

# CHANGEMENTS DES INSTITUTIONS ET DES PRATIQUES DE PRÉVENTION À L'ÉPREUVE DU RÉEL

Nicolas SANDRET, médecin du travail

Depuis plusieurs années, nous assistons à un bouleversement complet du système de prévention. Celui-ci s'appuyait sur trois « institutions » :

- l'inspection du travail,
- les institutions de prévention de la sécurité sociale,
- enfin, le système de médecine du travail.

Globalement, ces trois corps constitués ayant à se pencher sur les risques professionnels de l'entreprise sont trois corps de spécialistes avec trois systèmes de pensée différents – contrôle de l'application de la réglementation, logique assurantielle et logique de protection médicale – qui ne coopéraient finalement que très peu, sauf parfois sur le terrain. La question des risques professionnels était une affaire de spécialistes qui se traitaient en vase clos de même que l'entreprise en tant que lieu de production était un lieu clos sur lui-même ou quand était posée la question des risques professionnels, une prime d'insalubrité faisait souvent office de prévention.

## LE TRAVAIL EN MARGE DE LA SANTÉ

Cette convergence de spécialistes du travail dans un monde fermé, d'où le juge et la société civile étaient exclus, a abouti finalement à ce que le « travail » – le temps du travail – ne soit plus pris comme un temps de vie mais bien comme un temps à part sur lequel peu de regards se penchaient, sur lequel il y avait peu d'interrogations sauf lors de grèves ou de conflits sociaux mais alors ce n'était pas le travail lui-même ou les conditions de son exécution qui étaient interrogés mais plutôt les termes des revendications.

Le travail est tellement à l'écart que, dans leurs réflexions, les spécialistes de la santé publique ne l'intègrent pas comme un déterminant de santé, comme si les huit heures passées en moyenne à produire ne pouvaient avoir d'effet – positif ou négatif – sur la santé globale des travailleurs !

La sous déclaration des maladies professionnelles, et en particulier des cancers d'origine professionnelle, a sans doute été un facteur important de mise en invisibilité de la nocivité de certaines conditions de travail et par ce fait de l'insuffisante implication des partenaires sociaux dans la prévention. À cet égard, l'exemple de la prévention des cancers professionnels est particulièrement éclairant. Dans les années quatre-vingt dix, il était coutume d'entendre dire qu'il ne fallait pas aborder la question de l'utilisation des produits cancérigènes dans l'entreprise car cela allait inquiéter les salariés et que, de toute façon, le problème était marginal, il suffisait de se pencher sur les statistiques des maladies professionnelles pour en être convaincu.

Le système qui s'était mis en place progressivement a sans doute été la marque d'une avancée sociale à une époque donnée mais cela a abouti à une occultation du risque professionnel. C'est cet ensemble que nous voyons entrer en crise aujourd'hui avec des tentatives de réponses aux nouveaux questionnements, face à la nouvelle organisation économique et sociale du début du 21<sup>ème</sup> siècle. Ce changement ne touche pas que le monde du travail mais bien l'ensemble de la société, et en particulier les rapports du citoyen à sa santé, le scandale du sang contaminé, les actions d'associations de malades, etc., en sont des illustrations.

Dans le cadre des risques professionnels, le scandale de l'amiante a été le détonateur en interrogeant la place et la logique de toutes les institutions concernées par la problématique de la santé au travail, l'État au premier plan. Il a remis en cause les principes de base du système et a interrogé la responsabilité de chacun.

Quelques dates essentielles :

- Tout d'abord, l'arrêt de la Cour de cassation du 28 février 2002 concernant l'amiante. Il a fait passer l'obligation de moyens, c'est-à-dire l'application de nor-

mes réglementaires définies par l'État, qui pesait sur l'employeur à *une obligation de sécurité de résultats en fonction de l'état des connaissances*. Cet arrêt qui a secondairement été conforté par un autre arrêt concernant les accidents du travail marque une profonde rupture ou plutôt devrait marquer une profonde rupture avec les logiques antérieures qui prévalaient depuis le compromis social de 1898.

En effet, *le renforcement de la place du juge* dans l'interprétation des règles applicables à l'égard des accidents du travail et des maladies professionnelles responsabilise de façon accrue l'employeur. Il ne suffit plus de donner une prime d'insalubrité et/ou d'avoir appliqué strictement la norme pour être protégé des poursuites judiciaires actuellement dans le cadre de procédures civiles, qui deviendront peut-être pénales demain.

➤ Non seulement la logique assurantielle ne supplée pas à toutes les carences de l'employeur mais plus encore : ce dernier ne doit plus se contenter d'appliquer strictement la norme réglementaire, il lui faut de plus s'informer et prendre en compte les avancées de la connaissance pour mettre en place les moyens permettant d'atteindre la prévention la plus efficace possible dans son entreprise. Par exemple, il ne suffira plus de se contenter de respecter une valeur limite d'exposition professionnelle (VLEP), si l'état de la technique permet d'obtenir un niveau d'exposition moins important. Une jurisprudence de la Cour de cassation du 9 juillet 2009 a rejeté le pourvoi d'un employeur ayant contesté que la cour d'appel ait reconnu comme faute inexcusable une maladie professionnelle faisant suite à une exposition à de l'amiante, alors que les mesurages effectués à l'époque étaient inférieurs aux valeurs limites de l'époque. La Cour s'est appuyée sur le fait que l'employeur avait ou aurait dû avoir conscience du danger auquel le salarié était exposé et qu'il n'avait pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver.

## DE L'ÉVALUATION DES RISQUES

Cette obligation de résultats est aussi liée à l'obligation de l'évaluation des risques dans les entreprises induites par la directive cadre du 12 juin 1989 et transposée en droit français en 1991. Mais elle n'est réellement opérante que depuis l'obligation d'établir le document unique d'évaluation des risques (DUE) qui date du décret de 2001.

Dans le cadre de cette évaluation, l'employeur est sensé repérer l'ensemble des risques inhérents à son entreprise et concevoir les mesures de prévention qu'il va mettre en place pour y faire face. Ce DUE devrait être une réflexion globale sur l'état de l'entreprise du point de vue de la santé. Dans ce sens, il est bien la marque de cette évolution de la responsabilité de l'employeur vis-à-vis des risques qu'il génère et de la protection de la santé de ses salariés.

Cette obligation légale, renforcée par l'ombre du juge, est un exercice difficile que bien peu d'employeurs arrivent à transformer en exercice ayant du sens et permettant un réel engagement en terme de prévention.

L'arrêté du 17 décembre 2008, qui donne le droit aux salariés d'accéder directement à l'évaluation des risques de leur entreprise, pourrait entraîner pour ceux-ci une plus grande attention par la meilleure connaissance des risques auxquels ils sont exposés.

Mais cette évaluation des risques est aujourd'hui rendue encore plus difficile par l'introduction des nouvelles organisations du travail qui cassent l'unicité de l'entreprise. Désormais sur le lieu de l'entreprise se trouvent pêle-mêle les salariés des entreprises sous traitantes, les intérimaires, les salariés en contrat à durée déterminée. Comment faire une évaluation des risques à la hauteur des enjeux de protection de la santé des travailleurs quand certains risques sont sous traités, quand dans le système de production un atelier peut être mis en concurrence avec une équipe de sous traitant ou à contrario, comment une entreprise sous traitante peut elle évaluer les risques pour ses salariés alors qu'elle ne connaît pas l'entièreté du fonctionnement de l'entreprise utilisatrice mais qu'elle n'en a qu'une vision parcellaire. Ce n'est pas l'obligation de mettre en place des plans de prévention lors de coactivité qui va permettre de combler cette méconnaissance. Ne parlons pas de l'évaluation des risques pour les salariés des entreprises intérimaires.

De plus, théoriquement cette évaluation des risques doit être présenté et discuté avec les mesures de prévention envisagées avec le CHSCT mais là aussi, la multiplicité d'intervenants dans le même lieu de production qui aboutit de fait à un éclatement des collectifs du travail rend illusoire le contrôle des salariés sur cette évaluation des risques.

## LE RENFORCEMENT DU RÔLE DES PARTENAIRES SOCIAUX

Parallèlement, une modification des rapports entre l'État et les partenaires sociaux en ce qui concerne la production de règle paraît s'amorcer, conséquence – sans doute – du traité d'Amsterdam (1997) où il est mis en avant que « l'intervention normative publique s'articule avec la promotion de consultations entre organisations patronales et syndicales. Ces consultations peuvent déboucher sur des conventions collectives » (L. VOGEL). Ce processus a commencé en France avec le mouvement dit de refondation sociale qui, pour la santé au travail, a abouti à l'accord de septembre 2000 sur la santé-sécurité au travail mais aussi avec les conférences sur les conditions de travail d'octobre/novembre 2007, avec les négociations sur la pénibilité, avec la transcription de l'accord européen sur le stress du 2 juillet 2008 étendu par l'arrêté du 23 avril 2009 et bientôt celui sur la violence au travail. Ce principe est consacré par les articles L.1 à L.3 du Code du travail qui prévoient que, sauf urgence, tout projet de réforme dans le domaine du travail doit d'abord être proposé à la négociation des partenaires sociaux.

Cet accord européen est sans doute basé sur la réalité des pays où la représentativité syndicale est forte. L'application en ces termes en France au regard de la faiblesse des structures syndicales de cet accord est sans doute un leurre. Les

négociations sur la pénibilité et celles sur la réforme de la médecine du travail en sont une belle illustration. Il est clair que la négociation se fait dans un rapport de force très inégal et en particulier sur les moyens dont disposent les uns et les autres pour intervenir sur les dossiers. Laisser le libre jeu à la seule négociation serait aujourd'hui donner tout pouvoir au représentant des employeurs.

Il semblerait cependant que l'État ne veuille malgré tout pas se limiter à seulement prendre acte des résultats de la négociation sociale, le Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT) qui succède au conseil supérieur de la prévention des risques professionnels en est l'illustration. Le COCT est conçu comme une instance de concertation qui a vocation à établir un diagnostic partagé portant sur les questions de santé au travail.

Cette instance, qui intègre en son sein les partenaires sociaux mais aussi des représentants des victimes (FNATH), des représentants des administrations et des différentes institutions de prévention, est appelée à émettre des recommandations et des avis permettant d'établir des orientations stratégiques en matière de santé au travail. Le COCT est relayé au niveau régional par les comités régionaux de prévention des risques professionnels (CRPRP). L'encadrement du paritarisme social est donc fermement et diplomatiquement affirmé par ces deux instances, COCT et CRPRP.

Mais en réalité, en particulier au regard des échos qui ont transpiré des négociations autour de la réforme de la médecine du travail, il semble bien que ces instances n'ont pas réussi à développer une analyse critique sur ce qui leur était proposé, ce qui aurait peut être permis une modification du projet de loi en faveur d'une meilleure protection de la santé des salariés. En particulier pour ne prendre que cet exemple sur le fait de retirer la gestion des services de santé au travail des mains des employeurs et ceci malgré les différents scandales qui ont émergés l'année dernière, malgré la conclusion de différents rapports (dont le rapport COPPÉ !) et malgré la connaissance de l'absence de contrôle social du fait de la faiblesse des commissions de contrôle.

## **RÉFORME DE L'ÉTAT ET INTÉGRATION DE LA SANTÉ AU TRAVAIL DANS LA SPHÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET ENVIRONNEMENTALE**

**M**is en cause dans l'affaire de l'amiante par le Conseil d'État en 2004 pour ne pas avoir pris les mesures qui auraient permis de prévenir cette catastrophe – en mettant en place les mesures de contrôle nécessaire et en édictant des normes suffisamment contraignantes – l'État va modifier son approche du risque professionnel à différents niveaux. Le premier niveau correspond à la sortie de la santé au travail de l'enclavement dans lequel elle se situait, par l'interpellation dont elle est l'objet de la part de la « santé publique » et de « l'environnement ».

### **LES PLANS**

D'un côté la santé publique « découvre » que le travail est un déterminant de santé et aborde pour la première fois la question des cancers professionnels dans le plan cancer puis dans la loi de santé publique du 9 août 2004. Celle-ci questionne le travail en fixant des objectifs de réduction du nombre de salariés exposés au bruit et aux contraintes articulaires, sans se poser d'ailleurs la question de « qui sera mobilisé et avec quels moyens ? » pour obtenir cette réduction. Cette interrogation de la santé publique sur le travail se différencie au moins sur deux aspects de l'approche classique en santé au travail.

Le premier concerne le mode d'approche utilisé. En effet, la santé publique ne s'intéresse qu'à des individus ou à des groupes d'individus reliés par une composante commune. L'épidémiologie est la voie scientifique par laquelle passe la connaissance et correspond finalement assez bien à l'individualisation que l'on retrouve aujourd'hui dans les entreprises, dans les parcours professionnels. L'enjeu aujourd'hui de la traçabilité des expositions repris dans le rapport Lejeune est bien le repérage du parcours de chaque salarié pour arriver à reconstituer ses expositions professionnelles. Il est très éloigné du principe d'action de prévention qui existe/existait antérieurement dans les entreprises où la prévention se pense/se pensait en terme global par rapport à un site, un atelier, etc. C'est la prise en compte de cette globalité qui était le maître mot de la prévention. Ces deux approches ne sont pas antagonistes mais devraient être complémentaires. En l'occurrence, par exemple, parallèlement à l'expérimentation sur la traçabilité des expositions, pourrait être relancé l'obligation pour les entreprises de signaler à leur CPAM l'ensemble des produits ou processus qu'elles utilisent susceptibles de provoquer des maladies professionnelles. Cela permettrait d'une part de faciliter la reconnaissance des maladies professionnelles, et d'autre part, en association avec les CRAM, d'aider les entreprises à mettre en œuvre les mesures de prévention les plus efficaces possibles.

Le deuxième aspect est lié à l'écart entre la philosophie d'action de la santé au travail, qui est basé sur la négociation avec les partenaires sociaux alors que la philosophie d'action de la santé publique n'est théoriquement basée que sur des critères de santé, même si les pratiques de lobbying (voir par exemple les aléas des propositions pour ou contre la publicité pour l'alcool) montrent qu'elle n'échappe pas aux batailles politiques. Cette différence de conception suscite un certain nombre d'étonnement réciproque.

D'un autre côté, le ministère de l'environnement interroge le travail dans le Plan national santé environnement PNSE1. Cette approche environnementale sur le travail était en amorce depuis quelques années mais un principe semblait les séparer violemment et rendre difficilement compatible les coopérations entre le champ santé travail et l'approche environnementale. En effet, il était admis que les travailleurs pouvaient être exposés de façon plus importante à certains toxiques, en particulier les CMR, que les citoyens ordinaires. Il reposait sur l'idée que le travailleur est dans la force de l'âge, en bonne santé et ne travaille que 8 heures par jour

alors que le citoyen lambda peut être lui très jeune ou très vieux, malade ou bien portant, et son exposition peut s'étaler sur 24 heures. Ce principe reposait aussi sans doute sur l'idée très prégnante que certains risques sont tellement constitutifs du métier qu'ils en deviennent un objet de fierté. Mais ce principe est malgré tout la marque d'une certaine discrimination entre la santé de la population et celle des travailleurs qu'il est difficile de justifier, en particulier pour les expositions aux CMR. On ne peut donc que se réjouir de ce rapprochement entre santé au travail et environnement. La loi du 3 août 2009 de programmation relative à la mise en œuvre du Grenelle de l'environnement porte d'ailleurs des dispositions intéressant la santé au travail et le PNSE2 intègre aussi des objectifs qui concernent le travail.

Intégrant cette culture de plan et d'évaluation des résultats, le ministère chargé du travail a produit le plan santé travail qui reprend en partie les objectifs fixés par la loi de santé publique et ceux du plan santé environnement mais aussi s'engage à développer l'effectivité du droit, la connaissance sur les expositions professionnelles, etc.

Ce plan santé travail sera le fer de lance de l'action du ministère du travail, en particulier pour les actions prioritaires mais aussi pour le renforcement de l'action de l'inspection du travail (avec le plan de développement et de modernisation de l'inspection du travail).

Le deuxième niveau, qui correspond à cette mise en place de plans d'action, est l'accélération dans le champ santé travail du passage de la culture de moyen à la culture de résultat. Cette évolution est d'ailleurs en cohérence avec l'évolution des principes de la finance publique avec la mise en place de la LOLF qui correspond plus à une attribution de moyens en fonction de normes mais à une attribution financière devant correspondre théoriquement à l'obtention des résultats. Cela signifie la mise en place de tableaux de bord, d'indicateurs de résultats, de reporting, etc. Ce qui entraîne de profondes modifications du mode de gestion, mais aussi du travail, et du sens de celui-ci pour les agents de la fonction publique. Si nous prenons l'exemple des inspecteurs du travail chargés du contrôle de l'application de la réglementation, mais aussi de conseils des entreprises, des salariés et de leurs représentants, comment mesurer leur efficacité, les résultats obtenus, alors que ceux-ci ne sont pas la conséquence d'un travail ponctuel mais plus de la mise en place de stratégies complexes développées en fonction du contexte, comme l'a bien montré N. DODDIER.

### LES AGENCES

Autre réaction suite à sa mise en cause, l'État se dote d'une capacité d'expertise indépendante en créant différentes agences qui lui permettent de prendre des décisions politiques en s'appuyant sur des expertises les plus objectives possibles, avec la volonté de séparer évaluation et gestion des risques. C'est la remise en cause de l'imbrication, qui a longtemps prévalu, entre expertise scientifique et négociation sociale à la recherche d'un compromis socialement acceptable d'un niveau du risque.

Pour renforcer sa capacité d'expertise, le ministère chargé du travail va s'appuyer d'un côté sur l'institut de veille sanitaire qui dépend du ministère de la santé, en créant le département santé-travail qui va développer l'approche épidémiologique et la veille sanitaire des populations au travail.

D'un autre côté, a été créée l'AFFSET dont le rôle est d'expertiser, en association avec d'autres instances (INSERM, INRS, INVS, etc.), toutes les questions ayant trait à des situations néfastes pour la santé dans le travail.

On assiste donc à un décloisonnement des champs d'action des différents ministères – travail, santé, environnement – rendant plus complexe la réflexion de chacun puisque les méthodes et les modes d'approche des uns et des autres sont très différents mais ce décloisonnement peut être le gage d'une plus grande cohérence et efficacité de l'État en terme de prévention.

À condition toutefois que cette prévention concernant les salariés n'évacue pas le travail des actions de prévention pour ne se pencher que sur les caractéristiques individuelles pour les salariés ou que sur les pollutions environnementales. Il est un adage qu'il convient de ressasser autant que faire ce peu, adage repris par le code du travail qui est bien d'adapter le travail à l'homme et non pas l'inverse. Or, finalement la démarche en santé publique traditionnelle est bien de changer les comportements de l'homme.

Il est tentant de rapprocher cette attitude corrective classique et si commune de ce que l'on voit se déployer avec les pratiques de la gestion du stress qui correspondent bien à une adaptation de l'homme au travail et qui sont donc par la même illégales au regard du code du travail.

De plus, cette collaboration des différents services de l'état risque d'être rendu difficile par la transformation des Directions régionales du travail en DIRECCTE et des DRASS en Agence régionale de santé car l'on ne sait pas aujourd'hui comment ces structures vont fonctionner dans le réel.

### COOPÉRATION CNAMTS – ÉTAT – SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL

Ce décloisonnement est aussi mis en œuvre entre la CNAMTS et le ministère en charge du travail avec la démarche de contractualisation engagée depuis 2004 entre la branche AT/MP de la CNAMTS et l'État, dans le cadre de la première convention d'objectif et de gestion (COG) qui se poursuit avec la deuxième COG 2009 —> 2012. D'une façon générale, celle-ci affirme que l'axe majeur d'évolution au cours des prochaines années est le renforcement de la protection de la santé au travail et qu'une prévention effective des risques professionnels demeure la priorité première de la branche.

Cet accord veut s'inscrire dans les accords signés par les partenaires sociaux et dans un partenariat avec les autres acteurs nationaux (OPPBTP, AFFSET, ANACT, INVS, INPES, etc.), tant sur le plan national que sur le plan régional.

De même, la CNAMTS s'engage à participer au dispositif de veille mis en œuvre par l'INVS et par l'AFFSET, grâce aux consultations de pathologie professionnelle rassemblées dans le réseau dit RNV3P.

Enfin, la branche AT/MP veut s'inscrire dans une coopération avec les services de santé au travail à partir de convention en partenariat avec les futures DIRECCTE (ex DRTEFP), qui devraient porter en particulier sur la prévention des CMR.

Mais toutes ces transformations, ces contacts, ces conventions devront se faire à moyen constant et beaucoup d'agents des services de contrôle semblent être aujourd'hui plus occupés à faire du *reporting* qu'à faire du travail de terrain. Il est là aussi important sans doute de rappeler que coordination ne veut pas dire coopération. La coopération se fait à partir du terrain sur les difficultés soulevées par le réel du travail par l'irruption de difficultés qui obligent chaque préventeur à travailler, à partir des difficultés qu'il peut éprouver face à tel ou tel problème, avec d'autres préventeurs ayant une approche différente et parfois complémentaires. Sinon, la coordination ne peut se résumer qu'à des réunions où chacun se congratule sur l'excellence des chiffres obtenus, tout en sachant pertinemment que de fait sur le terrain rien n'a bougé.

Au regard de tout ceci, il semble qu'un effort très important soit/sera fait pour que les structures intervenant historiquement sur le champ santé travail s'engagent à dépasser les frontières qui les séparaient. Mais cette évolution n'est pas sans conséquence pour les professionnels de terrain qui devront malgré tout en assurer le fonctionnement. L'exemple de l'évolution des services de santé au travail est à ce titre assez exemplaire. Je prends celui là car je le connais bien mais cette analyse pourrait être faite pour toutes les autres institutions.

Sans aborder la question de la réforme des services de santé au travail – au-delà des problèmes liés à la pratique de la médecine du travail, l'aptitude, l'introduction d'infirmier(ère)s, le système de recouvrement des cotisations, ou la gouvernance patronale ou paritaire des services – il est un point qui est peu discuté en tant que tel mais sur lequel, à mon avis, repose le succès ou l'échec de la mise en place de cette dynamique de coopération et d'engagement des services de santé au travail dans les actions déclarées prioritaires au niveau national par l'État, ou par la branche AT/MP de la CNAM. C'est celui de la place des professionnels dans la reconfiguration des services de santé au travail, en particulier celle des médecins du travail.

Pendant longtemps, le médecin du travail a été le seul interlocuteur de l'entreprise, le service de santé au travail n'intervenant pas sur le contenu du travail mais uniquement sur les moyens mis à disposition du médecin et de son secrétariat pour agir au mieux de ses possibilités. Les présidents et directeurs de service étaient plus redevables de l'équilibre comptable que de l'engagement dans la prévention de leur service.

Or, aujourd'hui, il y a un basculement car on n'interroge plus les médecins du travail mais les services de santé au travail, ce qui donne aux présidents la prééminence y compris sur les objectifs en santé au travail des services de santé au travail.

Or il n'y a pas eu réellement de débat autour de ce basculement, cela a plutôt été amorcé par les questionnements des organes de contrôles comme l'IGAS qui s'est interrogé en 2002 sur les objectifs en terme de prévention des services de santé au travail, ou par des petites touches d'évolution réglementaire comme l'introduction, dans le texte de 2004, du fait que c'est le président du service qui est responsable de la remise de la fiche d'entreprise à l'employeur.

L'introduction de la pluridisciplinarité par le biais d'intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) a été aussi un élément déterminant de cette évolution puisqu'ils sont sous la dépendance directe des présidents des services ou des directeurs. Mais l'introduction de ces IPRP, pourtant essentielle, a parfois été difficile, mal vécue, car le choix de ceux-ci, leurs modes de coopérations et leurs champs d'intervention n'ont pas été débattus avec les professionnels déjà en place, ce qui a abouti parfois à des situations absurdes avec les professionnels de disciplines différentes qui s'opposent plutôt que d'œuvrer vers un objectif commun pour mieux préserver la santé des salariés.

Actuellement, les CRAM vont passer des conventions avec les services de santé au travail dans le cadre de la COG et donc avec leurs représentants légaux, les présidents de ceux-ci.

Mais, pour s'assurer de la bonne mise en œuvre de celles-ci et éviter aussi les déboires connus avec l'introduction des IPRP, les CRAM ne devraient-elles pas prendre de garantie sur l'engagement des professionnels des services vis-à-vis des objectifs fixés par les conventions, en particulier s'assurer que la commission médico-technique des services a bien été saisie.

En effet, cette commission est le lieu d'échanges de tous les professionnels du service – direction, IPRP, médecins du travail – qui ont chacun leur vision du monde, leur façon de voir, de travailler, possèdent chacun leur méthode, leurs outils, leurs règles de métier et leurs obligations professionnelles, comme le secret médical et le devoir d'indépendance pour les médecins et le secret de fabrique pour tous les intervenants dans l'entreprise.

La confrontation de ces différents points de vue permettrait, vis-à-vis des objectifs fixés par les conventions, de définir la stratégie à adopter et les moyens à mobiliser.

Plus largement, ces commissions médico-techniques devraient être le lieu d'élaboration de stratégie de prévention, des choix prioritaires faits par les services pour les entreprises dont ils ont la charge.

Mais, il faudrait pour cela que la position de cette commission médico-technique soit renforcée pour qu'elle devienne un lieu de décision. Cela revient à poser *in fine* la question de la gouvernance des services de santé au travail. Celle-ci

peut-elle se faire sans la participation des professionnels ?

Globalement, à travers cet exemple la question qui est posée à chaque structure, est celle des modalités de concertation qui sont/seront mis en place pour que les choix des politiques engagées ne se fassent pas sans que les professionnels y participent. C'est le gage de la réussite de ces politiques.

## CONCLUSION

**L**e bouleversement de l'approche des risques professionnels se focalise autour de trois axes principaux.

- Le premier axe est le renforcement de la responsabilité des employeurs vis-à-vis de la protection de ses salariés avec en corollaire le renforcement de son autonomie vis-à-vis de la mise en place de mesures de prévention. Cette autonomie est encadrée, d'une part, par le renforcement de l'information des salariés et de leur représentant sur les risques auxquels ils sont exposés et sur les moyens mis en œuvre par l'employeur pour les protéger et, d'autre part, par la possible introduction du juge en cas, en particulier, d'atteinte à la santé des salariés, et bien entendu la possibilité de contrôle des services de l'inspection du travail et des CRAM.
- Le deuxième axe est la coopération des différentes sphères de l'État, ministère chargé du travail, de la santé, de l'environnement et l'adoption d'une culture de « plan ». Chacun, avec son approche particulière et en coordination avec les autres, interpelle le travail comme étant un déterminant de la santé des populations sur lequel l'État a un droit, une obligation de regard et d'intervention indépendamment de ce qui peut être négocié entre les partenaires sociaux. À cette fin, l'État s'est muni d'un appareil d'expertise indépendant pour diffuser l'évaluation des risques et gestion des risques.

➤ Enfin, troisième volet du triptyque, le ministère chargé du travail impulse une coordination entre les différentes instances amenées à intervenir sur les risques professionnels, ses propres services, la CNAM (branche AT/MP) et les services de santé au travail dans des actions communes et complémentaires en associant les partenaires sociaux à l'élaboration des politiques de prévention.

Mais le travail de toutes ces institutions repose sur des professionnels qui ont tout, comme on l'a vu précédemment, leur propre logique d'intervention, leur savoir professionnel constitué au fil du temps à l'épreuve de la réalité, à l'épreuve du travail de terrain.

L'enjeu déterminant est là : comment, avec quels moyens, ces professionnels seront associés à ce changement qui va entraîner un profond remaniement de leur pratique, pour que celui-ci se fasse à partir de leur savoir faire et non pas contre celui-ci, à partir de leur expérience et non pas contre leur expérience, à partir de leurs règles de métier et non pas contre celles-ci ?

C'est la condition *sine qua non* pour que ces changements s'inscrivent dans le réel et entraînent une protection de la santé des salariés et pas une suite de procédures formelles, obligeant chacun à passer plus de temps à faire du *reporting* pour rendre des comptes qu'à travailler. La réussite de cette mise en synergie de toutes ces structures ne se fera que si les professionnels s'y impliquent car ils y verront un moyen pour enrichir leur pratique, pour améliorer la qualité de leur travail et seront convaincus que toutes ces transformations vont dans le sens d'une meilleure protection de la santé des salariés.

**La question est bien de mettre le réel du travail au centre de ces transformations.**

## BULLETIN D'ADHÉSION

### Coupon à renvoyer à :

Association SMT 25 rue Edmond Nocard 94410 ST MAURICE

Tél. 06 79 72 44 30 / courriel : [a.smt@wanadoo.fr](mailto:a.smt@wanadoo.fr) / internet : <http://www.a-smt.org>

- Je suis intéressé(e) par les réflexions de l'ass. SMT et j'adhère pour l'année 2010
- Je suis adhérent à l'association et je règle ma cotisation 2010

Ci-joint un chèque bancaire ou postal de 95 €, à l'ordre de Association Santé et Médecine du Travail

Nom : ..... Adresse : .....

Prénom : ..... .....

Courriel : .....