

L'INSPECTION DU TRAVAIL, L'ENTREPRISE ET LES DROITS DES TRAVAILLEURS

I. L'inspecteur du travail et la santé sécurité au travail

Mission de l'inspection médicale du travail

Interaction avec les CHSCT et DP : exemple des risques psychosociaux

par Nicolas SANDRET, Médecin-inspecteur du travail en Ile-de-France

Les données de l'enquête SUMER (1) montrent que 22 % des salariés se plaignent de subir des comportements hostiles en 2010 (atteinte dégradante, déni de reconnaissance, comportements méprisants). Ils étaient 17 % en 2003. C'est la plus forte augmentation d'exposition que l'on relève depuis 2002. Ceux-ci sont imputés, pour plus de 85 %, à des salariés (hiérarchie, collègues) de l'entreprise. Ces comportements hostiles sont très fortement corrélés à un manque de moyens mis à disposition des salariés (information, formation, moyens, collègues, etc.) pour faire correctement leur travail. Ils sont un peu moins fortement corrélés à des contraintes de rythme de travail importantes, à l'absence de marges de manœuvre et à des horaires allant à l'encontre des rythmes sociaux. Enfin, ils sont très corrélés à une forte charge psychologique, à une faible latitude décisionnelle et à un faible soutien social (ce qui correspond aux différents axes du questionnaire du Karasek).

Une partie des comportements hostiles tirant leur racine dans le fonctionnement propre de l'entreprise, la prévention ne sera efficace que si elle est basée sur l'analyse des conditions réelles d'exécution du travail.

L'importance de cette dégradation du « travailler » est largement remontée par les médecins du travail, qui voient leurs consultations envahies par les problèmes de souffrance au travail, ces derniers ayant tendance à écraser toutes les autres problématiques. Cette dégradation est à mettre en rapport avec l'obligation de sécurité du résultat vis-à-vis de la protection de la santé physique et psychique des travailleurs qui pèse sur les employeurs depuis 2002, suite à une série d'arrêts de la Chambre sociale de la Cour de Cassation rendus en matière d'amiante (2).

La tension entre cette obligation et la réalité du terrain entraînent la mobilisation d'un grand nombre

d'acteurs, dont l'inspection du travail. J'aborderai plus particulièrement le rôle de l'inspection médicale du travail et, à travers elle, des services de santé au travail, des délégués du personnel et des CHSCT.

Inspection médicale du travail

L'inspection médicale du travail (IMT) est constituée, en théorie, de 70 médecins-inspecteurs répartis sur tout le territoire auprès des Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Direccte). Dans les faits, il n'y a que 40 postes pourvus, ce qui ne va pas sans poser de problème, puisque certaines régions, et pas des moindres (PACA), en sont dépourvues et que d'autres sont en sous-effectif.

Veille et alerte

Les missions de l'inspection médicale sont multiples. En particulier elle est chargée de faire remonter les problématiques santé/travail du terrain auprès de la Direccte concernée et auprès du ministère du Travail à partir d'enquêtes nationales, comme SUMER par exemple, mais aussi à travers des enquêtes plus ponctuelles/ciblées. Par exemple, en Basse-Normandie, une étude a été menée auprès des personnes ayant fait une tentative de suicide qui sont venues aux urgences de l'hôpital de Caen. L'objet de l'enquête était de déterminer la part du travail dans ces suicides. Cette remontée d'informations se fait aussi par la synthèse des conclusions et des tendances concernant les risques professionnels relevés par les médecins du travail dans leurs rapports annuels, ou lors des demandes de conseils au fil du temps, lorsqu'ils rencontrent des difficultés à gérer des situations nouvelles ou conflictuelles dans les entreprises dont ils ont la charge.

(1) SUMER est une enquête nationale menée par la Direction de l'animation, de la recherche et des études statistiques du ministère du Travail et l'inspection médicale du travail. Les médecins du travail sont les enquêteurs qui tirent au sort, parmi les salariés qu'ils suivent, 50 000 salariés qui sont interrogés. Une

fois le travail de redressement statistique fait, l'enquête permet d'avoir une représentation des expositions professionnelles des 22 millions de salariés en France.

(2) Soc. 28 fév. 2002, Bull. n° 81, Droit Ouvrier 2002 p. 166 n. F. Meyer et Droit Ouvrier 2003 p. 41 n. Y. Saint-Jours.

Ce travail correspond globalement à une activité de veille qui permet/devrait apporter une aide à l'élaboration des priorités régionales et nationales en terme de prévention.

Contrôle des services

Le deuxième versant de l'action de l'IMT est le conseil auprès de la Direccte vis-à-vis du contrôle des services de santé au travail (SST). Ce champ d'actions est aujourd'hui d'autant plus sensible et important que de profondes modifications ont été apportées par la réforme de 2011 sur la santé au travail dans les services de santé au travail.

Ce contrôle s'avère parfois difficile à mettre en œuvre avec efficacité, car il n'est pas sûr que l'IMT ait les moyens de l'assurer dans toute sa plénitude.

Théoriquement, pour fonctionner, un service de santé au travail doit être agréé tous les cinq ans par la Direccte ; cet agrément devrait donner quitus au SST qu'il fonctionne conformément à la réglementation (les services de santé au travail ont, en quelque sorte, une délégation de service public), et ainsi assurer une sécurité juridique aux entreprises qui y adhèrent sur la conformité du fonctionnement du SST avec la réglementation.

Or, supprimer l'agrément d'un service qui ne respecte pas la réglementation est, de fait, très difficile, voire quasiment impossible, car l'IMT n'a pas les moyens pour y faire face. Ne serait-ce que d'un point de vue matériel. Si vous avez un service qui suit 50 000 salariés, c'est autant de dossiers à archiver et à rendre en fonction des demandes des salariés qui veulent récupérer leur dossier ou le transmettre à leur nouveau médecin du travail, ce qui nécessiterait une logistique dont la Direccte ne dispose pas. Les difficultés sont aussi d'ordre réglementaire, car, souvent, les dysfonctionnements ne se situent pas sur les points les plus durs de la loi, bien que toutes les visites réglementaires (3) ne soient pas toujours effectuées, pas plus que les fiches d'entreprises (4) tenues à jour, et que la présence des médecins aux CHSCT ne soit pas systématique, etc., mais la réglementation antérieure à celle de 2011, avec ses quotas de salariés par médecins du travail (3 300 salariés/médecins), ne permettait pas que l'ensemble des missions affectées aux médecins soient réalisées. Cette défaillance était aggravée par la pénurie de médecins du travail. Ce qui était source d'une certaine gêne puisque, d'emblée, réglementairement, il n'était pas possible que les SST

puissent être en conformité avec le droit, sauf à rendre un service uniquement formel pour répondre à la réglementation. Aujourd'hui, la possibilité de moduler le rythme des visites, de déléguer des tâches à des infirmiers et l'introduction massive d'intervenants en prévention des risques professionnels pluridisciplinaires devraient permettre de répondre en termes réglementaires, mais pas obligatoirement en termes de qualité de la prestation ! Cela demandera un travail très important aux différents acteurs pour arriver à coopérer sur un objet commun, car il y a une disparité de statuts entre eux, le médecin du travail étant le seul à profiter du statut de salarié protégé. Les autres intervenants, bien qu'étant amenés à intervenir sur des problématiques souvent conflictuelles, comme les risques psychosociaux par exemple, sont souvent très fragilisés pour tenir une position en faveur de la santé des salariés, qui peut être en opposition avec la rentabilité à court terme de l'entreprise (5).

Enfin, souvent, les dysfonctionnements des SST concernent les principes mêmes du fonctionnement de ceux-ci comme, par exemple, l'atteinte à l'indépendance des médecins, qu'il est très difficile de prouver, même si un article du Code du travail (article R. 4623-54) la prévoit, alors que cette indépendance est la garantie d'une parole sur la santé des salariés, sur les facteurs de risques et sur la prévention qui soit le reflet de la réalité de l'entreprise, même si cette parole peut être dérangeante. Cette indépendance est garantie pour le médecin, qui est un salarié protégé et ne peut donc pas être licencié sans l'accord de l'inspecteur du travail, mais ceci n'empêche pas toutes les pressions et entraves à l'exercice de ses missions. De plus, cette notion d'indépendance a un champ plus ou moins large selon l'interlocuteur, étendue à toutes les activités du médecin d'après le Conseil national de l'ordre des médecins, limité à l'activité clinique pour certains cabinets d'avocats !

Le contrôle et la gouvernance

Au regard de ces difficultés, le contrôle d'un SST par la Direccte n'est possible que si les instances de gouvernance et de contrôle (conseil d'administration, commission de contrôle et commission médico-technique) de celui-ci fonctionnent correctement, etc. Ce qui n'est pas toujours le cas aujourd'hui.

Les SST interentreprises sont des associations loi 1901 dont la création est de la responsabilité des employeurs. Ces associations sont dites aujourd'hui

(3) Chaque salarié doit avoir une visite clinique à un rythme qui varie en fonction des expositions qu'il subit.

(4) Une fiche d'entreprise doit être faite pour toutes les entreprises et réactualisée souvent, selon une périodicité qui va dépendre de sa taille.

(5) v. par ex. les interrogations de T. Kapp « Le mystérieux salarié qui apporte son « aide à l'employeur pour la gestion de la santé et de la sécurité au travail » », Droit Ouvrier 2012 p. 253.

paritaires, car, au sein du conseil d'administration, il doit y avoir autant de représentants de salariés que d'employeurs, mais il s'agit d'un paritarisme particulier étant donné que la loi ayant instauré ce paritarisme stipule que le président, qui est un employeur, a une voix prépondérante en cas de litige. De toute façon, ce CA ne rend des comptes qu'à l'assemblée générale de ses adhérents, qui n'est composée que des employeurs. Celle-ci étant censée approuver le projet de service, et donc la politique du service, le dernier mot revient ainsi à l'assemblée générale des employeurs, dans laquelle les salariés ne sont nullement représentés. De plus, il n'est pas sûr que les représentants des salariés aient le temps et une formation suffisantes pour comprendre, et pouvoir éventuellement être une force de proposition, certaines modalités de fonctionnement du service et ses conséquences éventuelles en bout de chaîne sur l'efficacité du service vis-à-vis de la protection de la santé des salariés.

Il en est de même pour la commission de contrôle (CC), où les représentants des salariés sont majoritaires. Là aussi, la question du temps mis à disposition et la formation dispensée sont notoirement insuffisants pour appréhender le fonctionnement réel et les enjeux en santé au travail de tel ou tel service. Par exemple, dans les gros services qui peuvent avoir plus de 100 médecins, combien de représentants disposent du temps nécessaire pour lire les cent rapports annuels de ces médecins ? Souvent, ils se contentent de lire, au mieux, la synthèse de ces rapports faite par un médecin coordinateur, qui, souvent, ne reprend pas le contenu le plus questionnant de ceux-ci. Or, c'est à travers ceux-ci que les membres de la CC pourraient saisir les enjeux de santé au travail qui se posent dans les entreprises et les moyens ou difficultés que rencontrent les médecins pour y faire face, et ainsi questionner sur la politique du SST interentreprises (SSTI) qui a été adoptée.

Les procès-verbaux des différentes réunions de CA et CC montrent trop souvent la difficulté des représentants des salariés à se positionner. Une formation plus approfondie serait nécessaire pour leur permettre de jouer leur rôle, sinon le contrôle social des SSTI, tel qu'il est prévu et indispensable au bon fonctionnement et à la mission des SSTI, est mis à mal.

La commission médico-technique (CMT)

Les CMT créées par la loi de 2004 devraient élaborer le projet de service du SSTI et définir les priorités du service. Cette commission est composée des professionnels des services ou de leur représentant et d'un représentant de la direction. Elle devrait être une instance d'échanges, de création, de définition des priorités, etc. On pourrait penser que le président de

cette instance, qui doit être élu parmi ses membres, serait un professionnel de santé de cette instance élu par d'autres professionnels, Et bien non, d'après les données de la DGT, 95 % des CMT sont présidés par le directeur ou le président du service, ce qui laisse mal augurer de la liberté de paroles, de choix et des priorités définies par cette CMT.

Donc, globalement, ces instances de contrôle ou de gouvernance ont du mal à jouer leur rôle d'alerte sur les dysfonctionnements des SSTI qui nous permettraient, avec la Direccte et les agents de contrôle de l'inspection du travail, d'avoir à leur égard un rôle de surveillance et de guidage efficace.

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM)

Un autre apport de la réforme est la volonté de faire coopérer les différentes instances de prévention et de contrôle sur des problématiques communes de santé au travail. C'est l'objet des CPOM, qui doivent être signés par chaque SSTI avec la Direccte et le service de prévention de la CNAM (Carsat ou Cramif pour l'Île-de-France). Cet effort de coordination devrait être bénéfique, à long terme, pour les salariés, si le travail en commun se situe bien sur le fond des problématiques choisies et non pas sur la forme. L'importance donnée aujourd'hui aux indicateurs de suivi peut faire craindre le pire. De plus, cet effort de coordination et d'objectifs communs ne doit pas se faire au détriment de la réponse à la demande sociale émanant des entreprises.

Par exemple, en Île-de-France, nous avons défini une fiche d'action sur les risques psychosociaux, dont le préambule rappelait les données de base du Code du travail, comme l'obligation d'adapter le travail à l'homme, et d'autres données qui nous paraissaient acquises, telles que d'affirmer que tous les acteurs devaient participer aux actions de prévention, que la prévention devait se baser sur le travail réel et, enfin, que le travail était constructeur de santé. Ce préambule a suscité une fronde des représentants de certaines directions des services de santé au travail d'Île-de-France, ce qui fait que peu de services devraient s'engager sur ce terrain. À travers cet exemple, nous voyons que, malgré la mise en place de diverses instances de contrôle des priorités des services par les salariés et les professionnels, le pouvoir des directions, et donc des employeurs, reste intact vis-à-vis des modalités d'action à déployer par les SSTI. Cela montre aussi que, sur des problématiques aussi sensibles que celles des risques psychosociaux, une frilosité certaine existe. Il est plus facile de poser la question des risques psychosociaux en termes de stress, ce qui renvoie plus facilement la problématique vers l'incompétence du salarié à surmonter les

difficultés et l'apprentissage de la gestion du stress, plutôt que de réfléchir sur ce qui, dans l'organisation du travail, la charge de travail, la latitude décisionnelle, les conflits éthiques, pourrait être travaillé dans l'entreprise pour éviter cette éclosion de la souffrance au travail.

Action d'appui à l'inspection du travail

Parallèlement, l'inspection médicale du travail a également des actions d'appui aux agents de contrôle de l'inspection du travail :

- soit à leur demande, sur des points concernant le rapport entre pathologies et expositions professionnelles (mais, aujourd'hui, ce sont plus les ingénieurs de prévention rattachés aux Direccte qui assurent cet appui),
- soit dans le cadre d'avis à donner, définis par la réglementation comme pour les contestations des avis d'aptitude ou d'inaptitude des médecins du travail, ou dans le cas de demandes de licenciement de médecin du travail.

Animation et action sur les risques psychosociaux de l'IMT

L'IMT participe aussi à des actions de formation ou de réflexion avec les agents de contrôle. C'est dans cet axe de travail que, par exemple en Ile-de-France, nous avons constitué un groupe de travail intitulé « Comment agir sur les risques psychosociaux en pluridisciplinarité ». Ce groupe dit « pluridisciplinaire », qui regroupe des représentants syndicaux, des membres de CHSCT, des médecins du travail, des représentants de consultation souffrance au travail, des agents de contrôle, des agents de la Cramif etc., a essayé de clarifier, dans un premier temps, le rôle de chacun et les outils qui pourraient être utilisés. Ceci a fait l'objet d'un premier colloque, où étaient présents des représentants des salariés, des employeurs, des professionnels de la prévention, des agents de contrôle et des consultants.

Le deuxième colloque a porté principalement sur l'expertise CHSCT, car il ressortait de la réflexion des membres du groupe que, souvent, la demande d'expertise CHSCT était une porte de sortie quand le CHSCT avait l'impression de se trouver dans une impasse. La demande étant trop souvent floue, dans ces cas-là, le résultat, le compte-rendu de l'expertise, correspondait à une série de tableaux statistiques et de diagrammes décrivant une situation, mais n'apportant pas de pistes de réflexion ou d'action. Ce qui est ressorti de façon très importante, lors du travail d'élaboration, mais aussi lors du colloque,

est qu'il était l'important que le cahier des charges pose clairement les questions auxquelles le CHSCT souhaite avoir des réponses et que ce travail d'élaboration devait se faire à partir de l'analyse du travail réel. Cela nécessite que l'ensemble des membres du CHSCT soit formé aux notions telles que l'écart irréductible qui existe entre le travail réel par rapport au prescrit, et l'impact du travail comme déterminant de santé positif ou négatif, en particulier sur la santé psychique. Il ressortait également que, trop souvent, le médecin du travail était absent de cette élaboration de cahier des charges. Or, il devrait avoir une place déterminante pour ramener sans cesse aux centres du questionnement le réel du travail et son rapport à la santé.

Lors du troisième colloque, dont le titre était « Il est possible d'agir sur les RPS », la question des alertes a été abordée.

L'alerte du médecin du travail, qui a été créée par le décret de 2012, permet à chaque médecin, d'après l'article L.4624-3 du Code du travail, de déclencher une alerte quand un danger se présente pour la santé des salariés, alerte à laquelle l'employeur a l'obligation de répondre par écrit, ce qui peut donner une force particulière et une opérationnalité aux écrits des médecins du travail, qui, malheureusement, restent souvent lettre morte. Il est étonnant que cette alerte et la réponse de l'employeur ne soient pas données systématiquement au CHSCT ou au DP, mais simplement mises à leur disposition, ainsi qu'à celles des agents de contrôle. Ce droit d'alerte, si les médecins du travail s'en saisissent, pourrait être un outil précieux pour la prévention des risques psychosociaux.

La deuxième alerte est la demande d'expertise du CHSCT (ar. R. 4614-12) (6), mais celle-ci ne peut s'exercer que s'il y a risque grave, révélé ou non par un accident du travail, une maladie professionnelle ou à caractère professionnel, et intervient peut-être un peu tard puisque, là, nous ne sommes plus dans la prévention, mais dans l'extinction de l'incendie. Cette expertise peut être demandée plus en amont en cas de projet important modifiant les conditions de santé et de sécurité ou des conditions de travail, ce qui rejoint la problématique du deuxième colloque cité plus haut.

- La troisième alerte, qui revient aux délégués du personnel (article L.2313-1 et 2 du Code du travail) est, elle, très intéressante, car elle permet d'agir très vite en l'absence de danger grave. Les DP ont pour mission de « présenter à l'employeur toutes les

(6) Les expertises du CHSCT, RPDS fév. 2014 ; Le CHSCT, RPDS sept.-oct. 2012.

déclarations individuelles ou collectives relatives aux salariés, à l'application du Code du travail et des autres dispositions légales concernant la protection sociale, la santé et la sécurité, et de saisir l'inspection du travail de toutes plaintes et observations relatives à l'application des dispositions légales dont elle est chargée d'assurer le contrôle ».

« Si un délégué du personnel constate, notamment par l'intermédiaire d'un salarié, qu'il existe une atteinte aux droits des personnes, de leur santé qui n'est pas justifiée par la nature de la tâche, il en saisit immédiatement l'employeur, qui procède sans délai à une enquête avec le délégué et prend les dispositions nécessaires pour remédier à cette situation » (7).

En cas de carence de l'employeur, il est possible de saisir le bureau du jugement du Conseil de prud'hommes, qui statue selon la forme du référé (8).

Cette possibilité-là, grâce à sa souplesse, devrait être utilisée de façon plus courante pour tout ce qui concerne les risques psychosociaux, mais, apparemment, ce n'est pas vraiment le cas. Pour quelles raisons : méconnaissance, manque de formation ?

Conclusions

En conclusion, nous voyons que beaucoup de dispositifs existent dans les textes, qui devraient faciliter la prévention des risques psychosociaux et permettre aux employeurs de respecter leur obligation de

sécurité de résultat pour la protection de la santé physique et psychique des salariés qu'ils emploient. Mais beaucoup de ces dispositifs, finalement, ne fonctionnent pas très bien, du fait d'une insuffisance de moyens en termes de personnes, de formations, d'informations, etc. Mais cela ne sera pas suffisant, même si ces moyens étaient démultipliés, si la prévention n'est pas effectuée à partir du réel du travail, c'est-à-dire la mise en visibilité de la mobilisation, par le salarié, de son intelligence, de sa sensibilité, de ses savoir-faire, pour que le travail se fasse malgré la variabilité du réel. La négation de cette mobilisation subjective du salarié pour combler l'espace irréductible qu'il y a entre le travail prescrit par le bureau des méthodes, la procédure et le réel, est très délétère pour la santé.

D'ailleurs, si le salarié ne comble pas cet espace avec sa subjectivité, le travail ne se fait pas, et se cantonne à ne faire que ce qui est prescrit, c'est faire la grève du zèle et l'on sait que c'est le meilleur moyen pour bloquer le processus de travail.

La prévention du risque psychosocial ne peut être efficace que s'il y a une prise en compte de cet engagement des salariés, malgré la complexité et la résistance du réel pour que le travail se fasse. C'est pourquoi la participation des salariés à la démarche d'évaluation et de la prévention des risques est indispensable, car ils sont les seuls à connaître cette réalité du travail.

Nicolas Sandret

(7) La mission des délégués du personnel, RPDS déc. 2010 ; Le droit d'alerte des délégués du personnel : un droit qui s'impose à l'employeur, RPDS fév. 2010.

(8) pour une illustration v. CA Grenoble 7 mars 2007, Droit Ouvrier 2007 p.399 n. M. Keller sur appel de CPH Grenoble 7 nov. 2005, Droit Ouvrier 2006 p.321 n. P. Adam.



IL FAUT SAUVER LE DROIT DU TRAVAIL !

par Pascal Lokiec

Ce livre est un plaidoyer en faveur du droit du travail. Sans nier ni son coût ni sa complexité, il montre que la subordination est aujourd'hui encore au cœur des relations de travail et qu'il importe, dans l'intérêt de tous, qu'elle soit encadrée. Il décrypte les multiples stratégies des entreprises pour contourner les contraintes du droit et souligne que celles-ci sont souvent contrées avec succès par le recours croissant du juge aux droits fondamentaux.

Car la santé et la qualité du travail sont loin de s'opposer à la productivité de l'entreprise. Et de cela le droit du travail est bien le garant.

Pascal Lokiec est professeur à l'université Paris Ouest-Nanterre-La Défense.

Editeur : Editions Odile Jacob 2015 - 176 pages - ISBN 978-2-7381-3222-2 - 19,90 euros