

Commission de réflexion sur la souffrance au travail

Atelier Santé

Constats et propositions

CONSTATS

1. Le débat a longtemps été empêché par deux types de simplifications.

- **L'amalgame : « travail = souffrance ».**

Un pays qui met ces deux notions sur un pied d'égalité n'a pas d'avenir. Le travail, ce n'est pas la souffrance. L'absence de travail est même souvent l'une des grandes causes de souffrance dans nos sociétés. Le travail demeure en effet le plus grand pacificateur social actuel et la source de l'émancipation et de l'accomplissement de soi.

De même, il convient de ne pas opposer chefs d'entreprises et managers d'un côté, salariés de l'autre, en caricaturant leurs relations en rapports bourreaux/victimes. Ce serait commettre une erreur fondamentale d'appréciation. Ce serait aussi condamner la première piste de solution qui consiste à favoriser une prise de conscience partagée et le rétablissement de la confiance entre tous les acteurs concernés.

Enfin, compte tenu de ce qui précède, et parce que les mots ont un sens, il faut élargir de façon positive notre approche de ses problématiques. La dénonciation et surtout l'action contre les situations de souffrance est essentielle mais elle doit s'accompagner d'une démarche valorisant le « travailler mieux » ou le « mieux-être au travail ».

- **L'angélisme : « souffrance au travail = faux débat ».** Les cas de souffrance au travail, liés totalement ou en partie au travail, sont réels et malheureusement nombreux. La situation est d'autant plus préoccupante que le nombre de cas liés au travail est très probablement sous-estimé. Ces cas sont inacceptables pour les salariés, les chefs d'entreprises, les élus, les professionnels de santé. Le déni est en la matière une faute grave. Pour ne pas avoir à soigner les personnes dans les années à venir, il faut donc sans attendre soigner le travail.

2. Le retard de la France en matière de santé au travail.

- **Les indicateurs de santé au travail sont clairement dans le rouge.** La situation est très dégradée, notamment en terme d' « usure » des seniors, quel que soit le secteur d'activité (entreprise, secteur public, professions libérales, agriculteurs). Les chiffres sont là, et s'il convient ici de les rappeler, il est en revanche inutile de s'y attarder. Assez de commissions et de rapports chiffrés peu suivi d'effet !
 - **52%** des salariés éprouvent du **stress** au travail.
 - **30%** présentent des **troubles psychologiques** liés au travail (anxiété et dépression).
 - **13%** des salariés disent "*travailler d'une façon qui heurte leur conscience professionnelle*".
 - On dénombre **environ 700.000 accidents du travail par an** donnant lieu à un arrêt de travail.
 - On estime que 80% des maladies professionnelles ne sont pas reconnues comme telles. L'absence d'indicateurs fiable, même si elle n'empêche pas la prise de conscience, est d'ailleurs elle-même problématique.
 - Trop souvent, l'organisation du travail « au masculin neutre » ne prend pas en compte les contradictions que les femmes qui travaillent ont à gérer en terme de double charge vie privée / vie professionnelle (peu de femmes parmi les dirigeants et responsables ; réunions tardives...).
- **A noter cependant qu'a contrario, les chiffres des suicides sur les lieux de travail et/ou imputables aux conditions de travail ne sont pas connus.**
- **Dans d'autres pays occidentaux, les indicateurs sont depuis une quinzaine d'années en nette amélioration. Ces pays ont souvent en commun d'avoir adopté une démarche plus positive qui ne se limite pas à la seule dénonciation :**
 - Les pays scandinaves bénéficient d'un meilleur dialogue social qui a encouragé la prise de conscience collective. A titre d'exemple, en Finlande, le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales a développé depuis 30 ans les services de santé au travail en tant que système national à part entière, et plus de 90% des entreprises sont aujourd'hui familiarisées avec les programmes de promotion de la santé.
 - En Allemagne, le vieillissement de la population oblige les entreprises à être attractives pour séduire les jeunes actifs et conserver le plus longtemps possible leurs salariés. Résultat : depuis le milieu des années 90, le nombre de cas de TMS s'est stabilisé et, entre 1995 et 2005, l'absentéisme a reculé d'un tiers.
 - Aux Etats-Unis, le coût des problèmes de santé pour l'entreprise et les assurances privées ont encouragé l'approche axée sur la santé des individus. A cette problématique financière s'ajoute une question d'image : l'employeur américain est dépendant de la bonne ou mauvaise image qu'il peut véhiculer au travers d'une sécurité accrue au travail ou à

l'occasion de recours juridiques à son encontre. L'équivalent américain de l'Inspection du travail a par ailleurs publié sur son site Internet des listes noires recensant les entreprises les plus dangereuses. Au final, la moitié des entreprises ont opté pour un développement de la prévention qui a permis d'y réduire d'environ 80% les accidents du travail et les maladies professionnelles. Au cours des années 90, les Etats-Unis sont dans l'ensemble parvenus à diminuer les accidents et maladies professionnels de 30 à 40 %.

- Au Canada, il existe un centre de l'hygiène et de la sécurité au travail. On constate depuis plusieurs années une amélioration de la qualité des emplois qui se traduit notamment par des taux de roulement et d'absentéisme moins élevés et par une amélioration de la performance des entreprises. La proportion des travailleurs au Canada qui déclarent être « très satisfaits » de leurs conditions de travail est plus élevée que celle de la moyenne de 17 pays avec lesquels la comparaison a été effectuée.

3. Ce qui explique pour beaucoup le retard français, c'est le cloisonnement et le manque de confiance entre les acteurs.

- **Vision générale négative des rapports sociaux dans le monde du travail :**
 - dialogue social insuffisamment constructif ; positions radicales et stéréotypées ;
 - inspecteur du travail et contrôleur de prévention de la sécurité sociale essentiellement perçus sous l'angle de la sanction et non du conseil ;
 - missions du médecin du travail souvent méconnues par le salarié et par l'employeur
- **A de rares exceptions près, les entreprises n'ont pas fait de la santé psychologique de leurs salariés une dimension majeure et stratégique de leur gouvernance.** Ces problèmes sont trop souvent « relégués » au service de santé au travail et ne font pas l'objet d'une implication massive des comités de direction.
- **Cloisonnement aussi au plus haut niveau :** le Ministère de la Santé nous semble trop absent de ces problématiques qui ne relèvent que du Ministère du travail.
- Ce cloisonnement entretient des **situations de grande confusion** (les acteurs concernés ne savent souvent pas quoi faire, comment faire, ni à qui s'adresser) et une déresponsabilisation (on préfère finalement fermer les yeux pour ne pas avoir de problèmes).

- Cette confusion est entretenue par la **complexité du cadre institutionnel** au sein duquel s'organise le système français de santé au travail. De nombreux organismes interviennent avec des statuts très variables : ministères (du travail en général, plus rarement de la santé ou encore de l'environnement) et leurs organismes (MILDT, FIVA, etc.), services déconcentrés des ministères (DRTEFP, inspection du travail, etc.), sécurité sociale (CATMP, CTN, CRAM, CTR, CPAM, FCAATA, FNPATMT, etc.), établissements publics ou parapublics (INERIS, réseau ANACT, etc.), agences nationales (InVS, AFSSET, AFFSA, etc.), associations (Services interentreprises de santé au travail, INRS, etc.), entreprises (employeurs, CHSCT, DP, salariés, Services internes de santé au travail, etc.) et Observatoires régionaux de santé au travail (ORST) mis en place par les partenaires sociaux.

4. Nous avons pourtant une opportunité unique.

- La répétition de suicides récents dans de très grandes entreprises a fait s'effondrer un tabou en France. De multiples initiatives ont été lancées, signes d'une **prise de conscience collective que nous devons encourager et prolonger. Il nous faut maintenant avancer pour que chacun puisse pouvoir très vite se dire « mon quotidien a changé ».**
- **Nous pouvons partir d'outils qui existent déjà et qui font les atouts de la France :**
 - Les **acteurs** sont nombreux, notamment dans le domaine de la santé : médecins inspecteurs régionaux, médecins traitants, médecins conseils, association de médecins du travail, psychologues, consultations de pathologies professionnelle, cabinets spécialisés...
 - Les professionnels de la santé, en particulier les médecins du travail et les infirmières, ont développé une clinique du travail. Ces savoir-faire sont précieux, ils permettent de pouvoir établir un lien entre le travail et ses effets sur la santé
 - Le **cadre législatif et réglementaire** est dense et a priori complet
 - Le système de santé français bénéficie d'un **maillage territorial unique et d'expériences locales** qui ne demandent qu'à être valorisées
 - La France bénéficie d'une **réflexion théorique riche** de ses différentes approches à la fois individuelles et organisationnelles..

NOS PROPOSITIONS EN DEUX VOLETS

1. Premier volet : la mise en place de services régionaux de santé au travail.

- Principe : la solution n'est pas dans la création d'une usine à gaz mais dans la mise en cohérence de ce qui existe déjà et dans la mutualisation des ressources et des moyens.
Cette approche nous semble d'autant plus pertinente que la profession des médecins du travail est confrontée à un problème démographique majeur : 75% des médecins du travail ont plus de 50 ans ; 55% ont plus de 55 ans.
- Une organisation plus rationnelle : ces services seraient organisés à l'échelon régional (le plus pertinent), et donc pourraient être pilotés par les agences régionales de santé, d'où une double tutelle, non seulement travail mais aussi santé
- La possibilité de poser de meilleurs diagnostics : où en est-on dans chaque région ? quels sont les risques spécifiques, les situations particulières ? quelles sont les structures vertueuses ? celles où il y a vraisemblablement un problème ? Ces diagnostics permettraient de mieux cibler les actions. Ils viendraient en complément de l'indicateur national qui devrait être mis en place par l'INSEE en 2010.
- La pluridisciplinarité : chaque service regrouperait plusieurs équipes complètes composées de médecins du travail, médecins spécialistes, médecins inspecteurs, psychologues du travail, infirmières, ergonomes, juristes, assistantes sociales, IPRP... Cette pluridisciplinarité permettrait d'encourager les échanges entre les différents professionnels (à noter, aujourd'hui, les difficultés d'échanges entre le médecin de ville et le médecin du travail, notamment à propos du dossier médical informatisé du client).
Le coordonnateur de ces équipes pourrait être soit le médecin du travail, soit un autre professionnel en fonction de la profession et du secteur concernés.
- Une démarche de proximité : ces services travailleraient avec les acteurs locaux (élus, associations, CCI, par branches) pour une meilleure prévention dans les entreprises, au contact direct avec les dirigeants (l'information ne peut se résumer à un site Internet).

Cette démarche proactive est particulièrement importante pour les petites entreprises, actuellement « orphelines de la prévention », qui n'ont pas les moyens humains et financiers d'être aussi bien informées que les grands groupes et de lancer les mêmes opérations de prévention. On peut pour cela

s'inspirer d'actions conduites au Royaume-Uni (tournées des TPE avec les associations industrielles).

- Une démarche positive vis-à-vis de l'entreprise et de tous ceux qui y travaillent : aide pratique, accompagnement et coopération pour la mise en place efficace d'une prévention primaire (et pas seulement l'angle sanction/réparation a posteriori), grâce à un interlocuteur facilement identifiable.
- L'indépendance du médecin du travail : même si l'indépendance du médecin est garantie par la Loi et la déontologie médicale, quel que soit le secteur où il exerce, la réalité est plus complexe, entre les médecins salariés des entreprises (Service autonome), et les médecins salariés d'associations parfois en concurrence, offrant ainsi à l'employeur la possibilité de changer d'association s'il souhaite changer de médecin (Service interentreprises). Les entreprises pourraient cotiser à un seul fond commun, géré par l'ARS qui, en relation avec les différentes associations, affecterait dans chaque région les moyens à mettre en œuvre par les services de santé au travail. L'ensemble des médecins du travail (aujourd'hui salariés des entreprises ou des associations) dépendrait donc des services régionaux de santé au travail. Cette réforme serait accompagnée de règles strictes pour encadrer les possibilités pour l'entreprise de changer de médecin du travail contrairement à ce qui se passe aujourd'hui. Cette nouvelle organisation rendrait le médecin du travail indépendant des employeurs. Cela contribuerait ainsi à revaloriser son rôle et ses missions aux yeux de ses confrères de ville, des salariés et des employeurs. Cela contribuerait aussi à rendre plus « attractif » ce métier aux yeux des étudiants en médecine.
- Le suivi du travailleur serait organisé autour de trois visites/ bilans professionnels :
 - Une visite d'aptitude (lors de l'entrée dans la vie professionnelle ou lors d'un changement de secteur ou de métier)
 - Un bilan de suivi en milieu de carrière permettant d'établir un premier bilan, de prendre en compte l'éventuelle usure, et d'envisager le cas échéant une requalification et une réorientation
 - Un bilan de fin de carrière permettant au nouveau retraité de disposer d'un bilan de santé complet et le cas échéant d'avoir les éléments pour un suivi post-professionnel.Ces propositions ne remettent pas en cause ce qui existe déjà (visites systématiques, visite d'embauche).
- Enfin, une réflexion doit être conduite sur le pouvoir de ces services et de ces équipes : dont le rôle de conseil et de prévention doit bien entendu être conforté comme prioritaire, mais qui doit peut-être s'accompagner de la possibilité d'imposer des changements s'ils apparaissent nécessaires.

2. Second volet : information / formation / actions : plusieurs propositions pour promouvoir les bonnes pratiques.

- Deux objectifs :
 - Développer un « langage commun » et une « culture commune », au-delà des différentes approches et expertises
 - la santé au travail doit devenir aussi fondamentale, donc aussi naturelle et même « banale », que la protection de l'environnement.
 - Responsabilisation : à l'empreinte écologique doit désormais s'ajouter la notion « d'empreinte humaine »
 - « Etude de faisabilité humaine » : pour éviter une gestion des risques à posteriori, l'entreprise doit définir les risques auxquels elle expose ses salariés et doit procéder en cas de changement organisationnel non seulement à une analyse des coûts, une faisabilité technique mais aussi à une étude psycho sociale à travers l'analyse de ses critères sociaux afin de garantir à ses salariés le bien être au travail. L'obligation de sécurité de résultat dans le droit du travail impose d'ailleurs ces démarches (L 1134 : exécution de bonne foi du contrat de travail ; L 4121-1 : l'employeur veille à l'adaptation des mesures de sécurité pour tenir compte du changement des circonstances).

- Former l'ensemble des acteurs (dirigeants, managers, membres du CHSCT, professionnels des services de santé, salariés) aux problématiques de la santé au travail et de l'organisation du travail :
 - en s'appuyant en particulier sur la formation en alternance.
 - pour les infirmières, en envisageant la création d'un « diplôme universitaire de santé au travail ».
 - *Qu'est-ce que la souffrance ? Ses manifestations, ses causes*
 - *Quels sont les risques de la souffrance au travail ?* Pour la santé des dirigeants eux-mêmes ; pour celle des personnels ; pour la structure (coût des absences et de la démotivation...) ; pour la responsabilité pénale et civile des dirigeants (important avec le développement de la judiciarisation et le développement de la jurisprudence sur le suicide et l'obligation de sécurité)
 - *Quels sont les moyens de la prévenir ?*
 - *Quelles sont les opportunités d'une amélioration des conditions de travail ?* (bien-être, performance...)

- Agir sur les risques psycho-sociaux
 - Actions sur les organisations. Chaque changement important est maintenant précédé d'une étude de faisabilité environnementale ; pourquoi ne pas faire de même avec une étude de faisabilité humaine, réalisée systématiquement a priori ? De même, les entreprises sont

très attentives à la notion « d'empreinte écologique » ; pourquoi ne pas l'être tout aussi naturellement par « l'empreinte humaine » ?

- Actions au quotidien, en jouant sur l'environnement immédiat, « les 5 mètres », et en desserrant l'impact des nouvelles organisations du travail sur le corps (travail à flux tendu, disparition des temps dit « morts », perte des pauses cognitives et physiologiques contreproductives à court terme, perte des temps de célébration du lien social avec comme corollaire la solitude).
- Créer des « boîtes à outils », des guides pratiques sur la santé au travail
 - pour les dirigeants et managers notamment de PME (aujourd'hui les « orphelines de la prévention »), mais aussi pour les salariés, pour les professionnels de santé, pour les partenaires sociaux.
 - être concret, opérationnel et efficace : proposer à chacun une réponse, une attitude, un interlocuteur pour tout type de situation.
 - ces documents regrouperaient les principaux points du Droit applicable (L 230-2...), la liste des intervenants et des structures existantes, la liste des indicateurs pour établir un diagnostic, les conseils sur les démarches à engager soit en amont, soit lors de cas de souffrance avérés...
- Les entreprises seront encouragées à compléter ces documents par des protocoles :
 - prévention, en partenariat avec les services de santé au travail
 - accompagnement des salariés et des managers (encourager le cas échéant la création de « hotline », lignes téléphoniques d'écoute et de conseil anonymes et gratuites)
 - prise en charge immédiate d'un salarié « qui craque » : à qui l'adresser ? le cas échéant, comment le déplacement sera organisé et qui accompagnera le salarié ?...
 - réaction en cas de drame : que faire en cas de décès dans l'entreprise ? Qui prévenir ? Qui se charge de la prise en charge des collègues ?
 - ces documents pourraient s'inspirer de la Charte des Bonnes Relations Humaines au Travail
- Créer une certification « santé et qualité de vie au travail » sur le modèle des certifications ISO.
 - Elle serait attribuée sur des critères fixes de base à déterminer,, contrôlés lors d'un audit extérieur
 - Elle pourrait au-delà valoriser des cas particuliers par des certifications Bronze, Argent et Or.
 - Elle donnerait droit à des avantages fiscaux pour l'entreprise.
- Créer un « Prix national Santé et qualité de vie en Entreprise » :
 - comme il existe au Luxembourg
 - remis conjointement par le Ministère de la Santé et le Ministère du Travail, avec la participation d'autres partenaires.

- il permettrait de promouvoir les initiatives marquantes et de susciter l'émulation et la prise de conscience auprès des autres.
- Créer un « label » garantissant les bonnes pratiques des cabinets spécialisés.
- Demander une évaluation des consultations de souffrance au travail pour étudier leurs éventuels besoins, notamment en matière de financement.