d'aptitude peut être lourd de conséquences, surtout dans ce contexte de crise. Le médecin du travail peut être confronté à une alternative dramatique : droit à la santé ou droit au travail. Il devra aider le salarié à trouver une solution acceptable

pour lui, sans oublier qu'elle doit être acceptable pour la collectivité.

Or, face à la nouvelle donne imposée par la précarisation du travail, nos moyens deviennent inopérants et notre marge de manœuvre se rétrécit dangereusement.

Du fait de la précarisation, le droit au travail pour tous est compromis et les inégalités s'accroissent. Dans un tel contexte, pour bon nombre de travailleurs, le droit au travail prime sur tout, y compris sur la santé.

Face à l'individu et à son histoire singulière, le médecin va trancher au delà des recommandations réglementaires dans le but espéré de préserver la personne. Formuler une aptitude n'est jamais un acte de routine. C'est toujours prendre une décision, même s'il s'agit de décider de ne pas soulever des problèmes « gérés » par d'autres : *par le salarié*, qui compose avec le risque à prendre pour sa santé et la perte de salaire qu'il est éventuellement prêt à accepter, *par l'équipe de travail* qui va assumer une part supplémentaire du travail par solidarité, *par l'employeur*, parfois tolérant et compréhensif.

La détermination de l'aptitude est déjà un exercice difficile dans les cas favorables, il n'y a pas de salarié en parfaite santé, pas plus que de travail sans risque, et de notre décision peut dépendre le maintien ou la rupture d'un contrat de travail.

Dans un contexte de précarisation du travail, comment « négocier » notre décision, dès lors qu'on n'en sait plus assez sur le travail, et que selon toute vraisemblance, nous ne verrons plus le salarié ? Comment ajuster, temporiser, évaluer ?

Ceci montre bien le processus de dégradation induit par la précarisation.

Pour le salarié, le travail précaire rend encore plus fragile son équilibre, établi sur un temps très court et menacé par le moindre dysfonctionnement, pépin de santé ou difficulté dans le travail, sans aucune possibilité de se « rattraper » puisqu'il n'y a plus rien de solide ou de durable sur quoi s'appuyer. Il faut tenir, sinon c'est l'exclusion assurée au bout du chemin.

Pour le médecin du travail, c'est une difficulté supplémentaire. Comment, dans un tel contexte, faire émerger les restrictions d'aptitude potentielles ? Au pire le salarié sur la défensive ne nous dit plus rien, au

mieux, il nous supplie de ne rien dire et surtout de ne rien faire. Beaucoup de restrictions d'aptitude ne seront pas formulées. Dans certains cas, pourtant, à défaut de pouvoir prescrire pour chacun le poste de travail adapté, des réserves ou une inaptitude, peut-être abusives, seront prononcées.

Ainsi, le médecin se trouve dans l'incapacité de remplir sa mission de prévention. Pire, dans certains cas, il devient lui même un agent supplémentaire de précarisation ! Le médecin du travail se trouve confronté à des choix auxquels préside une autocensure de plus en plus pesante, source de réels problèmes éthiques. Mais déroger, interpréter, contourner la réglementation et les obstacles pour tenter de préserver l'individu n'est pas sans conséquence pour la collectivité. Toutes ces décisions individuelles, toutes ces dérives additionnées prennent du poids et risquent d'entériner des situations inacceptables.

En s'autocensurant délibérément, le médecin du travail ne joue plus son rôle de sentinelle et de descripteur. Il faut lutter contre tous ces débuts de compromission qui faussent la réalité et bloquent la remontée de l'information, car si nous avons une responsabilité face à l'individu, nous en avons également une, majeure, face à la collectivité.

Permettre de construire sa santé au travail

Nous sommes dans la zone de danger car les textes réglementaires ne prennent pas en compte les difficultés pratiques d'application. La complexité, la précision et la rigidité des textes sont elles-mêmes source de difficultés et ouvrent la porte à des dérives et à des dérogations incontournables si on ne veut pas se trouver piégé dans une fonction de triage qui serait de décider : « apte » ou « inapte ». Cela constituerait la dérive ultime vers une médecine du travail de sélection qui est irrecevable d'un point de vue éthique.

La finalité de la mission du médecin du travail est bien plus large que de permettre simplement au plus grand nombre d'accéder et de se maintenir au travail, elle est de lui permettre de construire sa santé et son équilibre psychosomatique au travail.

Il nous semble que se pose là, à terme, la place des médecins du travail dans notre société. Doivent-ils être les garants de la « normalité » de l'homme au travail et de la cohérence du système dans lequel il évolue ?

Il s'agit ici de la « normalité » au sens donné par Ch. Dejours : c'est-à-dire en tant que « processus actif, édifice fragile, fondamentalement précaire, résultat de stratégies complexes autant que rigoureuses contre la souffrance générée par les contraintes délétères de l'organisation du travail. »

Sans nul doute la réponse est négative. Mais nous avons, c'est certain, un rôle d'expert et de sentinelle et nous nous devons de témoigner de ce que signifient pour l'homme au travail tous les compromis nécessaires pour le maintien de cette « normalité ». C'est pour nous un devoir éthique.

Seuls les médecins du travail peuvent avoir une approche globale des liens entre la santé et le travail, et se doivent d'être clairement du côté de la santé. C'est l'approche médicale particulière de l'homme et des lieux de travail qui constitue notre spécialité.

Il nous faut « rester avant tout médecin, clinicien, ouvert à l'homme au travail, à l'homme qui se prépare au travail, dans un monde qui bouge et où risque de s'accroître le décalage entre les aspirations de l'individu et les exigences de la société » (G. Lambert). Au médecin de dire ce qui est bon ou ce qui est nuisible pour la santé, mais à la société de choisir ce qu'elle veut privilégier. Nous n'avons pas à cautionner l'évolution de notre société dans ce qu'elle comporte comme failles. La société est responsable de ses choix et doit en assumer les conséquences. On peut se demander, si, en essayant d'élargir la notion de médecine du travail à celle de santé au travail, on se fait l'outil de la promotion de la productivité ou si on essaie bien d'allier harmonieusement la santé de l'entreprise à la santé de l'individu. Il faut redouter une démedicalisation de notre exercice qui rendrait vaine une politique efficace dans le domaine de la prévention secondaire, alors même qu'elle n'est pas compensée par une prévention primaire opérante. ■

Claudie Lebaupain
Médecin du travail

Bibliographie

L'organisation de la prévention sur les lieux de travail. Un premier bilan de la mise en œuvre de la directive cadre communautaire de 1989, L. Vogel.
Bruxelles : Bureau technique syndical européen pour la Santé et la Sécurité, 1994.

Souffrances et précarités au travail. Paroles de médecins du travail, Mutualité française, Mission interministérielle de recherche et expérimentation (Mire), Caisse régionale d'assurances maladie du Centre : Service Prévention, Paris : Syros, 1994, Collection Alternatives sociales.

Travail : usure mentale, (Réédition augmentée de *De la psychopathologie du travail à la psychodynamique du travail*). Ch. Dejours. Paris : Bayard, 1993.

La psychodynamique du travail, D. Dessors, P. Molinié in *Cahiers de l'ANVIE, Sciences humaines*, n° 40, p. 34-37.

La médecine du travail, Rapport du Conseil économique et social présenté au nom de la section du travail par M. Rochaix le 22 juin 1988.

Les risques du travail. Pour ne pas perdre sa vie à la gagner, Sous la direction de B. Cassou, D. Huez, M.-L. Mousel, C. Spitzer, A. Touranchet. Paris : La Découverte, 1985.

Les accidents du travail et les maladies professionnelles. Analyse et prévention, Rapport du Conseil économique et social présenté par M. Fabre. Paris : Direction des Journaux officiels, 1994.

La reconnaissance des maladies professionnelles, A. Thébaud-Mony. Paris : la Documentation française, 1991. Série *Document travail et emploi*.

Conditions, organisation du travail et nouvelles technologies en 1991 : résultats de l'enquête conditions de travail, première partie, *Dossiers statistiques du travail et de l'emploi*, juin 1993, n° 90-91-92.

Les horaires de travail en 1991 : résultats de l'enquête conditions de travail, deuxième partie. *Dossiers statistiques du travail et de l'emploi*, octobre 1993, n° 98-99.

Conditions de travail : des difficultés à prévoir pour les plus de 40 ans, A.-F. Molinié, S. Volkoff in *Données sociales 1993*. Paris : Insee, 1993.

Les accidents du travail en 1992, résultats de l'Observatoire des risques professionnels, *Premières synthèses*, janvier 1994, n° 38.

Plaisir et souffrance dans le travail, Ch. Dejours. Paris : CNRS, 1987.

Dossier réalisé par **Nicolas Sandret**, médecin inspecteur du travail, en collaboration avec Dominique Dessors, psychodynamiciennedutrabail, Ghislaine Doniol-Shaw, ergonome, Pascale Molinier, ergonome, Maryse Salou, médecin inspecteur du travail, Annie Thébaud-Mony, sociologue, Francis Derriennic, épidémiologiste, Dominique Dufumier, inspecteur du travail et Dominique Huez, médecin du travail. Merci à Claudie Lebaupain, Bernard Cassou, Christophe Dejours et Laurent Vogel, pour leur tribune.

Adresses utiles

Ministère du Travail
1, place Fontenoy
75700 Paris
Tél. : 40 56 60 00

Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels
1, place Fontenoy
75700 Paris
Tél. : 40 56 60 00

Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail
40, quai Fulchiron
69005 Lyon
Tél. : (16) 72 56 13 13

Institut national de recherche et de sécurité (INRS)
30, rue Olivier Noyer
75014 Paris
Tél. : 40 44 30 00

Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)
66, avenue du Maine
75694 Paris cedex 14
Tél. : 42 79 30 30