



HAL
open science

Prévenir et agir sur les problèmes de santé au travail

Valentine Hélardot

► **To cite this version:**

Valentine Hélardot. Prévenir et agir sur les problèmes de santé au travail. *Psychologie du travail et des organisations*, 2019, 25 (1), pp.54-62. 10.1016/j.pto.2018.09.003 . halshs-02098393

HAL Id: halshs-02098393

<https://shs.hal.science/halshs-02098393>

Submitted on 22 Oct 2021

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Page de titre :

Prévenir et agir sur les problèmes de santé au travail : les services de santé au travail à la croisée des chemins

To prevent and to act on work-related health issues: occupational health services at a crossroads

Valentine Hélardot

Maître de conférences en sociologie

Département de sociologie et LISST-Cers

Université Toulouse2 – Jean-Jaurès

5, allée Antonio-Machado, 31058 Toulouse cedex 9

helardot@univ-tlse2.fr

Tél. +33 (0)0 16 22 02 07

Proposition d'article pour *Psychologie du travail et des organisations*

**Prévenir et agir sur les problèmes de santé au travail :
les services de santé au travail à la croisée des chemins**

**To prevent and to act on work-related health issues :
occupational health services at a crossroads**

VERSION REVISEE

Résumé

Cet article s'appuie sur une enquête par entretiens menée auprès de médecins du travail, infirmières, intervenants en prévention des risques professionnels et assistantes de santé au travail exerçant dans deux services interentreprises généralistes. Après avoir retracé quelques changements récents dans le monde du travail et dans les modes de fonctionnement de ces services (notamment avec l'instauration de la pluridisciplinarité), le texte examine quels problèmes sont identifiés par les professionnels parmi les salariés qu'ils suivent. Il aborde ensuite la question des actions menées et des empêchements à ces actions, qui amènent les professionnels à négocier avec des contraintes multiples.

Mots-clés

santé, travail, médecine du travail, services de santé au travail interentreprises.

Abstract

This article presents an ongoing research regarding work-related health issues as they are perceived and identified by professionals practicing in occupational health services. The study is based on interviews with occupational doctors, nurses, technicians in prevention of occupational hazards and assistants, employed in two general services. The article starts with an overview of the recent changes in the workplace and in the practicing conditions of the professionals in the services. It then analyses the types of issues they identify among the employees they have in charge. Finally, the article examines the actions that can be done by the services, and the limitations of these actions. The professionals appear to be negotiating with various strains.

Key words

health, work, occupational medicine, occupational health services.

En s'appuyant sur les premiers résultats d'une enquête en cours, ce texte présente un ensemble de constats exploratoires et de pistes d'analyse concernant les pratiques et les représentations des professionnels exerçant en services de santé au travail (SST).

Le matériau analysé est issu de 22 entretiens réalisés auprès de professionnels divers¹ exerçant dans les deux SST interentreprises d'une grande agglomération française. Ces services sont généralistes et couvrent une très grande variété d'établissements du secteur privé et associatif (TPE, PME et grandes entreprises ; tous secteurs d'activité à l'exception du BTP et du secteur agricole).

Nous rappellerons d'abord succinctement quelques éléments de contexte en soulignant deux ensembles de transformations : celles du monde du travail d'une part ; et celles du cadre d'exercice des SST eux-mêmes d'autre part. Nous nous intéresserons ensuite à la façon dont les professionnels perçoivent et désignent les principaux problèmes de santé² rencontrés par les salariés qu'ils suivent. Enfin, nous décrirons les principaux freins et empêchements à l'action sur la santé au travail, qu'ils soient liés au statut et au fonctionnement interne des SST ou aux relations avec les employeurs, ainsi que les pratiques mises en œuvre par les professionnels pour accomplir leurs missions en situation de contraintes multiples. L'ensemble des constats et pistes d'analyse évoqués amènera à s'interroger sur le statut et le rôle à venir des SST, qui sont en cours de redéfinition.

1. La santé au travail : des problématiques et des acteurs renouvelés

1.1. La santé en première ligne dans le monde du travail contemporain

Durant les dernières décennies, plusieurs tendances de fond ont reconfiguré le monde du travail et renouvelé les enjeux de santé en lien avec l'activité professionnelle. Ces phénomènes étant désormais bien connus, nous rappellerons seulement quatre grandes dynamiques de fond : intensification et nouvelles organisations du travail (Algava *et al.*, 2014 ; Gollac, 2005 ; Askenazy *et al.*, 2006) ; néomanagement (Boltanski, Chiapello, 1999 ; Dujarier, 2015 ; Linhart, 2015) ; précarisation de l'emploi et des parcours professionnels (Castel, 1995 ; Paugam, 2000) ; processus d'externalisation et nouvelles divisions entre entreprises (Appay, 1997 ; *Revue française de socio-*

¹ 8 médecins du travail, 6 infirmières de santé au travail, 4 intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP)(2 techniciens et 2 psychologues du travail), 3 assistantes de santé au travail, et une assistante de service social spécialisée dans les problématiques santé-travail (cette enquêtée n'est pas salariée d'un SST mais d'une association qui travaille étroitement avec l'un d'entre eux).

² Nous choisissons de parler de façon très large de "problèmes de santé au travail" pour désigner aussi bien les troubles physiques que psychiques, causés ou non par l'activité professionnelle, à partir du moment où ces "problèmes" sont perceptibles et jugés préoccupants par les professionnels enquêtés.

économie, 2016). Ces lignes de transformation se traduisent par des atteintes à la santé des salariés à la fois renforcées et diversifiées, tant sur le plan de l'usure et des pathologies physiques qu'en termes de souffrances psychiques (Hélandot, 2011 ; Thébaud-Mony, 2007 ; Thébaud-Mony *et al.*, 2015).

Face au durcissement des effets pathogènes de l'activité professionnelle et au renforcement des processus de sélection professionnelle sur des critères de santé, certains médecins du travail ont témoigné et alerté sur les contraintes pesant à la fois sur la santé des salariés et sur leur propre mission consistant à préserver celle-ci (Association SMT, 1993, 1998 ; Ramaux, 2010). Comme nous le verrons, les professionnels enquêtés ici renouvellent ce constat d'une mise en jeu accrue de la santé des salariés, ce qui rend leurs actions à la fois plus nécessaires et plus difficiles.

1.2. De la médecine du travail aux services de santé au travail

Les services de santé au travail (précédemment appelés "médecine du travail"³) ont vu leur cadre réglementaire et leurs modes d'exercice assez largement modifiés depuis le début des années 2000⁴.

En premier lieu, les médecins du travail (dont le nombre est en net déclin⁵) sont désormais entourés d'autres professionnels au sein d'équipes pluridisciplinaires : infirmières de santé au travail et intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP⁶), fréquemment complétés par des assistantes de service de santé au travail et des collaborateurs médecins (généralistes ou spécialistes en reconversion). Outre qu'elle soulève des enjeux de territoires professionnels et de légitimité des différents acteurs concernés (Barlet, 2017), cette pluridisciplinarité rend plus que jamais nécessaire un travail de communication et de coordination entre les professionnels concernés. Des *modus operandi* se mettent en place progressivement dans les services, avec une grande variabilité de situations (Le Saint, 2018).

La visite médicale annuelle, pilier traditionnel du suivi de la santé au travail, a également été repensée. D'une part, la périodicité est désormais laissée à l'appréciation du médecin du travail

³ Rappelons que ces services sont des associations à but non lucratif, financées par les cotisations des employeurs adhérents. Elles assurent le suivi médical et la prévention des risques professionnels d'une immense majorité des salariés du secteur privé. Seules les entreprises de plus de 500 salariés peuvent disposer en interne d'un service de santé au travail ("service autonome"), mais ce n'est plus une obligation pour elles depuis 2012.

⁴ En lien notamment avec la loi de "Modernisation sociale" du 17 janvier 2002 ; puis avec la loi du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail ; enfin avec la loi "Travail" du 8 août 2016.

⁵ On comptait en 2002 plus de 7000 médecins du travail (équivalent temps plein), ce chiffre se situe en dessous de 5000 aujourd'hui. Dans le même temps, le nombre de salariés suivis n'a pas diminué.

⁶ Les IPRP forment une catégorie très hétérogène incluant à la fois des personnes justifiant d'une expérience d'au moins 5 ans dans la prévention des risques professionnels, des techniciens, des ingénieurs ou des spécialistes (bac+5) en ergonomie, psychologie, toxicologie...

(au minimum une visite tous les 5 ans, davantage pour les salariés exposés à certains risques précis ou faisant l'objet d'un "suivi individuel renforcé"). D'autre part, ces visites (y compris la visite d'embauche) ont été renommées "visites d'information et de prévention" et peuvent être réalisées auprès des infirmières de santé au travail dans le cadre des "entretiens infirmiers". Le temps ainsi libéré pour les médecins est supposé leur permettre de développer des actions en milieu de travail (Issindou, 2015). Ils restent néanmoins en charge des visites de pré-reprise et de reprise, et demeurent par ailleurs les seuls professionnels à pouvoir prononcer un avis d'inaptitude. De ce fait ils sont amenés à suivre les cas les plus problématiques, tandis que la prévention primaire tend à être assurée par les autres professionnels (Lecomte-Ménahès, 2014)⁷. C'est au regard de ces multiples transformations, à la fois dans le monde du travail et dans l'organisation et le fonctionnement des SST, que nous avons interrogé différents professionnels sur leur perception des problèmes de santé au travail rencontrés par les salariés, et sur leurs propres difficultés dans l'accomplissement de leurs missions.

2. La désignation des problèmes : une dégradation diffuse et multiforme

2.1. TMS et RPS occupent le devant de la scène

Sollicités pour désigner les types de problèmes de santé au travail auxquels sont confrontés les salariés, les professionnels des SST se sont, dans leur grande majorité, référés d'emblée à deux grandes catégories ayant acquis une visibilité sociale, médiatique et scientifique importante : les troubles musculo-squelettiques (TMS) et les risques psychosociaux (RPS) – ces derniers désignant souvent des problèmes avérés davantage que des risques. Dans les propos des enquêtés, ces deux acronymes semblent à même de regrouper et de résumer la quasi-totalité des problèmes rencontrés. Néanmoins, leur statut dans le discours des professionnels, et la façon dont ils les abordent dans leur pratique, diffèrent profondément.

Les TMS, catégorie relativement stabilisée sur le plan nosographique et correspondant à des tableaux de maladie professionnelle précis, ne semblent pas poser de problèmes d'identification et d'interprétation.

Les RPS en revanche sont toujours qualifiés de "*plus compliqués*"⁸, "*plus délicats*", souvent parce qu'ils mettent en jeu "*une grande part de subjectivité*". Parce qu'ils regroupent une nébuleuse de situations diverses – mésententes entre collègues, harcèlement, conflits, divergences sur les

⁷ Dans les services enquêtés, l'arrangement consiste le plus souvent à alterner, pour un même salarié, une visite avec le médecin du travail puis, environ 2 ans après, une visite avec l'infirmière.

⁸ Les passages en italique et entre guillemets sont extraits des entretiens.

objectifs et les façons de travailler, mal-être individuel ou collectif dont les causes peuvent être confuses..., les RPS sont en effet plus difficiles à objectiver que les atteintes physiques, et mettent les professionnels en situation d'incertitude quant à la légitimité des plaintes des salariés : *"c'est la parole du salarié contre celle de l'employeur"*.

Face à cela deux attitudes opposées ont été observées parmi les professionnels enquêtés : certains s'emparent de ces problématiques précisément parce qu'ils jugent cette complexité particulièrement intéressante ; d'autres à l'inverse (dans notre échantillon, plus spécifiquement les techniciens) les redoutent et, autant que possible, les esquivent : *"tout ce qui va être RPS on évite"*.

Avec les concepts proposés par Nicolas Dodier (1993), nous pourrions dire que les problématiques de RPS rendent la posture de l'expertise médico-administrative plus difficile à tenir pour les professionnels. En effet dans cette logique, qui relève d'un raisonnement de santé publique, les caractéristiques connues du travail suffisent à établir l'origine professionnelle des troubles de santé. Ce type de situation correspond bien aux TMS, dont les causes objectives sont la plupart du temps clairement identifiables. Les cas de RPS sollicitent davantage chez les professionnels l'adoption d'une approche clinique, qui suppose d'entrer dans la singularité des cas individuels et de rechercher les preuves de l'atteinte et de son origine professionnelle. Ainsi, plusieurs de nos enquêtés expliquent qu'ils ne donnent suite à une plainte relevant des RPS que s'ils ont connaissance de plusieurs cas dans un même lieu de travail, ou si le salarié renouvelle sa demande par la suite, ou encore s'ils peuvent d'abord échanger oralement avec l'employeur ou le responsable.

TMS et RPS occupent donc le devant de la scène, très loin devant les risques chimiques ou les problématiques d'addictions. Une ligne d'analyse à développer consisterait à montrer en quoi la "fortune" de ces catégories auprès des professionnels, comme celle de la souffrance dans une période précédente (Salman, 2007), témoigne à la fois des transformations du monde du travail et de l'actuelle centralité de ces notions dans le traitement sociopolitique de la santé au travail.

2.2. "Tous vulnérables" ?

A côté des problèmes de santé identifiés, l'enquête a également interrogé les professionnels sur l'existence de profils de salariés ou de types d'activités qui leur semblaient particulièrement à risques ou dégradées sur le plan de la santé. En réponse à cette question, les enquêtés ont d'abord unanimement fait état de l'existence très transversale, diffuse et quasiment indifférenciée de problèmes de santé dans tous les milieux de travail : *"Ça peut vraiment être partout, ça concerne*

tout le monde ; *"je les trouve tous vulnérables"*. Se dessine ainsi un "tableau de l'état physique et moral" des salariés où les processus pathogènes sont généralisés, et où on ne peut guère identifier de facteurs protecteurs.

Dans un second temps, la plupart des professionnels ont tout de même désigné des contextes particulièrement dégradés à leurs yeux. Il peut s'agir de secteurs d'activité, dépendant alors du portefeuille d'établissements que les équipes suivent et connaissent (entreprises de nettoyage, EHPAD, transports routiers...); mais également de caractéristiques de l'emploi (sous-traitance, travail de nuit...) ou des salariés eux-mêmes (personnes atteintes de pathologies graves, salariés de plus de 50 ans, ou au contraire jeunes salariés peu formés et informés). Au final, la diversité des cas de figure mentionnés rejoint les constats connus par ailleurs sur l'aspect diffus et général des mises en jeu de la santé au travail (cf. partie 1.1).

Interrogés ensuite sur leur perception des causes des problèmes rencontrés, certains enquêtés (plus souvent les médecins) ont identifié des caractéristiques décrivant de façon plus analytique des contextes de travail jugés plus fortement pathogènes. Nous en retiendrons trois ici.

D'abord, c'est l'intensité du travail qui est signalée, indépendamment de la nature des activités ou des profils des salariés. La figure du "travail intenable" (Théry, 2006), insoutenable, est ici bien décrite dans ses multiples formes : manque de temps et de personnel associé à des objectifs quantitatifs (pour les toilettes que doivent réaliser les aides-soignantes aussi bien que pour les études menées par des consultants sous-traitants) ; polyvalence imposée (exemple d'un veilleur de nuit à qui l'on demande de faire aussi du ménage) ; pénibilité extrême du travail (femmes de ménage aux horaires et aux lieux de travail dispersés au cours de la journée). Ces diverses formes d'intensité entraînent et expliquent aussi bien les atteintes physiques que psychiques : on note ainsi que les TMS et les RPS, précédemment évoqués de façon relativement cloisonnée, sont ici volontiers mis en lien par les enquêtés comme si, au moment de s'interroger sur les causes des problèmes, ils s'écartaient des catégories médico-administratives instituées pour considérer les expériences du travail dans leur globalité (PISTES, 2013, 2017).

Un autre foyer de dégradation de la santé apparaît lorsque les relations interpersonnelles sont tendues, conflictuelles. Qu'il s'agisse des interactions avec des collègues, des supérieurs ou avec un public, ce qui fait problème ici aux yeux des professionnels est le sentiment éprouvé par les salariés que le travail n'est pas reconnu. Plusieurs enquêtés mentionnent d'ailleurs que ces cas de figure sont de plus en plus fréquents (et les lient d'ailleurs parfois aux processus d'intensification). Enfin, certains professionnels ont cité, au titre des facteurs de travail pathogène, les moments-charnières que sont les modifications dans l'organisation du travail, les restructurations de tout

ordre : quel que soit là encore le métier ou le secteur, les changements dans le travail sont souvent des épisodes de crise, qui fragilisent les salariés.

On remarque que les caractéristiques matérielles des conditions de travail sont finalement très peu citées par les professionnels interrogés. Notre interprétation consiste à penser que les expositions au bruit, à la chaleur ou à des substances dangereuses, le port de charges, les rythmes machiniques, l'absence ou l'insuffisance d'équipements de protection, le manque d'hygiène ou de confort des lieux de travail n'ont certes pas disparu, mais que ces aspects ne sont pas de ceux qui préoccupent en premier lieu les professionnels des SST, parce que ces problèmes se prêtent à des réponses techniques qui sont (relativement) plus aisées à mettre en œuvre et ne supposent pas nécessairement d'agir au niveau le plus "sensible" : celui, comme on le voit, de l'organisation du travail et du management.

3. Préserver la santé des salariés : de l'idéal à la réalité

3.1. Un répertoire d'actions diversifié

Si la mission des SST demeure, comme au temps de la "médecine du travail", "d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail", le décret du 30 janvier 2012 a précisé quatre grands volets d'actions : la conduite d'actions visant à préserver la santé physique et mentale des salariés ; le conseil aux employeurs et aux salariés afin de prévenir les risques professionnels, améliorer les conditions de travail et contribuer au maintien dans l'emploi ; la surveillance de l'état de santé des salariés ; et la veille sanitaire.

Ce vaste ensemble d'objectifs recouvre une multiplicité d'actions possibles, diverses tant dans les lieux et les moments où elles prennent place que dans leur ampleur et leur durée. Nous proposons ici de les présenter brièvement au regard de deux axes d'analyse, chacun étant défini par une tension entre deux pôles opposés :

- le premier axe distingue des niveaux d'échelle pour l'action : celle-ci peut viser un salarié particulier (par exemple avec un aménagement de son poste de travail), ou concerner un collectif (un groupe, un service, une entreprise). Dans le passage d'une logique sanitaire individualisée à une logique plus collective de santé publique, l'infirmière et le médecin tiennent un rôle essentiel puisqu'ils sont à même de déceler une problématique collective au fil des entretiens en tête-à-tête

menés à l'occasion des visites. La réalisation des fiches d'entreprises⁹ peut également fournir l'occasion de repérer des situations de travail collectivement pathogènes

- le deuxième axe permet de différencier d'un côté les tâches qui relèvent de la prévention, du conseil, du repérage et de la veille, mais n'impliquent pas d'action concrète sur les milieux de travail, et de l'autre côté les démarches visant à modifier la réalité des conditions de travail pour le ou les salariés concernés. On se situe dans le premier cas de figure lorsque les infirmières, lors des visites individuelles, prodiguent des conseils sur l'hygiène et la sécurité au travail ou réalisent des examens médicaux de routine ; ou encore lorsqu'elles se déplacent en entreprise (souvent accompagnées d'un IPRP) pour des sessions collectives de sensibilisation à des risques spécifiques (le travail sur écran par exemple). En revanche dans le cas d'un aménagement de poste, et plus encore lorsqu'un travail est mené avec l'employeur pour modifier, sur le plan matériel ou organisationnel, tout ou partie d'un service, l'intervention du SST (plus souvent ici menée par les médecins et les IPRP) se situe nettement du côté de l'action sur le milieu de travail.

Les SST disposent donc d'une gamme d'actions diverses qui peuvent combiner différemment l'échelle individuelle ou collective et le niveau de la prévention ou celui de l'action effective. Notons que, dans l'expérience des professionnels rencontrés, le plus difficile est d'agir au niveau le plus fondamental, celui de l'organisation du travail. Ce type d'objectif engage une démarche bien plus délicate que de s'en tenir à des aspects strictement techniques comme des équipements individuels de protection ou des éléments matériels de l'environnement. *"L'organisation, c'est vraiment le pré carré de l'employeur"*, résume un médecin du travail.

Nous constatons également qu'une relative spécialisation de chaque catégorie de professionnel tend à se mettre en place au sein des équipes pluridisciplinaires, mais il est difficile d'aller plus loin sur cet axe d'analyse compte tenu à la fois des limites de notre échantillon, de la grande variabilité des fonctionnements selon les équipes et les services, et enfin du caractère récent et souvent encore tâtonnant de la mise en œuvre de la pluridisciplinarité dans les SST.

Si le répertoire d'actions possibles pour les SST est diversifié, il faut souligner que ces actions sont bien souvent limitées par un ensemble de paramètres (outre, en toile de fond, le contexte global de durcissement des conditions de travail et d'emploi évoquée dans la première partie de ce texte). Il a en effet été demandé aux différents enquêtés de formuler ce qui constitue pour eux un

⁹ La fiche d'entreprise est un document obligatoire qui recense les risques professionnels dans chaque entreprise, ainsi que le nombre de salariés soumis à chaque catégorie de risque (physique, chimique, etc.). Elle indique également les mesures de prévention mises en œuvre. Dans notre échantillon, les fiches d'entreprises peuvent être réalisées, seul ou en binôme, par le médecin, l'infirmière, l'IPRP ou l'assistante.

obstacle, un empêchement à l'accomplissement de leurs missions. Deux types de freins peuvent être identifiés : les premiers sont d'ordre interne, liés aux conditions d'exercice en SST (3.2) ; les seconds relèvent des milieux de travail et tout particulièrement des relations avec les employeurs (3.3).

3.2. Le statut et le fonctionnement des SST porteurs d'empêchements à l'action

Tout d'abord, il faut rappeler que les SST n'ont aucun pouvoir coercitif sur les employeurs. Lorsque leurs conseils et préconisations ne débouchent sur aucune amélioration de la situation, les médecins du travail peuvent alerter l'employeur par écrit, en joignant éventuellement le CHSCT et l'Inspection du travail (Huez, 2013). Mais même cette démarche (très rarement pratiquée) n'a légalement aucune force de contrainte sur l'employeur.

Pour certains des professionnels rencontrés, une autre limite forte à l'action des SST tient à leur statut de prestataires de services pour les entreprises cotisantes. Les directions des services, soucieuses de conserver leurs adhérents, peuvent faire peser une certaine pression sur les médecins du travail qui se seraient montrés trop "offensifs" à l'égard d'un employeur. Un médecin estime ainsi qu' *"à partir du moment où l'objectif affiché du service est de satisfaire les adhérents, on est prisonniers de cette relation marchande"*. Ce cadre d'exercice pose doublement la question de l'indépendance des professionnels de la santé au travail : d'une part vis-à-vis des adhérents (qui peuvent à tout moment changer de SST) ; d'autre part vis-à-vis de leurs propres employeurs. Cette inquiétude est plus vive chez les médecins du travail qui rappellent qu'ils sont les seuls membres des équipes pluridisciplinaires à bénéficier du statut de salariés protégés, alors même que leur nombre est en forte diminution (Marichalar, 2010, 2015).

La majorité des professionnels rencontrés ont mentionné une autre faiblesse notable dans l'exercice de leurs missions : la plupart du temps, ils n'ont aucune information concernant le devenir de leurs préconisations. Ont-elles été suivies ? Que deviennent les salariés pour lesquels des problèmes ont été repérés ? *"On se dit que si on n'entend rien, c'est que ça doit aller bien, on en est là !"*, regrette un IPRP. L'absence de dispositifs et d'outils systématiques de suivi des situations dans le temps constitue donc aux yeux des professionnels un angle mort majeur, qui les empêche d'avoir une réelle appréhension des conséquences de leurs actions.

Au titre des freins à l'accomplissement de leurs missions, les enquêtés mettent également en avant le manque de temps. Tous reconnaissent qu'il est impossible de mener à bien la totalité de leurs tâches. Ceci les amène à établir des priorités parmi les actions à mener et parmi les salariés à suivre. Ces choix s'opèrent en fonction de critères multiples : le degré estimé de dégradation et

d'urgence dans les établissements suivis, mais aussi par exemple la taille des entreprises ou la forte représentation d'un secteur d'activité dans le portefeuille des équipes (logique quantitative consistant à viser le plus grand nombre de salariés), le tout dans le cadre large des orientations établies par les projets de services¹⁰. Mais quelles que soient les modalités de hiérarchisation, plusieurs enquêtés soulignent que c'est bien souvent le passage de l'échelle individuelle à l'échelle collective qui pâtit des contraintes de temps : ainsi, un médecin du travail reconnaît que, face à un cas de TMS d'origine professionnelle, *"dans l'idéal il faudrait essayer d'aller faire du collectif chez son employeur, mais ça... faut avoir le temps !"*.

Enfin, par certains aspects la pluridisciplinarité en tant que telle peut être vue comme une entrave à l'action des SST, et ceci de deux façons. D'une part, sa mise en œuvre exige un travail d'échange d'informations, de communication et de coordination entre les différents acteurs des SST, ce qu'ils ont des difficultés à faire faute de temps. Ainsi se dégage de l'enquête l'impression partagée que chaque professionnel ou chaque équipe pluridisciplinaire *"bricole dans son coin"*. *"La pluridisciplinarité, pour l'instant, ce n'est pas : l'union fait la force, mais plutôt : la pluralité fait l'éparpillement"*, estime un médecin du travail. D'autre part, les difficultés du travail collectif tiennent également à la pluralité des positionnements professionnels et des conceptions de métier parmi les catégories d'acteurs, et même au sein de chacune d'entre elles (pour les médecins du travail, voir Barel, Frémeaux, 2015). Ces enjeux de légitimité, de hiérarchie et de confiance entre professionnels peuvent peser sur les actions menées, dans une pluridisciplinarité où, bien souvent, chacun cherche encore à établir ou préserver sa place et son territoire.

3.3. Construire les relations avec les employeurs pour ne plus "avancer en terrain hostile"

Les empêchements externes, liés au monde du travail lui-même, s'incarnent avant tout dans les relations avec les employeurs ou les responsables locaux¹¹. Les SST n'ayant aucune force de contrainte, la réussite et la possibilité même de toute action supposent que les employeurs soient

¹⁰ Ces projets sont élaborés en lien avec les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) conclus après consultation avec les DIRECCTE, les CARSAT, les organisations d'employeurs, les partenaires sociaux et les agences régionales de santé. Les priorités définies au sein des SST doivent tenir compte à la fois des orientations de la politique nationale en matière santé et sécurité au travail (notamment à travers les Plans Santé-Travail), et des spécificités régionales.

¹¹ Les relations avec les salariés, autre élément décisif des actions des SST, ne seront pas traitées ici, sauf pour signaler que les professionnels déplorent souvent avoir des difficultés à mobiliser les salariés afin qu'ils se saisissent davantage des questions de santé au travail, en interne et collectivement au sein des établissements.

suffisamment réceptifs pour accueillir favorablement les conseils et les préconisations formulées par les professionnels.

Afin de construire ces relations, les équipes pluridisciplinaires se livrent d'abord à un important travail d'information et de communication en direction des employeurs. Chaque occasion (réalisation d'une fiche d'entreprise, séance de sensibilisation, réunion de CHSCT...) est saisie pour rappeler tout ce que le SST peut proposer : évaluations des risques (notamment à travers l'aide à l'élaboration du Document Unique¹²), accompagnement lors de changements dans l'organisation du travail, recherche de solutions de maintien dans l'emploi pour des salariés en mauvaise santé, aménagement de poste(s), amélioration des conditions de travail... L'enjeu est de faire comprendre aux employeurs (et aux salariés) que la gamme de services proposés par les SST est large, et que leurs compétences ne se résument pas aux visites périodiques avec les salariés. Plusieurs enquêtés ont signalé que ce travail de promotion auprès des employeurs porte peu à peu ses fruits, même s'il reste encore de grandes marges de progression (en témoigne notamment le grand nombre d'employeurs qui attendaient une baisse du montant de la cotisation annuelle avec l'espacement des visites périodiques).

Au-delà de l'information et du positionnement de leurs missions auprès des employeurs, les professionnels déploient avec patience et persévérance un constant travail de conviction et d'argumentation visant à instiller chez les employeurs l'idée que la prévention, la recherche d'une meilleure qualité de vie au travail, et plus largement la bonne santé physique et morale de leurs salariés sont dans leur intérêt, non seulement sur un plan financier immédiat (baisse de l'absentéisme, meilleure motivation des salariés, évitement d'éventuelles sanctions) mais également pour la "bonne santé" globale de l'entreprise. *"Je fais de l'éducation patronale"*, résume un médecin. Là encore, la plupart des professionnels interrogés estiment que les employeurs sont dans l'ensemble de plus en plus réceptifs (plus nettement dans les grandes entreprises) et signalent qu'ils ont moins qu'auparavant le sentiment de devoir *"avancer en terrain hostile"*, même s'ils se heurtent régulièrement à des fins de non recevoir et continuent à identifier certains *"univers pourris, irrécupérables"*.

Les stratégies mises en œuvre par les professionnels des SST relèvent bien souvent de la tactique du "pied dans la porte", ou du cheval de Troie : à partir d'une demande initiale, parfois motivée

¹² Le Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels, dont la rédaction est obligatoire pour tous les employeurs depuis 2001, doit présenter un inventaire complet des risques identifiés dans chaque établissement, et formuler un plan annuel de prévention visant à améliorer les conditions de travail.

uniquement par la volonté de l'employeur d'être en règle avec ses obligations légales, ils tentent de s'en saisir pour construire une relation de confiance qui débouche sur une reformulation et un élargissement des actions à mettre en œuvre. Quitte, parfois, à répondre à des demandes qui n'ont pas de réelle pertinence : les IPRP ont par exemple mentionné des cas où ils ont procédé à des études métrologiques qu'ils savaient inutiles dans la mesure où les plaintes des salariés relevaient bien davantage de problèmes d'ordre non matériel. Mais ces mesures ont été essentielles en tant que prétextes à l'instauration d'une relation avec l'employeur.

Si un premier point d'entrée a pu être exploité en bonne entente avec l'employeur ou les responsables au sein des entreprises (fiche d'entreprise, étude de poste, mesure de bruit...), il est alors possible de proposer des actions plus ambitieuses, ou de faire naître des demandes qu'il s'agira d'accompagner. Un médecin raconte ainsi avoir mené avec le responsable d'une société de nettoyage un travail de réflexion et de mise à plat de la charge de travail des salariés : à partir d'un cas individuel qui posait problème, l'ensemble des critères (par exemple en termes de nombre de mètres carrés par heure) ont été revus et ajustés. Une IPRP résume l'esprit de la démarche : *"quand l'employeur voit qu'on peut agir simplement sur des choses simples, il est rassuré, et ensuite on peut aller sur des choses plus compliquées et notamment qui nécessitent de l'investissement"*. Dans ce travail de réassurance des employeurs, la pluridisciplinarité joue un rôle essentiel, et cette fois-ci favorable à l'action, dans la mesure où les professionnels non médecins sont souvent mieux perçus par les employeurs, et bien différenciés des médecins parfois davantage considérés comme des *"emmerdeurs"*, nous dit l'un d'entre eux.

La nécessité d'avoir de bonnes relations avec les employeurs place donc les professionnels des SST dans une posture fondamentalement ambiguë. Ils sont en effet face à deux impératifs potentiellement contradictoires : répondre aux demandes des employeurs, mais sans aller jusqu'à *"travailler à la commande"* ; proposer des services, mais *"ne pas devenir un supermarché pour les employeurs"* ; *"préserver le dialogue, au risque de ne pas être assez ferme"* ; protéger la santé des salariés, mais sans *"braquer les employeurs"*. Pris entre ces injonctions parfois inconciliables, les professionnels de la santé au travail pratiquent un art du compromis et de la diplomatie au sein de marges parfois étroites.

Au regard de ces différents constats, qui restent à approfondir, nous soulignerons en conclusion à quel point les SST sont actuellement dans une période de transition, de reconfiguration de leur place dans la gouvernance de la santé au travail. Dans la période récente, et notamment grâce aux

nouvelles dynamiques apportées par la pluridisciplinarité, ils ont certainement gagné en visibilité et en légitimité auprès des employeurs et des salariés. La diversification des compétences, des statuts et des cultures professionnelles a renouvelé les formes d'actions, désormais émancipées du colloque singulier médecin-employeur ou médecin-salarié. Pour autant, leur efficacité réelle en termes de prévention et d'amélioration des conditions de travail s'est-elle substantiellement accrue ? La question se pose d'autant plus que les professionnels rencontrés s'accordent sur un constat paradoxal : leur meilleure image auprès des employeurs coexiste avec une tendance à la dégradation de la santé des salariés.

Les SST disposent d'outils et de compétences encore largement en développement. Transformer ceux-ci en pouvoir d'agir dépendra des choix qui seront opérés par les professionnels de ces services, choix qui mettent en jeu à la fois des cultures de métiers et des positionnements collectifs en tant que SST. L'alternative qui se dessine n'est pas sans rappeler le débat qui a traversé le corps des inspecteurs du travail au sujet de l'obligation d'évaluation des risques (Tiano, 2003). Entre l'orientation vers un rôle important mais limité d'accompagnateurs, de conseillers et de prestataires de services, ou l'adoption d'une posture plus volontariste visant à "rénover les pratiques en santé-travail" (Jansou, 2015) pour agir pleinement sur la santé au travail, les SST semblent être aujourd'hui à la croisée des chemins.

L'auteur déclare ne pas avoir de lien d'intérêts.

Références bibliographiques

Algava, E., Davie, E., Loquet, J., Vinck, L. (2014). Conditions de travail : reprise de l'intensification du travail chez les salariés. *DARES Analyses*, 49, 1-7.

Appay, B. (1997). Précarisation sociale et restructurations productives. In B. Appay & A. Thébaud-Mony (Eds.), *Précarisation sociale, travail et santé*. Paris: CNRS/INSERM.

Askénazy, P., Cartron, D., de Coninck, F., Gollac, M. (Eds.)(2006). *Organisation et intensité du travail*. Toulouse: Octarès.

Association SMT (Santé et Médecine du travail). (1993). *Souffrances et précarités au travail. Paroles de médecins du travail*. Paris: Syros.

Association SMT (Santé et Médecine du travail). (1998). *Des médecins du travail prennent la parole. Un métier en débat*. Paris: Syros.

Barel, Y., Frémeaux, S. (2015). Vers une médecine du travail préventive ?. *Annales des Mines - Gérer et comprendre*, 4/122, 4-12.

Barlet, B. (2017). Enjeux de prestige et enjeux de genre en médecine du travail. *La nouvelle revue du travail*, 10, 1-14.

Boltanski, L., Chiapello, E. (1999). *Le nouvel esprit du capitalisme*. Paris: Gallimard.

Castel, R. (1995). *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*. Paris: Fayard.

Clot, Y., Schwartz, O. (2003). La douleur du métier, l'attente de la retraite (entretien). *Le Monde*, 22-23 juin.

Dodier, N. (1993). *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*. Paris: Métailié.

Dujarier, A-M. (2015). *Le management désincarné : Enquête sur les nouveaux cadres de travail*. Paris: La Découverte.

Gollac, M. (2005). L'intensité du travail. Formes et effets. *Revue économique*, 2/56, 195-216.

Hélaridot, V. (2011). Au cœur des enjeux de santé : le travail et ses transformations, in M. Drulhe & F. Sicot (Eds.). *La santé à cœur ouvert. Sociologie du bien-être, de la santé et du soin*. Toulouse: PUM.

Huez, D. (2013). L'alerte médicale, outil de prévention collective. *Santé & Travail*, 84.

Issindou, M., Ploton, C., Fantoni-Quinton, S., Bensadon, A-C., Gosselin, H., *Rapport du groupe de travail "Aptitude et médecine du travail"*, Ministère des Affaires sociales, de la santé et des droits des femmes ; Ministère du Travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social.

Jansou, P. (2015). Rénover les pratiques en santé-travail, in P. Jansou & M. Drulhe (Eds.). *Santé au travail : pour une nouvelle dynamique. Constats et ouvertures*. Toulouse: Octarès.

Lecomte-Ménahès, G. (2014). Santé précaire et transformation de la médecine du travail. *Travail et emploi*, 140, 35-47.

Le Saint, R. (2018). Les fausses notes de la pluridisciplinarité. *Santé & Travail*, 101, 32-33.

Linhart, D. (2015). *La comédie humaine du travail. De la déshumanisation taylorienne à la sur-humanisation managériale*. Toulouse: Erès.

Marichalar, P. (2010). La médecine du travail sans les médecins ? Une action patronale de longue haleine (1971-2010). *Politix*, 23/91, 27-52.

Paugam, S. (2000). *Le salarier de la précarité*. Paris: PUF.

PISTES (2013). TMS et facteurs psychosociaux, 15-2.

PISTES (2017). "Mal aux pattes à en pleurer". Penser les articulations entre santé physique et santé mentale au travail, 19-1.

Ramaux, D. (2006). *Journal d'un médecin du travail*. Paris: Recherche Midi.

Revue française de socio-économie (2016). L'emploi à l'épreuve de ses marges, 2/17.

Salman, S. (2007). Fortune d'une catégorie : la souffrance au travail chez les médecins du travail. *Sociologie du travail*, 50, 31-47.

Thébaud-Mony, A., Davezies, P., Vogel, L., Volkoff, S. (Eds.) (2015). *Les risques du travail. Pour ne pas perdre sa vie à la gagner*. Paris: La Découverte.

Théry, L. (2006). *Le travail intenable. Résister collectivement à l'intensification du travail*. Paris: La Découverte.

Tiano, V., Les inspecteurs du travail aux prises avec l'évaluation des risques. *Travail et emploi*, 96, 67-83.