



HAL
open science

L'évaluation comme processus de construction des risques professionnels et de rationalisation de leur gestion : la place du CHSCT (Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail) dans l'action et dans la régulation entre les acteurs

Philippe Sotty

► To cite this version:

Philippe Sotty. L'évaluation comme processus de construction des risques professionnels et de rationalisation de leur gestion : la place du CHSCT (Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail) dans l'action et dans la régulation entre les acteurs. Gestion et management. Université de la Méditerranée - Aix-Marseille II, 2005. Français. NNT : . halshs-00004285

HAL Id: halshs-00004285

<https://theses.hal.science/halshs-00004285v1>

Submitted on 27 Jul 2005

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.

UNIVERSITE D'AIX – MARSEILLE II
FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES ET DE GESTION
Laboratoire d'Economie et de Sociologie du Travail (LEST / CNRS - UMR 6123)

THESE

Présentée et soutenue publiquement par

Philippe SOTTY

En vue de l'obtention du
DOCTORAT EN SCIENCES DE GESTION

Le 9 février 2005

**L'EVALUATION COMME PROCESSUS DE CONSTRUCTION DES RISQUES
PROFESSIONNELS ET DE RATIONALISATION DE LEUR GESTION**

**LA PLACE DU CHSCT
(COMITE D'HYGIENE, DE SECURITE ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL)
DANS L'ACTION ET DANS LA REGULATION ENTRE LES ACTEURS**

Directeur de thèse :

Monsieur Alain d'Iribarne, Directeur de recherche au CNRS

JURY

M. Jean-François CHANLAT	Professeur en sciences de gestion, Université Paris Dauphine
M. Jean-Denis COMBEXELLE	Directeur des Relations du Travail, Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion Sociale

Rapporteurs

M. François DANIELLOU	Professeur d'ergonomie, Université Victor Segalen de Bordeaux
M. Jean-Claude MOISDON	Professeur en sciences de gestion, Ecole Nationale Supérieure des Mines de Paris

La faculté n'entend donner aucune approbation
ni improbation aux idées émises dans cette thèse.

Son élaboration a été soutenue par le ministère en charge du travail.
Son auteur a bénéficié d'une totale liberté dans sa méthode de travail et
dans l'expression de ses conclusions.

Les opinions que développe cette thèse doivent donc être considérées
comme propres à leur auteur.

REMERCIEMENTS

A Alain d'Iribarne, pour son art de la maïeutique et son aide à construire ma thèse.

Au personnel du LEST et, plus particulièrement, à Eric Verdier qui a largement contribué à la construction de ce lourd projet et à Philippe Mossé pour son accompagnement attentif et ses précieux conseils.

Aux établissements qui ont constitué mon terrain de recherche : leurs directions, salariés, représentants du personnel, cadres, médecins du travail, inspecteurs du travail ... pour avoir accepté, avec beaucoup de disponibilité, de me confier une part importante de leur activité.

Au Ministère du travail, qui m'a permis de réaliser ce travail, en totale liberté.

Aux collègues de l'inspection du travail et des réseaux d'acteurs avec lesquels j'ai nourri ce souci de progresser dans les savoirs et les pratiques et, plus particulièrement, à tous ceux qui m'ont conseillé, lu, critiqué, bref fait progresser, dont notamment Xavier Cuny, Pierre Trinquet, Emmanuel Abord de Chatillon, Stéphane Vauclin, Claude Acchiardi, Sylvie Brico, Marie-Sophie Marcou, Hervé Nardias ...

Aux membres du jury d'avoir accepté la charge de juger ce travail.

A Rachel, Elsa et Solène pour leur patience et leur soutien.

SOMMAIRE

Sommaire.....	p 1
Introduction générale.....	p 3
Glossaire des sigles utilisés.....	p 17
Première partie : Evolution de l’approche des risques professionnels, état des lieux et perspectives - problématique et méthodologie de recherche	p 19
1) L’approche des risques professionnels : construction et évolution de la trilogie concepts / acteurs / pratiques.....	p 20
2) La problématique actuelle de la gestion des risques professionnels : état des lieux et perspectives.....	p 50
3) La méthodologie et le terrain de recherche.....	p 78
Conclusion de la première partie.....	p 122
Deuxième partie : la construction / rationalisation des risques professionnels : approche théorique et empirique	p 125
1) Approche théorique des risques et de leurs pratiques de construction	p 126
2) Les trois pratiques de construction / rationalisation des risques dans les établissements étudiés.....	p 167
3) La gestion des risques comme construction structurée et itérative entre : initiation, évaluation, prescription, action et apprentissage.....	p 219
Conclusion de la deuxième partie.....	p 241
Troisième partie : Les acteurs de la gestion des risques et la place du CHSCT dans la régulation et l’action	p 245
1) Missions, moyens et indicateurs des CHSCT étudiés.....	p 246
2) Les outils de construction et de gestion des risques dans les établissements étudiés.....	p 264
3) Les acteurs et la régulation au sein des CHSCT étudiés : une affaire de savoirs et de relations	p 294
Conclusion de la troisième partie.....	p 373
Synthèse et perspectives : l’évaluation comme processus de construction des risques professionnels et de rationalisation de leur gestion : les pistes à explorer ...	p 375
Bibliographie.....	p 383
Annexes.....	p 395
Tables des figures et tableaux.....	p 409
Plan détaillé.....	p 411

INTRODUCTION

L'évolution des entreprises et les actions de prévention, ont permis au cours des trois dernières décennies d'effectuer d'importants progrès, en matière de risques professionnels. La forte réduction du nombre des accidents du travail mortels - ils ont été divisés par trois en 30 ans - en atteste. Cependant, la situation n'est pas aussi satisfaisante en matière de santé au travail. En effet, les entreprises connaissent des difficultés pour appréhender certaines situations de risques comme celles pouvant entraîner des pathologies à effets différés qui requièrent une grande capacité d'anticipation (l'amiante en est un bon exemple). D'autre part, l'analyse des conditions de travail et de leurs impacts sur la santé constitue une autre difficulté. Ces trois dimensions des risques, habituellement dénommées : santé (qui renvoie aux maladies professionnelles), sécurité (qui se réfère aux accidents du travail) et conditions de travail (qui relèvent d'une approche conceptuelle plus floue allant du bien-être au travail, aux harcèlements, en passant, entre autre, par la charge mentale) sont aujourd'hui considérées comme indissociables. Dans cette thèse, nous adopterons donc une conception élargie du risque à ces trois dimensions, en utilisant le terme usuel aujourd'hui de santé-sécurité au travail (SST) (Vauclin, 2000). Ce choix, ou plutôt cette position qui s'impose à nous, complexifie, mais aussi enrichit l'approche. Elle nécessite de mobiliser plusieurs disciplines scientifiques (sciences de l'ingénieur, sciences sociales, sciences de l'homme ...) pour analyser plus complètement les risques.

La démarche de prévention, d'apparence évidente et simple, s'avère en fait très complexe. En effet, pour anticiper les atteintes à la santé, c'est-à-dire les prévenir, il faut appréhender les modalités d'exposition des salariés aux dangers, ou aux facteurs de risque, c'est-à-dire : évaluer ou caractériser le risque. Nous bâtissons notre thèse sur la base de ce qui est pour nous un acquis, à savoir : une conception du risque, non comme une donnée mais comme une construction. Dès lors, le point de vue que nous défendons est que l'évaluation constitue un processus de construction des risques professionnels et de rationalisation de leur gestion. Cette rationalisation requiert la prise en compte de différentes dimensions qui, pour la plupart d'entre elles, sont exprimées au CHSCT ou ont vocation à l'être. Cette instance est donc susceptible d'occuper une place importante dans la régulation des acteurs et des actions contribuant au traitement des risques professionnels.

De ce fait, ce dernier comporte une problématique de régulation (Reynaud E et JD, 1994) et de gestion (Hatchuel, 2001).

La contribution que notre recherche tentera d'apporter concernera plus particulièrement l'identification des composantes de cette gestion qui, selon nous, repose sur une régulation entre les savoirs et les relations.

En mettant en perspective historique les concepts, les acteurs et les pratiques relatives aux risques, nous verrons que ces dernières ne sont pas que préventives mais peuvent également être curatives ou adaptatives.

Nous compléterons cette approche historique, par l'exploration des dimensions théoriques et empiriques. Elles nous permettront de structurer au fur et à mesure les composantes que nous aurons identifiées pour la gestion des risques et leurs interactions éventuelles.

Notre thèse est construite en trois parties : - la problématique et la méthodologie d'étude - la construction des risques - et les acteurs de leur gestion.

La première posera les bases de notre problématique qui nous permettra de structurer notre méthodologie de recherche. Elle insistera pour cela plus particulièrement sur l'évolution historique de l'approche des risques, des connaissances et des configurations d'acteurs.

Cette importance accordée au contexte nous amènera à contextualiser notre recherche et son objet en mettant en relation d'une part les caractéristiques externes et internes des entreprises étudiées et, d'autre part, les relations professionnelles.

Dès lors nous pourrons, dans la deuxième partie, nous intéresser plus spécifiquement, de manière théorique et empirique, à notre objet : le risque et ses modalités de construction / rationalisation.

Enfin, la troisième partie nous conduira à situer et à décrire les acteurs de la gestion.

Revenons maintenant à notre problématique.

La problématique : de la construction du risque et de sa gestion, à la quête actuelle de nouveaux repères

Depuis toujours, la gestion des risques est une préoccupation inhérente à toute activité humaine. Elle est néanmoins très diversement mise en œuvre, selon le contexte.

La première moitié du 20^{ème} siècle a surtout été marquée par la résignation face aux risques professionnels compte tenu du contexte politique et économique (deux guerres et une crise économique). Elle a néanmoins permis l'expérimentation de certaines pratiques de prévention. La période qui suit la deuxième guerre mondiale connaît une accélération du

processus, grâce à la mise en place d'acteurs institutionnels. L'un des objectifs opérationnels est en effet de pouvoir mobiliser au mieux la « force de travail » des salariés dans les meilleures conditions « d'hygiène et de sécurité ».

Ainsi, plusieurs évolutions structurelles sont apparues : une articulation forte entre la prévention et la réparation avec la création de la sécurité sociale qui crée une place aux partenaires sociaux ; la mise en place de la médecine du travail qui introduit une approche experte de la santé ; et des comités d'hygiène et de sécurité qui donnent la parole aux salariés.

Des évolutions conceptuelles sont arrivées plus tard, tel que le principe de sécurité intégrée (expérimenté dans les années 60 et légiféré en 1976) et l'émergence de la problématique des conditions de travail dont le point de repère emblématique est constitué par les mouvements sociaux de 1968 (en 1973 : création de l'ANACT et, dans les grandes entreprises, des Commissions d'Amélioration des Conditions de Travail). Enfin, les années 90 connaissent l'émergence, d'une part, du droit social européen développé pour donner à la construction européenne, essentiellement économique, un volet social et, d'autre part, des questions de santé liées au travail.

Nous verrons que cette démarche a constitué une évolution décisive.

Cette description historique structure et conforte nos deux premières « données » : - le risque comme construction contextualisée - et l'approche des risques professionnels comme démarche de gestion.

Depuis la fin des années 90, le système de gestion des risques professionnels français est en quête de nouveaux repères, essentiellement conceptuels et relationnels. Cette crise est sans doute liée à de mauvais résultats (dégradation des conditions et de la santé au travail (DARES, 2002)), à l'introduction de nouveaux concepts (émergence du droit européen) et à une demande sociale plus forte.

La fin du 20^{ème} siècle et le début du 21^{ème} constituent ainsi une période difficile qui montre les limites du système de gestion des risques : des institutions dont les pratiques ont peu évolué, dans un environnement où le travail, les risques, les connaissances, la demande sociale ont, eux, évolué fortement. Ces mauvais résultats, outre la mise en débat des pratiques, interpellent les concepts et les acteurs. Non seulement ils accéléreront l'élargissement du concept de risque à la santé et aux conditions de travail mais ils provoqueront également une réflexion sur les pratiques de gestion et leur nécessaire évolution.

Les concepts spécifiques à la gestion des risques¹ sont multiples et souvent polysémiques. Celui d'accident a permis de faire progresser leur prévention mais la démarche qu'il induit présente le double inconvénient d'être plus curative que préventive et ne permet pas d'appréhender les questions de santé, prégnantes aujourd'hui. Le concept de risque permet lui de prendre le problème en amont donc de manière plus préventive, mais, en conséquence, de manière plus virtuelle puisqu'il s'agit de prévenir un dommage non encore réalisé. Pour être moins virtuel le risque a besoin d'être évalué, c'est-à-dire caractérisé, essentiellement sur deux registres : le danger et le mode d'exposition des salariés à ce danger. Cette caractérisation soulève deux difficultés méthodologiques : la première est que le risque est une construction politique, juridique, scientifique, individuelle et sociale qui nécessite de prendre en compte notamment les savoirs ; la deuxième, liée à la première, tient au fait que l'évaluation des risques relève d'une régulation entre les acteurs et donc des relations entre eux.

Nous analyserons les modes et pratiques de gestion des risques, en lien avec les concepts qui les nourrissent pour décrire leurs principaux déterminants.

Le droit du travail en est un. Il a connu depuis plus de dix ans une importante rénovation, sous l'impulsion de la construction européenne. Parmi les « principes généraux de prévention » que cette rénovation a introduit figure celui « d'évaluation des risques ». Il devait donner un nouveau souffle à la prévention mais, d'essence anglo-saxonne, il n'a pas réussi à trouver sa déclinaison opérationnelle ce qui ne lui a pas encore permis de contribuer, comme attendu, à l'évolution des pratiques.

Sa difficile transposition, en droit et en pratiques, a fait l'objet d'injonctions de la Commission Européenne auprès de la France, comme d'ailleurs auprès d'autres pays.

Par contre, la construction européenne aborde peu l'aspect structurel et organisationnel des acteurs, ce qui la rend peu incitative dans ce domaine. Ainsi, la seule évolution structurelle

¹ Dans ce texte, nous utiliserons les définitions suivantes, qui seront explicitées dans la troisième partie. Le risque correspond à la rencontre d'un salarié avec un danger (ou facteur de risque). L'identification des risques est le repérage des dangers et des salariés qui y sont exposés. Nous considérons l'évaluation des risques non pas comme une règle ou un acte formel, mais comme une démarche de fond, permettant d'analyser et de comprendre les modalités d'exposition des salariés aux dangers. Le concept de gestion, selon les auteurs, englobe ou non les précédents. Il en existe trois acceptions usuelles. La plus restrictive assimile la gestion à la préparation et la mise en œuvre des décisions. Certains auteurs (Setbon ...) distinguent ainsi deux étapes dans l'approche du risque : son évaluation et sa gestion. En matière de sécurité sanitaire, Dab évoque la « *séparation fonctionnelle entre le champ de l'expertise et celui de la décision* ». La deuxième acception considère que la gestion comprend toutes les étapes de la prévention (de l'évaluation des risques, aux décisions et à leur mise en œuvre). Gestion et prévention deviennent alors synonymes. La troisième est la plus large. Elle englobe tous les modes possibles de traitement des risques (évaluation, accommodation, acceptation, correction, prévention, réparation, rémunération, programmation ...). Dans notre approche empirique nous avons rencontré l'ensemble de ces actions. C'est ce qui nous a amené à retenir cette dernière définition pour l'expression « gestion des risques ». Ceci en complexifie l'analyse mais la situe dans la réalité.

française récente² concerne la transformation des services de médecine du travail en services de santé au travail. D'autres démarches, comme le projet actuel de « plan santé - travail 2005 - 2009 », tentent de résoudre les difficultés actuelles en complétant ce dispositif, ce qui montre l'acuité et l'actualité du problème.

Ces évolutions, dont certaines sont en cours, sont trop récentes et pas suffisamment achevées pour que nous puissions les analyser dans cette thèse.

Elles s'inscrivent dans un mouvement amorcé, notamment en février 1999, par l'ensemble des partenaires sociaux. Ils ont proposé à l'Etat d'organiser une réflexion³ sur la nécessaire évolution de l'organisation de la prévention des risques professionnels. Cette réflexion a été interrompue pour être intégrée à la négociation dite de la « refondation sociale ». Cette volonté réformatrice se heurte toutefois à trois difficultés : le désaccord des partenaires sociaux entre eux sur les modalités de restructuration, la résistance des acteurs du système de prévention, enfin la position du ministère du travail qui ne souhaite pas impulser une réforme de fond sans l'accord des partenaires sociaux. Ceci fait que si le système connaît des retouches depuis plus de 15 ans, leur succession ainsi que l'absence de réforme en profondeur ne permettent pas une évolution significative et cohérente du dispositif.

Une autre demande s'ajoute aujourd'hui : celle de rendre les acteurs du travail davantage acteurs que sujets de la gestion des risques. Son corollaire est l'accroissement de leurs marges de manœuvre et l'amélioration de la capacité de participation directe et représentative des salariés.

L'évolution historique montre bien la construction du système, son institutionnalisation avec comme conséquence la montée de l'expertise, dont aujourd'hui la légitimité est à construire ou à reconstruire par l'amélioration des relations entre les acteurs. Nous considérons, en effet, que les pratiques d'évaluation des risques découlent des « *représentations et d'un effort plus ou moins concerté des instances gouvernementales, administratives, scientifiques, patronales et syndicales pour mieux connaître la nature, l'ampleur et les causes des problèmes rencontrés au travail.* » (Chanlat, 1995, p 14). La dimension juridique s'est d'ailleurs aujourd'hui rajoutée aux instances précédemment évoquées.

² Légiférée par la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002.

³ Cette première prise de position aura une suite puisque le 13 septembre 2000 les organisations patronales, la CFDT, la CFTC et la CFE-CGC signeront un accord sur la santé au travail et la prévention des risques professionnels. Cet accord a fait l'objet de nombreux débats et polémiques et sa mise en œuvre est limitée. Nous l'évoquerons dans la première partie de notre thèse (chapitre 2).

Comprendre l'articulation de ces composantes est bien au cœur de notre recherche.

La recherche : comprendre pour agir

Nous terminerons la première partie par la présentation de la motivation, de la méthodologie et du terrain de la recherche.

Sa motivation trouve son origine dans le travail collectif mené depuis plus de dix ans par les services déconcentrés du ministère du travail en Provence Alpes Cote d'Azur, notamment en matière d'évaluation des risques. Cette démarche, pour continuer à progresser, a nécessité de développer de nouvelles compétences pour essayer de répondre aux questions qui ressortaient de notre pratique⁴.

Cette recherche ne vise pas à faire évoluer le terrain sur lequel elle intervient, comme peut le faire une recherche - action. Elle constitue une formation - action par la recherche, voire une recherche - développement sur nos pratiques. Elle s'inscrit ainsi dans une logique institutionnelle interne, pour le ministère chargé du travail, plus particulièrement au niveau régional. L'objectif est qu'elle puisse alimenter, nourrir, faciliter l'action de ses services.

L'exploration empirique de notre terrain s'est déroulée en cinq étapes, sur la base d'une analyse intensive et comparative de quatre établissements de soins similaires. Nous ne l'avons pas observé au niveau du travail réel des salariés, qui fait déjà l'objet de nombreuses publications, mais à celui de la régulation entre les acteurs du CHSCT. La première des cinq étapes a été déterminante pour sa structuration : elle a en effet montré qu'il n'était pas pertinent de partir d'un référentiel « académique⁵ » pour analyser les pratiques des entreprises en matière d'évaluation des risques. Il convenait plutôt d'analyser les pratiques en essayant

⁴ Il est aujourd'hui trop tôt pour analyser l'impact de notre recherche sur notre activité.

Initialement, elle avait pour ambition de contribuer, de manière novatrice, à la démarche d'ensemble engagée par le ministère du travail, en articulant les aspects théoriques de l'évaluation des risques (contribution à la constitution d'une « doctrine française ») et l'analyse fine du terrain (analyse comparative de certaines pratiques, et articulation avec le prescrit externe). Rappelons simplement ici les objectifs, différents et évolutifs de chaque acteur.

Pour nous, comme cela a été développé précédemment, l'objectif était de conduire une réflexion et produire des idées à travers une activité soutenue de recherche et de confrontation ancrée dans une pratique professionnelle au sein du ministère de l'emploi et de la solidarité. Les annexes 1 et 2 détaillent nos motivations.

Pour le ministère du travail, l'attente s'est exprimée dans un premier temps en terme de production d'outils. Dans un deuxième temps, il a clairement exprimé l'indépendance qui nous était donnée dans cette recherche dont les résultats ne l'engageaient pas. L'intérêt de cette position est la liberté totale qui nous a été donnée pour mener notre travail. La difficulté du ministère à définir une attente, voire une commande, en constitue une limite.

Le comité de pilotage a, lui, exprimé une demande de contribution à l'animation interne des services du ministère du travail et une association des partenaires institutionnels.

⁵ Par référentiel « académique » nous entendons un référentiel issu du droit, des normes ou des règles de l'art structurées dans certaines entreprises et qui font références.

d'identifier, parmi celles-ci, les déterminants de la gestion des risques et leur variabilité. Cela nous a imposé une analyse à la fois par la théorie et par la pratique. Si théorie et pratique convergent sur le constat que la gestion des risques relève d'une régulation, elles divergent sur beaucoup d'autres aspects, illustrant ainsi le manque de cohérence entre concepts, acteurs et pratiques.

Nous analyserons la place de l'évaluation en lien avec l'organisation et la gestion de l'entreprise en général et des risques en particulier. Nous utiliserons l'évaluation des risques comme « analyseur » des pratiques réelles. Nous essaierons ainsi de comprendre comment cette démarche s'intègre dans l'organisation et la gestion des risques. Notre hypothèse de recherche considère que la démarche d'évaluation des risques contribue à faire évoluer les pratiques de prévention vers des pratiques de gestion des risques. Cette démarche nécessiterait et permettrait la participation des acteurs concernés. Ceci contribuerait à améliorer la régulation du processus de gestion et à rationaliser les actions donc à leur donner plus de légitimité.

Le CHSCT sera donc, logiquement, notre lieu central d'analyse en tant que lieu institutionnel de concertation sur la gestion des risques. Cet intérêt porté au CHSCT est d'autant plus important et justifié que les salariés⁶ le considèrent aujourd'hui comme l'acteur de la prévention le plus efficace.

Nous analyserons ainsi son rôle dans le « système régulateur » de la gestion des risques.

A l'heure où l'organisation de la gestion des risques professionnels en France est fortement discutée et a besoin de construire un nouveau système de légitimité (Laufer, 1993), cette capacité de régulation nous paraît fondamentale pour lui permettre de disposer d'une double capacité à évoluer et à se stabiliser. Pour nous, cette évolution / stabilisation conceptuelle est en effet indispensable pour assurer une évolution / stabilisation des acteurs⁷ et de leurs pratiques⁸ ainsi que de leurs modalités de régulation collective⁹.

⁶ Source : Ministère du Travail - Enquêtes d'opinions auprès des salariés.

⁷ L'évolution de la médecine du travail, notamment, est en chantier depuis plus de 15 ans et illustre cette difficulté.

⁸ La difficulté de mise en œuvre de la démarche d'évaluation des risques en est une illustration, de même que la difficulté à passer d'une logique curative à une logique préventive indispensable pour la prévention des pathologies à effets différés.

⁹ Il n'est d'ailleurs pas surprenant que la régulation entre acteurs institutionnels constitue un volet important du projet de « Plan santé - travail 2005 - 2009 ».

Voyons à présent les concepts retenus pour « éclairer » notre thèse.

Les concepts théoriques intéressants la gestion des risques : organisation, gestion, régulation et savoir

Quatre grandes familles de concepts seront ainsi explorées : - l'organisation de l'entreprise en général et de la gestion des risques en particulier - la gestion et le management - les règles et la régulation - et enfin les savoirs. Nous verrons que ces quatre registres sont indissociables et interactifs.

L'organisation

Nous commencerons par l'organisation car c'est elle qui donne le cadre de mise en œuvre de la gestion, de la régulation et des savoirs. Nous analyserons tout d'abord comment l'organisation de l'entreprise en général et de la gestion des risques en particulier structure tant les acteurs que les actions qui pourront être développées. Nous retiendrons comme acquis que la gestion des risques trouve son efficacité optimale quand elle est intégrée à l'organisation et à la gestion de l'entreprise (Cavé, Monteau (1992), Favaro (1990) ...).

Pour l'analyse de terrain, la difficulté récurrente à laquelle nous serons confronté constitue presque une injonction contradictoire. D'une part, il est indispensable d'isoler, de « dénaturiser », l'objet « risque » pour pouvoir l'analyser. D'autre part, pour aborder sa logique de gestion, il faut le considérer comme un objet intégré à celle-ci. S'agit-il vraiment d'une contraction, ou bien plutôt d'un processus itératif intégration / dénaturisation ? En tout état de cause, nous considérerons qu'il n'y a gestion des risques que quand ceux-ci ne sont pas traités comme « sujet unique », mais intégrés à « l'unité d'action collective » de l'entreprise (David¹⁰, 2002).

La gestion

L'organisation étant indissociable de la gestion, la transition avec ce dernier aspect sera d'autant plus aisée. Nous en traiterons les principales composantes qui, selon nous, intéressent les risques professionnels. L'introduction de la régulation permettra d'éclairer les modalités de construction des risques et d'élaboration des régulations nécessaires à leurs évaluations. Le traitement des risques apparaît alors comme une logique de gestion intégrant des éléments

¹⁰ « Il y a « gestion » lorsque l'action collective ne se réduit pas à une métaphysique, c'est-à-dire à un principe totalisateur ou à un sujet unique. L'entreprise est un collectif particulier, qui a la propriété fondamentale d'être obligée de se reconcevoir en permanence. Autrement dit, l'entreprise est sans cesse en train de lutter contre sa propre naturalisation en tant qu'unité d'action collective. » (David, 2002, p 176).

d'opportunité et il devient important de comprendre comment sont gérés les risques en terme de représentations et de régulation. Pour analyser ces actions « collectives » ou « communes », nous mobiliserons plus particulièrement les acquis concernant les actions collectives et les apprentissages organisationnels. Nous retiendrons le cadre proposé par Hatchuel (2001) pour caractériser l'action collective : ses deux opérateurs - savoir et relation - et la non séparabilité de ceux-ci.

Le risque sanitaire en général a été longtemps associé à une crise du savoir qui a conduit à l'émergence du principe de précaution. Il a ensuite été appréhendé par la problématique de la gestion des aléas ((Lascoumes (1991), Rychen et Pivot (2002)). Ce mode d'approche, par les « aléas », peut sans doute être pertinent en terme d'accidents trouvant leurs origines dans une conjonction aléatoire de certains déterminants. Par contre, il ne nous paraît pas applicable à notre conception « élargie » des risques.

Certaines expositions n'y sont pas aléatoires mais gérées. Les particularités de certains risques : - d'inondation - d'explosion nucléaire - de pollution environnementale - d'effet indésirable d'un médicament ou d'un aliment - d'infection nosocomiales à l'hôpital - de maladies professionnelles ou d'accident du travail - ... justifie des approches spécifiques. Certains relèvent effectivement d'une crise du savoir, d'autres, beaucoup plus d'une crise de la relation. Le point commun essentiel, que nous privilégierons, concerne l'introduction de la gestion et de son corollaire, les dimensions, sociales, politiques, scientifiques, juridiques et économiques.

Nous introduirons également la concrétisation de la gestion, qui est la construction d'actions organisées dont les mécanismes d'apprentissage constituent une clé essentielle.

La régulation

Nous explorerons la régulation dans ses 3 composantes qui selon nous interpellent le plus notre recherche : - ses différents modes - la construction de la règle ou de la prescription - et son cadre.

Pour l'appréhension des différents modes de régulation, nous nous référerons aux grands « classiques » (Reynaud (1989), ...) tant ils nous paraissent, en l'état, adaptés à notre objet de recherche. Cela nous permettra notamment d'aborder les relations entre acteurs.

Ces trois modes et cadres de construction de la prescription sont à la fois spécifiques et dépendants. Spécifiques parce qu'ils renvoient à la logique et aux enjeux de chaque niveau d'acteurs. Concernant l'évaluation des risques, les enjeux oscillent entre la volonté de certains

acteurs de la voir introduire davantage de flexibilité, ce qui peut cacher de réels besoins, mais aussi la « *dureté des rapports de force* » (Chouraqui, 1993, p 57) et la nécessité de déplacer les lieux et les modes de régulation. Leur dépendance est illustrée par l'impact du prescrit externe qui, selon qu'il sera plutôt substantiel ou procédural, influera sur le mode de prescription interne et notamment sur les modes de participation des salariés, directe et représentative.

Cette analyse introduit la nécessaire approche par les savoirs.

Les savoirs : une construction entre « données » et « construits », entre « pairs » et « experts »

Les savoirs peuvent être abordés par de multiples entrées. Nous en retiendrons trois : - leur typologie - leurs acteurs - et leur construction / apprentissage.

Nous observerons ainsi les deux types de savoirs utiles en matière de gestion des risques : - les connaissances que nous appellerons « constituées », c'est-à-dire des « données » académiques comme la médecine, les sciences de l'ingénieur, les connaissances « normatives » issues des prescrits externes - et les connaissances que nous appellerons « construites » dans l'entreprise ; elles sont issues, entre autres, de la connaissance du travail réel et de l'expérience qui en est tirée. Ces deux formes de savoirs sont intimement liées, l'une se nourrit de l'autre, dans une articulation entre le « donné » et le « construit ».

Les savoirs « donnés » sont eux-mêmes le résultat d'une construction, dont l'IGAS (2003) notamment, regrette la faiblesse en matière de risques professionnels. Cela nécessitera, pour nous, de faire une analyse « politique » de cette construction.

Les savoirs « construits » requièrent différentes capacités que l'on peut exprimer en terme de « *savoir-faire* », de « *savoir-comprendre* » ou de « *savoir-combiner* » (Hatchuel, 1997) selon que l'on considère le savoir comme la capacité - de passer d'une cause à un effet - de remonter des effets aux causes - de combiner les causes et les effets.

Sur le plan cognitif, ils sont soit issus de la « théorie » et renvoient à l'expertise, soit issus de la pratique et construits par les opérateurs. Nous nous attacherons à décrire : - l'usage de ces deux types de savoirs - et les acteurs qui en sont porteurs, à des niveaux différents et complémentaires. Pour être complémentaires, les relations entre acteurs doivent permettre l'échange des savoirs ; savoir et relation sont alors inséparables (Hatchuel, 2001).

Nous ne considérerons donc pas les savoirs comme des données acquises et figées, mais comme des connaissances construites et évolutives dans le cadre d'un processus d'apprentissage. Ils ont ainsi besoin, pour se construire et nourrir les relations et les actions, de traducteurs (Callon, 1986), ou de passeurs qui sont soit des « pairs », soit des « experts ».

L'une des problématiques que nous aurons à explorer est l'articulation entre les savoirs des acteurs institutionnels, plutôt normatifs (expertise technico-réglementaire et/ou médicale), et ceux des acteurs de l'entreprise reposant sur leurs connaissances du travail réel.

Pour notre analyse empirique, nous nous intéresserons aux modes et aux pratiques de gestion sur notre terrain, en prenant en compte la spécificité du contexte et de ses risques.

Pour l'étude des quatre établissements de soins constituant le terrain, nous décrirons pour chacun d'eux : - le contexte et l'organisation de l'entreprise et de la prévention (type de direction, concurrence externe ...) - les outils de gestion (outils pour la prévention, indicateurs de résultats ...) - les acteurs - et les pratiques d'évaluation et de la gestion.

Parmi les éléments de contexte, nous distinguerons ceux que nous qualifierons de généraux pour les distinguer de ceux qui sont spécifiques aux risques. Les premiers influent principalement sur les modes de gestion et les seconds agissent essentiellement sur les pratiques de construction.

Nous décrirons l'impact du contexte général sur les modes de gestion. Par exemple, les tensions budgétaires couplées à la RTT peuvent entraîner une intensification du travail et une détérioration de ses conditions d'exercice. Comparativement, le contexte plus ou moins concurrentiel des quatre établissements apparaît comme un déterminant important. Il serait plus ou moins incitatif en matière de gestion des ressources humaines. Ainsi, le traitement des risques n'est pas qu'une affaire interne à l'entreprise mais renvoie aussi à son contexte externe et, à la « pré-construction » des risques auxquels elle est confrontée.

Dans les entreprises étudiées, nous avons observé deux figures types de relations professionnelles et donc de gestion des risques : le « manager » et le « gestionnaire ».

Ces deux modes renvoient chacun à des positionnements et à des jeux d'acteurs spécifiques. L'analyse du fonctionnement de chaque CHSCT nous permettra de les mettre en évidence.

Le deuxième aspect contextuel influant concerne les spécificités des risques et de leur construction en fonction des savoirs qu'il est nécessaire de mobiliser pour les construire.

Son étude nous permettra de rentrer au cœur des pratiques d'évaluation et de gestion des risques professionnels, en mettant plus particulièrement en exergue les processus de régulation. Nous en discuterons les similitudes et les différences avec les trois formes de régulation (Reynaud E. et J.-D., 1994) : autonome, de contrôle et conjointe.

Modes et pratiques de gestion sont indissociables. Nous montrerons que les modes de gestion, selon les enjeux et les choix faits par les acteurs peuvent influencer également sur le choix des pratiques.

Tous ces éléments, relatifs à l'approche empirique et théorique de la construction / rationalisation des risques, constitueront la deuxième partie de notre thèse.

Nous pourrons ainsi, dans la troisième partie, nous intéresser aux acteurs et à la posture du CHSCT dans cette démarche. La place de celui-ci, en matière de relations professionnelles sur le champ de la gestion des risques est fondamentale. En effet, « *si le développement de travaux formalisés d'évaluation des risques ne fait donc guère de doute, leur impact réel sur les décisions et les pratiques industrielles de gestion des risques ne dépendra pas seulement de leur qualité mais peut être, avant tout, de la fonction qu'ils viendront occuper dans le débat social. Se contenteront-ils d'être de purs instruments de légitimation ou bien contribueront-ils à une transformation profonde des rationalités en œuvre dans la gestion du risque ? Cet enjeu décidera sans doute de leur succès et de leur avenir.* » (Moatti et Lochard, 1987, p. 77).

Chanlat se situe dans la même logique en estimant que « *s'interroger sur l'évaluation des risques, c'est donc réfléchir sur un processus social qui fonde la problématique de la santé et de la sécurité au travail et qui est le produit d'une interaction entre différents acteurs (gouvernement, administration, associations patronales, syndicats, instances internationales) et les risques associés au travail. Ce processus est actuellement en pleine recomposition avec l'ouverture des marchés, la régionalisation des économies et la crise de l'Etat-providence.* » (Chanlat, 1995, p. 16).

Notre analyse reposera donc sur l'idée que les problèmes de SST ne relèvent pas uniquement de dysfonctionnements techniques ou humains, mais « *qu'ils sont souvent les symptômes de mode de gestion déficients* » (Chanlat, 1995, p. 15). Nous les appréhenderons, notamment, par les outils de gestion, dont l'étude présente la vertu d'éclairer le mode de management (David, 1998).

Nous observerons ensuite la capacité des acteurs à dépasser l'approche de la prévention comme « *métaphysique de l'action* » pour passer à l'action elle-même, pour laquelle « *un processus de révision et d'apprentissage collectif est indispensable* » (Hatchuel, 2001, p. 20).

Nous chercherons à identifier les conditions requises pour que l'évaluation des risques puisse être un mythe rationnel, c'est-à-dire un concept qui favorise « *une dynamique de l'action collective* » parce qu'il exprime « *un savoir novateur et donc une nouvelle perception des relations* » (Hatchuel, 2001, p. 38).

Cette démarche deviendrait alors un outil de « passage » ou de « traduction » du risque vers sa gestion en contribuant à son apprentissage. Ceci interroge le rôle des acteurs : opérateur / expert / contrôleur et l'évolution de l'approche technico-réglementaire actuelle basée sur la règle et le savoir, vers une approche plus « participative » permettant un meilleur contrôle social et juridique en articulant les obligations de moyens et de résultats.

L'ambition de notre thèse est d'apporter, pour le moins, des éléments d'analyse, de compréhension et de propositions.

GLOSSAIRE DES PRINCIPAUX SIGLES UTILISES

AES : Accident avec Exposition au Sang
ANACT : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
ARACT : Association Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
AS : Aide-soignante
BIT : Bureau International du Travail
BTS : Bureau Technique Syndical de la Confédération Européenne des Syndicats
CCN : Convention Collective Nationale
CE : Comité d'Entreprise
CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CLAC : Contrat Local pour l'Amélioration des Conditions de Travail
CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CCLIN : Comité de Coordination des CLIN
CNAM-TS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie
DARES : Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques, Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion Sociale
DP : Délégué du Personnel
DRT : Direction des Relations du Travail, Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion Sociale
DRTEFP : Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle
GERES : Groupe d'Etude sur le Risque d'Exposition des Soignants aux agents infectieux
IDE : Infirmière Diplômée d'Etat
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles
INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
ISO : Organisation Internationale de Normalisation
MEDEF : Mouvement des Entreprises de France
ORST : Observatoire Régionale de la Santé au Travail
PCR : Personne Compétente en Radioprotection
RTT : Réduction du Temps de Travail
SMS : Système de Management de la Sécurité
SST : Santé et Sécurité au Travail

Première partie
Evolution de l'approche des risques professionnels
- état des lieux et perspectives -
problématique et méthodologie de recherche

Cette première partie va nous permettre d'exposer notre problématique et notre méthodologie de recherche. Nous la structurerons en trois chapitres.

Le premier : « L'approche des risques professionnels. Construction et évolution de la trilogie concepts / acteurs / pratiques » s'intéressera, plus particulièrement sur le plan historique, à la construction du concept de risques professionnels, à l'évolution des pratiques et à la structuration des acteurs.

Le deuxième : « La problématique actuelle de la gestion des risques professionnels : état des lieux et perspectives » abordera la période actuelle marquée par des quêtes de nouveaux repères et des tentatives de refondation du système.

Nous évoquerons ainsi les hypothèses ou axes de travail pour reconstruire les concepts, les acteurs et les pratiques.

Sur la base de cette analyse, nous élaborerons notre méthodologie de recherche. Nous la présenterons dans le troisième chapitre.

Chapitre 1) Approche historique des risques professionnels : construction et évolution de la trilogie concepts / acteurs / pratiques.

1.1.) Construction historique de la gestion des risques professionnels :

1.1.1) La préhistoire : jusqu'au 18^{ème} siècle

1.1.2) Le 19^{ème} siècle et l'ère de la prévoyance

1.1.3) La première partie du 20^{ème} siècle : résignation et expérimentations

1.1.4) La deuxième partie du 20^{ème} siècle : ère de la prévention institutionnalisée

1.1.5) Le début du 21^{ème} siècle : l'accroissement de la responsabilité pénale et la volonté des partenaires sociaux de reprendre leurs places

1.2) La structuration des acteurs et l'évolution des pratiques :

1.2.1) La structuration des acteurs : l'institutionnalisation de la prévention

§ 1. Une articulation forte entre la prévention et la réparation: la Sécurité Sociale

§ 2. La médecine du travail : surveillance, veille et alerte

§ 3. Du CHS au CHSCT : élargir le champ, renforcer ses moyens, tout en maintenant le pouvoir de décisions de l'employeur

1.2.2) Une mosaïque d'acteurs et de pratiques

§ 1. La typologie des acteurs de la prévention

§ 2. Les modes et les lieux de concertation et de régulation

1.2.3) Quelques points de repères historiques sur l'évolution des risques et des pratiques de gestion

§ 1. De l'accident au bien être au travail

§ 2. L'évolution des pratiques : un parcours d'intégration

Chapitre 1) L'approche des risques professionnels. Construction et évolution de la trilogie concepts / acteurs / pratiques.

Au cours des deux derniers siècles, le système de gestion / prévention des risques subit ou bénéficie des évolutions économiques, politiques, sociales, scientifiques et juridiques. Nous verrons que l'évolution du droit de la prévention date la construction de celle-ci et qu'il constitue un bon traducteur des préoccupations de la société.

L'évolution historique est marquée par une lente construction, caractérisée par une époque de « préhistoire », jusqu'au 18^{ème} siècle. Le 19^{ème} siècle a introduit l'ère de la prévoyance. Enfin, la première partie du 20^{ème} siècle a permis certaines expérimentations qu'il a fallu structurer au cours de la deuxième partie du 20^{ème} siècle.

Dans le contexte de l'immédiat après guerre, cette structuration a permis la mise en place des institutions qui existent encore aujourd'hui. La volonté d'une articulation forte entre la prévention et la réparation et la perte de crédit de l'état pendant la guerre ont conduit à la création de la Sécurité Sociale gérée par les partenaires sociaux. La nécessité de disposer d'une force de travail capable de reconstruire le pays amène la création de la médecine du travail. Enfin, les comités d'hygiène et de sécurité sont confortés pour permettre la participation des salariés. Ces évolutions ne concernent pas l'inspection du travail, créée à la fin du siècle précédent, mais ne manqueront pas d'avoir un impact sur elle.

Ces structures ont évolué depuis leurs créations sans toutefois connaître de profondes mutations.

Il n'en va pas de même pour les pratiques qui voient l'émergence, sur l'initiative de certaines entreprises et de certains groupements d'employeurs (UIMM¹¹ ...) du concept de sécurité intégrée dans l'organisation des entreprises et dans la conception de leurs équipements. L'émergence des questions de conditions de travail pointées par les mouvements sociaux de 1968 bénéficiera d'un portage politique et social fort. Il en découlera une approche plus globale de l'accident du travail, plus ergonomique du travail. La prise en compte des questions de santé au travail arrivera, elle, dans les années 80. Elle s'inscrira dans l'évolution conceptuelle, tant de l'objet (de l'accident du travail au bien-être au travail) que des pratiques (du substantiel au procédural).

¹¹ UIMM : Union des Industries Métallurgiques et Minières.

1.1.) Construction historique de la gestion des risques professionnels :

1.1.1) La préhistoire : jusqu'au 18^{ème} siècle

Jusqu'à l'industrialisation, la population essentiellement rurale et paysanne se préoccupe peu des risques professionnels. On trouve certes des traces de préconisations de mesures de prévention dans la bible, dans les règles de construction de certains ouvrages d'art, notamment militaires. Les conditions de vie et de travail sont peu différenciées.

L'espérance de vie est faible et la mort souvent perçue comme une fatalité. Le danger et le courage pour l'affronter sont valorisés. On se préoccupe uniquement de l'accidenté et non de l'accident. Les systèmes de secours mutuels datent du 13^{ème} siècle et la loi Le Chapelier interdisant les corporations aura peu d'effets sur la logique de prévoyance assumée par d'autres groupes¹².

Quinot (1977) constate qu'il a fallu attendre le 20^{ème} siècle pour que naisse l'idée de prévention et que la démarche n'est ni simple ni spontanée. Il fallait, en effet, que plusieurs conditions soient réunies pour que la prévention puisse apparaître. Pour Quinot elles sont de deux ordres : tout d'abord, sociologiques et psychologiques : « *Il fallait que la société se dégage de la peur. Il fallait qu'elle acquière un peu de sécurité pour en espérer davantage puis l'exiger totale.* » Ensuite, économiques et politiques : « *Quand il fut clair que l'homme pouvait maîtriser son destin et ne pas être le jouet des éléments, il fallait la protection de la loi pour éviter l'asservissement des plus faibles par des groupes puissants, au nom même de la sécurité collective et dans la crainte d'un retour à l'insécurité ancestrale. La puissance que permettait l'essor industriel dépassant de beaucoup celle du plus autoritaire des monarques de l'ancien régime a donné à ce phénomène une singulière importance au 19^{ème} siècle. Un code du travail écrit trop tard, après que ce soit accumulés drames et rancœurs, n'a pas permis de développer harmonieusement le grand espoir de la fin du 18^{ème} siècle.* »

¹² Fuentes fait toutefois remarquer « *qu'avant 1789 la gestion du risque professionnel était assurée par le groupe, les règles de sécurité étaient diffusées, apprises par le maître au compagnon ; l'organisation précise des corporations permettait d'assurer la sécurité de manière satisfaisante. Une réglementation interne à chaque atelier prévoyait des dispositions rigoureuses.* » Il semble toutefois que l'intérêt de la règle était davantage pour le maître que pour le compagnon. Par exemple, « *l'interdiction du travail à domicile visait à prévenir la concurrence déloyale.* » Ceci « *met en lumière le rôle ambigu joué par la notion de risque professionnel qui, tout en poursuivant un objectif de protection, normalise en quelque sorte l'activité économique.* » (Fuentes, 1995, p. 72)

Nous empruntons à Theys¹³ l'idée que « *trois phénomènes viennent totalement modifier la perception et la nature de la catastrophe au milieu du XVIII^e siècle : la fin des grandes épidémies de peste, la philosophie des lumières et le début de la révolution industrielle.* » (Theys, 1987, p. 9).

La révolution française marquera une étape importante dans l'évolution des risques professionnels par la définition de la relation de travail entre l'employeur et le salarié.

1.1.2) Le 19^{ème} siècle et l'ère de la prévoyance

Au 19^{ème} siècle, l'industrialisation et le développement de la notion de travail salarié font émerger la notion de risques professionnels. Villermé, en 1840, dans son rapport sur l'état moral et physique des ouvriers pointe les problèmes des conditions de vie et de travail, plus particulièrement des femmes et des enfants, et inspire la loi de 1841.

Ainsi, 1841 est considérée comme la première grande date de la prévention avec le souci de préserver la santé des enfants réalisant un travail physique long et intense. Il avait, en effet, été constaté, au moment de l'incorporation dans l'armée que leur santé s'en trouvait altérée de même que leur aptitude militaire.

La deuxième partie du 19^{ème} siècle voit naître des initiatives privées, des employeurs et des corporations. Les employeurs mettent en place des services privés de prévention plus particulièrement orientés vers une approche technique. Les corporations intègrent pour certaines la prévention dans leurs règles de l'art, mais surtout développent l'entraide entre leurs membres. Ces initiatives privées sont considérées comme nécessaires soit pour pallier des carences de l'Etat, soit pour prendre de vitesse l'Etat afin de garder une certaine maîtrise.

Le 19^{ème} siècle est marqué par un statut du droit et une autorité faible de l'Etat. Les quelques textes législatifs adoptés en 1841 (travail des enfants), 1874 (protection des machines) ..., restèrent inappliqués faute de contrôle. L'inspection du travail est alors créée en 1892 et prend son essor au début du 20^{ème} siècle.

Outre la loi de 1893 relative aux mesures collectives de prévention, la fin du 20^{ème} siècle est marquée par une étape importante. En effet, 1898 (loi sur la réparation des accidents du

¹³ Theys évoque également la rupture que constitue la « *laïcisation de la catastrophe* » et cite Ewald qui considère que le tremblement de terre de Lisbonne en 1755, qui a provoqué la mort de 100 000 personnes, a joué un rôle important dans cette évolution. « *Alors que l'Europe intellectuelle et populaire, définitivement sortie du moyen Age, voyait le monde à travers les thèses de l'optimisme, la catastrophe de Lisbonne apparut soudain non seulement comme injuste mais comme injustifiable* » (Theys, 1987, p. 10). Theys cite également Rousseau : « *si l'on n'avait pas rassemblé là vingt mille maisons de six à sept étages, et que si les habitants de cette grande ville eussent été dispersés plus également et plus légèrement logés, le dégât eut été beaucoup moindre et peut être nul.* » (Theys, 1987, p 3).

travail) est la deuxième grande date qui, selon Viet et Ruffat (1999), a vu l'adoption d'un « système de réparation fondé sur la responsabilité objective de l'entreprise en raison des risques créés par elle, il représente, dans ces conditions, une révolution juridique en même temps qu'un progrès social décisif. Cette théorie du risque professionnel brisait, en effet, le monopole de la faute comme fondement de la responsabilité civile en cas d'accident ; elle permettait surtout à l'ouvrier accidenté (ou à ses ayants droit, en cas de décès) d'obtenir, dans tous les cas, une indemnisation. [...] Cette loi était néanmoins issue d'un compromis dans la mesure où le renversement de la charge de la preuve comme fondement de la responsabilité civile en cas d'accidents entraînait comme contrepartie une réparation forfaitaire (et non plus intégrale, sauf cas de faute intentionnelle ou inexcusable de l'employeur) du préjudice subi par la victime. » (Viet et Ruffat, 1999, p. 22)

L'élaboration de cette loi a fait l'objet d'un débat juridique très fort. Ewald (1986) comme Suppiot (1994) voient dans ce texte un pas important pour « dédramatiser » les rapports ouvriers / patrons.

Dans ce contexte, il n'en demeure pas moins qu'en matière d'organisation des entreprises en général et du travail en particulier, la division du travail est considérée à cette époque comme une mesure d'efficacité (Hatchuel 1997).

Nous montrerons ultérieurement que cette loi de 1898, qui à l'époque a constitué une avancée sociale, faute d'avoir évolué, est considérée aujourd'hui comme défavorable aux salariés en matière de réparation et peu incitative en matière de prévention. Elle est toujours en vigueur un siècle plus tard ce qui montre la difficile évolution de ce type de dispositif. Une réflexion est toutefois engagée actuellement pour la modifier.

1.1.3) La première partie du 20^{ème} siècle ; résignation et expérimentations

La première partie du 20^{ème} siècle est marquée par trois événements majeurs : deux guerres mondiales et une importante crise économique. Cela réduit d'autant les enjeux en matière de risques professionnels et ce contexte conduit à une certaine résignation par rapport à ceux-ci. Par ailleurs, l'impact de l'industrialisation se fait également sentir.

Mis à part l'introduction en 1919 de la notion de maladie professionnelle, peu d'éléments marquants interviendront en matière de prévention. Pour Caloni, la loi de 1898 ne prévoit pas que l'accident doit être prévenu ; « sur ce point elle est muette et le demeure pendant un demi-siècle, la prévention étant strictement du domaine de l'inspection du travail » (Caloni, 1952, p. 19). Cette période sera toutefois marquée par la mise à l'épreuve du droit dans l'entreprise et par l'esquisse de l'organisation du système de prévention français (mise en place de

l'inspection et du ministère du travail). Elle permettra à l'inspection du travail, disposant d'une expertise technique et à quelques organismes privés d'assurance ou de contrôle technique d'expérimenter des démarches préventives, dans un esprit général de résignation lié au contexte politique, économique et social.

La crise économique de 1929 et la deuxième guerre mondiale ont créé des conditions de vie, de travail et de santé telles qu'il est apparu nécessaire d'institutionnaliser la prévention des risques professionnels, au-delà des structures étatiques qui sortent affaiblies de la guerre de 1939-1945.

1.1.4) La deuxième partie du 20^{ème} siècle, ère de la prévention institutionnalisée

La deuxième partie du 20^{ème} siècle connaît de nombreuses évolutions, sur le plan structurel tout d'abord, sur celui des concepts et des pratiques ensuite. La structuration institutionnelle prend effet immédiatement après la guerre. Ce contexte pèsera de manière conséquente sur l'organisation du système dont les principaux déterminants sont les suivants : reconstruire le pays, assurer un bon état de santé à la population, plus particulièrement aux salariés, et enfin partager le pouvoir entre l'Etat et les partenaires sociaux. Cette structuration, qui n'a que très peu évolué, est toujours d'actualité. Nous détaillerons, au paragraphe 1.2, chacune de ses composantes, leurs modalités de construction ainsi que leurs situations et problématiques actuelles.

1.1.5) Le début du 21^{ème} siècle : l'accroissement de la responsabilité pénale et la volonté des partenaires sociaux de reprendre leurs places

Le début du 21^{ème} siècle est marqué par deux événements :

D'une part, les décisions de la cour de cassation¹⁴ qui renforcent la responsabilité des employeurs en leur imposant des obligations de résultats tant en matière d'accident du travail que de maladie professionnelle.

¹⁴ Arrêts de la cour de cassation confirmant l'obligation de résultat, dont le « manquement a le caractère d'une faute inexcusable », dès lors que l'employeur avait ou aurait dû avoir conscience du danger et n'a pas pris les mesures nécessaires, tant pour les maladies professionnelles (arrêt du 28 février 2002) que pour les accidents du travail (arrêt du 11 avril 2002). F. Fillon, alors ministre en charge du travail, indiquera devant le Conseil Supérieur de la Prévention des Risques Professionnels que cette évolution « *est plus qu'un changement juridique. Elle correspond à un changement de notre société qui ne tolère plus le risque et qui escompte une indemnisation complète des préjudices subis.* »

D'autre part, les partenaires sociaux engagent une démarche dite de la refondation sociale, qui vise à leur permettre de reprendre leur place dans le dispositif de prévention. Nous explorerons cet aspect au chapitre 2.

Ces deux aspects sont intimement liés et s'inscrivent dans une articulation entre la responsabilité, l'autorité et les moyens. La responsabilité de l'employeur est réaffirmée mais celle du salarié peut également être visée¹⁵.

Il en résulte généralement une problématique de régulation entre l'employeur, les salariés et leurs représentants. Toutefois, en droit, le pouvoir de la personne est inséparable de sa responsabilité. Cela amène les représentants du personnel à réfléchir avant de s'engager dans des prises de décisions qui renforcerait leur responsabilité. Les employeurs, eux, voyant régulièrement leur responsabilité recherchée, posent comme condition pour l'évolution du système qu'elle ne remette pas en cause leur pouvoir. Ainsi, hormis le cas des dangers graves et imminents pour lesquels les salariés ont une possibilité d'action, pour le reste, cela relève de la responsabilité de l'employeur.

En guise de résumé

Nous avons montré dans ce paragraphe 1.1, que la construction de la prévention est très liée aux contextes politique, économique, etc. ... qui déterminent ses enjeux. La rupture qu'a constitué la catastrophe de Lisbonne en est un exemple. L'accélération de la construction sociale du risque en constitue un autre, avec la loi sur les accidents du travail de 1898. Celle-ci échange en effet la responsabilité des employeurs contre l'indemnisation forfaitaire des salariés.

Le tableau ci-après présente une synthèse de l'évolution historique du contexte, des concepts, des acteurs et des pratiques. Il illustre la forte évolution de la représentation du risque qui est passée d'une approche religieuse et négationniste à une logique laïque, cognitive et plus exigeante. Vauclin (2000) identifie trois grandes représentations sociales et modes de traitement du danger :

Jusqu'au 18^{ème} siècle, l'approche est religieuse (divination du danger, sécurité matérielle et sécurité spirituelle sont confondues). Le seul mode de traitement mis en œuvre est le principe de l'entraide propre au corporatisme.

¹⁵ L'exemple le plus marquant est celui de l'accident, à Toul en 1995, au cours duquel une grue est tombée sur un lycée, sous l'effet d'un vent très fort. Le conducteur de la grue, grutier intérimaire, a alerté sa hiérarchie sur le risque lié au vent. Il a dû reprendre son travail, sous la menace. De crainte de perdre son emploi, il a accepté de conduire la grue dont la chute a provoquée la mort de plusieurs personnes. En application du droit pénal, il a été condamné par la justice.

Au 19^{ème} siècle (siècle des lumières) se développe une approche laïque ; à mesure que les sociétés s'organisent, le danger se laïcise. A une lecture jusque là fataliste et religieuse succède une conception laïque et rationnelle. Son corollaire en serait (Vauclin, 2000) le principe de la responsabilité pour faute propre au libéralisme.

Enfin, pris comme un mal nécessaire (résignation) jusqu'à la seconde moitié du 20^{ème} siècle, les risques deviennent ensuite de moins en moins acceptables, voire refusés. La sortie de la deuxième guerre mondiale voit l'Etat affaibli et le renforcement des acteurs sociaux, avec l'institutionnalisation et la diversification des structures de prévention. Après en avoir confié la gestion à « l'Etat providence » ou aux « institutions providences », les acteurs sociaux, après avoir déserté ce champ, souhaitent aujourd'hui se le réapproprier en bénéficiant d'une réelle autonomie dans l'élaboration de leur prescrit de sécurité.

Ce rapide regard historique permet d'identifier quelques déterminants de la construction de la prévention. Tout d'abord et surtout son caractère contingent lié à l'évolution du contexte politique et économique (guerre et crise) qui déplace les préoccupations et généralement réduit l'intérêt de la société pour la prévention. Le contexte économique et politique interagit avec le contexte social.

Dans ce contexte, on assiste actuellement à une intrusion très forte de l'ordre juridique.

En effet, d'une part, l'obligation de sécurité de l'employeur a été confortée par la cour de cassation en 2002. Et, d'autre part, le Conseil d'Etat a reconnu début 2004 la responsabilité de l'Etat auquel il incombe, selon lui, de se tenir informé « *des dangers que peuvent courir les travailleurs dans le cadre de leur activité professionnelle, compte tenu notamment des produits et substances qu'ils manipulent ou avec lesquels ils sont en contact, et d'arrêter, en l'état des connaissances scientifiques, au besoin à l'aide d'études ou d'enquêtes complémentaires, les mesures les plus appropriées pour limiter et si possible éliminer ces dangers*¹⁶. »

Cette décision amènera, notamment, le ministère du travail, à intégrer un volet important sur le « développement des connaissances » dans son projet de « plan santé - travail 2005 - 2009 ». En l'espèce, la logique du système apparaît donc ainsi, la jurisprudence provoque un recours plus fort à l'expertise dont on espère qu'elle contribuera aux prises de décisions politiques et sociales.

¹⁶ Source : Conseil d'Etat, Analyse des décisions du 20 février 2004.

Tableau 1 : Synthèse des évolutions du contexte, des concepts, des acteurs et des pratiques

Période	Situation politique, économique et sociale	Concepts	Acteurs	Pratiques et outils
Jusqu'au 19 ^{ème} siècle	- la population est rurale. Les problèmes liés aux conditions de vie voire de survie prédominent - la révolution française structure la relation de travail	Le concept de prévention n'existe pas. La mort est souvent considérée comme une fatalité. L'accidenté et l'entraide dont il a besoin sont au centre des préoccupations.	Corporations Sociétés de secours mutuels.	L'accident du travail n'existe pas, l'accidenté est coupable et responsable. Quelques règles de sécurité dans les règles de l'art de certaines professions ou dans les règles de construction de certains ouvrages font figure d'exception.
Le 19 ^{ème} siècle	- industrialisation - 1898 loi sur les AT	- on passe de l'accidenté à l'accident, et enfin on caractérise l'accident du travail - l'entraide est organisée dans le cadre de quelques systèmes de prévoyance - la sécurité concerne surtout l'aspect technique	- organisations patronales - organismes privés - corporations - 1892 création de l'inspection du travail	- quelques règles techniques - audits de conformité
La première partie du 20 ^{ème} siècle	- 1 ^o et 2 ^o guerres mondiales - crise économique de 1929	- à la sécurité technique est ajoutée l'approche psychotechnique abordant l'adéquation du salarié à son travail - maladie professionnelle	- inspection du travail - organismes privés - assurances	- expérimentation du droit et des pratiques de sécurité
La deuxième partie du 20 ^{ème} siècle	- nécessité de reconstruire le pays et d'améliorer les conditions de vie et de travail - trente glorieuses et fordisme - nécessité de démocratiser l'entreprise - mutations technologiques et tertiarisation de l'emploi - montée du chômage	- prévention - paritarisme - hygiène et sécurité au travail, - sécurité intégrée à la conception, à la formation... - conditions de travail et remise en cause du taylorisme/fordisme - ergonomie - santé	- chefs d'entreprise - inspection du travail - organismes privés - sécurité sociale - médecine du travail - CS puis CHS puis CHSCT	- prescrit externe important (droit, normes...) - prescrit interne croissant
La fin du 20 ^{ème} siècle et le début du 21 ^{ème}	- reprise économique - forte évolution du travail et précarisation - passage de la société industrielle à la société de services - crise des institutions de prévention - mise en relation des facteurs liés à l'environnement, au travail, à l'individu - grandes catastrophes sanitaires - jurisprudence : condamnations pénales	- évaluation des risques - justification, précaution, prévention - pathologies à effets différés, psychopathologies, ... - responsabilités	- réflexion des partenaires sociaux en cours - évolution à prévoir au niveau de l'indépendance de l'expertise et des fonctions d'alerte ... - apparition de nouveaux acteurs pour la défense des victimes et l'alerte politique et sociale - justice	- alerte médiatisée sur certains problèmes : amiante, harcèlement ... - recherche de cohérence entre les acteurs - développement des logiques contractuelles au niveau des branches et des entreprises - développement des connaissances - procédures pénales

1.2) La structuration des acteurs et l'évolution des pratiques

1.2.1) La structuration des acteurs : l'institutionnalisation de la gestion des risques

Les évolutions structurelles sont marquées par une institutionnalisation qui amène la création de plusieurs structures articulées autour de trois axes : les partenaires sociaux, la médecine du travail et les entreprises avec la concertation entre employeurs et salariés. Avec la création de l'entité paritaire qu'est la Sécurité Sociale, les partenaires sociaux se voient ainsi confier l'articulation réparation/prévention. La médecine du travail est en charge de la surveillance de la bonne santé des salariés pour remettre en fonctionnement une industrie qui a besoin de main d'œuvre, par une fonction de veille et d'alerte responsabilisant les employeurs et les salariés. Enfin, la mise en place des comités d'hygiène et de sécurité en entreprises doit contribuer à la concertation, notamment en donnant la parole aux salariés, par une expression collective et organisée. Ces évolutions ne concernent pas directement l'inspection du travail, mais ne manqueront pas d'avoir un impact sur elle¹⁷. Nous présentons maintenant ces trois¹⁸ évolutions et leurs conséquences.

§ 1. Une articulation forte entre la prévention et la réparation : la Sécurité Sociale¹⁹

La création de la Sécurité Sociale introduit deux évolutions : l'articulation forte entre la prévention et la réparation et la création d'un service de conseils auprès des entreprises.

L'articulation prévention / réparation fait aujourd'hui l'objet d'analyses divergentes. Certains auteurs tels que Viet et Ruffat (1999) et Cuny (1993) voient dans cette relation une source de

¹⁷ Plus particulièrement la sécurité sociale qui dispose d'une expertise, d'importants moyens d'action, de la capacité d'élaborer des règles et de procéder à des contrôles en entreprises. Viet et Ruffat et plusieurs rapports de l'IGAS évoquent une dualité entre ces deux « ordres ».

¹⁸ D'autres structures ont été créées après la deuxième guerre mondiale comme l'Organisme Professionnel de Prévention dans le Bâtiment et les Travaux Publics (OPPBTTP) qui, après avoir assuré les missions du CHSCT, est maintenant chargé de conseiller les entreprises du BTP en matière de prévention.

¹⁹ La sécurité sociale assume une double responsabilité de prévention et de réparation. Elle s'est progressivement dotée d'une « institution prévention » qui comporte principalement trois entités. La caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) qui définit la politique nationale. L'INRS qui assure des missions de recherche, d'information et de formation. « *Les CRAM, qui exercent des fonctions de conseil / assistance technique aux entreprises ainsi que, plus subsidiairement, de contrôle. Elles gèrent aussi des mesures d'incitation financière. Gérant financièrement les risques « accidents du travail, maladies professionnelles », le régime général de la Sécurité Sociale s'attache à promouvoir la prévention contre ces risques dans les entreprises. [...] Elles développent une très importante activité de conseil technique auprès de l'entreprise. Ils peuvent aussi – ce qui est plus rare – inviter l'employeur à prendre toute mesure justifiée pour la prévention (procédure d'injonction) et demander l'intervention de l'inspecteur du travail.* ». Extrait de : Le travail en France – santé et sécurité 2001 – 2002, Actions, Perspectives, Chiffres clés. Editions Liaisons et Ministère des Affaires Sociales, du Travail et de la Solidarité. Septembre 2002.

motivation financière pour les employeurs qui doivent payer pour les dommages qu'ils n'ont pas prévus. La Fondation Européenne pour l'amélioration des conditions de travail (1996) montre toutefois qu'en Europe, actuellement, la dimension financière n'est pas un élément moteur fort pour la mise en œuvre de la prévention. Il faut noter que cette relation n'existe pas dans de nombreux pays européens, y compris dans les pays réputés performants en la matière. Lejeune considère d'ailleurs que l'un des effets pervers de cette relation est qu'elle freine la reconnaissance des maladies professionnelles : une maladie ne peut être reconnue comme professionnelle que s'il existe le « tableau réglementaire » le permettant. Freiner l'adoption de nouveaux tableaux limite donc le nombre de maladies indemnifiables, donc le coût de la réparation. Ces maladies n'étant pas officiellement reconnues, elles n'ont pas à être prévenues.

La catastrophe de l'amiante et le mouvement social et médiatique qui l'a accompagnée, ont fortement contribué à mettre en évidence l'insuffisance de la prévention et de la réparation des risques du travail. Le portage social très fort de la réparation liée à l'amiante a permis à ses victimes d'être mieux indemnisées que les victimes d'autres toxiques professionnels. Ceci conduit, notamment la France à s'orienter actuellement vers un renforcement de la réparation de toutes les atteintes à la santé d'origine professionnelle pour aller vers une réparation dite « intégrale²⁰ » dont les modalités sont en cours de définition. Ce drame constitue une composante forte de la construction sociale des risques, de l'évolution de certaines règles et de l'organisation du système de gestion.

Le corollaire de cette articulation réparation / prévention est la mise en place des services de prévention des CRAM qui apportent des compétences techniques aux entreprises. La principale novation n'est toutefois pas leur création mais les moyens dont ils disposent²¹. Outre le conseil, ils peuvent inciter financièrement (en bonus ou en malus) les entreprises voire leur demander par voie « d'injonction » de réaliser certaines actions.

Leurs interventions sont appréciées, surtout pour leur technicité. Leurs enjeux actuels sont de passer de la prévention des accidents du travail à celle des maladies professionnelles et à l'amélioration des conditions de travail. Pour cela certaines CRAM ont déjà créé des postes de

²⁰ Yahiel M. *Vers la réparation intégrale des accidents du travail et des maladies professionnelles : éléments de méthode*. Rapport au ministre de l'Emploi et de la Solidarité. IGAS, Avril 2002.

²¹ Quand l'assurance accidents du travail, après la seconde guerre mondiale, cesse d'être de la compétence des compagnies d'assurance, bon nombre de leurs salariés spécialisés de ce domaine seront reclassés dans les organismes de Sécurité Sociale (Viet et Ruffat, 1999).

réfèrent en ergonomie et / ou des unités de prévention des pathologies professionnelles. Par ailleurs, comme tous les autres préventeurs, les CRAM sont invitées à s'inscrire dans la mouvance de la pluridisciplinarité pour créer davantage de synergie entre les acteurs du système de prévention. Il faut toutefois noter que ces problèmes existent quasiment depuis l'origine avec la mise en place, à côté de la logique réglementaire incarnée par l'inspection du travail, d'une logique assurantielle de prévention technico-réglementaire (Sécurité Sociale) et d'une logique médico - préventive portée par la médecine du travail (cf 1.2.1, §2).

L'un des autres éléments marquants de cette création est son ancrage réglementaire fort qui caractérise encore la prévention aujourd'hui. Il faut en effet noter que le Code de la Sécurité Sociale permet encore à la Sécurité Sociale d'élaborer ses propres règles de prévention²², complémentaires de celles du Code du Travail. De même, ses propres agents ont une compétence de contrôle dans les entreprises qui est toutefois de moins en moins exercée. Cette évolution traduit la volonté d'intervenir davantage sur le registre du conseil que du contrôle.

Globalement, l'activité de l'ensemble des acteurs de la prévention est peu étudiée et celle des services prévention des CRAM est sans doute celle qui l'est le moins. Par contre, au sein de l'institution prévention de la Sécurité Sociale, l'INRS²³ s'est retrouvé au cœur d'un débat sur ses pratiques scientifiques²⁴. Cela a donné lieu, en 1999, à une mission de contrôle de l'Inspection Générale des Affaires Sociales. Les éléments essentiels de ce rapport nous paraissent représentatifs du fonctionnement de la Sécurité Sociale en la matière. Il faut tout d'abord considérer que le régime accidents du travail et maladies professionnelles (AT / MP), contrairement aux autres régimes, est le seul à être financé uniquement par la cotisation des entreprises qui considèrent de fait que la présidence des commissions et organismes en la matière leur revient. Ceci amène l'IGAS à en conclure que l'INRS fait l'objet d'une « *gestion patronale de fait* ».

Dans son rapport, l'IGAS insiste sur les points forts de l'INRS : la technicité et la qualité de l'expertise. Elle en pointe aussi les points faibles relevant d'un « *fonctionnement lourd, conjugué à un manque d'ambition et d'ouverture.* » Le mode de gestion et « *l'essoufflement du paritarisme* » mettraient d'une part en cause « *l'indépendance de la branche et de*

²² Cette possibilité n'est plus utilisée par « disposition générale » dont l'application pouvait être rendue obligatoire mais beaucoup plus par « recommandation » et surtout par documents techniques.

²³ INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles

²⁴ La principale critique concerne certaines interventions hiérarchiques « *peu déontologiques* » selon l'IGAS, en matière d'indépendance des chercheurs. (IGAS. 1999. Rapport de contrôle sur le fonctionnement de l'INRS)

l'organisme qui apparaissent assujettis, aux yeux de l'opinion, aux employeurs ; d'autre part, elle ne favorise pas le renouveau des idées ou des approches plus diversifiées des problèmes de prévention. » « Ainsi, la gestion paritaire de l'INRS conduit à limiter le champ d'activité de l'association à des thèmes qui ne heurtent aucun des partenaires. »

L'IGAS a formulé treize propositions, articulées autour de trois axes : l'amélioration du fonctionnement interne (simplification, transversalité, indépendance scientifique, alternance de la présidence ...), son ouverture sur l'extérieur et ses missions (développer le partenariat externe, participer à la veille et à l'alerte) et enfin l'évolution de son statut et de ses relations avec l'Etat. Un certain nombre de ces propositions ont été mises en œuvre.

§ 2. La médecine du travail²⁵ : surveillance, veille et alerte

La genèse de cette institution est révélatrice de la prégnance de la dimension sociétale dans la construction du système de gestion des risques français. A la fin de la guerre, d'une part la population connaît des conditions de vie, de santé et de travail difficiles et d'autre part l'économie pour redémarrer a besoin d'une main d'œuvre importante et bien portante.

Selon Viet et Ruffat (1999), le projet de loi relatif à l'organisation des services médicaux du travail a d'abord pour objet *« de donner et de conserver à toute entreprise une main d'œuvre qui puisse fournir le meilleur rendement aux emplois auxquels elle est attachée et de maintenir cette main d'œuvre dans un état sanitaire satisfaisant²⁶ »*. Le Conseil d'état et le Conseil national de l'ordre des médecins contribueront à infléchir cette vision productiviste vers une approche préventive. Dans le texte définitif *« le rôle de la médecine du travail consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, notamment en surveillant les conditions d'hygiène du travail, les risques de contagion et l'état de santé*

²⁵ *« Depuis 1946, la médecine du travail – exclusivement préventive – permet de suivre l'évolution, dans chaque entreprise, de l'état de santé de chacun des salariés et d'adapter, en permanence, les postes de travail aux contraintes physiologiques et psychologiques de l'homme. Tout employeur du secteur privé doit, quelle que soit la taille de son entreprise, organiser et financer la surveillance médicale de ses salariés. Le rôle du médecin du travail – qui est un médecin spécialisé – consiste à éviter l'altération de la santé des travailleurs du fait de leur activité. A cette fin, il exerce une surveillance clinique du personnel en relation avec les postes de travail. Parallèlement, le médecin du travail étudie les actions à mener sur le milieu de travail et propose des actions correctrices. Il doit y consacrer un tiers de son temps. [...] Il participe avec voix consultative aux réunions du CHSCT. Il conseille l'employeur, les salariés et leurs représentants sur les actions à mener sur le milieu et les postes de travail »*. Extrait de : Le travail en France – santé et sécurité 2001 – 2002, Actions, Perspectives, Chiffres clés. Editions Liaisons et Ministère des Affaires Sociales, du Travail et de la Solidarité. Septembre 2002.

²⁶ On retrouve cette idée dans la revue trimestrielle du Haut Comité de la Santé Publique (n°9 décembre 1994) : *« Après la guerre de 1914 / 1918, l'importance du rôle du médecin dans l'industrie est soulignée. La préoccupation première est la main d'œuvre. Diminuée dans sa quantité, il faut l'utiliser de la meilleure façon possible, c'est l'utilisation « physiologique » de l'ouvrier qui est préconisée. Les machines ne sont plus l'unique préoccupation des employeurs, le facteur humain est plus important, parce que plus fragile. »*

des travailleurs ».

Un parcours historique²⁷ rapide montre qu'en plus de cinquante ans, l'organisation de la médecine du travail a connu quelques évolutions structurelles, peu d'évolution des pratiques et quasiment aucune évolution conceptuelle. Cette carence est pointée par de nombreux auteurs et trouve sa source dans l'incapacité d'une part des différents acteurs sociaux à s'entendre²⁸, et d'autre part du ministère en charge du travail à trancher ces questions.

Cette situation amène les médecins du travail à gérer seuls ces situations, mais « *ils ne peuvent et ne veulent pas prendre la décision qui est celle des partenaires sociaux et de la société toute entière.* »²⁹

Par ailleurs, autant les besoins forts en matière de santé publique rendaient la médecine du travail indispensable en 1946, autant l'augmentation de l'offre de soins et l'extension de la couverture sociale la mettent en débat aujourd'hui, de même que la tertiairisation de l'emploi.

Plusieurs grands débats l'animent actuellement comme la problématique de l'aptitude. Celle-ci est indispensable aux yeux de certains pour soustraire au risque, les salariés inaptes. Ce processus de sélection est jugé dépassé et inacceptable par d'autres.

Par ailleurs, la médecine du travail est aujourd'hui au centre d'un important débat sur l'organisation des acteurs de la gestion des risques professionnels. La France est en effet le seul pays de l'Union Européenne à avoir misé autant sur la médecine du travail. La directive-cadre organise la gestion des risques professionnels autour de l'employeur en lui prescrivant

²⁷ Les dates marquantes de l'évolution de la médecine du travail correspondent aux textes législatifs et réglementaires qui la régissent parmi lesquels on peut citer les principaux : création en 1946, 1949 : création du diplôme de médecin du travail, 1952 : décret réorganisant la médecine du travail, 1955, 1959 et 1966 : extension aux transports, aux mines et à l'agriculture, 1957 et 1975 : lois sur relatives aux travailleurs handicapés, 1969 : décret relatif à l'organisation des services, 1970 et 1977 : travaux à surveillance médicale spéciale, 1979 : décret introduisant le tiers temps, 1982 : loi sur les CHSCT, 1986 : décret sur l'organisation des services, 1988 : décret sur la pluridisciplinarité et la modulation du suivi médical, loi du 17 janvier 2002 qui transforme les services en services de santé au travail et renforce la pluridisciplinarité.

²⁸ Le ministère en charge du travail indique ainsi en 2002, dans un document questions réponses sur la médecine du travail : « *Au terme des travaux du Conseil Supérieur de la Prévention des Risques Professionnels, les organisations ne sont parvenues à dégager aucune position consensuelle sur les évolutions envisageables des notions d'aptitude et d'inaptitude médicale. Trois séries de propositions (par définition, contradictoires et d'expression minoritaire) ont pu être identifiées : maintien des notions d'aptitude et d'inaptitude médicale (MEDEF, CGPME), aménagement possible des notions d'aptitude et d'inaptitude médicale (CFE-CGC, CGT-FO), suppression partielle des notions d'aptitude et d'inaptitude médicale, induite par l'introduction de la notion de « consentement éclairé du salarié » dans certaines hypothèses (CGT, CFDT, SNPMT). La divergence des acteurs concernés est donc très grande, tant en ce qui concerne l'opportunité d'une réforme que sa nature ou son sens éventuel. Dans ces conditions, le maintien de la réglementation actuelle est apparu comme la seule option réaliste, eu égard à la complexité du dossier, et à ses liens, directs et indirects, tant avec la réforme structurelle de la médecine du travail en cours d'élaboration (en particulier en ce qui concerne le rôle et la place du médecin du travail dans la santé au travail), qu'avec la position du Conseil d'Etat sur la « contre-indication », reprise par le décret CMR du 1 février 2001. »*

²⁹ L'aptitude médicale en question : réflexions d'un groupe de travail de l'inspection médicale du travail et de la main d'œuvre. (Sandret N. : Coordination). Décembre 2002.

de désigner « *un ou plusieurs travailleurs pour s'occuper des activités de protection et des activités de prévention des risques professionnels de l'entreprise* » (directive-cadre, 1989, article 7). Par ailleurs, elle prévoit la « *surveillance appropriée de la santé des travailleurs en fonction des risques concernant leur sécurité et leur santé au travail* » (directive-cadre, 1989, article 14). La France tente actuellement d'articuler ces deux fonctions dans le cadre d'une démarche dite de la « pluridisciplinarité ». Les textes qui l'organisent sont trop récents et font l'objet d'un débat trop intense pour que nous puissions les analyser actuellement.

§ 3. Du CHS au CHSCT : élargir le champ, renforcer ses moyens, tout en maintenant le pouvoir de décisions de l'employeur

En Europe, la participation directe ou représentative des salariés est très variable. Elle va d'une très grande faiblesse jusqu'à une forte contribution comme dans certains pays nordiques qui ont institué des « préventeurs syndicaux ». La France se situe à mi-chemin et dispose d'une réglementation qui institutionnalise la participation des salariés et de leurs représentants. L'idée d'instituer des préventeurs syndicaux a toutefois été rejetée au cours de la négociation sur la refondation sociale³⁰. Elle est néanmoins évoquée à nouveau par l'IGAS qui propose d'envisager « *la création de représentants des salariés spécifiquement compétents en matière de santé au travail pour une zone déterminée, dans le cadre d'une branche ou dans un cadre interprofessionnel.* » (IGAS, 2003, p 293)

Sans chercher à faire une étude approfondie et comparative par rapport aux autres institutions représentatives du personnel, il paraît utile d'analyser l'évolution historique de cette structure, sa situation et sa problématique actuelle. Trois grandes périodes ou dates peuvent être identifiées dans la construction des CHSCT : avant 1940 qui est une période expérimentale, 1941 et 1947 qui fondent les comités, et enfin 1982 qui lui donne sa forme actuelle.

Avant 1940 : la période expérimentale

L'implication des salariés en matière de prévention date de la loi du 2 juillet 1890 qui a institué les délégués mineurs leur confiant déjà la mission de tenir un registre d'observations portant sur la sécurité et, par la suite, de signaler les infractions dans ce domaine aux ingénieurs des mines. On voit là le souci d'associer les salariés à la tâche de protection et de prévoir un contrôle de l'application de la réglementation par les intéressés eux-mêmes, en complément du contrôle intermittent de l'administration. La logique était moins d'instaurer

³⁰ Notons toutefois l'existence des délégués mineurs et des « *diabes rouges* » dans la réparation navale décrite par Trinquet (1996).

une concertation avec les salariés que de s'appuyer sur leur connaissance de la réalité du travail.

Par la suite, deux tentatives d'étendre l'institution, en 1900 et 1907, ont échoué devant l'opposition du patronat et ne prendront forme qu'en 1936 avec la mise en place entravée, dès 1939, des délégués ouvriers.

L'idée de Comités de Sécurité prend forme en 1928 au Bureau International du Travail et sera appliquée dès 1930 en France par quelques entreprises volontaires.

Une recommandation du ministère du travail du 1^{er} juin 1940, préparée de façon paritaire entre employeurs et syndicats de salariés, incitait à la généralisation de la structure. C'est ce texte qui fournit la base du décret du 4 août 1941 qui institue un comité chargé de contrôler la sécurité des salariés.

1941 et 1947 : les fondements du CHSCT

Les principales missions, définies en 1941 pour le comité de sécurité et qui préfiguraient celles des CHSCT, sont les suivantes : mener une enquête à l'occasion de chaque accident du travail grave ; inspecter l'entreprise en vue de l'application des prescriptions ; développer le sens du risque chez les salariés ; et donner son avis sur toute mesure se rattachant à la sécurité.

Enquêter et inspecter sont déjà les deux missions principales des comités de sécurité. Elles positionnent le CHS dans une logique de contre pouvoir à l'employeur. Bien qu'ayant été atténuées, elles demeurent aujourd'hui. Nous évoquerons ultérieurement les difficultés qu'elles posent.

Les Comités d'Hygiène et de Sécurité mis en place en 1947 reprennent ces dispositions, et bénéficient de trois modifications jugées nécessaires : éliminer les références à la charte du travail, modifier le mode de désignation, peu démocratique³¹, des délégués des salariés et mettre les comités de sécurité en cohérence avec les Comités d'Entreprise et les Comités Techniques Régionaux de la CRAM nouvellement créés. Le CHS³² est ainsi rattaché au Comité d'Entreprise (CE) qui désigne ses membres sans toutefois être soumis au contrôle de celui-ci.

Le comité de sécurité voit par ailleurs élargir sa compétence à l'hygiène qui constitue un problème important après la guerre.

³¹ Son mode de désignation (pour moitié par l'administration et pour l'autre par l'employeur) des représentants du personnel est peu démocratique, et sera corrigé en 1947.

³² Le seuil d'application est fixé à 500 salariés. Il est élargi par décret en 1942 aux chantiers du bâtiment et des travaux publics de plus de 100 salariés et par arrêté du 17 novembre 1947 à la plupart des établissements industriels de plus de 50 salariés.

Dans les années soixante, la montée des problèmes de conditions de travail amène en 1973, dans un contexte marqué par la récession économique et la volonté de renforcer la participation des salariés, la création des commissions d'amélioration des conditions de travail (C.A.C.T.). Elles constituent une commission spécialisée du comité d'entreprise. Ce sera un échec que Barrau (1998) explique par l'opposition du patronat « *qui aurait préféré voir transférer au CHS les compétences sur les conditions de travail. Les syndicats de salariés, doutant de l'efficacité d'une institution supplémentaire n'ayant aucun pouvoir et craignant les effets de la coopération en ce domaine sur la mobilisation des salariés, ne poussaient pas à leur création.* » (Barrau, 1998)

1982, le CHSCT prend sa forme actuelle :

Les CHSCT actuels seront mis en place en 1982, dans le cadre des lois Auroux et récupèrent la compétence sur les conditions de travail. Conformément à l'accord-cadre de 1975, signé par le CNPF, la CGC, la CFTC et la CGT-FO, l'expression «conditions de travail» intègre l'organisation du travail, l'environnement physique, l'aménagement des lieux et des postes de travail et leur adaptation à l'homme, la durée et l'aménagement du temps de travail.

Ainsi, selon les auteurs, la loi du 23 décembre 1982 modifie plus ou moins profondément le CHS, en change la nature, non sans créer parfois une certaine ambiguïté. En effet, si le CHSCT a acquis son autonomie juridique, les représentants des salariés ne sont pas élus par les salariés mais désignés par les grands électeurs du CE et délégués du personnel. L'une des principales évolutions est le transfert de la mission de secrétaire d'un représentant de l'employeur vers un représentant du personnel.

Selon Barreau (1998), le CHSCT s'apparente plus désormais à un comité d'entreprise à compétence spéciale et, tout comme le CE, évolue d'une mission de concertation et de coopération à un rôle de contrôle et de proposition.

Seillan (2002) pense au contraire que « *le CHSCT reste une institution ambiguë, oscillant entre la conception initiale de 1947, qui en fait un lieu d'expertise « neutre », et la loi de 1982 qui vise à donner au personnel un droit de représentation sur les questions d'hygiène de sécurité et de conditions de travail, faisant du CHSCT une instance de concertation.* »

Nous étudierons ultérieurement cet aspect, dont l'ambiguïté tient sans doute au mélange des missions de contrôle, de concertation et de propositions. En fonction des modalités de mise en œuvre de ses missions, le CHSCT oscille entre trois logiques : de revendication, d'information et de consultation, ou de négociation et de participation.

Depuis la création des délégués mineurs, c'est-à-dire depuis plus d'un siècle, les représentants du personnel ont toujours eu à concilier deux missions : contribuer à la protection des salariés et contrôler l'application de la règle. Ceci peut les amener à contribuer à la production de règles et, plus rarement, à en contrôler l'application auprès des salariés.

1.2.2) Une mosaïque d'acteurs et de pratiques

L'analyse historique a montré que les acteurs en matière de prévention des risques professionnels sont nombreux et, faute d'être coordonnés, constituent une « mosaïque ». La compréhension de la problématique actuelle en matière d'évaluation des risques passe par l'analyse de la régulation entre acteurs, leur mode d'actions et d'interrelations. Les acteurs doivent être appréhendés tant dans leurs représentations et les concepts qu'ils développent que dans leurs politiques, en prenant en compte leurs outils, pratiques et relations les uns avec les autres. Il conviendra d'analyser les intérêts, quelquefois divergents, le positionnement des uns par rapport aux autres, les situations de domination, de « leadership », réelles ou redoutées ...

L'hétérogénéité des acteurs appartenant à une même « famille », tant au sein de l'inspection du travail que de la médecine du travail par exemple, devra également être prise en compte. Nous appréhenderons les acteurs sous deux aspects : leur typologie et les jeux d'acteurs.

§ 1. La typologie des acteurs³³ de la prévention :

On évoque habituellement spontanément en premier les acteurs institutionnels ce qui reflète la prégnance culturelle actuelle et leur grand nombre. Or les règles de l'art de la prévention nous enseignent que les acteurs premiers sont le chef d'entreprise et le salarié. Ces acteurs sont internes ou externes à l'entreprise et peuvent être classés en « familles d'acteurs » : les acteurs étatiques, les organismes en charge d'une mission de service public et des intervenants privés et concurrentiels, agréés ou non.

³³ Parmi les acteurs internes à l'entreprise, on peut identifier cinq niveaux : les décideurs stratégiques (actionnaires, PDG), les décideurs opérationnels (direction d'établissement, encadrement), les opérateurs, les institutions représentatives du personnel, et les fonctionnels de la prévention (service spécialisé, médecine du travail ...).

Les acteurs externes à l'entreprise sont soit étatiques et acteurs du droit, soit chargés d'une mission de service public et gérés par les partenaires sociaux, soit enfin privés et concurrentiels en étant ou non agréés.

Les acteurs étatiques du droit sont investis d'un pouvoir de réglementation et de coercition qui se situe au niveau mondial (OIT, BIT), européen (union européenne), français (le législateur, le gouvernement et l'administration du travail : les agents de l'inspection du travail et leur hiérarchie). L'inspection du travail en est l'acteur de terrain. Elle joue davantage un rôle de prescripteur et de régulateur que de conseiller. Le ministère chargé du travail oscillant quant à lui entre une conception de son rôle comme « état régulateur » ou comme « état stratège ».

Les organismes en charge d'une mission de service public sont gérés par les partenaires sociaux (CNAM, INRS, CRAM, OPPBTP, ANACT et ARACT ...). Ils apportent à l'entreprise un conseil scientifique, technique ou méthodologique.

Enfin, il existe des intervenants privés et concurrentiels, agréés ou non. On classera dans cette catégorie les organismes agréés, les organismes de contrôle technique et d'autres structures non agréées telles que les consultants ...

A l'intérieur de ces structures, les acteurs ont des statuts divers reposant quelquefois sur l'indépendance par rapport à leur hiérarchie interne. Le nombre et le type de structures et les statuts des acteurs conduisent à s'interroger sur l'homogénéité entre acteurs y compris dans une même famille d'acteurs dans laquelle il faut toujours distinguer trois niveaux : les décideurs politiques, la direction / hiérarchie et les opérateurs.

Le tableau 2 (p. 44) constitue une esquisse de « cartographie relative aux acteurs et à leurs concepts et pratiques ». Il en montre le nombre et la complexité. Les acteurs peuvent localement, mais rarement, construire et mettre en œuvre une « action publique » cohérente.

Cette typologie n'est pas neutre et montre la relation entre concept et positionnement des acteurs. Ainsi, s'il est facile de classer l'état et la sécurité sociale parmi les acteurs publics, le positionnement indépendant de la médecine du travail fait débat. Le ministère du travail, les représentants des employeurs et une majorité de médecin du travail la classe parmi les acteurs internes à l'entreprise même si la très grande majorité (+ de 75 %) des médecins du travail n'en sont pas directement salariés. Les médecins du travail « conseiller » se situent davantage comme salariés de l'entreprise alors que les « experts » se considèrent comme extérieurs à celle-ci.

Concernant l'ensemble de cette mosaïque, le manque de portage politique et social a conduit à l'émergence de problèmes dont on relève aujourd'hui des symptômes forts : manque d'indépendance pour certains, difficultés de positionnement pour d'autres, absence de synergie

Les organismes gérés paritaire souffrent de la crise du paritarisme que la « refondation sociale » n'a pas réglé. Ceci pose le problème de l'articulation entre les partenaires sociaux entre eux d'une part et avec l'Etat d'autre part.

Une institution comme l'INRS souffre, selon l'IGAS, d'une gestion patronale trop marquée³⁴, ce qui nuit à la légitimité de son expertise scientifique et technique.

Tous les acteurs en difficulté développent davantage des stratégies de défense par le repli sur leur profession, voire leur institution, que de remise en question.

Au cœur de l'actualité, le débat sur le rôle de l'état que certains souhaiteraient voir limité à sa mission régalienne (encore faudrait-il la définir³⁵) et que d'autres voudraient voir évoluer de sa logique de régulateur vers une logique d'état stratège. D'autre part, quelques partenaires

³⁴ IGAS Rapport relatif au fonctionnement de l'Institut National de Recherche sur la Sécurité (INRS). 1999.

sociaux plaident pour qu'ils aient davantage de marges de manœuvre dans l'entreprise pour négocier et réguler.

L'inspection du travail cherche sa voie et sa légitimité entre contrôle, conseil, répression et expertise. Elle souffre d'un double problème : de positionnement d'une part, dont l'une des hypothèses explicatives est l'affaiblissement de la régulation par le droit et l'espoir d'une meilleure articulation par l'accord ; d'autre part, autant le droit peut permettre une approche « normative » de la sécurité au travail, autant il lui est difficile d'appréhender et de prévenir les effets sur la santé des nouvelles formes d'organisation du travail et des risques tels qu'ils se présentent aujourd'hui.

La régulation entre acteurs institutionnels : quelle gouvernance de l'action publique ?

L'action publique en matière de prévention des risques professionnels est complexe à analyser et son mode de gouvernance plus encore. Nous nous limiterons à présenter deux constats. Le premier a déjà été évoqué, il concerne la régulation à minima (sur la base du plus petit commun dénominateur) du système et des articulations entre ses différentes composantes. Cela nous renvoie à la difficile construction de compromis entre le politique, l'économique et le social, et se traduit par un constat de grandes difficultés des acteurs sociaux à s'entendre et de l'état à se positionner sans être en porte à faux avec certains de ces acteurs.

La difficile articulation des institutions renvoie aussi à leurs acteurs eux-mêmes et nécessite de les analyser en tant que « professions » dont ils présentent toutes les caractéristiques.

Pour analyser les régulations entre acteurs internes et externes dont certains sont indépendants, voire en situation de monopole, nous nous référerons à la sociologie des professions (Dubar et Tripier). Certaines composantes pourront ainsi être étudiées telles que l'image « *héroïque que les corps traditionnels donnent d'eux-mêmes* », leur caractère segmenté et peu cohérent, leur capacité à plaider aussi bien leur utilité pour l'intérêt général, le maintien d'un équilibre moral de la société et qu'elles en tirent également comme conséquence la nécessité de contrôler leur marché du travail afin d'en sélectionner les membres.

Les traits qui semblent rassembler tous les membres d'un groupe professionnel, comme la confraternité ou l'esprit de corps, sont aussi ceux qui contribuent le plus à les dissocier en

³⁵ Le rapport du Comité Economique et Social. (Fiterman C., rapporteur) relatif à la « prévention et gestion des risques technologiques et industriels » (2003) contient les déclarations des différents groupes qui le composent. Concernant le rôle de l'état, elles sont relativement convergentes. Le groupe des entreprises privées déclare que « *Concernant l'Etat, ce déplacement du centre de gravité de la prévention vers le terrain nécessite, par voie de conséquence, que celui-ci se recentre sur ses missions naturelles d'incitation, d'orientation et de contrôle.* » (p I – 48).

segments. En fait, les seuls vrais confrères sont ceux qui partagent la même identité professionnelle et appartiennent de ce fait au même segment. C'est une communauté invisible qui ne devient visible qu'en organisant des actions collectives. C'est l'une des difficultés majeures des acteurs de la prévention qui globalement considèrent que leur indépendance serait remise en cause, en collaborant avec d'autres, fussent-ils eux-mêmes indépendants.

Au terme de leur analyse, Dubar et Tripier redéfinissent les groupes professionnels comme des mouvements sociaux. La compétition permanente entre segments ne peut être isolée de son contexte économique, social et politique. En matière de prévention, la compétition existe entre segment d'une même profession, mais aussi entre professions, comme actuellement où le système de prévention est en discussion, et où chacun est vigilant sur son devenir en essayant d'élargir, voire simplement de maintenir, son champ de compétence.

Freidson (cité par Dubar et Tripier) évoque *«le grave défaut de l'autonomie professionnelle : en permettant et en encourageant la création d'institutions qui se suffisent à elles-mêmes, elle conduit la profession à se faire une idée trompeuse de l'objectivité et de la fiabilité de son savoir, ainsi que des vertus de ses membres ; elle l'entraîne en outre à se considérer comme la seule à posséder savoir et vertu, à mettre en doute les capacités techniques et morales des autres professions, à savoir, à l'égard de sa clientèle, une attitude au mieux paternaliste, au pire méprisante.»* (Dubar et Tripier, 1998, p 125)

Cette affirmation pourrait être transposée mot pour mot à la gestion des risques professionnels pour laquelle les acteurs sont autonomes, se considèrent autosuffisants et sont convaincus de leurs hautes vertus et compétences. Ces postures compliquent d'ailleurs actuellement assez fortement l'évolution du système.

Ces auteurs considèrent qu'il n'existe pas de profession séparée, que pour comprendre un groupe professionnel quel qu'il soit, il faut le replacer dans le système professionnel auquel il appartient ou dont il est issu. Il n'existe pas de profession établie mais des processus de structurations et déstructurations professionnelles dont les rythmes historiques, les formes culturelles et juridiques, les configurations politiques sont très variables. Il n'existe pas de profession objective mais des relations dynamiques entre des institutions ou organisations de formation, de gestion, de travail, et des trajectoires, cheminements et biographies individuels, tout autant sociales que personnelles.

Ainsi dans l'entreprise, et plus particulièrement au sein du CHSCT, chaque profession peut osciller entre deux positions extrêmes : partager son savoir avec le plus grand nombre ou positionner, face au profane, son savoir ésotérique.

S'il y a une grande marge de progression dans la cohérence entre acteurs, il existe quelquefois des points d'accords, des chemins parcourus en commun. Il est utile d'étudier les modalités d'élaboration des accords qui sont conclus en questionnant le rôle qu'y jouent les lieux de concertation, de régulation et de construction des compromis.

§ 2. Les modes et lieux de concertation et de régulation.

De nombreuses structures existent, dans et hors de l'entreprise.

Le conseil supérieur de la prévention des risques professionnels (CSPRP) composé de représentants patronaux, syndicaux et de personnalités qualifiées, a vocation à émettre des avis sur la politique et les textes rédigés par le ministère chargé du travail. Il constitue une chambre de débats mais rarement une force de proposition. L'IGAS (2003 p 292) propose d'en faire une instance de référence en l'élargissant à l'ensemble des acteurs³⁶ et en l'appuyant sur un conseil scientifique composé de personnalités indépendantes. Cette proposition d'évolution traduit la nécessité d'ouvrir le champ de la prévention, au-delà des partenaires sociaux, pour y associer l'expertise, les représentants de la santé publique, du monde politique local et des associations de défense des victimes du travail. L'IGAS propose également de décliner cette logique de concertation au niveau régional pour impliquer fortement ce niveau et rénover le système de coordination existant entre les acteurs. En effet, l'actuel comité régional de coordination des acteurs institutionnels³⁷ de la prévention soit, dans la majorité des cas ne se réunit pas, soit le contenu de ses réunions ne relève que de l'information formelle réciproque. Très rares sont les régions dans lesquelles ce comité permet d'élaborer un programme d'actions coordonnées.

Les instances paritaires de gestion et d'orientation de la CNAM et des CRAM et les comités paritaires national et régionaux de l'OPPBTP réunissent les représentants patronaux et syndicaux et constituent là aussi davantage des lieux de débats que de proposition et d'action.

Les commissions de contrôle des services de médecine du travail, qui devraient permettre aux représentants des salariés de s'exprimer sur le fonctionnement de ces services, ne les voient que très rarement présents.

Les institutions représentatives du personnel dans l'entreprise : comité d'entreprise, délégué du personnel, délégué syndicaux, et le CHSCT dont nous étudierons plus particulièrement le fonctionnement.

³⁶ « représentants des ministères concernés, des diverses instances de la sécurité sociale et des organismes professionnels de prévention, des services médicaux de travail, du Haut conseil de la santé publique, des conseils régionaux et généraux, des associations de défense des salariés malades et accidentés. »

³⁷ Essentiellement CRAM et services régionaux du ministère du travail.

Les partenaires sociaux, qui négocient en fonction des besoins. Il est à noter que l'accord des partenaires sociaux de septembre 2000 prévoit de développer les négociations de branches.

Enfin, et non les moindres, les collectifs de travail constituent des lieux de régulation autonome ou conjointe. En matière de gestion des risques, ils construisent des savoir-faire de prudence produits dans l'activité de travail par les opérateurs qui vont accommoder les prescrits avec le réel pour pouvoir produire dans ce qu'il leur paraît être les meilleures conditions de sécurité (Cru et Dejours, 1985).

Pour que la question de la régulation entre les acteurs internes et externes se pose encore faut-il que ces derniers se concertent, voire se rencontrent. Dans les entreprises qui en sont dotées, le CHSCT est un lieu adapté pour cela. Malheureusement, un inspecteur du travail ne peut participer qu'à environ 10 % des réunions auxquelles il est convié³⁸.

La participation des médecins du travail n'est que légèrement supérieure. La participation respective de chacun des acteurs externes n'est pas coordonnée, ou alors de manière informelle. Par exemple, un inspecteur du travail constatant la présence régulière de certains acteurs externes à un CHSCT sans problèmes cruciaux pourra considérer que sa présence est plus profitable ailleurs. Le manque de lisibilité de cette stratégie, informelle, est souvent source d'incompréhension pour les acteurs internes. Ceux-ci joueront d'autant mieux leur rôle d'alerte en cas de nécessité qu'ils comprendront la logique d'action des acteurs externes.

La faible présence des experts extérieurs est généralement regrettée par les acteurs internes, car ils jouent le rôle d'expert et de pédagogue du droit, de la technique ..., de transferts d'expériences entre entreprises, de facilitateur du dialogue social, de garde-fou ...

En retour, leur participation leur permet de trouver, voire de construire, les relais indispensables dans l'entreprise. Leur positionnement au sein du CHSCT est complexe. Ils se doivent d'y être actifs sans monopoliser la parole ni en prendre les rennes.

Le CHSCT est un espace de parole sur le travail, au sein duquel les experts sont un bon moyen pour ne pas s'enliser dans le contentieux et rapprocher les points de vue, en ouvrant des perspectives d'actions.

³⁸ A Ravaud (chef du bureau « Conditions de travail » au ministère de l'emploi et de la solidarité) indique toutefois « que la participation de l'inspection du travail aux CHSCT est en baisse. En 1999, elle participait à 8 000 réunions, soit 1/10, contre plus de 9 000 en 1997. » (Source : La gazette sociale d'Ile de France n°46 – septembre 2002 : Compte rendu de la journée du 29 novembre 2001 relative à la formation des représentants du personnel au CHSCT : enjeux et orientations.)

Le tableau 2 ci-après reprend les acteurs précités en précisant leurs fonctions. Il propose une esquisse de « cartographie » relative aux concepts et aux pratiques de chacun d'eux. Celle-ci montre l'étendue des positions. Ce tableau synthétise ce qui précède et montre que l'une des spécificités des risques professionnels est le nombre important des acteurs qui interviennent sur ce champ. Leurs synergies ou non relèvent de plusieurs registres d'actions qui constituent les clés de lecture du tableau précédent.

Le tableau 2 synthétise les évolutions du contexte, des concepts, des acteurs et des pratiques. Parmi les concepts à mobiliser dans notre recherche, il illustre les deux principales familles : - le risque, c'est-à-dire ce que l'on veut prévenir - les différents modes de régulation pour leur gestion. Viennent ensuite plusieurs familles de dimensions transversales telles que les règles et leur mode d'application, les acteurs avec leurs représentations, leurs stratégies, leurs modes de régulation et leurs conventions.

Le premier registre est politique. Il est illustré par plusieurs éléments du système. L'existence de la sécurité sociale et sa gestion par les partenaires sociaux renvoie au contexte politique de l'après-guerre et à la perte de légitimité de l'état. De nombreux rapports pointent depuis longtemps le caractère conflictuel de ces deux ordres qui ne contribue pas à leur synergie, mais plutôt à la mosaïque de l'action publique. Nous verrons également le rôle fondamental joué par l'Union Européenne et ses compromis pour articuler dans son action politique, l'économique et le social.

Ce tableau montre aussi la complexité de la situation au niveau de l'entreprise, compte tenu du nombre des acteurs qui y interviennent. Ils sont de trois types : la direction, les salariés et les experts. La compréhension de l'articulation et de la régulation des acteurs de l'entreprise relève de trois registres : la sociologie des organisations, des relations professionnelles et de l'expertise.

Enfin, celle de la régulation des acteurs institutionnels de la prévention renvoie à la sociologie des professions que nous avons évoquée précédemment.

Après avoir décrit et analysé l'organisation des acteurs, nous évoquerons, au paragraphe suivant (1.2.3), l'évolution de notre objet « les risques professionnels » et de ses pratiques de gestion.

Tableau 2 : Esquisse de « cartographie relative aux acteurs et à leurs concepts et pratiques »

Famille	Structures	Fonctions	Concepts	Acteurs	Pratiques
Entreprise	Direction générale	Décisions stratégiques	Productivité Flexibilité Gestion	Actionnaires Dirigeants stratégiques	Prescrits conciliant enjeux stratégiques, financiers et pénaux
	Direction opérationnelle et encadrement	Décisions opérationnelles, régulations et mise en œuvre	Obligations de résultats	Direction Encadrement	Normative Prescrit interne
	Salariés	Réalisation du travail	Accomplissement de la tâche Préservation de ses intérêts	Opérateurs	Gestion des injonctions contradictoires, savoir-faire de prudence
	Représentants des salariés	Représentation Revendication, négociation Enquêtes	Satisfaction des mandants Objectifs syndicaux	Institutions représentatives du personnel	Clinique écoute des salariés Revendications et propositions
	Fonctionnels de la prévention	Contribution à la mise en œuvre de la stratégie	Santé, sécurité, conditions de travail, droit	Animateur sécurité, médecin du travail, ergonome, ...	Analyse des risques, définitions et mise en œuvre de la protection
Etatique : internationaux ou français	OIT BIT	Régulation internationale Aide	Régulation sociale	Services du BIT	Suivi des pratiques et aide aux pays peu avancés en prévention
	Union européenne	Construire l'Europe par l'homogénéisation du droit	Régulation sociale	Commission européenne, Fondation et Agence pour l'amélioration des CT, structure de concertation entre les partenaires sociaux	Elaboration du droit Expertise et conseil
	Gouvernement et parlement français	Fixer les orientations politiques et les règles du droit	Régulation sociale	Gouvernement et parlement	Orientations politiques Elaboration du droit Tutelle de certains acteurs
	Administration du travail	Mettre en œuvre les orientations politiques	Déclinaison des décisions politiques	DRT, DRTEFP, DDTEFP	Prescrit interne Impulsion animation
	Inspection du travail	Veiller au respect du droit Apporter une expertise réglementaire	Respect de l'ordre social Régulation sociale	Inspecteurs et contrôleurs du travail	Approche normative et pénale, contrôle de conformité

Organismes gérés par les partenaires sociaux	CNAM-CRAM	Gestion de la réparation des AT et MP ; Expertise et conseil en prévention	Articulation réparation-prévention Incitation bonus-malus	Ingénieurs et contrôleurs de sécurité	Interventions techniques en entreprises de type normatif Incitations et conseils
	INRS	Expertise scientifique et technique	Sciences de l'ingénieur, et sciences humaines et de la nature	Chercheurs	Production scientifique et technique, information et formation
	ANACT-ARACT	Expertise et conseil	Ergonomie Approche sociotechnique de l'organisation du travail	Chargés de mission	Diagnostics et conduite d'actions en entreprise
	OPPBTP	Expertise et conseil	Sécurité technique	Ingénieurs de prévention et délégués	Conseil technique
Intervenants privés, agréés ou non	Médecine du travail	Surveillance médicale, expertise et conseil	Santé	Médecins du travail	Approche clinique des salariés et du poste de travail, veille et alerte
	Organismes techniques agréés	Expertise technique	Respect du droit et de la norme technique	Ingénieurs ou techniciens	Normative, expertise technico-réglementaire
	Consultants	Conseil	Selon leur spécialité	Psychologues, ergonomes, analystes du travail, spécialistes de l'organisation, ...	Selon leur spécialité
	Expert agréé CHSCT	Expertise à la demande du CHSCT	Variables selon l'expert	Consultants ou structure	Variable selon l'expert
Organisations professionnelles d'employeurs et de salariés		Fixer les règles conventionnelles, participer au débat social et favoriser la mise en œuvre	Selon les acteurs Recherche du compromis	Organisations patronales et syndicales	Négociations collectives globales ou par branches
Organismes de normalisation et/ou de certification	ISO, AFNOR ...	Normaliser Certifier la conformité à une norme	Intérêt du normatif Certifier la capacité d'une entreprise à faire	Structures de normalisation et/ou de certification, internationale, nationale ou locale	Elaboration de normes Audits de conformité
Structures d'alerte et de défense	FNATH, ANDEVA, mutuelles, ...	Défendre l'intérêt des victimes Alerter	Respect des victimes et de leurs droits Solidarité	Associations, mutuelles ...	Soutien aux victimes Actions pénales Alerte, médiatisation
	Médias	Informers	Information	Journalistes Groupes de pression	Publications

1.2.3) Quelques points de repères historiques sur l'évolution des risques et des pratiques de gestion

La deuxième partie du 20^{ème} siècle a été marquée par le développement conceptuel tant de l'objet de la gestion des risques que de ses pratiques.

Ainsi, l'objet s'est fortement élargi et enrichi. Il a été longtemps circonscrit à l'accident du travail et à l'hygiène pour intégrer ensuite les conditions de travail puis la santé au travail et enfin, commence à émerger au niveau européen le concept de bien-être au travail. Ce déplacement de l'objet impose une évolution des pratiques et un enrichissement de l'analyse tant de l'homme au travail que de l'organisation de celui-ci. Ainsi, l'approche de l'homme au travail ne peut plus se limiter à sa dimension physique mais doit aujourd'hui intégrer ses dimensions cognitives, psychiques et sociales³⁹.

L'évolution de l'objet est concomitante et indissociable de celle des pratiques. Ainsi, c'est tantôt l'évolution de l'objet qui fait évoluer les pratiques, tantôt l'inverse. Les grandes évolutions de ces cinquante dernières années le montrent bien.

§ 1. De l'accident au bien-être au travail

Avant 1970 l'objet de la prévention se limite à l'accident. L'approche relève d'une logique binaire, ou bicausale, entre la technique et l'homme. Les mesures techniques se limitent à l'analyse et au traitement du danger tout en voyant apparaître le principe d'intégration à la conception. L'approche du facteur humain par la psychotechnique fait l'objet d'une analyse critique (Faverge, 1967) mais est toujours appréhendée comme source de dysfonctionnement dont l'occurrence doit être limitée par le respect de consignes (Sonntag, 1995). La régulation de contrôle au sens de Reynaud constitue donc le mode d'approche dominant.

A partir des années 1960 - 1970, l'objet de la prévention s'élargit aux conditions de travail, notamment sur la base d'une critique du taylorisme. Les pratiques tentent à la fois d'appréhender plus en amont les problèmes, notamment par l'intégration du concept de sécurité intégrée à la gestion de l'entreprise et à la conception de ses équipements, mais aussi en approchant l'accident du travail non plus en terme de dualité entre le technique et l'humain mais par une analyse multicausale plus globale intégrant toutes les composantes du travail, y compris son organisation. Ceci nécessite une participation plus forte des salariés et introduit

³⁹ Les troubles musculo-squelettiques (TMS) constituent un bon exemple de cette problématique. Des études épidémiologiques ont en effet mis en évidence l'origine physique de la maladie (travail répétitif sous contrainte de temps) mais aussi sa dimension psychologique.

une esquisse de contribution directe ou représentative et, quelquefois, une régulation conjointe.

On voit bien que dès les années 60 se dessinent une ouverture et un enrichissement des pratiques : la sécurité intégrée, les conditions de travail, la participation des salariés, l'hygiène industrielle, l'approche sociotechnique ... Toutes ces démarches se nourrissent des mêmes motivations : pour être efficace, la prévention doit être intégrée à la gestion de l'entreprise, prendre en compte toutes les dimensions du travail (technique, humaine et organisationnelle) en veillant à son adaptation à l'homme, notamment grâce à sa participation et à la prise en compte de la réalité du travail. L'arrivée d'une approche plus large de l'accident du travail s'inscrit « naturellement » dans cette construction.

Dans les années 1980, l'objet s'élargit encore pour appréhender les atteintes à la santé autrement que par l'événement brutal qu'est l'accident du travail, mais également par les différentes formes d'expositions aux dangers qui induisent des maladies dont les modalités d'apparition sont variables. Pour leur prévention, les pratiques sont encore en cours de construction. Les lois « Auroux » introduisent des modifications importantes, entre autres, en reliant sécurité et conditions de travail au sein du CHSCT. Nous les évoquerons ultérieurement.

Depuis le début des années 1990, l'objet de la prévention intègre, au-delà de l'aspect physique, l'aspect psychologique, voire même de bien-être au travail. La dégradation des conditions de travail, notamment par son intensification et le développement des activités de services moins exposées aux risques physiques mais davantage aux problèmes relationnels, ont accéléré le processus par l'introduction de problématiques nouvelles comme le harcèlement sexuel puis moral, le stress, la charge mentale ..., dont les pratiques de prévention sont encore plus embryonnaires. Indépendamment de cela, Sonntag (1995) voit apparaître dans les années 1990 une « *conception systémique de l'accident de travail et de l'atteinte à la santé en milieu professionnel. On en déduit que le système de production est un lieu de risques virtuels générés par le fait de son fonctionnement et qu'il doit en assurer la maîtrise.* » Ceci ne représente d'ailleurs que la mise en œuvre concrète de concepts structurés dès les années 1960.

Après avoir montré le lien fort entre objet et pratiques de la gestion des risques, nous serons amenés, pour clarifier leur présentation, à les distinguer. Nous présenterons dans la deuxième

partie de la thèse l'évolution de l'objet et des pratiques. Ceci nous permettra d'introduire le recours à l'évaluation des risques qui introduit leur gestion, et pour cela l'approche par l'analyse de la régulation entre acteurs. Ce processus est d'autant plus important que l'élargissement du concept de santé à celui de bien-être nécessite l'évolution des pratiques.

Nous partirons du postulat que les problèmes majeurs de la prévention des risques professionnels ne sont ni la crise des savoirs ni la gestion des aléas, comme cela peut être le cas pour d'autres risques, mais l'articulation entre savoirs et relations (Hatchuel).

Considérant que le risque correspond à l'exposition d'un salarié à un danger, nous montrerons que l'approche du danger repose sur un savoir, dans la plupart des cas suffisant pour agir. Cette approche par le savoir sur les dangers renvoie aux relations qui permettent ou non de mobiliser l'expertise pour caractériser les dangers et les risques. La question des relations est également centrale dans l'évaluation et le traitement des problèmes. Nous montrerons que dans la pratique de l'évaluation entrent en compte les relations entre les acteurs, ce qui complexifie singulièrement le processus.

Nous verrons que jusqu'au niveau du danger et du risque l'approche est relativement claire. Par contre, à partir de l'évaluation, il devient indispensable de traiter des questions de prévention et de gestion des risques ainsi que des acteurs, de leurs représentations et de leurs modalités de régulation.

De nombreux savoirs sont mobilisés, ils renvoient tous aux concepts et donc aux représentations de chacun des acteurs sur des dimensions telles que : accident du travail, maladie professionnelle, prévention des risques, gestion de la prévention, risques professionnels, risque zéro, potentiel, résiduel, sécurité intégrée, principe de précaution, action publique, politique publique, etc...

Nous ne les approfondirons pas toutes mais aurons toujours le souci de les situer dans le contexte dans lequel elles ont été élaborées. Les concepts évoluent avec la société et doivent être contextualisés y compris au niveau de l'entreprise en prenant en compte ses préoccupations stratégiques ou contingentes (enjeux financiers, sociaux, techniques, managériaux ...). Aucune démarche de gestion des risques ne peut être envisagée indépendamment de l'organisation et du management de l'entreprise. Par ailleurs, l'entreprise ne peut véritablement mettre en œuvre une politique de gestion des risques que si elle bénéficie d'un accompagnement interne comme cela a été fait en matière de qualité (Favaro, 1999). Ceci nous amènera à aborder la question des acteurs.

Pour avoir une approche davantage préventive, il est donc nécessaire d'appréhender les problèmes en amont de l'accident, c'est-à-dire au niveau du risque lié à la situation de travail. Le risque correspond à la rencontre d'un salarié avec un danger (ou facteur de risque). Il a toutefois un caractère virtuel puisqu'il s'agit d'envisager la potentialité d'un dommage non encore réalisé. Pour être moins virtuel le risque a besoin d'être évalué.

Un premier questionnement et une première analyse des concepts nous ont confirmé la nécessité d'en approfondir l'analyse longitudinale et la grande hétérogénéité de leur définition et niveau de mise en œuvre.

§ 2. L'évolution des pratiques : un parcours d'intégration

Nous avons insisté précédemment sur l'importance de ne pas trop « dénaturaliser » la gestion des risques tant dans notre approche de l'homme au travail que dans l'organisation de celui-ci, pour en optimiser l'efficacité. La caractérisation de « l'objet prévention » nous permet maintenant d'évoquer l'évolution des pratiques. Celles-ci relèvent d'une régulation contextualisée tant au niveau microscopique (l'entreprise) que macroscopique (le système français de gestion des risques). Nous expliciterons ces éléments ultérieurement en montrant notamment que, si les années 1970 ont été les années de la sécurité intégrée, les années 80 celles de l'analyse a posteriori des AT, les années 90 montrent les limites de l'analyse a posteriori et l'absolue nécessité de passer à une analyse a priori. Les pratiques se structurent aujourd'hui fortement autour de logiques de gestion et le code du travail prescrit davantage des logiques procédurales pour rationaliser ses exigences essentielles.

Nous reviendrons sur ces points de repères historiques, sur l'évolution des risques et des pratiques de gestion, sous un angle plus conceptuel, dans la deuxième partie.

Chapitre 2.) La problématique actuelle de la gestion des risques professionnels : état des lieux et perspectives

2.1.) Etat des lieux : deux décennies d'évolutions fortes qui bousculent le système et ses repères

2.1.1.) La construction européenne : un impact fort sur les outils réglementaires et plus limité sur les concepts, les acteurs et leurs pratiques

2.1.2.) Des indicateurs préoccupants : les accidents du travail stagnent, le nombre de maladies professionnelles reconnues augmente fortement et les conditions de travail se dégradent

2.1.3.) Maintien de l'emploi et/ou prévention des risques : une difficile articulation entre l'économique, le politique, l'individuel et le social

2.1.4.) Des catastrophes sanitaires qui contribuent au développement des approches politiques, juridiques, scientifiques et sociales de la gestion des risques

2.1.5.) Une perception des acteurs qui prend en compte ces évolutions et suscite une demande de changement

2.1.6.) Un rééquilibrage entre régulation étatique et régulation sociale

2.2) Les pistes pour construire de nouveaux repères : des hypothèses à valider

2.2.1) Deux concepts pour faire évoluer les acteurs : articuler les institutions et redonner leur place aux acteurs sociaux

2.2.2) Un concept pour faire évoluer les pratiques : l'évaluation des risques

2.2.3) Une motivation : comprendre la problématique actuelle pour tenter d'optimiser la politique publique

Chapitre 2.) La problématique actuelle de la gestion des risques professionnels : état des lieux et perspectives

Les évolutions que nous venons d'évoquer, essentiellement conceptuelles et pas toujours consensuelles, connaissent des difficultés pour entrer dans les pratiques. L'absence de restructuration des acteurs conduit logiquement à la situation actuelle de quêtes de nouveaux repères et de tentatives de refondation de la trilogie concepts / acteurs / pratiques. Les deux dernières décennies ont, en effet, fortement bousculé le système sur de nombreux registres. La construction européenne a eu un impact fort sur les concepts et plus limité sur les acteurs et leurs pratiques. Les indicateurs sont préoccupants : les accidents du travail stagnent, le nombre de maladies professionnelles explosent et les conditions de travail se dégradent. Par ailleurs, une difficile articulation entre l'économique, le politique, l'individuel et le social fait apparaître des dilemmes, voire des oppositions, entre maintien de l'emploi et prévention des risques. Enfin, des catastrophes sanitaires ont conduit à un développement des approches politiques, sociologiques, juridiques et gestionnaires des risques. Même si ces événements concernent peu le risque professionnel, les enseignements qui en sont tirés impactent sa gestion. Enfin, les problèmes posés et la perception qu'en a la société ont beaucoup évolué. D'une part, la perception des acteurs par la société prend en compte ces évolutions et, d'autre part, elle souhaite globalement un rééquilibrage entre régulation étatique et régulation sociale.

Logiquement, les partenaires sociaux ont décidé, en 2000, d'ouvrir le débat actuel relatif à la refondation du système de prévention. Nous présenterons les éléments de ce débat dont l'une des difficultés consiste à tenter de régler le problème à coût constant. Est-il possible d'adapter et d'augmenter l'efficacité du système à coût constant par une meilleure répartition des responsabilités ou bien cela nécessite-t-il de rajouter certaines composantes ? Comment la démarche d'évaluation des risques s'inscrit-elle dans les pratiques et / ou peut-elle contribuer à les faire évoluer ?

C'est cette tentative de compréhension des modalités de contribution de l'évaluation au processus de construction des risques professionnels et de rationalisation de leur gestion qui motive et structure notre recherche.

2.1.) Etat des lieux : deux décennies d'évolutions fortes qui bousculent le système et ses repères

2.1.1) La construction européenne : un impact fort sur les outils réglementaires et plus limité sur les concepts, les acteurs et leurs pratiques

L'histoire de la construction européenne est relativement consensuelle (Boisnel (2001), Vogel (2001) ...), et peut être résumée en quatre temps.

Dans un premier temps, la construction de l'Europe sociale a été lente et modeste jusqu'au milieu des années 80.

Le deuxième est marqué par la signature de l'Acte Unique en 1986. Il constitue un « *changement décisif par son ambition intégratrice et par sa dimension : 300 directives mises en chantier pour achever le « Grand marché »* » (Boisnel, 2001). En contrepartie de ce développement économique sera engagée la construction de l'Europe sociale avec la convention – cadre de 1989⁴⁰. Celle-ci, jusqu'en 1992 permettra l'adoption de plus de trente directives spécifiques. Vogel (2001) considère qu'elle a ouvert trois grandes tendances : la primauté de la prévention sur la compensation monétaire des « *dégâts du travail* » ; le passage d'une optique centrée sur l'individu qu'il faudrait adapter au travail vers les conditions collectives dans lesquelles se construit la santé ; *et enfin, « le passage d'une approche technique ou les règles hétéronomes élaborées par des spécialistes disent ce qu'est la santé et la sécurité vers une approche socio – technique ou les travailleurs cessent d'être l'objet pour devenir le sujet principal de la prévention. »* (Vogel, 2001, p 111).

Les principaux concepts issus de cette directive et qui marqueront fortement l'évolution du droit du travail français peuvent être résumés par quelques mots clés : prévention, santé, ergonomie et conditions de travail, participation, évaluation des risques. Un des points faibles de cette directive, essentiellement centrée sur l'entreprise, concerne l'organisation des systèmes de prévention. Ceci est lié à l'hétérogénéité des systèmes en place dans chaque pays et à la volonté de chacun d'eux de voir son organisation modifiée le moins possible.

Si l'on considère que l'action repose sur une cohérence entre les concepts, les outils et les acteurs, on constate qu'en France, les outils réglementaires ont fortement évolué,

⁴⁰ « *Sous la pression du Danemark, l'article 118A fut introduit dans le traité. Cet article prévoyait l'adoption de directives à la majorité qualifiée ayant pour objet d'harmoniser vers le haut les règles concernant le « milieu de travail ». C'est sur la base de cet article que la communauté entreprit la production normative la plus systématique et la plus féconde dans le domaine des conditions de travail. [...] Ce renforcement des compétences communautaires fut complété par un contexte favorable à l'adoption de directives. En effet, à partir de 1985, la volonté de construire le marché unique dans des délais assez serrés poussa la Commission à faire des concessions au mouvement syndical dans le domaine des conditions de travail. [...] Dans l'ensemble, tant le patronat que les Etats - membres ne s'opposèrent pas aux propositions de directive, du moins dans une période qui va de 1988 aux accords de Maastricht (1992). C'est pourquoi les principes contenus dans la directive - cadre ont constitué une opportunité réelle d'amélioration des législations nationales. »* Vogel (2001).

contrairement aux concepts et aux acteurs. Ceci explique au moins partiellement les difficultés actuelles du système de gestion des risques français, même s'il n'est pas le seul à en connaître.

Cette étape marque l'émergence d'un nouveau mode de construction du droit en matière de risques professionnels. L'évolution du droit n'est plus systématiquement initiée par des pratiques françaises mais européennes c'est-à-dire construite sur d'autres bases culturelles et sur d'autres pratiques qu'il va nous falloir comprendre et intégrer.

Les années 90 constituent le troisième temps à la fois de pause au niveau européen et de transposition dans chacun des pays. Ces derniers ont ainsi pu rénover et rapprocher leurs droits puis eux aussi marquer une pause réglementaire.

Le quatrième temps, dans lequel nous sommes, a débuté depuis quelques années et constitue une période d'évaluation, d'ajustement et de construction de perspectives. La procédure d'évaluation de la transposition de la directive - cadre a conduit la commission à demander à la plupart des états d'apporter des corrections à leurs transpositions⁴¹. Les réponses apportées par la France ont apparemment satisfait la commission. Par contre, les différends entre certains pays (Italie, Allemagne ...) ont dû être tranchés par la cour européenne de justice.

Pour illustrer cette construction, analysons les éléments structurants de l'organisation de la gestion des risques en l'Allemagne, en France et au Royaume-Uni. Nous le ferons notamment⁴² sur la base des travaux de Kessler (1995) et Vogel (1994).

Sur le plan structurel tout d'abord ; l'Allemagne et la France disposent de deux systèmes d'actions l'un, étatique, et l'autre, géré par les partenaires sociaux. Le Royaume uni dispose,

⁴¹ Pour la France, cette demande a été exprimé en 1994, puis en 1997, et portait sur plusieurs aspects dont les principaux sont l'absence de formalisation de l'évaluation des risques, la non mise en place de salariés chargés de la prévention en entreprise ...

⁴² Une note du ministère de l'emploi et de la solidarité (Direction des Relations du Travail, Juin 1998 : Note d'orientation à l'attention du conseil supérieur de la prévention des risques professionnels sur la réforme de la médecine du travail) distingue trois grands types de systèmes de médecine du travail, au niveau européen. « Certains pays possèdent un système de santé publique qui intègre depuis l'origine les problèmes de santé au travail (Suède, Norvège, Finlande ou Danemark). Ils confient les missions de surveillance de la santé des salariés à l'Etat, et les médecins qui exercent leurs missions dans ces services publics n'ont en charge que des missions de prévention secondaire, voire tertiaire. L'évaluation des risques aux postes de travail est assurée par d'autres professionnels et experts, à commencer par des représentants des salariés eux-mêmes. Un deuxième groupe comprenant, par exemple l'Allemagne et, partiellement, les Pays Bas, allie des services d'entreprise avec des équipes pluridisciplinaires (médecins + ingénieurs) et une couverture d'évaluation des risques dans les PME par les branches professionnelles (à l'image des *Berufgenossenschaft*). Les Pays bas ont récemment « privatisé » l'évaluation, ouverte à la concurrence. Un troisième groupe combine des aspirations composites à l'image de l'Italie dont les « unités sanitaires locales publiques » ont en charge des actions de surveillance de la santé des salariés et de contrôle de l'évaluation des risques, mais sans couverture systématique de tout le pays. Le système d'évaluation des risques allie par ailleurs des intervenants – experts extérieurs à l'entreprise – et des acteurs publics. »

lui, d'un système unifié. Par contre, la fonction de contrôle étatique est assurée en Allemagne et au Royaume Uni par un service spécialisé en santé - sécurité au travail alors qu'en France l'inspection du travail est dite « généraliste » au sens où elle dispose d'une compétence portant sur l'ensemble des relations de travail. Concernant ces trois pays, les modalités et difficultés rencontrées pour transposer la directive cadre sont liées à leur histoire, leur culture, leurs droits pénal et civil et à leur organisation.

L'Allemagne disposait d'une approche, voire d'une organisation, forte en matière de prévention technico-réglementaire mais peu en matière d'ergonomie, de santé au travail et de médecine du travail. Elle a donc aisément transposé les directives spécifiques à un risque mais a rencontré des difficultés pour transposer les principes généraux de prévention.

Le Royaume Uni avait une pratique du « raisonnablement praticable⁴³ » encadré par des obligations de résultats et une logique judiciaire adaptée. Le corollaire de ces pratiques est un droit substantiel très limité. En conséquence, ce pays n'a pas modifié ses grands principes et n'est pas intervenu par voie législative mais seulement réglementaire pour refondre quelques textes existants. Cette réglementation est toutefois complétée et « concrétisée » par des « codes de pratiques approuvées » élaborés par des organes tripartites : employeurs, salariés et autorités locales. Ce pays a développé depuis longtemps des pratiques d'hygiène industrielle d'une part et de management de la prévention d'autre part, pratiques qui se développent actuellement en Europe. Il faut noter, sans porter de jugement de valeur, que les trois composantes que sont le « raisonnablement praticable », les obligations de résultats plus que de moyens et le développement du management de la prévention sont cohérentes les unes par rapport aux autres. Kessler fait toutefois remarquer que « *bon nombre d'auteurs critiquent l'absence totale de prise en compte des dispositions de la directive - cadre quant à la participation des représentants du personnel.* » (Kessler, 1995, p 223). Si le management nécessite la contribution des salariés, il semble que le Royaume Uni préfère la participation directe plutôt que représentative.

⁴³ Vogel L. chargé de recherche au Bureau Technique Syndical de la Confédération Européenne des Syndicats (entretien du 11 juillet 2000) : « *Au moment de l'élaboration de la directive, les anglais ont indiqué qu'ils ne pouvaient accepter des obligations « absolues » de moyens parce que c'était contraire, d'une part, au principe du raisonnablement praticable, et d'autre part, à la pratique judiciaire. Ils n'ont accepté qu'en contrepartie de l'introduction du concept d'évaluation des risques.* » Il illustre cette position par une anecdote relative à une histoire réelle. Elle concerne un parc animalier anglais, dans lequel l'inspecteur du travail a mis en demeure l'employeur d'adopter un système (grille coulissante ...) qui ne mette plus le personnel en contact avec les animaux, suite aux blessures graves assénées par un tigre auquel la victime apportait sa nourriture. L'employeur a formé un recours devant la justice et a obtenu gain de cause au prétexte que cette obligation de moyens était contraire au principe du raisonnablement praticable. Des mesures de prévention devaient être prises (organisation, formation ...) et devaient montrer leur efficacité sans obligatoirement aller jusqu'à l'interdiction de contact physique qui fait partie de l'activité et de l'intérêt touristique et commercial d'un parc animalier.

La France, quant à elle, a vu arriver cette directive avec des pratiques technico-réglementaires basées sur des obligations de moyens avec une organisation structurée mais sans synergie. La transposition de la directive – cadre s’est faite dans de relativement bonnes conditions (ce qui ne préjuge pas de sa qualité), à deux exceptions principales près. La première concerne les principes généraux de prévention qui induisent des évolutions conceptuelles et de pratiques qui rencontrent des difficultés pour être mises en œuvre. La deuxième concerne le ou les travailleurs que l’employeur doit désigner pour s’occuper des activités de protection et des activités de prévention des risques professionnels de l’entreprise⁴⁴. A la demande des représentants des employeurs qui souhaitaient que la transposition de la directive puisse se faire si possible à coût constant, le ministère du travail a obtenu, avant l’adoption de la directive - cadre, l’accord de la commission européenne pour qu’elle considère que cette fonction pourrait être assumée par la médecine du travail. La commission est récemment (1994 et 1997) revenue sur cet accord informel pour demander à la France de transposer cette obligation, ce qu’elle essaie actuellement de faire dans le cadre de la démarche dite de « pluridisciplinarité ».

Cette analyse comparative sommaire montre surtout la double difficulté à construire des normes européennes harmonisées et puis à les transposer et à les faire appliquer. Il faut toutefois noter, à l’époque de la mondialisation, comme Boisnel (2001) « *l’existence, en Europe, d’un haut niveau de protection sociale, globalement le plus élevé à l’échelle mondiale* ».

Compte tenu de la prégnance des orientations européennes sur les situations nationales, portons un rapide regard sur les nombreuses réflexions⁴⁵ menées et les décisions prises en 2001 et 2002. Elles n’apportent pas de bouleversement et peuvent être résumées par quelques idées clés : elles rappellent les objectifs en matière d’AT / MP et introduisent la nécessaire « *prise en compte des risques sociaux, tels que le stress et le harcèlement au travail* », la féminisation et le vieillissement de la population active ; elles insistent sur l’éducation à la

⁴⁴ Conformément à l’article 7 de la directive – cadre du 12 juin 1989 qui stipule que « *l’employeur désigne un ou plusieurs travailleurs pour s’occuper des activités de protection et des activités de prévention des risques professionnels de l’entreprise et/ou de l’établissement.* »

⁴⁵ Parmi ces contributions, on peut citer : 1 - « Pour une relance de la politique communautaire en santé au travail – Contribution du groupe travailleurs du Comité pour la Santé et la Sécurité de Luxembourg à l’élaboration du programme d’action communautaire en santé au travail. Juin 2001. 2 - La commission a présenté une communication, le 11 mars 2002, intitulée : « S’adapter aux changements du travail et de la société : une nouvelle stratégie communautaire de santé et de sécurité 2002 - 2006. » 3 - Le Parlement Européen, Commission de l’emploi et des affaires sociales, a rédigé un document de travail sur la communication de la commission, le 9 avril 2002. 4 - Résolution du Conseil des Communautés européennes du 3 juin 2002 concernant une nouvelle stratégie communautaire de santé et de sécurité au travail 2002 - 2006.

prévention, le contrôle de la mise en œuvre effective du droit, le dialogue social, l'intégration de la santé et de la sécurité au travail dans les autres politiques communautaires, sur la problématique de l'élargissement et de la coopération internationale. Enfin, elles partagent toutes l'avis de la Commission Européenne (2002) selon lequel « *la politique communautaire en matière de santé et de sécurité au travail doit avoir comme objectif l'amélioration continue du bien-être au travail, tant sur le plan physique que mental et social.* »

Il s'agit donc d'une volonté de relancer la politique européenne d'amélioration des conditions de travail. Les mots « *bien-être au travail* », « *physique* », « *mental* » et « *social* » traduisent une ouverture conceptuelle. Le concept de bien-être au travail va au-delà de celui de santé qui lui-même enrichissait fortement celui d'hygiène. Si le concept lié à la dimension physique n'est pas nouveau, sa reprise induit l'idée qu'il n'est pas obsolète. L'aspect mental s'inscrit dans la volonté de mieux prendre en compte le « stress » au travail et ses conséquences sur la santé et la sécurité au travail. La dimension sociale renvoie à l'organisation du travail, au dialogue social et à la nécessaire prise en compte globale de l'impact du travail sur la santé des salariés.

2.1.2) Des indicateurs préoccupants : les accidents du travail stagnent, le nombre des maladies professionnelles reconnues augmente fortement et les conditions de travail se dégradent

Des données disponibles actuellement, il est aisé d'extraire des évolutions quantitatives. Il est par contre bien difficile de dégager des hypothèses explicatives indiscutables en matière d'évolution des statistiques d'accidents du travail et de maladies professionnelles⁴⁶.

Quelques chiffres tout d'abord. Concernant les accidents de travail, le nombre de morts a diminué de 62 % de 1974 à 1994⁴⁷ ; les accidents du travail ont connu une hausse au cours des deux dernières périodes de reprise économique de 1988 à 1991 et en 1998. Ainsi, au cours des trente dernières années le nombre de morts par accident de travail a été fortement réduit.

⁴⁶ La baisse récente du nombre de morts par accident de la route, qui concerne également la circulation routière à des fins professionnelles, constitue un contre exemple. Les résultats obtenus peuvent être mis en relation avec la forte politique de contrôle qui a été développée avec un fort soutien social. Les autres risques professionnels ne bénéficient malheureusement pas du même portage politique et social.

⁴⁷ Le nombre d'accidents graves a été divisé par 2,4, et celui des accidents mortels par 3 au cours des trente dernières années (1970 – 2000). Le nombre des accidents mortels du travail est passé de 1 423 en 1980 à 719 en 1998, 743 en 1999, 730 en 2000 et 730 en 2001. (Source : statistiques de la CNAMTS). Ceci montre que la réduction la plus rapide s'est produite dans les années 70. Deux hausses ont ensuite été notées à la fin des années 80 et des années 90.

Toutefois, leur nombre stagne depuis quelques années. Par contre, si leur fréquence diminue sur le long terme leur gravité, elle, augmente⁴⁸.

En matière de conditions de travail, les études de la DARES indiquent qu'elles se sont améliorées de 1970 à 1984, qu'elles sont ressenties comme plus difficiles de 1985 à 1992, et qu'elles se dégradent ces dernières années, notamment du fait de l'intensification du travail.

Les chiffres de maladies professionnelles⁴⁹ explosent depuis cinq ans, plus particulièrement sous l'effet des pathologies à effet différé et du travail sous contrainte de temps, mais aussi « grâce » à l'amélioration des systèmes de reconnaissance. Elles sont la cause reconnue de 235 décès pour l'année 2000⁵⁰, les accidents du trajet de 600, les accidents du travail de 730. Plusieurs rapports nous alertent sur le fait que parmi les décès par cancers, entre 5000 et 10000 chaque année auraient une origine professionnelle.

On pourrait présenter de nombreuses données chiffrées mais il est plus utile d'essayer d'analyser qualitativement ces évolutions et de chercher à comprendre pourquoi les accidents sont toujours la cible privilégiée des préventeurs. On peut émettre l'hypothèse que si les accidents de trajet causent presque autant de morts que les accidents du travail ils sont beaucoup plus difficiles à prévenir. La trop faible prise en compte de l'impact du travail sur la santé peut être rattachée, elle, aux lacunes des connaissances médico-scientifiques pour caractériser les maladies professionnelles ou à l'insuffisance de leur prise en compte. La légitimité est alors insuffisante pour enclencher l'action.

Depuis trente ans le profil des salariés a énormément changé. Le recrutement est plus sélectif. Le nombre d'ouvriers a quasiment été divisé par deux. Toutefois, selon Monteau (1998), ceux-ci présentent une suraccidentabilité qui s'est même accentuée de 1974 à 1994 (augmentation de + 35% à +113%). Le même auteur considère que *« si l'on admet que l'exposition au danger est plus élevée lorsque la qualification est faible et que le risque d'accident est lui-même d'autant plus grand que cette exposition est importante (fréquente et*

⁴⁸ « La durée moyenne d'arrêt de travail par incapacité temporaire augmente depuis 1965 et s'est accrue de 60 % sur les trente dernières années, dont 36% sur les vingt dernières années (24,9 jours en 1970, 29,4 jours en 1982, 40,1 en 1999) » (Source : Cour des Comptes, 2002, p 25)

⁴⁹ L'IGAS (2003 p 50), en s'appuyant sur plusieurs rapports récents (Cour des Comptes ...) précise toutefois que *« malgré l'augmentation récente et significative du nombre de maladies professionnelles reconnues, de multiples biais conduisent à ne considérer ces statistiques de déclaration, de reconnaissance et d'indemnisation du risque comme des indicateurs fiables ni de l'ampleur ni même de l'évolution du risque sanitaire en milieu de travail. »*

⁵⁰ Ce nombre était de 161 en 1999. Il faut voir dans cette forte évolution, non pas une augmentation actuelle des risques, mais une meilleure reconnaissance de ceux-ci et de leurs effets sur la santé. Il faut noter, suite notamment aux mouvements revendicatifs et aux actions judiciaires des victimes de l'amiante, qu'une réflexion importante est en cours actuellement en France pour rénover la loi de 1898 et assurer une meilleure reconnaissance et réparation aux victimes d'accident du travail et de maladie professionnelle.

durable), on peut conclure a contrario que les progrès de la prévention sont la conséquence d'un éloignement du danger. Selon toute vraisemblance, cet éloignement résulte en particulier d'un développement de la mécanisation, de l'automatisme et du contrôle à distance. » (Monteau, 1998, p 4)

La structure de l'âge de la main d'œuvre a fortement évolué ; les deux tranches d'âge les plus accidentées (moins de 20 ans et plus de 50 ans) ont diminué au profit de la tranche la moins accidentée (de 30 à 50 ans).

Monteau considère qu'une analyse très fine par activité, voire par entreprise est nécessaire pour comprendre les évolutions. Il relie par exemple les bons résultats obtenus par le secteur de la chimie d'une part à sa technicité élevée mais aussi à une pression sécuritaire émanant d'une demande sociétale forte. D'autres (Trinquet ...) pensent néanmoins qu'il ne faut pas sous-estimer le transfert de certains risques sur les sous-traitants.

Favaro considère que le comportement de l'entreprise à l'égard de la prévention détermine davantage les résultats que leur appartenance à un secteur d'activité. Il considère qu'un tiers des entreprises peut être qualifié « d'actif » mais l'on ignore encore les conditions d'un éventuel passage du groupe des inactifs à celui des actifs.

Trois hypothèses explicatives de la hausse des accidents entre 1988 et 1991 sont avancées par Monteau : croissance de l'activité économique, introduction de nouvelles technologies et développement des formes d'emplois précaires.

Durant la croissance économique, *« la recrudescence de l'indice de fréquence a touché des secteurs en expansion (avec sans doute un fort taux de nouveaux embauchés) comme des secteurs notoirement en déclin et embauchant très peu. » [...] « c'est la variation brutale d'effectif, « rupture » en fait inhabituelle, qui pourrait être un facteur agissant. » (Monteau, 1998, p 18).*

L'introduction de nouvelles technologies a plutôt induit une baisse de fréquence mais une hausse de la gravité.

Pour la majorité des auteurs la précarité influe sur l'accidentabilité par une exposition plus forte de cette population aux risques et une moindre préparation pour les prévenir.

L'évolution du nombre des maladies professionnelles fait, lui, l'objet d'analyses divergentes. Certains considèrent que leur augmentation est avant tout lié au « bénéfice » de leurs nouvelles formes de reconnaissances. D'autres, par contre, y voient l'apparition des pathologies à effets différés et des effets des nouvelles formes d'organisation du travail. De multiples études attestent des pathologies nouvelles liées au travail (notamment les psychopathologies ...) non prises en compte par ces indicateurs. Iribarne (2000) fait

« l'hypothèse qu'il existe des risques importants de voir s'amplifier les maladies professionnelles au cours des prochaines années. Elles se développeraient en relation avec le renouvellement des technologies de l'information et de la communication (TIC) associé au développement de nouvelles pratiques gestionnaires des entreprises et de leurs réactions aux incitations du politique à la réduction du temps de travail. » (Iribarne, 2000, p 1177)

Des inquiétudes existent sur certains dangers, pour la santé et la sécurité au travail, non identifiés ou dont l'importance est mal maîtrisée, par exemple en ce qui concerne les produits chimiques utilisés (cf le dossier amiante).

L'Enquête sur les conditions de travail de 1998⁵¹ effectuée par le ministère chargé du travail établit une dégradation des conditions de travail, notamment par une augmentation du travail sous contraintes de temps, des responsabilités, de ce que Dejours appelle *« l'angoisse de ne pas être à la hauteur du modèle de la réussite basé sur la compétition et la compétence à tout crin ; colère de ne pas avoir la capacité d'atteindre les objectifs fixés faute de pouvoir disposer des moyens théoriquement alloués ; mal-être moral de se prêter à des jeux gestionnaires faisant violence à d'autres, au nom de la guerre économique et des obligations de rentabilité. Plus profondément encore, la souffrance au travail devient un élément de la démarche gestionnaire, son usage bien conçu constituant un outil de motivation et de performance individuelle »* (Dejours (1998 p 27 et suivantes, p 122 et suivantes) cité par d'Iribarne, 2000, p 1180)

La difficulté à caractériser les problèmes pose la question des indicateurs et de leurs usages par chaque acteur. A titre d'exemple, les syndicats de salariés dénoncent essentiellement la sous - déclaration des accidents du travail en évoquant peu celle, pourtant beaucoup plus importante, des maladies professionnelles. Les représentants des employeurs contestent souvent ces indicateurs. Cela pose problème à double titre en complexifiant tant le débat sur la santé et la sécurité au travail que le diagnostic nécessaire à l'action.

⁵¹ Dans deux publications (« Vingt ans d'évolution des conditions de travail, Premières synthèses, 94.21 numéro 46, 28 mars 1994. » et « Accidents, accidentés et organisation du travail. Résultats de l'enquête sur les conditions de travail de 1998. Premières synthèses. Mai 2002, n° 20.1. », la DARES identifie trois périodes dans l'histoire récente. La première, de 1970 à 1984, durant laquelle *« les conditions de travail s'améliorent »*. Les salariés bénéficient du mouvement d'amélioration des conditions de travail avant que la crise n'ait produit ses effets en matière d'emploi. La deuxième période va de 1985 à 1992. Les conditions de travail y *« sont ressenties comme plus difficiles »* avec *« un marché du travail de plus en plus sélectif »* ... *« une nouvelle logique, plus concurrentielle »* ... *« des horaires éclatés, des rythmes plus intenses »*... *« qui rendent les nuisances physiques plus difficiles à supporter »* ... *« et génèrent une forte charge mentale »*. La troisième période correspond à la période actuelle avec plus d'autonomie dans la réalisation du travail, plus de contrainte au niveau du temps de travail et du résultat, donc une intensification du travail, une augmentation des contraintes et de la responsabilité.

La question des indicateurs renvoie aussi à de nombreuses autres : l'entrée par les dommages dans l'évaluation des risques, la question de la veille sanitaire et de l'articulation santé publique/santé au travail, celle de l'expertise en matière de diagnostic (à tous les niveaux de l'agent de prévention aux institutions) ...

Depuis longtemps l'analyse des accidents du travail fait apparaître des causes complexes mettant en jeu des aspects - liés à la technique (fiabilité et sécurité des machines par exemple) - liés à l'organisation du travail (par exemple la question du commandement) et - liés aux personnes (leur qualification et leur comportement notamment). Par exemple, une étude récente du ministère chargé du travail concernant les accidents sur machines indique que plus d'un accident sur deux intervient sur des équipements techniquement conformes. Ceci illustre bien le fait que la dimension technique ne peut plus être considérée comme la voie privilégiée de progrès.

Des études établissent un lien, jusqu'ici peu pris en compte, entre les formes d'emploi ou d'organisation des entreprises (notamment : sous-traitance, emplois précaires, flux tendus, postes isolés ...) les accidents, maladies professionnelles et les nouvelles pathologies.

2.1.3) Maintien de l'emploi et/ou prévention des risques : une difficile articulation entre l'économique, le politique, l'individuel et le social

« *La problématique générale de la prévention est qu'elle souffre chroniquement d'un manque de portage socio-politique* »⁵². Ce point de vue est largement partagé et ce manque de portage, c'est-à-dire de motivation et d'action concernerait, toujours selon Marimbert, l'ensemble des décideurs politiques, économiques ou sociaux. Les syndicats le reconnaissent eux-mêmes. C'est la volonté, à la fin des années 90, de « reprendre la main » qui a notamment motivé leurs demandes de rénovation du système de gestion des risques.

Néanmoins, nous l'avons montré en évoquant la médecine du travail, il leur est très difficile de trouver un consensus. L'exemple de « l'avis d'aptitude » du médecin du travail constitue un exemple éclairant dans lequel l'incapacité des décideurs politiques et sociaux à s'entendre conduit à gérer au mieux de sa conscience et de ses moyens.

Sournia confirme ce manque de portage : « *Pendant un demi-siècle le patronat, les syndicats et l'administration ont rivalisé d'immobilisme pour ne pas corriger les imperfections connues*

⁵² Intervention de J. Marimbert, alors directeur des relations du travail au ministère chargé du travail, lors du séminaire « Evaluation des risques et logiques d'intervention » organisé par l'Institut National du Travail (INTEFP) à Marcy l'Etoile le 10 juin 1998. Actes du séminaire p 181.

de tous : les résistances mentales et financières, des textes inappliqués, des inspections sans sanctions. »⁵³

De son côté, l'IGAS (2003, p 380) « a noté les difficultés d'engagements, précis et concrets, des partenaires sociaux et en particulier des syndicats de salariés sur la question de la santé au travail, malgré le rôle important qui leur est donné à tous les niveaux de la gestion du risque. Les syndicats doivent, il est vrai, agir dans ce champ en tentant de concilier deux logiques parfois contradictoires : la performance économique et la santé des salariés. De là, naît un difficile équilibre, parfois ambigu, entre le nécessaire compromis social et l'exigence d'une politique de santé publique. Les organisations syndicales reconnaissent, d'ailleurs, aujourd'hui ne pas être à la hauteur de l'enjeu, tant pour des raisons culturelles, que par manque de moyens techniques et financiers. » L'IGAS propose ainsi de « faire de la santé au travail un objet de politique de santé publique, et non une variable d'ajustement dans les relations sociales. »

Ces quelques points de repère montrent déjà que la construction du droit et des pratiques de la prévention s'est toujours faite sur la base de compromis satisfaisant une majorité d'acteurs, dans certains contextes économiques, historiques et sociaux. Derrien (1998) considère que « la législation sociale en matière de risques professionnels intervient de préférence dans des périodes de crise économique dont on sait qu'elles s'accompagnent de perturbations sociales. » (Derrien, 1998, p 9). Il est donc indispensable de comprendre cette construction « sociétale » des concepts, des pratiques et des jeux d'acteurs. Cette compréhension est toutefois d'autant plus difficile qu'elle relève d'un contexte européen.

Dans les années 80, les statistiques d'accidents du travail étaient à la baisse ce qui laissa à penser que le système de prévention avait pris la mesure du problème et savait le maîtriser. Or la reprise économique de la fin des années 80 entraîna un accroissement des accidents puis fut concrétisée la montée des maladies professionnelles qui ont fortement pointé les limites du système. Par ailleurs, les salariés et leurs représentants, davantage préoccupés par l'emploi, n'ont pas joué leur rôle d'alerte. Celui-ci a de fait été joué par les associations représentatives des victimes (Fédération Nationale des Accidentés du Travail et Handicapés - FNATH, Association Nationale de Défense des Victimes de l'Amiante - ANDEVA).

⁵³ Texte de Sournia J-C (de l'Académie de médecine, ancien directeur général de la santé), extrait de l'introduction au livre de Dômont A. : *De la médecine du travail à la santé au travail*, 1999.

La problématique générale est que la société et l'organisation du travail et des entreprises ont, au cours des 30 dernières années, évolué plus vite que les pratiques de prévention des risques professionnels. Ces dernières n'ont évolué que sous l'emprise de la construction européenne.

Les partenaires sociaux ont pointé ce décalage en 1999. De nombreux auteurs décrivent la crise actuelle du système de gestion des risques professionnels. Selon Thébaud-Mony les acteurs politiques et sociaux ont privilégié la santé des entreprises à celle des salariés.

Gollac et Volkoff (2000) y voient la difficile conciliation entre les actions pour défendre l'emploi et celles qui visent à améliorer la qualité de vie au travail.

Le livre blanc sur la « gouvernance européenne » éclaire également la communication de la Commission intitulée « *Promouvoir les normes fondamentales du travail et améliorer la gouvernance sociale dans le contexte de mondialisation* ». Il précise notamment : « *Autrement formulée, la question est de savoir comment éviter une dérive conduisant à ce que la gouvernance du marché prenne le pas sur la gouvernance sociale ? Il a fallu le retour de la croissance pour voir les conditions de travail retrouver leur place dans les débats communautaires*⁵⁴ ».

2.1.4) Des catastrophes sanitaires qui contribuent au développement des approches politiques, juridiques, scientifiques et sociales de la gestion des risques

Concernant leurs impacts possibles sur la santé, il est de plus en plus difficile de dissocier, mais aussi de ne pas prendre en compte, les différents dangers auxquels l'homme peut être exposé. Il devient donc nécessaire d'avoir une approche élargie du risque prenant en compte l'ensemble des expositions possibles. L'émergence des questions de santé bouscule les « territoires ». La frontière entre la vie au travail et hors travail est de moins en moins réelle et comprise et tend donc à s'estomper. La perméabilité de cette frontière favorise l'interpénétration des concepts et sans doute des acteurs et des pratiques.

On appréhende aujourd'hui mieux les effets de l'environnement extra professionnel qui peuvent se cumuler avec les toxiques présents sur les lieux de travail quand ce ne sont pas les mêmes. La législation marque ou non une différence entre travail et hors travail. Les éthers de glycol sont par exemple interdits dans les produits grands publics mais certains sont encore autorisés sur les lieux de travail. Par contre la directive EURATOM du 13 mai 1996 fixe les normes de base relatives à la protection sanitaire de la population, mais aussi des travailleurs,

⁵⁴ Le travail en France. Santé et sécurité 2001 – 2002. Editions Liaisons et Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité. Septembre 2002 . p 25 – 27.

contre les dangers résultants des rayonnements ionisants. Certes les obligations de résultats ne sont pas les mêmes selon que l'on s'intéresse aux salariés ou au «public», mais les principes de protection préconisés sont identiques. Ils reposent sur trois notions :

- la **justification** : il importe de justifier la mise en œuvre de toute nouvelle technique par des avantages économiques, sociaux ou autres par rapport au détrimement sanitaire qu'ils sont susceptibles de provoquer.
- **l'optimisation de la protection** qui repose sur des obligations de moyens à mettre en œuvre, définis sous la forme «d'exigences essentielles»
- des **obligations de résultats** différentes selon la population visée.

Par ailleurs, de nombreuses catastrophes écologiques, sanitaires, technologiques, professionnelles ... ont marqué ces vingt dernières années et provoqué une vaste réflexion sur le risque. Celle-ci se décline dans le domaine politique (articulation prévention/précaution), juridique (obligation de résultat), économique (prévention/réparation), scientifique (rôle de l'expertise) et social (acceptabilité selon les enjeux individuels et collectifs). Ces cinq éléments sont bien évidemment fortement intriqués entre eux.

L'approche politique : le principe de prévention plutôt que celui de précaution

La logique de précaution n'est qu'esquissée dans le cadre professionnel faute d'un portage social suffisant et surtout parce que bon nombre de connaissances validées scientifiquement n'y sont pas encore exploitées. Si le concept de précaution nous paraît intéressant, l'action de précaution nous le paraît moins. Selon tous les auteurs, elle n'a vocation à être mise en œuvre qu'en cas d'incertitude scientifique relative à un risque irréversible ayant un coût élevé pour la santé. Nous lui préférons l'action de prévention des risques connus, tant il en reste à maîtriser. De multiples exemples pourraient être cités, nous nous limiterons à celui de l'amiante dont les effets sont connus depuis 1906 et dont il aura fallu attendre les années 1990 pour engager des mesures fortes de prévention sous la pression sociale, médiatique et judiciaire.

L'approche juridique : l'obligation de résultat

Le développement de la recherche de responsabilité directe ou indirecte relève du droit et de la logique pénale actuelle. Pour ce qui concerne les entreprises, la cour de cassation vient d'adopter le principe jurisprudentiel d'obligation de résultat tant pour les accidents du travail que pour les maladies professionnelles. Nul doute que cela aura un double impact sur les entreprises : tant sur le plan financier qu'en matière de pratiques. Sur ce dernier aspect, nous

avons montré comment la crainte d'une mise en cause de la responsabilité pouvait influencer la mise en œuvre d'une démarche de gestion des risques. S'il est trop tôt pour prévoir l'impact en matière d'évaluation des risques, nous pouvons faire l'hypothèse que celui-ci ne sera pas nul.

Au niveau de la faute indirecte, notons la condamnation de l'Etat pour ne pas avoir réglementé plus sévèrement et plus rapidement l'usage de l'amiante. Plusieurs autres affaires judiciaires mettant en cause la responsabilité indirecte des institutions de prévention sont en cours.

L'approche scientifique : le rôle de l'expertise

L'appréciation du détriment sanitaire susceptible d'être provoqué est conditionnée par les connaissances scientifiques disponibles et par l'usage qui en est fait en matière de prévention et/ou de précaution.

Ces connaissances relèvent de plusieurs niveaux. L'évaluation des dangers relève d'une approche scientifique (toxicologie, chimie, biologie ...). L'appréciation des dommages nécessite une approche médicale et épidémiologique. Enfin, l'évaluation des risques, c'est-à-dire la compréhension de l'exposition des salariés aux dangers, requiert une analyse du travail par des spécialistes et les salariés.

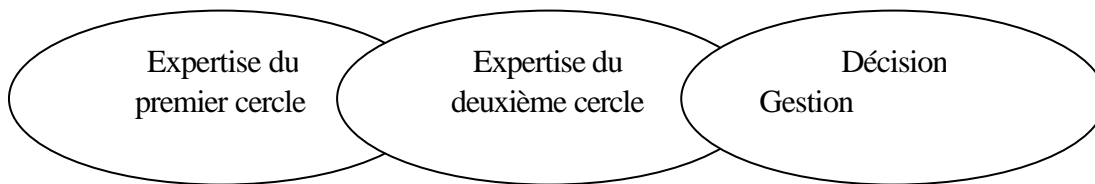
Kourilsky et Viney proposent d'organiser systématiquement l'expertise en deux cercles interactifs mais distincts. Le premier, composé exclusivement d'experts, pratique une analyse scientifique et technique. Le second comprend quelques experts représentant le premier cercle, des économistes, des acteurs sociaux et des représentants du public. Il constitue l'interface entre les experts et les décideurs. « *L'expertise du premier cercle est strictement scientifique et technique. L'expertise du deuxième cercle est économique et sociale. Elle reprend les conclusions du premier cercle et engage, à l'occasion d'une analyse économique, un débat avec les divers acteurs sociaux.* » (Kourilsky et Viney, 1999, p 96)

Le Conseil Economique et Social⁵⁵ fait sienne cette proposition des deux cercles d'expertise, qui « *en assurant une liaison entre l'expertise scientifique dans toutes ses dimensions et l'expertise du quotidien, présenterait bien des avantages, notamment dans le domaine du risque industriel.* »

⁵⁵ Conseil Economique et Social. (Fiterman C., rapporteur). *Prévention et gestion des risques technologiques et industriels*. Editions des Journaux Officiels, Rapport, 2003, p. II – 71.

Si l'on extrapole cette construction à la gestion des risques professionnels, on peut obtenir le schéma suivant :

Figure 1 : Les cercles de l'expertise et de la décision



Le deuxième cercle peut être considéré comme le cercle de la traduction - du « quotidien » auprès des experts scientifiques (dans les instances de construction de la norme) et - de l'expertise auprès des acteurs du quotidien (dans les instances de concertation, CHSCT ...).

L'état joue un rôle d'incitation, d'orientation et de contrôle au niveau de ces trois sphères.

Setbon (2001) propose une construction formelle de la réduction du risque qui n'est pas fondamentalement différente. Elle fait intervenir trois niveaux d'acteurs ; régulateurs, traducteurs et actifs : *« les régulateurs ou producteurs de normes généralement centralisés au niveau national. L'univers où les normes sont élaborés est relativement séparé de celui où elles devraient être appliquées. Les régulateurs élaborent les normes à partir des connaissances scientifiques disponibles. Les normes doivent être compatibles avec l'activité ; les traducteurs ou structure managériale chargée de coordonner la mise en œuvre des normes et moyens afférents. Les traducteurs institutionnels valident et coproduisent ou subissent les normes. Ils mettent en œuvre le cadre et les outils structurels de la réduction du risque ; les actifs qui à travers leurs comportements au travail sont face au risque. Ils sont acteurs de la construction du risque et en subissent directement les conséquences. Ils devront donc appliquer les normes en en subissant les coûts. »* (Setbon, 2001, p 63).

Nous montrerons néanmoins, ultérieurement, que l'application de la norme n'est pas aussi mécaniste mais plus adaptative. Cela nous amènera à chercher à comprendre comment le CHSCT peut y contribuer, en étant un lieu de compréhension, de traduction et de production d'expertise, voire de prescription.

L'approche sociale : l'acceptabilité du risque

L'analyse des avantages économiques et sociaux ou autres renvoie à une approche sociale (collective et individuelle) du risque professionnel et au mode de construction des compromis entre les organisations d'employeurs et de salariés, puis avec l'Etat.

Nous avons évoqué précédemment l'importance du savoir et de l'expertise. Nous insisterons ici sur la place de la relation sociale et professionnelle dans la construction des compromis⁵⁶.

Cela questionne le concept de risque acceptable qui se pose différemment dans le contexte professionnel ou en dehors de celui-ci. Ainsi, les seuils d'exposition « admissibles » sont généralement plus élevés sur le lieux de travail qu'en dehors de celui-ci. Le citoyen est donc davantage protégé que le salarié.

Les pistes proposées sont très convergentes. Tout d'abord, renforcer l'implication des acteurs sociaux au niveau de l'entreprise et des institutions. Ensuite, mieux appréhender le « quotidien » par une approche concrète, globale et compréhensive des pratiques et de la situation réelle du salarié. Une évolution des règles et de leur mise en œuvre par l'adoption de principes généraux de prévention des risques professionnels hétéronomes⁵⁷ qui permettent la prise en compte et le développement des relations sociales, des conditions « matérielles » de travail et de l'organisation d'un système de prévention adapté au secteur d'activité ou à l'entreprise.

Dans ce contexte, il n'est pas surprenant de voir évoluer la perception des acteurs de la prévention par les salariés qui privilégient le lieu de concertation de proximité qu'est le CHSCT.

2.1.5) Une perception des acteurs qui prend en compte ces évolutions et suscite une demande de changement

Selon la DARES⁵⁸, la première préoccupation et revendication des salariés reste le salaire (progression de 39% à 45%). En second, l'emploi régresse de 29% à 27%. Le temps de travail reste stable à environ 20%. Les conditions de travail progressent légèrement pour atteindre également 20%.

⁵⁶ Cette idée d'amélioration des savoirs et des relations pour mieux exploiter l'expertise scientifique et l'expertise du quotidien est pointée dans tous les rapports récents (Cour des Comptes, Comité Economique et Social ...) et fait l'unanimité dans son énoncé. Reste à construire et à mettre en œuvre ses modalités concrètes.

⁵⁷ L'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail (Priorités et stratégies des politiques de sécurité et de santé au travail dans les états membres de l'Union Européenne. Luxembourg : Office for Official Publications of the European Communities, 2002.) constate qu'en Europe « *le désir est vif d'éliminer de nombreux détails techniques et de confier la résolution des questions spécifiques aux acteurs sur le lieu de travail, pour autant que les résultats satisfassent aux niveaux de sécurité requis. La plupart des Etats - membres affirment que la législation à venir devrait davantage s'intéresser à fixer des objectifs et à ne pas entraver, par leur formulation, les nouvelles technologies ou méthodes de travail. Certains pays ont déjà beaucoup travaillé à ces questions au niveau national ; d'autres prévoient de s'y attaquer dans l'avenir.* »

⁵⁸ Le ministère chargé du travail fait périodiquement réaliser des études ou des enquêtes d'opinion par des instituts de sondage pour connaître les préoccupations et la perception qu'ont les salariés de leurs conditions de travail et des acteurs de la prévention.

Concernant la perception du rôle des acteurs, le tableau⁵⁹ ci-dessous reprend les résultats obtenus au cours des quatre derniers sondages réalisés en 1994, 1997, 2000 et 2004.

Tableau 3 : Perception du rôle des acteurs de la gestion des risques

La perception du rôle des acteurs est appréhendée par la question suivante : « Parmi les institutions qui peuvent avoir à traiter des questions de santé et de sécurité du travail, quelle est, selon vous, la plus efficace en ce qui concerne les questions de santé et de sécurité au travail ? ».

Acteurs	1994	1997	2000	2004
CHSCT	26	34	32	27
DP ou CE	5	13	11,5	8
Inspection du travail	32	21	18	21
Médecine du travail	17	20	23	28
CRAM	Item non posé	2	4	5
Service interne de sécurité	16	8	8	7
Autres, aucun ou ne se prononce pas	4	2	3,5	4
TOTAL	100	100	100	100

Les institutions jugées les plus efficaces sont donc les institutions représentatives du personnel (35 % au total). On peut sans doute attribuer la forte hausse de 1997 par rapport à 1994 (passage de 31 à 47 %) à la célébration cette année-là du cinquantenaire des CHSCT qui a fait l'objet d'une certaine promotion. En 2000 et 2004, même si on peut noter un retrait, le niveau reste élevé. Toutefois, les résultats détaillés du sondage de l'année 2000 nous indiquent que la réponse à cette question dépend beaucoup de la situation des interviewés⁶⁰.

Ces chiffres sont assez logiques et peuvent faire l'objet de certaines hypothèses explicatives.

La position des Institutions Représentatives du Personnel (IRP) est sans doute liée à la progression de la préoccupation des salariés pour leurs conditions de travail et leur relation de proximité avec le CHSCT qui aborde leurs problèmes.

La médecine du travail bénéficie de la montée des préoccupations en matière de santé au travail et sans doute aussi de la promotion dont elle fait l'objet actuellement. Elle arrive en tête auprès des salariés qui ne disposent pas de CHSCT et des intérimaires.

⁵⁹ Sources : Ministère du travail : Enquêtes sur la sensibilité de l'opinion publique aux conditions de travail réalisées en 1994, 1997, 2000 et 2004.

⁶⁰ Le CHSCT est logiquement plébiscité dans les entreprises de plus de 50 salariés et plus particulièrement dans l'industrie. Globalement, 85 % des actifs font confiance au CHSCT pour améliorer la santé et la sécurité et 67 % considèrent que le CHSCT participe efficacement à l'amélioration des conditions de travail. Il faut néanmoins noter l'écart entre cette bonne perception et un recours moindre au CHSCT pour traiter des problèmes. Plus l'entreprise est petite et plus la médecine et l'inspection du travail sont jugés efficaces, plus elle est grande et plus c'est le CHSCT qui est jugé efficace.

La médecine du travail est classée, en 2000, pour la première fois en numéro deux des acteurs. Elle arrive même en numéro un dans les entreprises de moins de 50 salariés et pour les salariés les plus précaires.

L'inspection du travail est reconnue en premier par les employeurs et, dans l'agriculture et le BTP. Elle est classée en numéro 2 par les hommes (20,4 %) et en numéro 3 par les femmes (13,9 %). Le service de sécurité de l'entreprise arrive à 19,4 % chez les intérimaires.

L'image plus forte de l'inspection du travail auprès des chefs d'entreprise est sans doute liée à leur pouvoir, de même que leur intervention sur les problèmes de sécurité dans l'industrie, donc plus particulièrement auprès des hommes, est plus importante que dans les services et donc auprès des femmes.

L'opinion des plus précaires est intéressante : ils mettent en exergue leurs points de passages obligés que sont le médecin du travail et le service sécurité de l'entreprise. Par ailleurs ils bénéficient peu de l'appui des IRP.

Ainsi, la situation actuelle des CHSCT est très contrastée. Là où ils fonctionnent elle est positive compte tenu du regain d'intérêt que les salariés lui accordent. Ils connaissent par ailleurs des difficultés qui relèvent pour beaucoup de l'éclatement de la communauté de travail, de la multiplicité des statuts, de l'éclatement des formes d'entreprises et de la crainte toujours existante des salariés de perdre leur emploi. La complexité des situations et des textes applicables nécessitent par ailleurs, souvent, formation et expérience.

La fin du 20^{ème} siècle, dans une société durablement complexe et changeante avec de nouveaux problèmes et de nouveaux concepts, pointe fortement les limites du système de prévention. L'ensemble des acteurs plaide pour un rééquilibrage entre une régulation hétéronome, à caractère étatique, et une régulation donnant davantage de place aux acteurs sociaux, au niveau d'une branche professionnelle ou d'une entreprise.

2.1.6) Un rééquilibrage entre régulation étatique et régulation sociale

Le débat entre régulation étatique et sociale remonte à la structuration de certaines corporations. La première grande date qui marque ce débat est la loi Le Chapelier de 1789 qui interdit les groupements ayant vocation à exprimer des intérêts particuliers. La première moitié du 19^{ème} siècle est marquée par une logique libérale qui privilégie la responsabilité. Durant cette période le contrat prime la loi⁶¹.

Seillan (2002) explique le tournant de la jurisprudence de 1841 par l'individualisme forcené et le refus des relations sociales collectives qui amena l'Etat pourtant libéral à s'engager dans *« une démarche législative et plus tard réglementaire de protection, plutôt que de reconnaître le fait syndical, et de lui donner le droit de négocier des accords. Le système social français subira très fortement l'influence de ce moule étatique, à caractère très administratif. Pendant*

⁶¹ L'article 1134 du code civil stipulait que les conventions légalement formées tiennent lieu de loi à ceux qui les ont faites. (cité par Ewald 1986).

la même période, en Angleterre et en Allemagne, les syndicats existaient et négociaient avec les employeurs ! » (Seillan, 2002, p 16)

La loi de 1898, déjà évoquée, introduit trois modes d'approche (Ewald, 1986) : la réparation / indemnisation (civil), la sanction / pénalisation (pénal) et la prévention (social). La loi de 1946 rapprochera la réparation par l'assurance et la prévention en confortant le rôle des acteurs sociaux.

Les conventions collectives élaborées pendant la seconde moitié du 20^{ème} siècle n'ont que très peu appréhendé les questions de SST, les syndicats s'en remettant au pouvoir régulateur de l'Etat et au droit réglementaire. Même le Conseil Supérieur de la Prévention des Risques Professionnels créé en 1976, qui est un lieu de concertation entre les partenaires sociaux et l'Etat, *«ne conduit pas au contrat mais au règlement »* (Seillan, 2002, p 16). Même si cette affirmation connaît quelques exceptions, le contrat ou l'accord n'est qu'un intermédiaire vers la réglementation.

Au cours des années 90 ce débat se renforce. Supiot rejette l'opposition entre la loi et le contrat et récuse le recul de la loi devant le contrat, mais voit plutôt un *« processus de mutation du contrat et de la loi. La caractéristique générale est qu'il s'agit moins aujourd'hui de fixer des règles que de créer des liens qui conditionnent le comportement de chaque sujet de droit (Etats, syndicats, salariés, chefs d'entreprise, etc.). Il n'existe plus dans un tel système de sujet absolument souverain, chacun devant se faire l'agent d'une régulation d'ensemble qui n'est plus véritablement délibérée nulle part. »* (Supiot, 2003, p 71)

« L'accroissement régulier de la complexité et l'accélération continue des changements » motivent chez Chouraqui (1991, p 285) la conviction qu'il faut construire un nouvel équilibre entre la loi et le contrat. Pour lui, cela relève de règles de type nouveau *« adaptables plus qu'adaptées, et qui pourraient donc être plus de forme que de fond, plus procédurales que substantielles. »* (Chouraqui, 1991, p 299)

Le MEDEF souhaite lui *« une réglementation moins rigide. Cela permettrait à chaque entreprise, sur la base de l'évaluation de ses risques, d'adopter les modalités de prévention les plus adaptées à son activité, sa production, ses ressources humaines, ses capacités d'investissement ... Le dispositif réglementaire actuel doit être modernisé, allégé, adapté, amélioré. »*⁶²

A cette approche conceptuelle se rajoute aussi, depuis quelques années, une logique d'acteurs qui est illustrée par la littérature sur les politiques publiques et la gouvernance. Muller (1998)

⁶² Seillière E.-A. « Santé et sécurité au travail : ce que veulent les entrepreneurs. » MEDEF, 15 février 1999. Cité dans : - ANACT. Le CHSCT : quelles questions aujourd'hui ? Collection « Dossiers documentaires », 2002.

pointe notamment le passage d'une dialectique centre / périphérie à une dialectique global / sectoriel dans laquelle l'important est de repérer les acteurs de la transaction entre référentiel global et sectoriel et les enjeux de pouvoir qui s'y rattachent. Cette approche en terme de pouvoir est questionnée par l'arrivée d'un troisième « pouvoir » : l'expertise. La connaissance peut-elle éclairer, voire arbitrer les débats entre le politique et le social, le sectoriel et le global. Supiot émet un point de vue critique sur ce qu'il appelle un ordre normatif émergent qu'il s'agisse de la neutralité de la norme, de l'autorité scientifique de l'expertise ... « *Car si la contractualisation peut permettre de renouveler les termes de la nécessaire conciliation entre intérêt particulier et intérêt général, elle peut aussi ouvrir la voie à des formes inédites d'oppression.* » (Supiot, 2003, p 71)

Kourilsky et Viney (1999) nous fournissent une illustration de cette problématique dans le domaine de la prévention en général et du principe de précaution en particulier. Ils considèrent que la demande croissante de précaution traduit un manque de confiance dans tous les acteurs concernés.

Le rapport de la Cour des Comptes⁶³ conclut qu'une « *réforme d'ensemble de la gestion du risque accidents du travail et maladies professionnelles est donc aujourd'hui nécessaire.* » Il constate avec regret que « *le renforcement de l'autonomie de la branche AT / MP du régime général de la Sécurité Sociale en 1994 n'a pas débouché sur les adaptations nécessaires*⁶⁴. » Le rapport annuel de l'IGAS reprend ce débat, ce qui montre qu'en 2003 il n'est toujours pas réglé. Ce rapport (p 251 - 252) insiste sur le fait que « *l'importance des enjeux sanitaires liés au risque professionnel exige une présence plus affirmée de l'Etat dans la définition de la politique de prévention, qui ne peut plus être seulement déléguée aux partenaires sociaux, de même la compétence unique du ministère du travail en ce domaine semble aujourd'hui*

⁶³ Cour des Comptes. *La gestion du risque accidents du travail et maladies professionnelles*. Rapport Public Particulier. Journaux Officiels, Février 2002.

⁶⁴ Ce rapport, dans sa conclusion, poursuit en indiquant que « *son ambition de constituer une « institution prévention » n'a pas conduit à une impulsion suffisamment forte de la prévention, malgré les qualités techniques des services et organismes dont elle dispose.* » « *L'objectif d'autonomie n'avait de sens que si celle-ci fondait une politique dynamique, visant à minimiser les risques à long terme par une prévention très active et bien articulée à la politique de la santé. Or, non seulement les efforts en ce sens sont demeurés trop modestes, mais une tendance s'est manifestée à laisser en dehors de la branche la prise en charge de certains risques majeurs.*

L'absence d'une séparation claire entre responsabilité de détecter les risques, de les analyser et de prendre les décisions nécessaires d'une part, celle de gérer le régime d'assurance d'autre part, explique une part de ce constat. Le rôle et l'organisation des diverses instances et organismes qui interviennent en matière de risques professionnels devraient être revus en conséquence. » « *La coordination d'ensemble de la politique contre les risques professionnels, aujourd'hui encore faible voire inexistante dans certains domaines, devrait être renforcée, à la mesure de la très grande pluralité d'organismes qui agissent aujourd'hui en ce domaine, au plan national comme au plan local ...* »

Le ministre en charge du travail en février 2002 indique dans sa réponse au rapport : « *Je partage pleinement ce souhait (de revoir l'organisation du système de prévention). Je crois en effet que, sur bien des aspects, le système actuel de gestion des risques professionnels n'est plus adapté aux attentes de la société, ni aux enjeux auxquels salariés et employeurs sont aujourd'hui confrontés.* ». Le directeur de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie répondra lui moins clairement, en indiquant que l'autonomie accordée à la branche AT / MP a permis des progrès, mais que l'évolution n'est pas achevée, et que la CNAMTS s'attachera à réduire les imperfections constatées.

dépassée. » ... « L'Etat ne peut plus se poser en seul pilote de la politique de prévention. Reste alors à déterminer le rôle de chacun, l'état étant en charge de la définition des grandes priorités de santé publique et de prévention, cette définition ne pouvant faire l'économie d'une concertation préalable avec les partenaires sociaux. » L'IGAS cite par ailleurs la Sécurité Sociale qui considère que, si la définition des règles relève de l'état, elle-même et d'autres doivent participer à la définition des conditions de leur mise en œuvre. Ceci pose pour l'IGAS le problème de la coordination des acteurs, nécessaire à une meilleure lisibilité et efficacité du système de gestion des risques.

Cette nécessité d'évolution et les difficultés qu'elle comporte a motivé les partenaires sociaux à engager une réflexion de fond sur le système de prévention.

De son côté, l'Etat n'est pas resté inactif. Outre les éléments de motivation qui viennent d'être évoqués, on peut en évoquer deux autres. Premièrement, la condamnation de l'Etat dans le dossier « amiante » l'a conduit à améliorer sa capacité d'anticipation par l'engagement d'un important travail visant à développer les connaissances disponibles sur ce champ. Ensuite, la logique politique de programmation et de planification dans le domaine de la santé, notamment conforté par la loi de santé publique adoptée en août 2004, a fixé certains objectifs évaluables et engagé l'élaboration d'un plan⁶⁵ « santé – travail ».

2.2) Les pistes pour construire de nouveaux repères : des hypothèses à valider

Dès la fin des années 90, la nécessité de faire évoluer le système de prévention des risques professionnels est acquise chez tous les acteurs sociaux⁶⁶. Les représentants des employeurs⁶⁷ y mettent toutefois deux conditions : que cela se fasse à coût constant et sans modifier les pouvoirs de l'employeur. L'accord du 13 septembre 2000 (complété par la déclaration des signataires du 18 décembre 2000) comporte ainsi plusieurs axes de travail : la mise en œuvre d'une véritable pluridisciplinarité, l'implication des branches dans l'élaboration du dispositif de prévention des risques professionnels, la mobilisation des différents acteurs locaux

⁶⁵ A l'automne 2004, ce plan est encore en cours de concertation au sein du CSPRP. Dans le projet en date de juillet 2004 figurent les axes de travail suivants : développement des connaissances sur les risques, effectivité du contrôle, pilotage du système et la santé au travail dans les entreprises.

⁶⁶ Y compris au ministère chargé du travail F. Fillon, ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité, a déclaré le 31 mars 2003, devant le conseil supérieur de la prévention des risques professionnels, que face aux indicateurs disponibles « notre système de prévention et de réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles doit évoluer pour s'adapter aux évolutions de la société et tenir compte de la jurisprudence. »

⁶⁷ Intervention au conseil supérieur de la prévention des risques professionnels du 25 février 1999.

responsables de la prévention, l'évolution de la médecine du travail et des services, les outils nationaux, le financement des nouvelles dispositions, la mise en œuvre et le suivi de l'accord. Cet accord et les débats actuels au sein de ces structures font émerger trois idées fortes : la place des partenaires sociaux, la pluridisciplinarité et l'évaluation des risques. Les acteurs sociaux veulent en effet retrouver leur place, au niveau national, local et de la branche d'activité. La pluridisciplinarité est avant tout présentée comme un moyen de mieux articuler les institutions. Enfin, l'évaluation des risques apparaît comme pouvant permettre de faire évoluer les pratiques.

Nous terminerons ce paragraphe en évoquant ces pistes.

2.2.1) Deux concepts pour faire évoluer les acteurs : articuler les institutions et redonner leur place aux acteurs sociaux

Globalement, les acteurs sociaux accordent une moindre confiance dans le droit et soutiennent la montée du «contractuel». La position de la CFDT, citée par l'ANACT (2000), éclaire cette posture :

« Le débat social passe d'abord par le débat entre les partenaires sociaux. L'enjeu : il faut que nous trouvions les conditions d'avancer ensemble. Pour revenir à la transcription, nous observons des « blancs », par exemple la question de la pluridisciplinarité, celle aussi de la formation des élus du personnel dans les petites entreprises... Mais encore une fois, vis-à-vis de cette question de formalisation des textes, l'enjeu est moins situé sur la réglementation que sur les pratiques sociales. Notre préoccupation se situe plus sur les questions de dynamiques sociales que sur celles du contenu juridique des textes à notre disposition. La CFDT a fait le choix d'une évolution par le contractuel plutôt que par le législatif. La référence au droit n'est pas une totale garantie. L'interprétation s'appuyant sur le droit du travail, le droit pénal, le droit civil conduit quelquefois à des impasses pour les salariés. Dans l'exemple de l'accident de la grue de Toul, ce sont les familles qui poursuivent, ... y compris le grutier intérimaire qui a fait valoir son droit de retrait. »

La CGT conditionne, elle, le développement de la négociation collective à « *une réglementation générale et contraignante qui gagnerait évidemment à être plus lisible et surtout plus fermement appliquée*⁶⁸. »

Le 20^{ème} siècle se termine sur la crise des institutions de prévention. Celle-ci est bien résumée dans la déclaration des partenaires sociaux du 23 février 1999 signée par toutes les organisations d'employeurs et de salariés (la CGT non-signataire rejoindra plus tard la

⁶⁸ La CGT a voté pour l'avis du Comité Economique et Social, relatif à la « Prévention et gestion des risques technologiques et industriels ». Dans sa déclaration jointe au rapport, elle émet cependant deux réserves. « *La seconde porte sur l'articulation et l'équilibre nécessaires entre l'intervention du législateur, la négociation collective et les procédures de certification ou de normalisation. Il faut une réglementation générale et contraignante qui gagnerait évidemment à être plus lisible et surtout plus fermement appliquée. C'est dans un tel cadre seulement que la négociation collective peut être un moyen efficace de mobiliser toutes les énergies pour développer la culture de la sécurité et compléter la réglementation par des mesures adaptées à chaque contexte. Ce n'est malheureusement pas le cas des accords signés depuis 1995.* »

négociation). Nous reprenons in extenso leur texte ci-après :

« Le dispositif de prévention des risques professionnels a été mis en place pour l'essentiel dans l'immédiat après-guerre, dans le cadre de l'ordonnance du 4 octobre 1945 portant organisation de la sécurité sociale. Très rapidement l'Institut National de Sécurité a été créé pour développer la prévention des accidents sur le lieu de travail. Par ailleurs, la loi du 11 octobre 1946 a institutionnalisé les services médicaux du travail dont les principes de base n'ont été que peu modifiés depuis et demeurent, pour l'essentiel, pertinents.

Ce dispositif a manifestement permis d'importants progrès et en particulier une réduction considérable du nombre des accidents du travail et de certaines maladies professionnelles.

Depuis lors, la situation sanitaire de la population a largement évolué avec l'augmentation de l'offre de soins et l'extension de la couverture sociale qui a caractérisé ces dernières décennies.

Mais, depuis plus de 20 ans, le monde du travail connaît des évolutions assez marquées : tertiairisation du travail, accroissement du taux d'activité des femmes, développement du travail intérimaire, à durée déterminée ou à temps partiel, vieillissement de la population active, augmentation de la proportion de petites entreprises et de la sous-traitance, ouverture des lieux de travail sur l'extérieur ...

Ces évolutions, de même que les nouveaux risques qu'elles peuvent induire, notamment en termes de maladies professionnelles, doivent être mieux prises en compte dans les politiques de prévention des risques professionnels.

Pour autant les risques traditionnels (physique, chimiques, bactériologiques ...) nécessitent la poursuite des efforts de prévention.

Par ailleurs, l'Union Européenne a adopté des directives qui s'imposent à la France et qui se fondent sur l'évaluation des risques et sur une approche pluridisciplinaire et coordonnée de la prévention.

C'est pourquoi les partenaires sociaux signataires ont décidé de procéder ensemble à un examen du système français de prévention des risques professionnels sur le lieu de travail, de manière à rechercher et à proposer les évolutions et adaptations aujourd'hui nécessaires. Ils se réuniront prochainement à cet effet. »

Cette volonté de réforme sera intégrée au début de l'année 2000 dans le dispositif de « refondation sociale⁶⁹ » proposé par le MEDEF et accepté par les organisations syndicales de salariés.

Il est nécessaire de s'interroger sur les origines de cette crise et surtout sur les raisons qui font qu'elle émerge aujourd'hui ? Outre la réappropriation en cours de la problématique de la prévention par les partenaires sociaux (problème de l'amiante, moindre préoccupation en matière d'emploi, pression médiatique, ...) on ne peut pas méconnaître l'influence européenne. La commission européenne a en effet, depuis quelques années, mis en demeure la France d'améliorer sa transposition de la directive cadre. Le point le plus sensible reproché à la France est la mauvaise traduction de l'article 7 de cette directive⁷⁰ qui prévoit la mise en

⁶⁹ La « refondation sociale » a été proposée par le MEDEF, officiellement le 18 janvier 2000, pour mettre en négociation « une refondation complète du système de relations sociales », avec comme objectif d'aboutir à la fin de l'année 2000 à une nouvelle « constitution sociale ». (Jacot H. La « refondation sociale » n'est pas un long fleuve tranquille. Mouvements n° 14, mars - avril 2001)

⁷⁰ Communautés européennes : Directive du conseil du 12 juin 1989 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail. Elle prévoit dans son article 7 que « l'employeur désigne un ou plusieurs travailleurs pour s'occuper des activités de protection et des activités de prévention des risques professionnels de l'entreprise »... « Si les compétences dans l'entreprise et / ou l'établissement sont insuffisantes pour organiser ces activités de protection et de prévention, l'employeur doit faire appel à des compétences extérieures ».

place obligatoire dans chaque entreprise d'une personne chargée de la prévention. Au cours de la négociation de cette directive, le ministère chargé du travail avait accepté cet article sous réserve que l'on puisse considérer que la médecine du travail assumerait ce rôle. Ceci à la demande des organisations patronales qui souhaitaient limiter les obligations pesant sur les entreprises et gérer cet aspect à coût constant puisque la médecine du travail existait déjà. La commission a considéré que cette fonction devait être exercée par une personne ayant aussi une compétence plus technique. Ceci a davantage déstabilisé la médecine du travail, fortement remise en cause par le problème de l'amiante et par le débat sur son indépendance. Depuis 1996 des projets limités de réforme de la médecine du travail sont soumis sans succès au ministère. On peut émettre l'hypothèse que ceci est lié à la nécessité d'avoir une approche plus globale de la prévention et donc de la réforme nécessaire et, d'autre part à l'hétérogénéité des groupes de pression de la médecine du travail. De manière schématique et donc réductrice, nous pourrions évoquer ainsi cette grande diversité des approches de la médecine du travail. Entre les employeurs qui ont une approche «gestionnaire», les syndicats qui sont à la fois favorables et méfiants, les médecins-inspecteurs tournés vers son instrumentalisation et les médecins du travail qui oscillent entre des logiques d'expert indépendant et de conseiller voire d'opérateur de la prévention en entreprise.

Le 20^{ème} siècle se termine donc sur une situation de crise de toutes les institutions compétentes en matière de prévention.

2.2.2) Un concept pour faire évoluer les pratiques : l'évaluation des risques

L'ensemble des acteurs, tant au niveau européen que national, place aujourd'hui l'évaluation des risques au centre des pratiques de prévention. Même si cela n'a pas toujours été le cas puisque pendant dix ans ce concept a fait l'objet d'un «oubli» après avoir au départ (au début des années 1990) suscité quelques inquiétudes de la part des syndicats qui voyaient la possibilité d'établir un lien entre évaluation des risques et responsabilité des salariés. Le début des années 2000 a vu l'adoption d'un décret rendant obligatoire la formalisation de la démarche qui, à la demande des employeurs, a été réduite à un inventaire des risques⁷¹.

⁷¹ Le décret du 5 novembre 2001 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs prescrit : « *L'employeur transcrit et met à jour dans un document unique les résultats de l'évaluation des risques pour la sécurité et la santé des travailleurs à laquelle il doit procéder en application du paragraphe III(a) de l'article L. 230-2. Cette évaluation comporte un inventaire des risques identifiés dans chaque unité de travail de l'entreprise ou de l'établissement.* »

Le ministère en charge du travail a été la première institution⁷² à identifier l'évaluation des risques comme une « démarche méthodologique » et à en promouvoir la mise en œuvre.

L'« institution prévention⁷³ » de l'assurance maladie considère que les entreprises doivent « *faire de l'identification et de l'évaluation a priori des risques un élément majeur de la politique santé et sécurité au travail.* » Ce positionnement s'inscrit dans un cadre plus large où les idées directrices sont l'intégration de la prévention dans la gestion de l'entreprise et la conception des systèmes de travail, la logique de progression continue, l'approche pluridisciplinaire, l'évaluation des risques et l'analyse globale des accidents du travail et des maladies professionnelles.

2.2.3) Une motivation : comprendre la problématique actuelle pour tenter d'optimiser la politique publique

La problématique et les pistes que nous venons de présenter motivent notre recherche. Les limites des concepts et des pratiques (les nôtres et celles des entreprises) y ont une place importante de même que la « quête de nouveaux repères ».

Notre recherche trouve également ses fondements dans les orientations développées par le ministère du travail qui considère que l'évaluation des risques est la « *principale source de progrès de la prévention en amont, puisqu'elle consiste à cerner globalement l'ensemble des risques professionnels induits par l'activité d'une entreprise, à dépasser le stade de la transposition d'une directive européenne et d'un concept nouveau pour la législation française, pour impliquer désormais très concrètement, l'ensemble des partenaires au sein et hors de l'entreprise. Pour ce faire, il convient de construire des démarches en collaboration avec les différents acteurs afin que l'évaluation globale des risques professionnels, trouve une place pleinement reconnue dans une gestion globale de la santé et de la sécurité, en tant que*

⁷² Circulaire du 23 février 2000 relative au programme d'actions coordonnées de l'inspection du travail pour la prévention des risques professionnels.

⁷³ Il a fallu attendre 2002 pour que cette institution se positionne officiellement sur cette approche. La commission AT / MP de la CNAM-TS a adopté le 25 septembre 2002 ses valeurs essentielles (la personne, la transparence et le dialogue social) et huit bonnes pratiques de prévention (« 1. Intégrer la gestion de la santé et de la sécurité au travail dans toutes les fonctions de l'entreprise, 2. Harmoniser la politique santé sécurité avec les autres politiques de l'entreprise, 3. Développer l'autonomie de l'entreprise en matière de prévention, 4. Favoriser une approche pluridisciplinaire, 5. Faire de l'identification et de l'évaluation a priori des risques un élément majeur de la politique santé et sécurité au travail, 6. Intégrer la prévention dès la conception des lieux, des équipements, des postes et des méthodes de travail, 7. Analyser les accidents du travail et les maladies professionnelles en remontant aux causes les plus en amont, 8. Améliorer la politique de maîtrise des risques et faire évoluer les valeurs de base de l'entreprise. »)

pratique des entreprises, que les services de l'inspection du travail puissent appréhender, encourager et vérifier. »⁷⁴

Cette volonté de comprendre pour mieux agir trouve ses sources en 1998 dans un apprentissage organisationnel au sein d'un groupe de travail des services déconcentrés du ministère du travail en Provence Alpes Cote d'Azur. Cet apprentissage, sous forme d'actions collectives depuis plus de dix ans, a amené ce groupe à rechercher méthodiquement les réponses aux problèmes qu'il avait à traiter. Le dernier en date, l'évaluation des risques, s'est montré particulièrement résistant. Il a trouvé son origine dans les difficultés vécues concrètement au cours de l'action collective qui l'a précédé et qui lui a donné naissance. Elle concernait la mise en conformité des équipements de travail (les machines essentiellement) et comportait une injonction contradictoire dont les difficultés ont été récurrentes. Il s'agissait en effet de demander aux entreprises de respecter l'obligation d'évaluation des risques avant de définir les modalités de mise en conformité, tout en leur demandant d'appliquer les obligations de moyens techniques qui, bien que formulées sous forme « d'exigences essentielles », n'en constituaient pas moins des pistes de solutions précises. L'insatisfaction du groupe de n'avoir pas réussi à bien gérer ces deux obligations l'a amené, dès qu'il a eu terminé son action « équipements de travail », à s'engager sur le champ de l'évaluation des risques.

En résumé, il s'agissait de passer du contrôle de la mise en œuvre d'une obligation substantielle, prescrivant des solutions technico-réglementaires pré-construites et détaillées, au contrôle concomitant d'une obligation substantielle générale et d'une obligation procédurale, l'évaluation des risques. Cette dernière devant amener l'entreprise à construire ses solutions. Autrement dit, l'évolution consistait à passer du contrôle standardisé du « prêt à porter » à celui du « sur mesure » adapté au contexte par l'entreprise.

Le saut qualitatif à effectuer a nécessité de développer de nouvelles compétences. Partant du constat que les connaissances nécessaires à notre activité professionnelle n'étaient pas disponibles comme nous le souhaitions, nous avons fait le choix de contribuer à les construire.

⁷⁴ Ce texte est notamment et largement inspiré de la circulaire du 18 avril 2002, du ministère du travail. Il est extrait de : Sotty Ph. et Tiano V., Des acteurs régionaux de la prévention en thèse au LEST ou comment les sciences sociales peuvent accompagner l'action publique sur les risques professionnels ? La lettre du LEST. Numéro 17. Octobre 2002. Le texte intégral fait l'objet de l'annexe 2.

Cette démarche a été esquissée⁷⁵ au début de 1999 sous la forme d'une recherche-action.

Assez rapidement, compte tenu qu'elle ne visait pas à faire évoluer son terrain, elle a évolué sur le registre de la formation - action par la recherche.

Une note⁷⁶ interne (cf annexe 2) en expose le contexte : motivations, enjeux, cadre et moyens. Elle peut être résumée par les idées suivantes : en deux années le groupe a fait, avec d'autres acteurs, un important travail collectif sur les concepts, sur les outils ... Mais, il nous est vite apparu nécessaire de mobiliser des moyens d'étude plus importants pour pouvoir approfondir l'analyse dans notre cadre institutionnel.

Ce positionnement spécifique a conduit à un double pilotage⁷⁷ du projet : scientifique et institutionnel. Le caractère très « souple » de ce dernier a facilité la conduite globale de la démarche.

Après avoir exprimé notre motivation, nous présentons maintenant la méthodologie d'étude, sa construction et son évolution en plusieurs étapes.

⁷⁵ Cette première esquisse a été formalisée dans une note datée du 18 janvier 1999 et intitulée : « Développer nos compétences en matière d'évaluation des risques professionnels. Projet de recherche-action sur les pratiques des entreprises et de l'inspection du travail. ». Elle a constitué le document support pour définir le projet de recherche avec le LEST et demander les moyens nécessaires au ministère en charge du travail.

⁷⁶ Cette note, de juillet 1999, dont le texte est intégralement repris en annexe 2, détaille nos motivations : « *La première tient au contexte de la prévention des risques professionnels, activité qui a souffert de plusieurs difficultés au cours des trente dernières années. Les risques ont beaucoup évolué, dans un contexte où les salariés et leurs représentants étaient plus préoccupés par les problèmes de l'emploi. Les acteurs de la prévention, « institutionnels », pour un bon nombre, créés après la guerre, ont poursuivi leur chemin, sans contrôle social, donc sans remise en question, et avec des apprentissages insuffisants. La catastrophe de l'amiante a sonné un douloureux réveil, dont on ne fait que commencer à mesurer l'ampleur. La deuxième raison qui nous a poussés à solliciter le LEST était notre envie collective, avec d'autres collègues de la DRTEFP, de sortir du « confort intellectuel » de la réglementation et de la logique administrative, pour essayer de répondre à certaines questions qui se posent à nous, dans notre pratique. La plupart de ces questions induisaient des difficultés conceptuelles.* »

⁷⁷ Ce projet a été préparé de mi-1998 à mi-1999. Il s'est déroulé de mi 1999 à mi 2004 et a fait l'objet d'un double pilotage : scientifique (8 réunions du comité de suivi scientifiques) et institutionnel (4 réunions du comité de pilotage). De nombreux points d'étape ont permis de le faire évoluer : avec le directeur de thèse et d'autres chercheurs, 3 séminaires de thèse, des réunions d'échanges institutionnels, un article et une communication à la SELF, des réunions d'échanges avec la DRT et l'INRS, un séminaire, interne aux services régionaux du ministère, de restitution et d'échanges.

Chapitre 3) La méthodologie et le terrain de recherche :

3.1) La méthodologie de recherche : une analyse comparative des pratiques de gestion des risques dans quatre entreprises similaires

3.1.1) Les dimensions à analyser

§ 1) Le cadre général d'analyse : l'organisation des entreprises et la gestion des risques.

§ 2) Les risques, leur évaluation et leur gestion ; les concepts, les acteurs et les outils.

§ 3) Les relations professionnelles et les jeux d'acteurs.

3.1.2) Le choix du terrain de recherche

§ 1. Les critères de choix : une analyse intensive et comparative, donc dans des établissements similaires en nombre limité

§ 2. Le lieu d'analyse : le CHSCT

3.1.3) Une première exploration pour tester la méthode et les outils de recherche

§ 1. Premier résultat : la confirmation de la méthode générale d'étude

§ 2. Deuxième résultat : la nécessité de reconstituer les pratiques

3.1.4) Les enseignements retenus : l'évolution du projet de recherche

§ 1. Evolution du mode d'entretien

§ 2. Des indicateurs à analyser comme outils de gestion

3.1.5) La stabilisation de la méthode : les quatre principales étapes de l'analyse du terrain de recherche

§ 1. L'analyse des données empiriques dans les quatre établissements

§ 2. Confronter l'analyse à l'avis des acteurs des établissements

§ 3. Compléter l'analyse

§ 4. Confronter à nouveau l'analyse et la thèse à l'avis des acteurs des établissements

3.2) Quatre établissements de soins comme terrain de recherche : leurs contextes et leurs déterminants de la gestion des risques

3.2.1) Le contexte national et local des établissements de soins

§ 1. Rationalisation budgétaire, conditions de travail difficiles et difficultés de recrutement

§ 2. Un secteur en développement

§ 3. Le contexte local : une concurrence plus ou moins forte

3.2.2) Le contexte spécifique des établissements étudiés

§ 1. Le contexte de A : concurrence locale et dialogue social en «bon père de famille »

§ 2. Le contexte de B : complémentarité locale et dialogue social « *difficile et intense* »

§ 3. Le contexte de C : concurrence locale et dialogue social « managerial »

§ 4. Le contexte de D : complémentarité locale et dialogue social « *archaïque* »

3.2.3) Analyse transversale des principales caractéristiques des établissements étudiés

§ 1. Une activité en forte évolution dans une logique de maîtrise des dépenses

§ 2. Une gestion des ressources humaines sous contrainte budgétaire

§ 3. Le poids du contexte et ses conséquences sur les modes de gestion

§ 4. Un point commun : la gestion intégrée, sans service spécialisé

§ 5. Deux variables : le volontarisme des directions et la stratégie syndicale

§ 6. Les logiques de programmation

3.2.4) Les «managers » et les «gestionnaires », approches théorique et empirique

§ 1. Situation de gestion et action organisée

§ 2. Gérer et manager

§ 3. Les « gestionnaires » et les « managers »

3.1) La méthodologie de recherche : une analyse comparative des pratiques de gestion des risques dans quatre entreprises similaires

Notre problématique introduit un nombre très important de dimensions à analyser sur plusieurs registres. Le volet politique publique nous renvoie au régalien, à la règle, aux textes, et à la variabilité de leurs applications qu'il nous faudra mettre en relation avec les actions des entreprises. La construction sociale des risques nécessite une analyse fine des configurations d'acteurs et des relations professionnelles. Enfin, le registre de la gestion nous renvoie aux enjeux et aux stratégies des acteurs et surtout aux modalités d'organisation de leurs actions.

La complexité de l'analyse nous a rapidement orienté vers une méthode d'analyse intensive et comparative. Nous avons opéré ce choix sur la base de références méthodologiques (Benghozi (1990), Friedberg (1993) ...) mais aussi après analyse d'études comparables à la nôtre (Abord de Chatillon (1995), Vauclin (2000) ...). L'intérêt d'une approche intensive réside dans la mise en évidence et la « *caractérisation progressive des intérêts qui structurent un espace d'interprétation et donc aussi les comportements des intervenants.* » (Friedberg, 1993, p 217). La mise en œuvre d'une analyse intensive sur plusieurs sites similaires, par rapport à notre objet, nous offrira la possibilité de réaliser un travail comparatif.

Sur la base de ce choix méthodologique d'une démarche intensive et comparative nous avons identifié les dimensions à analyser, notre terrain de recherche et sur celui-ci, notre lieu d'analyse : le CHSCT.

Nous avons abordé ce dernier en deux temps. Le premier nous a permis de tester nos méthodes et outils. Ceci nous a apporté des confirmations (l'intérêt du terrain ...) mais aussi des remises en cause qui ont fortement contribué à la maturation du questionnement et des hypothèses.

Dans un second temps, et conforté par ces enseignements, nous avons réalisé l'analyse approfondie du terrain de recherche en quatre étapes principales : - adapter le référentiel et analyser les établissements - confronter notre analyse à l'avis des acteurs des établissements - compléter l'analyse - et enfin confronter à nouveau l'analyse et la thèse à l'avis des acteurs du terrain.

3.1.1) Les dimensions à analyser

Nous avons sélectionné nos dimensions sur la base de la question suivante : « Comment la démarche d'évaluation des risques professionnels peut-elle être un facteur d'amélioration de leur prévention ? ». En s'inspirant des travaux de Trinquet (1996), elle reposait sur l'hypothèse que « la démarche d'évaluation des risques, en contribuant à prendre en compte et à articuler dans l'entreprise, le prescrit externe, le prescrit interne et l'activité de travail, donne plus de pertinence et d'efficacité, aux actions de prévention ».

Notre exploration scientifique repose sur différentes bases que nous développerons dans la thèse au fur et à mesure de leur mobilisation. Nous les listerons ici, à titre de points de repère : nous ferons ainsi appel aux connaissances relatives aux organisations (Crozier et Friedberg (1977), Mintzberg (1989) ...), à la gestion (Girin (1983), Hatchuel (2001), David (1998) ...), à la régulation (Reynaud E et JD (1994), Reynaud JD (1989), Abord de Chatillon et Vaublin (1999) ...), aux relations professionnelles, aux actions collectives et à leurs apprentissages (Hatchuel (1998) ...).

Concernant les risques professionnels, nous pouvons résumer ainsi les éléments qui ont guidé le choix des dimensions étudiées : l'approche par l'accident, dans sa pratique, a une double limite. D'une part elle induit une approche plus curative que préventive. D'autre part, elle ne prend pas en compte les questions de santé. Pour avoir une approche davantage préventive, y compris en matière de santé, il est devenu nécessaire d'appréhender les problèmes en amont de l'accident ou de la maladie, c'est-à-dire au niveau du risque lié à la situation de travail.

Le concept de risque fait peu débat. Il correspond à la présence d'un danger et d'un salarié, le mot danger étant à entendre au sens large de facteur de risque. Cette extension n'est toutefois pas neutre au niveau des pratiques. En effet, le risque doit être évalué pour être géré. Ceci nécessite de préciser le concept d'évaluation. Ce concept est en cours de construction mais il apparaît bien comme un processus de construction politique, juridique, scientifique, économique et sociale. Chacun s'accorde sur le fait que cette construction est indissociable de l'organisation de la gestion et qu'elle nécessite une approche globale des situations de travail (organisation, technique, acteur).

L'introduction de la logique de gestion nous amènera à élargir notre champ d'investigation aux modalités d'appréhension, de hiérarchisation et de traitement des risques. Gérer le risque c'est notamment accepter les jugements d'opportunité. Cela pose des questions en terme de régulation mais aussi d'acteurs : les représentations qu'ils en ont et la régulation entre eux.

Celles-ci, qu'elles soient individuelles ou collectives, reposent sur deux opérateurs inséparables (Hatchuel, 2001) : le savoir et la relation dont la règle substantielle ou procédurale renforce et matérialise souvent l'inséparabilité.

Cet aspect reflète bien le débat actuel sur la réorganisation du système de prévention français. Celui-ci est malheureusement trop centré sur les acteurs institutionnels de la prévention. Il devient indispensable de concevoir l'organisation et le fonctionnement de la prévention avec les acteurs de l'entreprise, en travaillant sur les modes de régulation entre tous les acteurs (internes et externes). La prévention est une activité très normée d'où des jeux avec la règle.

Les principes généraux de prévention⁷⁸ issus de la directive-cadre et intégrés en droit français à l'article L 230-2 du code du travail prennent en compte non seulement le retour d'expériences sur les pratiques mais aussi l'évolution des connaissances. C'est ce qui leur donne leur caractère consensuel sur le plan conceptuel. Néanmoins, cela ne leur permet pas d'être opérationnels en l'état, évolution qui nécessite une phase de rationalisation que nous aurons aussi à analyser sur notre terrain.

Nous appréhenderons la régulation au sens de « *formation et de maintien de règles* » « *techniques* » et « *de coopération* », « *comme modèle de référence* » pour les acteurs plutôt que comme « *normes juridiques* » (E. et J.-D. Reynaud, 1994, p 228).

Les bases scientifiques de la recherche conduisent à explorer de nombreuses dimensions, qui doivent notamment permettre d'analyser les acteurs, leurs représentations et leurs pratiques. Ces dimensions doivent être analysées en considérant que le champ couvert relève d'une approche élargie des risques : santé - sécurité - conditions de travail. Elles recouvrent donc les problèmes d'accidents du travail, de maladies professionnelles et de conditions de travail.

Nous les classerons en trois catégories : l'organisation des entreprises et de la prévention, les risques et leurs évaluations, enfin les acteurs avec leurs jeux et enjeux.

⁷⁸ L'article L 230-2 du code du travail, indique neuf « principes généraux de prévention » : 1 - éviter les risques, 2 - évaluer les risques qui ne peuvent pas être évités, 3 - combattre les risques à la source, 4 - adapter le travail à l'homme, 5 - prendre en compte l'évolution de la technique, 6 - remplacer ce qui est dangereux par ce qui l'est moins, 7 - planifier la prévention, 8 - privilégier les protections collectives, 9 - donner des instructions appropriées aux salariés.

§ 1) Le cadre général d'analyse : l'organisation des entreprises et la gestion des risques.

Il renvoie aux notions de management, de performance, d'efficacité de l'action et à des indicateurs tels que les statistiques d'accidents du travail et de maladies professionnelles, de constats formels ou informels sur les expositions, de plaintes des salariés, et d'autres indicateurs ou outils de gestion proposés par les acteurs en fonction de leur conception de la performance de leurs propres actions. Il est également lié aux enjeux de chacun des acteurs, tant au niveau des directions que de la demande individuelle ou sociale.

§ 2) Les risques, leur évaluation et leur gestion ; les concepts, les acteurs et les outils.

Ces dimensions doivent nous permettre de caractériser les risques en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail. Elles nous renvoient à la réalité du travail et à des indicateurs tels que la typologie des pratiques, la prise en compte des aspects techniques, organisationnels et personnels, les prescrits externes et internes, et l'activité de travail. Elles doivent nous permettre de caractériser les pratiques de prévention et leurs déterminants ; le curatif et le préventif, l'articulation des règles et des connaissances dans l'activité, l'articulation du général et du particulier, les participations directes et représentatives, l'articulation des savoirs, les critères de décisions ...

§ 3) Les relations professionnelles et les jeux d'acteurs.

Les modalités d'articulation des déterminants de la gestion seront étudiées en lien avec les jeux d'acteurs. Nous prendrons ainsi en compte les acteurs (plus particulièrement ceux qui participent au CHSCT), leur cohérence, leurs concepts et leurs outils. Ceci nous amènera à étudier leurs représentations, d'eux-mêmes et des autres acteurs, mais aussi les référentiels de chacun, leurs modalités de régulation, ainsi que les compromis et leur mode d'élaboration. Quels en sont les référentiels, les systèmes d'acteurs mobilisés et les procédures ? Comment ont-ils été construits ? Sont-ils référés à une politique publique ? Quel processus de coopération entre les acteurs ? La coordination des acteurs conditionne-t-elle leur efficacité ? Quelle répartition des rôles ? Quel impact de l'évolution des acteurs, des personnes, des majorités syndicales ?

La trame de questionnement initiale comportait 66 questions structurées autour des thèmes suivants : l'organisation et l'efficacité des actions de prévention ; les concepts, les acteurs et

les outils en matière d'évaluation des risques ; l'approche du prescrit externe ; l'approche du prescrit interne ; l'approche et la prise en compte de l'activité réelle de travail ; le CHSCT : ses acteurs, leur cohérence, leurs concepts et leurs outils.

3.1.2) Le choix du terrain de recherche

§ 1. Les critères de choix : une analyse intensive et comparative, donc dans des établissements similaires en nombre limité

Compte tenu de l'objet de la recherche qui repose sur une démarche compréhensive des pratiques, il était nécessaire d'avoir une approche intensive sur un nombre de sites limité. Pour en faciliter l'analyse comparative, il devenait nécessaire de choisir des entreprises similaires, pour en permettre l'étude des similitudes et des différences. Telles étaient donc les deux premières exigences : des établissements similaires, et en nombre limité, pour mieux les comparer.

Si le premier choix de terrain a été le monde industriel, celui-ci a été vite abandonné. En effet, il représente aujourd'hui moins de 20 % des effectifs salariés et les autres secteurs d'activité comportent un niveau de risques quelquefois équivalent voire supérieur, tout en étant moins étudiés en matière de prévention.

Pour ces raisons, le domaine des services apparaissait approprié. Dans ce cadre, il nous semblait important de retenir une activité qui présentait une large palette de risques ayant déjà fait l'objet d'un travail de prévention et pouvant apporter un « matériau » exploitable.

Depuis plusieurs années les activités hospitalières, plus particulièrement depuis le mouvement revendicatif des infirmières à la fin des années 1980, fait l'objet d'efforts importants pour un nombre de problèmes de prévention et d'amélioration des conditions de travail conséquent.

Parmi ces établissements, nous souhaitions intervenir dans des établissements de droit privé. Compte-tenu que le premier établissement de soins exploré présentait des caractéristiques propices à l'analyse de ses pratiques, nous avons choisi de garder ce type d'entreprise et de limiter notre étude à quatre d'entre elles. Ainsi, les trois établissements similaires et les plus proches du premier ont été sollicités et ont accepté. Ils sont situés à Lyon, Marseille, Montpellier et Nice. Ils ont la même spécialité (le traitement des cancers) et une organisation très voisine.

La démarche étant essentiellement compréhensive, quatre établissements pouvaient suffire compte tenu du nombre très important de dimensions à explorer.

Il s'agit d'une activité de service qui présente des risques importants et diversifiés et qui a fait l'objet de nombreuses études et actions de prévention. On y trouve des CHSCT qui existent et fonctionnent avec toutefois des approches variables.

L'organisation de la prévention, dans ces établissements de santé, n'est pas celle que l'on trouverait dans une entreprise industrielle de même taille qui disposerait d'un service spécialisé.

Ces établissements ne sont néanmoins pas des entreprises privées comme les autres puisqu'elles assument une mission de service public, en faisant l'objet d'une tutelle forte, notamment sur le plan financier. Notre objectif étant de comparer ces établissements entre eux, la spécificité de leur statut ne nous est pas apparue rédhibitoire.

§ 2. Le lieu d'analyse : le CHSCT

Comme l'évaluation des risques, le CHSCT n'est pas l'objet de notre thèse. Nous utiliserons l'évaluation des risques comme thème analyseur des pratiques de gestion, plus particulièrement dans ce lieu institutionnel de construction des relations professionnelles en matière de gestion des risques qu'est le CHSCT. Notre première exploration nous a montré qu'il contribuait à la régulation entre les acteurs. Ses caractéristiques seront traitées dans la troisième partie de la thèse.

Il présente l'intérêt d'être le lieu de concertation entre la direction et les représentants des salariés. Il contribue à la définition de la politique de gestion des risques de l'entreprise, notamment par la confrontation des points de vue des différents acteurs, internes et externes à l'entreprise, et la recherche de cohérence entre la théorie et la pratique, les règles autonomes et hétéronomes, du particulier et du général.

Nous verrons que le champ du CHSCT est plus ou moins territorialisé selon la stratégie de l'établissement. Quoi qu'il en soit, le CHSCT ne constitue qu'une partie du système de gestion des risques professionnels. D'autres acteurs assument une activité de gestion : les opérateurs, des services spécialisés (incendie ...), la hiérarchie ...

Par ailleurs notre recherche ne relève pas d'une approche ergonomique avec l'analyse du travail des opérateurs. Elle repose sur la compréhension des modalités de gestion des risques et le matériau émanera donc essentiellement des quatre CHSCT dont on peut apprécier la qualité des comptes rendus. On peut les qualifier d'outils de gestion et nous les exploiterons comme tel.

3.1.3) Une première exploration dans une entreprise pour tester la méthode et les outils de recherche

Pour tester cette stratégie, ainsi que la problématique et les outils de recherche nous avons réalisé une première exploration, en mai et juin 2001, dans l'établissement A.

Nous présentons ici les modalités de déroulement ainsi que les résultats de cette première exploration.

§ 1. Premier résultat : la confirmation de la méthode générale d'étude

Cette exploration a confirmé deux aspects : d'une part l'intérêt de la recherche et d'autre part l'approche globale du problème.

L'intérêt de la recherche est apparu tant au niveau de l'accueil sur le terrain qu'au niveau des personnes rencontrées hors de celui-ci.

La préoccupation générale de cette recherche relative à l'articulation entre pratiques de gestion des risques par les entreprises et la négociation entre acteurs est apparue pertinente. Il en est de même pour le fait d'utiliser comme lieu d'analyse le CHSCT.

Le choix d'analyser le terrain sur la base d'entretiens et de documents fut efficient.

Les entretiens ont été riches de même que les documents émanant des CHSCT. Le choix de ces outils a donc été maintenu par la suite.

§ 2. Deuxième résultat : la nécessité de reconstituer les pratiques

Cette exploration nous aura permis de remettre en question et de faire évoluer quatre éléments de la problématique. Tout d'abord, un écart important entre les pratiques et les modèles théoriques, voire même réglementaires, d'évaluation et de prévention des risques. Ensuite la distinction entre prescrit et réel ne paraît pas pertinente comme objet d'analyse. Troisièmement, la notion d'efficacité, qui est très relative, ne peut constituer une dimension comparative. Enfin, les risques ne font pas uniquement l'objet d'une approche préventive ou curative mais quelquefois adaptative. Le mot gestion nous est dès lors apparu plus adapté que celui de prévention pour caractériser le traitement des risques professionnels.

L'écart entre théorie et pratique

L'expression « évaluation des risques » n'est pas utilisée et le concept mal connu. Pour autant, plusieurs démarches mises en œuvre correspondent à celle-ci. Il n'est donc pas pertinent de partir d'un modèle théorique, extérieur aux acteurs, pour analyser les pratiques d'évaluation des risques. Il convient de partir des pratiques pour reconstituer ce qui, pour nous, relève

d'une logique d'évaluation des risques. Les pratiques de cet établissement sont diverses et souvent structurées. Pour certaines, elles explorent bien les composantes techniques, organisationnelles et humaines du travail.

L'écart entre prescrit et réel

La problématique de l'écart entre prescrit et réel a beaucoup évolué au cours de ces vingt dernières années. Son approche est d'autant plus complexe sur un terrain comme le nôtre, que le personnel y possède un haut niveau de qualification et que de nombreux prescrits sont intégrés aux savoir-faire qui eux-mêmes relèvent d'une construction collective entre pairs.

Si l'ergonomie a utilisé longtemps l'étude de cet écart comme clé d'entrée de l'analyse du travail, c'est beaucoup moins le cas aujourd'hui. La prescription a, en effet, fortement évoluée. Daniellou (2002) pointe deux évolutions fortes de la prescription : son déficit et la diversité de ses sources. Il illustre le déficit par l'exemple *« d'un éducateur spécialisé, à qui l'on confie un adolescent, en lui disant : « il a des problèmes de drogue, dans sa famille il y a de l'alcoolisme et de l'inceste, tu fais pour le mieux ». On est ici typiquement dans le domaine de la sous-prescription, où l'invention tant des objectifs à atteindre que des moyens pour les atteindre repose entièrement sur le travailleur, sans que celui-ci puisse mettre en œuvre des règles connues, issues de l'histoire, pour construire les uns et les autres. »* (Daniellou, 2002, p 9). La diversité des sources de prescription réside d'une part dans l'évolution d'une *« injonction en amont »* vers une *« forme de contrôle en aval »*. D'autre part la prescription peut aussi se matérialiser dans les moyens de travail ou dans la matière travaillée : *« L'avancée automatique d'un tapis a au moins la même valeur prescriptive qu'une procédure définissant la cadence attendue. » ... « Lorsque « la matière » du travail est humaine, la prescription vient aussi du client, du patient, de l'élève : la prescription que représente la sonnette du malade vient en conflit avec celle qui programme l'heure de distribution des médicaments. »* (Daniellou, 2002, p 9).

Sur un registre plus théorique, Hatchuel considère que ces deux composantes étant sur deux registres différents (théorique pour le prescrit, pratique pour le réel) ne peuvent être comparées.

Par ailleurs, la première analyse de notre terrain nous montre que la régulation, au sein du CHSCT, s'opère de manière parallèle entre : la forme dominante qui est structurée par la prescription interne à partir du réel et la prescription exprimée à partir du prescrit externe. Nous détaillerons ces modes de construction des risques et de prescription des solutions dans la deuxième partie.

L'approche par l'efficacité

La notion d'efficacité, ou d'impact de l'action de chacun, est complexe à appréhender. Les indicateurs sont peu nombreux et peu exploités. De plus, il est très difficile d'imputer tels résultats à une politique. Nous expliciterons ce point dans notre troisième partie, en montrant pourquoi il n'est pas possible de faire une analyse comparative en terme d'efficacité mais que, par contre, l'analyse des indicateurs comme outils de gestion est intéressante.

Les risques : entre mesures préventives, curatives et adaptatives

L'analyse de notre terrain et de la littérature relative aux risques nous montre que le risque ne fait pas obligatoirement l'objet de mesures préventives mais quelquefois de mesures adaptatives sous forme de compensation, rémunération ... Au-delà des établissements étudiés, ce constat paraît trouver son origine dans l'appropriation croissante du concept selon lequel « le risque nul n'existe pas » et son corollaire, l'acceptation plus ou moins volontaire ou contrainte du risque « résiduel ». Les mesures adaptatives sous forme de complément de rémunération étaient, il y a une trentaine d'années, plus importantes. Elles ont progressivement diminué, comme l'acceptabilité du risque mais aussi compte tenu de la plus grande difficulté à négocier les compensations.

L'approche de l'ensemble des modalités de traitement du risque est donc indispensable pour en comprendre la construction.

En résumé, l'analyse dans ce premier établissement montre bien que l'objet de la recherche ne peut être ni l'évaluation des risques ni leur prévention mais plutôt leur traitement en termes de construction et de gestion.

3.1.4) Les enseignements retenus : l'évolution du projet de recherche

Quatre principaux enseignements ont été retenus de cette phase exploratoire.

Tout d'abord, elle a fait évoluer notre question et nos hypothèses de recherche d'une logique normative et évaluative vers une orientation plus compréhensive. Elle a ensuite confirmé l'intérêt du terrain d'exploration.

Enfin, il est apparu nécessaire d'adapter le mode d'entretien à la réalité du terrain et d'appréhender les indicateurs de résultats non pas comme des données comparatives mais comme des outils avant tout révélateurs du mode de gestion. Décrivons maintenant de manière plus détaillée ces deux derniers aspects.

§ 1. Evolution du mode d'entretien

Le nombre de questions initialement prévu (66) étant trop important, nous avons réorganisé notre questionnaire en quatre parties. La première a été consacrée à la description de l'organisation de la prévention et à son efficacité. La deuxième traitait de l'évaluation des risques, non pas en tant que telle pour les raisons évoquées précédemment, mais par la description des actions menées, de la plus efficace à la moins efficace. La troisième s'intéressait aux trois registres : prescrit interne, externe et activité pour savoir quels en étaient les modes d'introduction, de portage, et leur poids respectif. Enfin, la dernière partie nous permettait d'aborder le CHSCT, son fonctionnement et ses jeux d'acteurs.

Ce mode d'entretien, moins directif, nous a permis de recueillir des informations plus riches.

§ 2. Des indicateurs à analyser comme outils de gestion

Face aux difficultés d'utilisation des indicateurs d'efficacité, nous avons fait le choix d'observer ceux-ci en terme d'outils de gestion, leur forme étant en soi un reflet de la gestion des risques. L'absence d'outils de gestion apparents ne reflète pas obligatoirement l'absence de gestion des risques. Elle peut renvoyer à une gestion informelle. Nous les analyserons en lien avec l'organisation en considérant qu'il y a « *coconstruction de l'organisation par les outils de gestion et des outils par l'organisation.* » (David, 1998, p 53). Plus précisément, nous considérerons que l'outil de gestion se compose, de manière complémentaire, d'un modèle formel avec son substrat technique, d'un modèle d'action avec sa philosophie gestionnaire et d'un modèle d'organisation avec son organisation implicite (Hatchuel et Weil, 1992 ; David, 1998).

Dans une organisation, le flou ou l'informel peuvent permettre de faire fonctionner le système. Les indicateurs peuvent perturber l'action, notamment en rigidifiant les contradictions entre sous-groupes. Les indicateurs peuvent être signifiants pour certains et insignifiants pour d'autres. Mieux que des indicateurs formels et quelquefois normatifs élaborés par nous-mêmes, nous privilégierons les outils mis en avant, voire mis en œuvre, par chacun des acteurs en les confrontant.

3.1.5) La stabilisation de la méthode : les quatre principales étapes de l'analyse du terrain de recherche

L'objectif de notre travail de recherche s'est élargi pour passer d'une compréhension des pratiques des entreprises en matière de prévention à celles de gestion des risques professionnels.

La question à laquelle notre recherche essaie de répondre a évolué. Elle est passée d'une logique normative et évaluative : « Comment la démarche d'évaluation des risques professionnels peut-elle être un facteur d'amélioration de leur prévention ? » à une formulation plus compréhensive : « Comment la démarche d'évaluation s'intègre-t-elle dans l'organisation et la gestion des risques professionnels ? » autrement dit, « en quoi la démarche d'évaluation des risques peut-elle contribuer à leur gestion ».

Les hypothèses ont, elles aussi, normalement évoluées pour être cohérentes avec le questionnement. Initialement, et sur la base des publications existantes, nous posons comme hypothèse que « *la démarche d'évaluation des risques, en contribuant à prendre en compte et à articuler dans l'entreprise, le prescrit externe, le prescrit interne et l'activité de travail, donne plus de pertinence et d'efficacité, aux actions de prévention* ».

Notre première exploration nous a montré que les référentiels comme le prescrit interne ou externe et l'activité de travail sont intéressants comme « descripteurs » pour des experts du sujet, voire comme grille d'analyse des résultats, mais pas pour structurer les dimensions à analyser.

Au final, l'hypothèse de recherche considère que « *la démarche d'évaluation des risques contribue à faire évoluer les pratiques de prévention vers des pratiques de gestion des risques. Cette démarche nécessite et peut permettre la participation des acteurs concernés, ce qui contribue à améliorer la régulation du processus de prévention et à donner plus de légitimité aux actions.* »

La recherche s'est déroulée par phases itératives entre données empiriques et théoriques mais aussi par itération avec les acteurs de notre terrain.

§ 1. L'analyse des données empiriques⁷⁹ dans les quatre établissements

Au cours de la première phase, le retour d'expérience obtenu grâce à l'exploration initiale nous a permis de finaliser notre méthode de recherche et de la mettre en œuvre dans les quatre établissements en octobre, novembre et décembre 2001. Cette démarche a comporté deux

⁷⁹ Les principaux documents étudiés, quand ils existaient dans l'établissement, sont les suivants : les comptes rendus des CHSCT, les bilans sociaux, les bilans de l'hygiène de la sécurité et des conditions de travail et le programme annuel de prévention, les rapports ou documents relatifs à certains risques (radioprotection, AES, ...), les statistiques d'accidents du travail ou de maladies professionnelles, les documents réalisés par le médecin du travail (bilan d'activité, fiche d'entreprise ...), l'évaluation des risques complète ou partielle et sa formalisation écrite, les comptes rendus d'accréditation qualité, les documents relatifs aux fiches de signalement d'incidents et les autres études ou outils réalisés dans l'entreprise, les enquêtes auprès du personnel, les éléments d'analyse des entretiens d'évaluation du personnel, les courriers de l'inspecteur du travail ou de la CRAM, les demandes de contrat local pour l'amélioration des conditions de travail, les rapports de certains experts internes ou externes.

modes. D'une part une analyse documentaire relative à la gestion des risques en général et aux actions du CHSCT en particulier. D'autre part, nous avons pu avoir des entretiens⁸⁰ individuels et collectifs avec les membres des CHSCT et des personnes ressources (cf annexe 3).

§ 2. Confronter l'analyse à l'avis des acteurs des établissements

Nous avons engagé, en juin 2002, la restitution de nos premiers éléments d'analyse aux quatre établissements. Celle-ci avait un triple objectif, rendre compte des modalités d'utilisation des éléments mis à notre disposition, mettre en débat les premiers éléments d'analyse et, les enrichir en ouvrant éventuellement de nouveaux champs à explorer.

Cette restitution n'a pas été faite sous forme de monographie par établissement mais sous la forme d'un document global restituant notre compréhension des mécanismes mis en œuvre. Cela a été mené en trois temps. Le premier a consisté à restituer oralement en juin 2002 à chacun des quatre établissements nos premiers éléments d'analyse. Le deuxième a consisté à formuler par écrit notre analyse complétée des éléments recueillis au cours des premières rencontres. Le troisième temps s'est déroulé à l'automne 2002 après que les établissements aient reçu notre note écrite pour en prendre connaissance, là aussi sous la forme de réunions individuelles ou collectives selon les souhaits des établissements. Ce déroulement en trois phases a permis aux établissements d'être véritablement en capacité d'exprimer un point de vue et d'émettre critiques et propositions.

Une quinzaine de réunions ont été nécessaires. Aucune d'entre elles n'a remis en cause l'analyse générale. Par contre, elles l'ont enrichi de compléments factuels qui ont ainsi permis de la conforter et de la préciser.

§ 3. Compléter l'analyse

Les propositions émises lors des rencontres de l'automne 2002 nous ont permis d'enrichir le travail d'analyse de l'activité des établissements. Il a été complété, d'une part, pour homogénéiser l'approche des quatre terrains de recherche et, d'autre part, pour approfondir certains aspects ou risques comme les accidents avec exposition au sang (AES), la radioprotection ...

⁸⁰ Les 50 entretiens individuels et 7 collectifs ont concerné essentiellement : - les représentants de la direction et des salariés au CHSCT - des personnes ressources - les médecins du travail - les acteurs externes : inspecteur du travail, agent de la CRAM (Caisse Régionale d'Assurance Maladie), experts (GERES ...) ...

§ 4. Confronter à nouveau l'analyse et la thèse à l'avis des acteurs des établissements

Cette étape de présentation des résultats finaux, sous forme de monographie pour chaque établissement, s'est déroulée de fin 2003 à début 2004. Comme pour la première restitution, il ne s'agissait pas d'une validation mais d'un échange relatif à notre formulation et exploitation des matériaux mis à notre disposition. On notera qu'il avait été envisagé de réaliser une restitution unique regroupant tous les établissements. Cette idée a été abandonnée par crainte de certaines directions d'une « contamination syndicale » des représentants du personnel les plus participatifs par les plus revendicatifs.

De ces quatre étapes d'échanges avec les acteurs du terrain, nous retiendrons qu'elles nous ont permis de formaliser un matériau que les acteurs ont globalement jugé riche et conforme à leurs perceptions de la réalité de leurs établissements.

3.2) Quatre établissements de soins comme terrain de recherche : leurs contextes et leurs déterminants de la gestion des risques

L'approche historique et l'analyse de la problématique actuelle, présentées aux chapitres 1 et 2 nous ont permis de montrer que le premier déterminant de la construction et de la gestion des risques est le contexte et que celui-ci possédait cinq composantes essentielles : politique, économique, sociale, juridique et scientifique. La gestion des risques n'est pas un objet à part et indépendant ; elle est intégrée à l'évolution sociétale, tant au niveau national qu'europpéen, voire mondial. La prise en compte du contexte externe de l'entreprise ou de la branche est donc indispensable.

Les cinq composantes contextuelles influent sur les deux registres de la gestion des risques : - le risque et sa construction que nous traiterons dans la deuxième partie de la thèse - les acteurs de la gestion et les formes qu'elle peut prendre que nous aborderons dans sa troisième partie.

Nous montrerons dans ce chapitre que le contexte de l'entreprise, son environnement général, constitue un déterminant important des formes de gestion et donc de la régulation interne. Cela influe sur le mode de construction de certains risques.

En nous centrant sur l'environnement des établissements étudiés, nous identifierons leurs déterminants contextuels, leurs impacts sur la gestion des risques. L'analyse comparative des quatre contextes montre, en effet, leur impact sur les relations professionnelles qui vont modifier quantitativement et qualitativement l'implication des acteurs et donc les régulations

entre eux. Nous verrons ainsi que les modes de gestion sont avant tout une affaire contextualisée d'enjeux, de capacité et de relation entre les acteurs.

Pour cela, et dès lors qu'il s'agit bien de faire une analyse comparative, le choix de notre terrain constitué d'établissements ayant une mission de service public n'a pas d'incidence majeure.

L'introduction de quelques points de repères théoriques nous amènera à opérer et à nourrir la distinction entre les deux familles d'entreprises constituant notre terrain. Elles correspondent à deux figures types associées à la gestion : « manager » et « gestionnaire ». La première est plutôt dans une perspective volontariste de bonne gestion des ressources humaines, ce qui l'amène à prendre certaines initiatives y compris d'adaptation du droit. La seconde, positionnant davantage les ressources humaines comme variable d'ajustement, agit plutôt de manière contrainte par rapport à celles-ci.

3.2.1) Le contexte national et local des établissements de soins

Il peut être caractérisé à trois niveaux : - macro au niveau général (international, national) - méso au niveau de la branche - et micro au niveau local de l'entreprise. Nos résultats empiriques nous ont montré l'impact de ces trois niveaux sur plusieurs registres.

§ 1. Rationalisation budgétaire, conditions de travail difficiles et difficultés de recrutement

Trois aspects marquent plus particulièrement le secteur des établissements de soins : - les contraintes économiques - les conditions de travail difficiles - et les difficultés de recrutement.

Depuis le début des années 2000, la rationalisation budgétaire a contraint la gestion des établissements et par la même les conditions de travail.

Au niveau macroscopique, c'est-à-dire national - hors du secteur d'activité - trois principales dimensions sont à prendre en compte : - la volonté politique de maîtriser voire de réduire les prélèvements sociaux, y compris au niveau de l'Assurance Maladie dont le déficit chronique a induit une pression croissante sur les dépenses de santé et provoqué leur rationalisation - l'augmentation du nombre de cancers et de la demande sociale de soins adaptés - et enfin, l'introduction de la RTT qui a certes permis une réduction du temps de travail mais a aussi provoqué l'intensification du travail de certains salariés avec comme corollaire la dégradation de leurs conditions d'exercice. Nous analyserons au cours de la thèse l'impact de ces trois dimensions.

Dans le secteur des établissements de santé, les conditions de travail sont réputées et reconnues comme difficiles. Les mouvements sociaux dits des « infirmières », à la fin des années 1980, l'ont illustré. Dès cette époque, le ministère de la santé s'est préoccupé de ces questions. Au début des années 1990, il a notamment mis en place des Contrats Locaux pour l'Amélioration des Conditions de travail (CLAC). Pour pouvoir bénéficier de cette dotation budgétaire, il est demandé aux établissements concernés de construire des projets concertés avec les représentants du personnel et permettant une évolution de l'organisation du travail. L'ANACT a été mise à contribution par le développement d'un programme d'actions⁸¹ pour les hôpitaux. Certaines organisations patronales et syndicales ont également pris des initiatives durant cette période.

Cette politique publique forte a permis de réels progrès. A la fin des années 1990, le ministère de la santé a certes maintenu ses CLAC mais l'ANACT a stoppé son programme « hôpitaux ». D'autres problèmes sont apparus et ont renvoyé les « conditions de travail » au second rang comme les accidents avec exposition au sang (AES) ou la « charge mentale » qui, bien que partie intégrante des conditions de travail, a surtout été appréhendée à travers les difficultés rencontrées pour « l'accompagnement des mourants ».

§ 2. Un secteur en développement

Le niveau intermédiaire (méso) est constitué par le secteur des établissements spécialisés dans le traitement des cancers. Il est à analyser à deux niveaux : la cancérologie et le statut particulier des établissements étudiés. La cancérologie est une discipline en plein développement quantitatif et qualitatif correspondant à l'augmentation du nombre de cas de cancers dépistés et à la technicité de leurs traitements. La spécificité statutaire des établissements étudiés les place dans une situation soit de complémentarité soit de concurrence avec les autres services locaux de cancérologie. Ceci ne manque pas d'impacter leur fonctionnement interne. Ce sont des « établissements » qui font partie du « service public hospitalier » sans être publics ni totalement « privés ». Ce statut intermédiaire possède des avantages (statut, financement ...) mais aussi l'inconvénient, qui peut être une ressource, de devoir faire la preuve de leur intérêt à côté, en concurrence ou en complémentarité avec le centre hospitalier local. La branche d'activité se situe en effet sur un « marché » essentiellement régional et exceptionnellement au-delà.

⁸¹ Plusieurs actions ont été engagées : - accompagnement des hôpitaux volontaires - formation-action - publications d'ouvrages (1989 : *Travailler à l'hôpital*, 1990 : *Les conditions de travail à l'hôpital, un enjeu vital* - 1991 : *Changer le travail à l'hôpital, analyser les situations de travail pour améliorer les conditions de travail*, - 1996 : *L'organisation du travail dans les services de soins* - ...)

La rationalisation des dépenses de santé aura notamment pour conséquence la révision de leur convention collective nationale et donc la réduction de certains avantages sociaux.

Cela rend les établissements étudiés moins attractifs et contribue donc à augmenter leur turnover et leurs difficultés de recrutement. Le turnover provoque le renouvellement régulier de certains salariés et généralement leur remplacement par des plus jeunes, moins bien préparés aux conditions de travail et aux risques. Nous verrons que cela contribue à l'augmentation de certains types d'accidents. Les difficultés de recrutement conduisent dans certains cas à un fonctionnement en sous-effectif ce qui intensifie le travail.

En terme de prescription externe, le rattachement du secteur à un ministère spécifique (santé) conduit à une élaboration du prescrit externe à deux niveaux : le ministère du travail pour les règles générales et le ministère de la santé pour les règles spécifiques. Ces dernières sont rares en matière de prévention mais, étant adaptées à la branche, elles sont généralement mieux perçues.

§ 3. Le contexte local : une concurrence plus ou moins forte

Les premiers éléments de contexte évoqués n'ont que très peu d'incidence différenciée sur chacun des quatre établissements étudiés. Le contexte local, lui, en a une. Elle se pose essentiellement en terme de concurrence ou de complémentarité. Certains établissements traitent ainsi la grande majorité des malades atteints de cancers sur leur «territoire» alors que pour d'autres c'est une minorité. Par ailleurs, les quatre établissements étudiés ont des spécialités propres (hématologie, cancer du sein ...). Cela a une incidence tant sur l'activité et les techniques médicales que sur la recherche que ces établissements développent. Cette spécialisation trouve une origine endogène grâce aux compétences internes et/ou hexogène par l'organisation de la complémentarité.

La qualité de l'accueil et de l'hébergement étant de plus en plus considérée comme partie intégrante de la qualité des soins fait l'objet d'une attention renforcée. Plusieurs établissements ont par exemple recruté des cadres issus du secteur de l'hôtellerie.

3.2.2) Le contexte spécifique des établissements étudiés

Commençons par synthétiser les caractéristiques des quatre établissements étudiés.

Tableau 4 : Quelques caractéristiques du fonctionnement des établissements et de leur CHSCT.

Etablissements	A	B	C	D
Effectif	950	600	950	630
Majorité syndicale avant nouvelle CCN	CFDT	CGT	CFDT	CFDT
Majorité syndicale après nouvelle CCN	Intersyndicale à majorité CGT	CGT	CGT	CGT
Majorité syndicale actuelle	CGT	CGT	CGT	CFDT
Situation concurrentielle de l'établissement	++	-	+++	-
Accréditation qualité	Décembre 2001	Mars 2003	Novembre 2000	Juin 2003

§ 1. Le contexte de A: concurrence locale et dialogue social en «bon père de famille »

L'établissement A (950 salariés) se situe dans un contexte concurrentiel fort, plus particulièrement avec le centre hospitalier local. L'arrivée dans les années 1990 d'un nouveau directeur et d'une nouvelle équipe dirigeante a permis, grâce notamment aux nouvelles disponibilités financières liées à la fin des remboursements d'emprunts afférents à la construction, d'impulser une nouvelle politique médicale, scientifique et dans le domaine des relations professionnelles.

A fait partie des établissements dans lesquels la signature de la nouvelle convention collective a fait perdre la majorité à la CFDT au profit de « l'intersyndicale » (CGT, FO et SUD) qui s'est constituée pour l'occasion et qui s'y est opposée. Conformément à son objectif de réduire la masse salariale, la grille de rémunération, moins bonne pour les nouveaux embauchés, peut contribuer à expliquer leur fort turn-over.

Comme dans les autres établissements, la RTT a été négociée en direct avec les organisations syndicales, puis au niveau du Comité d'Entreprise et évoquée, pour la forme, en CHSCT. Ceci explique que la dimension « conditions de travail » a peu été prise en compte. De l'avis quasi général, l'arrivée rapide des avantages de la RTT a permis de "faire passer la pilule" de la nouvelle CCN. Les modalités de répartition des salariés recrutés dans le cadre de la RTT ont soit permis de compenser la réduction du temps de travail, soit contribué à augmenter la charge de travail⁸² dans les services. Chez les soignants⁸³, le nombre de démission, de 19 en 1998 et 1999, est passé à 29 en 2000, puis à 38 en 2001 et 2002. Ceci traduit l'augmentation du turn-over, qui lié aux difficultés de recrutement⁸⁴, intensifie la charge de travail.

Les activités sous-traitées de manière pérenne sont limitées à trois : le nettoyage (50 salariés), la restauration (15 salariés), la vente de journaux, boissons ... (5 salariés) et la buanderie.

Parmi les quatre établissements étudiés, A a été le deuxième à être accrédité en matière de qualité en décembre 2001. Cette démarche c'est inscrite dans un véritable projet

⁸² En résumé, on peut dire que les effectifs ont augmenté de 3,6% depuis 1996 et que la baisse du nombre de CDD chez les médecins a été compensé par une hausse équivalente de CDI chez les employés.

⁸³ L'effectif global est majoritairement féminin (71 %), plus encore chez les employés (78 %) et l'âge moyen est de 40 ans (35,5 ans pour les infirmières et 43,4 ans pour les aides soignantes). Par ailleurs, comme les autres établissements, A connaît un vieillissement de ses agents de service et aides-soignantes ce qui a une incidence sur les conditions de travail et plus particulièrement en matière de manutention.

⁸⁴ L'établissement A a dû recruter récemment une dizaine d'infirmières espagnoles.

d'entreprise⁸⁵. Certains représentants du personnel considèrent que l'accréditation a apporté des contraintes procédurales, mais aussi que celles-ci présentent l'intérêt de standardiser le travail ce qui facilite notamment l'intégration de nouveaux salariés.

La qualité du dialogue social est jugée bonne par l'ensemble des acteurs. Le contexte concurrentiel fort serait à l'origine d'une recherche de gestion optimale des ressources humaines. La participation directe des salariés est toutefois variable selon les services et dépend des relations qui y sont instituées. La direction médicale et administrative plus forte que dans d'autres établissements permet la construction et la déclinaison d'une politique plus globale.

§ 2. Le contexte de B : complémentarité locale et dialogue social « difficile et intense »

L'établissement B a été créé en 1961 et emploie environ 600 salariés. Depuis sa création, B a fait l'objet de travaux réguliers de construction ou de réaménagement de certains services mais sans avoir fait l'objet d'une rénovation d'ensemble et en profondeur. Ceci conduit à certains problèmes récurrents d'infrastructure souvent évoqués au CHSCT.

Le directeur et le secrétaire général ont changé récemment sans que nous ayons noté un impact sur les modes de gestion.

L'établissement travaille dans le cadre d'une convention de complémentarité avec le centre hospitalier local. Parmi les quatre établissements étudiés, c'est le seul à connaître des difficultés financières qui l'ont conduit à fermer un service en 2002. La contribution de l'Agence Régionale d'Hospitalisation à la résorption de ce déficit a été conditionnée à des efforts de gestion et à une bonne complémentarité locale. B, comme D, ne se situe donc pas dans un contexte concurrentiel mais de complémentarité locale. Comme nous le verrons pour D, cela n'incite pas à une gestion optimale des ressources humaines.

Le poids de la direction a été affaibli par le départ du secrétaire général contraint par une action syndicale, au milieu des années 1990. Ceci a d'autant renforcé le poids des syndicats. Le changement de direction et la stabilité syndicale en font l'établissement où le fait syndical est le plus fortement ancré parmi les quatre établissements étudiés. La CGT y est largement majoritaire. Arrivent ensuite FO et la CGC.

La renégociation de la convention collective en 1998 et 1999 y a été marquée par des mouvements sociaux très forts bien que la négociation fut nationale. La mise en place de la RTT s'est par contre mieux passée sans doute du fait de marges de manœuvre locales plus importantes. De l'avis général, la RTT a néanmoins induit deux problèmes : une intensification du travail et la mise en place de nouveaux plannings. L'absentéisme y a ainsi fortement cru et l'ensemble des acteurs s'accorde à rattacher cette augmentation à ces évolutions.

Avec l'établissement D (juin 2003), B est le dernier des quatre établissements étudiés à avoir été accrédité (mars 2003). Le CHSCT y a été associé.

⁸⁵ En CHSCT, la direction saluera « la dynamique partagée de l'ensemble du personnel quels que soient les métiers y compris la nuit. », « l'implication du personnel a été très forte. Un des membres du groupe était très modéré mais l'investissement collectif de tous les salariés l'a beaucoup impressionné ». La direction évoque également le fait que « les inspecteurs de l'ANAES ont fait remarquer une absence de coordination entre le CLIN et le CHSCT. » Dans le compte rendu d'accréditation, l'ANAES note que « le dialogue social fait partie intégrante de la politique de gestion des ressources humaines. »

Comme les autres établissements, B possède ses spécialités ; son activité et ses pratiques médicales ont beaucoup évolué ces dernières années.

Le climat social y est qualifié de « *difficile et intense* » ce qui rejaillit notamment sur le fonctionnement du CHSCT. Faute d'un engagement réel de la direction et compte tenu de son attentisme, la stratégie syndicale s'inscrit dans une logique de construction et de gestion d'un rapport de force permanent. Le CHSCT n'est pas vraiment conflictuel car à sens unique. Les représentants du personnel y expriment leurs revendications et le représentant de la direction en prend note. Il est donc davantage revendicatif que conflictuel. La logique syndicale reposant sur une stratégie revendicative affinée au cours du temps et relevant d'un véritable apprentissage collectif.

§ 3. Le contexte de C : concurrence locale élevée et dialogue social « managerial »

L'établissement C emploie environ 950 salariés et est installé dans ses locaux actuels depuis 1958.

Comme pour l'établissement A, la mise en place de la nouvelle convention collective a fait basculer la majorité syndicale de la CFDT à la CGT.

La RTT a été négociée sur la base de 32 heures de travail hebdomadaire, soit une réduction de 15 % du temps de travail, une augmentation de 9 % des effectifs et une baisse de salaire de 5,13 %. Les salariés ont donc accepté un double effort, salarial et en terme d'intensification du travail. Selon un « diagnostic social » réalisé en 2001, la RTT donnerait satisfaction à 80% des salariés. A partir de 2002, elle fait toutefois apparaître des tensions en matière d'intensification et de conditions de travail. Pour la direction, le problème est plus global : « *Le problème des conditions de travail, plus que l'intensification du travail, est celui de la pression du malade, du juridique et les gens sont mécontents de la nouvelle CCN. On a trop expliqué aux gens qu'ils étaient trop payés et de fait la CCN n'est toujours pas digérée.* »

Son directeur a été président de la fédération professionnelle. L'ancien directeur adjoint présidait le CHSCT ce qui favorisait l'intégration des problématiques liées aux risques professionnels dans la stratégie générale de l'établissement.

C ne traite qu'une minorité des cas de cancers sur son territoire de compétence ce qui le place dans un contexte très concurrentiel. De l'avis même de la direction, la bonne gestion des ressources humaines devient alors indispensable.

L'engagement de la direction en matière de prévention des risques professionnels est donc important dans une logique managériale qui doit bénéficier non seulement aux salariés mais aussi aux malades en contribuant à la qualité des soins. Le poids de la responsabilité⁸⁶ est fort.

Par ailleurs la volonté de jouer un rôle de leader et d'exemple amène la direction de C à traiter rapidement tout problème pouvant altérer son image de marque comme les critiques émises en 2000 par la CFDT et la CGT sur le traitement de certains problèmes.

Le dialogue social est jugé bon par l'ensemble des acteurs. Les salariés sont attachés à l'entreprise même si la nouvelle convention collective a modifié la situation.

Dans ce contexte, l'approche syndicale est pragmatique et très participative. Cette participation est non seulement souhaitée mais organisée par la direction qui a créé un poste à mi-temps pour la fonction de secrétaire du CHSCT.

⁸⁶ Selon le responsable qualité : « *Les anesthésistes ont un souci fort de la prévention des risques. Il faut voir toutes les règles qu'ils se mettent, toutes les consignes qu'ils distribuent aux patients pour se prémunir de toute plainte.* »

L'établissement C se situe donc dans une logique de développement managérial fort et il n'est pas surprenant que ce soit le premier des quatre établissements étudiés à avoir obtenu l'accréditation qualité. La direction attend des retours de cette stratégie et exprime clairement ses objectifs (intérêts des patients, des salariés et de l'établissement). Les représentants du personnel perçoivent effectivement d'une part que quand « *les demandes sont justifiées et argumentées, généralement elles sont acceptées* » mais que d'autre part « *si on nous donne des moyens, c'est pas pour rien.* » Les trois organisations syndicales (CGT, CFDT et FO) considèrent que les conditions de travail se détériorent du fait notamment de l'augmentation de la charge de travail car « *pour la RTT il n'y a pas eu assez d'embauches avec augmentation de l'activité et on n'a pas assez travaillé sur l'organisation du travail. Aujourd'hui, les gens sont fatigués et il y a beaucoup de demandes de reclassement.* » Au moment de la RTT, 60 personnes auraient quitté C qui serait réputé « *avoir de moins bonnes conditions de travail que le centre hospitalier régional.* »

§ 4. Le contexte de D : complémentarité locale et dialogue social « archaïque »

L'établissement D (environ 630 salariés) a été créé en 1923. Ses locaux récents (1991) et bien entretenus font que ce type de problème est très peu évoqué en CHSCT. Bien que la section locale CFDT se soit opposée à la nouvelle CCN, l'accord de sa confédération nationale lui a valu de perdre des voix aux élections qui ont suivi. Si l'évolution de la CCN n'avait pas entraîné de mouvements sociaux importants, la mise en place de la RTT provoquera, elle, trois jours de grève dure. Ce mouvement revendicatif fort constitue un fait exceptionnel dans la vie de D. L'enjeu était le nombre d'emplois à créer pour compenser la RTT, la direction souhaitant, au dire des syndicats, continuer à fonctionner à effectif constant. Finalement, 31 emplois supplémentaires seront créés. Le directeur affirmera toutefois au CHSCT de septembre 2003 que : « *Nous avons une organisation pour donner les meilleurs soins aux patients ; le personnel soignant a augmenté de 47 % depuis 1992 pour une augmentation de 4 % de l'activité*⁸⁷. » Globalement, le contexte concurrentiel faible n'incite pas à une gestion optimale des ressources humaines. La gestion évolue d'une approche paternaliste à une logique de rationalisation. Les salariés considèrent que l'établissement est bien géré, dans l'intérêt des malades, mais sans que la ressource humaine soit suffisamment prise en compte et valorisée⁸⁸. Même si elle peut être jugée bonne dans certains services, la qualité du dialogue social nous a été décrite comme globalement médiocre : « *à D, on a pas de masse critique, on est seul dans son domaine* », « *une grande structure est plus démocratique qu'une petite* », « *les établissements implantés dans des villes plus grandes sont généralement plus évolués parce qu'il y a de la concurrence* ». A D « *le système est féodal et la direction est très forte* », « *les médecins sont une aristocratie intouchable* ». Pour autant, les salariés sont très attachés à

⁸⁷ Ces données quantitatives ne traduisent toutefois pas l'évolution de l'organisation du travail et de l'activité qui s'est complexifiée. Les progrès des connaissances et des techniques permettent de traiter des cas plus lourds, mais en augmentant la charge mentale. Par ailleurs, selon la direction, si D a pu rattraper son retard en personnel soignant non-médecin, il n'en est pas de même pour les médecins. Cette faiblesse de l'encadrement médical pourrait expliquer, par manque de disponibilité, certaines difficultés relationnelles dans quelques services.

⁸⁸ La quasi-totalité des personnes rencontrées évoque les tensions fortes entre les salariés et leur hiérarchie, plus particulièrement médicale. Les plus anciens sont sans doute les plus attachés compte tenu de leur statut préservé et de l'évolution qu'ils ont constatée dans la qualité de l'outil de travail mis à leur disposition. Les plus jeunes ont un statut moins favorable et la qualité des installations leur paraît normale ce qui les amène à jouer davantage le « jeu » de la concurrence et de la surenchère salariale avec d'autres établissements.

l'établissement, comme le montre leur implication dans le processus d'accréditation⁸⁹. Une grève récente liée à la restauration d'un service a néanmoins, et à nouveau, montré plus particulièrement aux chirurgiens l'importance du dialogue social. A noter que si ce conflit a été initié conjointement par la CGT et la CFDT, des dissensions sont apparues entre ces deux organisations, illustrant la difficulté d'expression d'un point de vue conjoint des organisations syndicales. On note également, comme dans les autres établissements étudiés, une difficulté pour recruter certaines catégories de personnel⁹⁰.

3.2.3) Analyse transversale des principales caractéristiques des établissements étudiés

Notre terrain est donc constitué de quatre établissements de soins spécialisés dans le traitement du cancer. Ils ont été créés dans les années 20 au sein des centres hospitaliers régionaux. Ils ont trouvé une identité propre après la deuxième guerre mondiale ce qui leur a permis d'être autonomisés dans leurs locaux dans les années 60. A la fin des années 80, ou au début des années 90, ils ont connu un mouvement de rénovation voire d'agrandissement de leurs locaux pour assurer leur développement.

Leur effectif varie de 600 à 950 salariés, ils ont donc une organisation très structurée autour de cinq grandes composantes : - les médecins - les autres soignants (infirmières ...) - le plateau technique (laboratoires, équipements lourds ...) - l'administration - et la recherche qui se développe régulièrement. L'articulation de ces cinq composantes relève, semble-t-il, d'une subtile alchimie qui n'est pas sans effet sur le fonctionnement du CHSCT.

L'encadrement fonctionnel est principalement assuré par le non médical, le médical étant plus souvent un encadrement technique et thérapeutique. Les études ergonomiques réalisées dans le domaine des soins décrivent le fonctionnement des services soignants comme reposant sur des collectifs forts bénéficiant d'une certaine autonomie. Ceci fait qu'ils constituent souvent un monde à part. Certains représentants du personnel des établissements étudiés regrettent d'ailleurs que l'une des conséquences de cette situation soit quelquefois une logique

⁸⁹ L'accréditation qualité a été engagée en 1998, mais D sera le dernier des quatre établissements étudiés à avoir été accrédité, en juin 2003, alors que le premier l'a été en 2000. Cette situation peut être pour partie expliquée par une moindre réactivité par rapport à ce type de logique managériale. Par contre, selon plusieurs représentants du personnel, « pour l'accréditation les gens se sont sentis très concernés », « ils se sont serrés les coudes ».

⁹⁰ Une dizaine de salariés étrangers ont ainsi été recrutés en 2000 et 2001. Le nombre d'intérimaires utilisés par D a d'ailleurs fortement augmenté en 2001 pour revenir à son niveau habituel en 2002. En 2003, le secrétaire du CHSCT s'inquiétera de « la « fuite » des infirmières aux blocs » qui aura selon lui, « des conséquences sur les conditions de travail. » Le secrétaire général répond en indiquant que c'est un problème régional : « La clinique X ouvre 19 salles et la pénurie locale entraîne une surenchère des salaires. Nous ne pouvons empêcher cela mais nous ne voulons pas déroger à la CCN. » Il évoque également la formation en cours de quelques infirmières par l'établissement et l'éventualité de fermer une salle si nécessaire.

« corporatiste » des soignants, ce qui ne facilite pas toujours l'harmonisation des revendications.

§ 1. Une activité en forte évolution dans une logique de maîtrise des dépenses

Une activité en forte évolution⁹¹, quantitativement et qualitativement

Les évolutions que ce secteur a connues au cours des dix dernières années ont induit des changements forts, tant sur le plan du contenu du travail que de son organisation et de sa rémunération.

Sur le plan médical on note un accroissement des actes et de leur technicité avec un raccourcissement des durées d'hospitalisation. Quantitativement, l'augmentation du nombre d'actes tend à intensifier le travail. Qualitativement, cela a pour conséquence de réduire le « nursing » donc les rapports aux malades. Nous verrons que cette évolution a un impact sur la charge mentale, les soignants regrettant de consacrer plus de temps au volet « *technique* » de leur travail au détriment du volet « *relationnel* ». Par voie de conséquence, la qualification du personnel se déplace du métier d'aide soignante vers celui d'infirmière.

Les quatre établissements étudiés ont engagé une démarche d'accréditation qualité dont la prévention des risques professionnels ne constitue qu'une composante périphérique. Le cas de l'établissement D est révélateur de son impact sur la gestion des risques. Il est à analyser en deux temps : tout d'abord la démarche d'accréditation a été considérée par la direction comme concurrentielle en terme de charge de travail par rapport à celle d'évaluation des risques et lui a donc été préférée au niveau des priorités. Dans un second temps, comme l'accréditation devait comporter un volet évaluation et prévention des risques, celui-ci a été activé, notamment pour satisfaire l'échéancier réglementaire. Globalement, la culture qualité a fait progresser la gestion des risques, plus particulièrement sur le volet procédural, tant pour le plan de prévention qu'au niveau des procédures qui ont permis de structurer l'activité quand cela était nécessaire.

⁹¹ Sur le plan prospectif, la fédération professionnelle indique que son projet 1997-2000 a été dominé par l'aspect social, sans que les volets médical et scientifique soient ignorés. Elle souhaite que les aspects médico-scientifiques dominent le projet en cours, en privilégiant les composantes suivantes : les soins, la recherche, l'enseignement et la santé publique en cancérologie.

L'objectif essentiel de ce type de démarche est l'amélioration de la qualité des soins mais aussi, indirectement, de prévenir la mise en cause de la responsabilité pénale et financière des personnes et des établissements⁹². Certains d'entre eux réussissent à intégrer dans une même démarche la protection des malades et celle des salariés. Ce n'est pas le cas le plus fréquent. Ces deux dimensions sont gérées par des structures différentes : le CLIN (comité de lutte contre les infections nosocomiales) pour la protection des malades et le CHSCT pour la protection des salariés. Les relations entre ces deux entités sont dans le meilleur des cas des échanges d'information, quelquefois institutionnalisés. Le plus souvent ces échanges s'opèrent par l'intermédiaire de personnes qui participent aux deux structures de par leur fonction cumulée à leur statut de représentant du personnel. Dans les établissements où les relations sociales sont les plus difficiles le CLIN, uniquement composé d'experts, ou la direction peuvent aller jusqu'à refuser la participation à ses travaux du secrétaire ou d'un membre du CHSCT.

Les aspects financiers

Même s'ils bénéficient d'une autonomie de gestion plus grande que les hôpitaux, ils sont à dominante para-étatique. Le poids de la tutelle y est fort. Sur le plan financier leur situation apparaît plutôt saine⁹³, ce qui n'est pas le cas d'autres établissements similaires qui connaissent des difficultés importantes. Ceci leur permet notamment un développement médical et scientifique important, tout en s'inscrivant dans la logique de maîtrise des dépenses imposée au secteur. Il y a donc une augmentation contrôlée de l'autonomie et de la responsabilité avec des effets positifs ou négatifs sur les conditions de travail que nous étudierons ultérieurement.

L'état de vétusté ou de nouveauté des locaux traduit la situation financière des établissements mais aussi leur stratégie d'investissement des dernières décennies. L'histoire des établissements est donc un déterminant fort de leur situation et de l'incidence des éléments matériels sur les conditions de travail et leur perception. Des locaux vétustes et moins bien adaptés conduiront le CHSCT à se préoccuper davantage de ces aspects.

⁹² Dans l'un des établissements, l'assureur apparaît comme un acteur important. Il aurait une politique tarifaire incitative, liée aux efforts accomplis en matière de sécurité, plus particulièrement des soins et de l'incendie.

⁹³ Un seul établissement (B) a connu des difficultés financières au cours des dernières années. Il s'est vu imposer des mesures (fermeture temporaire d'un service ...) pour rétablir son équilibre budgétaire.

§ 2. Une gestion des ressources humaines sous contrainte budgétaire

Les ressources humaines

On peut qualifier ces établissements d'entreprises de main d'œuvre qualifiée. Le personnel y est majoritairement féminin (de 70 à 75%).

Dans la gestion des ressources humaines, nous noterons trois aspects marquants : - la modification de la convention collective qui a induit davantage de turn-over - la RTT qui a globalement donné satisfaction aux salariés en intensifiant néanmoins leur travail - et le mode de gestion de la direction qui pèse sur le mode de management.

L'impact de la régulation budgétaire sur la convention collective : la réduction des avantages sociaux ... qui permet de « sauver l'essentiel »

En 1997, nationalement, les directions des établissements, par l'intermédiaire de leur fédération professionnelle, ont décidé de renégocier leur convention collective. Cette nouvelle convention, signée en 1998 par la seule CFDT, a marqué un clivage syndical fort. Ce positionnement a valu à la CFDT la perte de la majorité syndicale qu'elle détenait dans trois établissements étudiés sur quatre et, par voie de conséquence les trois postes de secrétaires du CHSCT qu'elle y détenait. La CGT est alors devenue majoritaire dans les quatre établissements (en intersyndicale dans l'un d'eux). Aujourd'hui, l'un des quatre établissements a redonné la majorité à la CFDT.

Il semble que cette convention, appliquée depuis le 1^{er} janvier 1999, soit aujourd'hui mieux acceptée par les plus anciens, pour lesquels elle a changé peu de chose⁹⁴. Par contre, pour les nouveaux embauchés, la grille de rémunération est moins bonne ce qui répond à l'objectif de réduire la masse salariale. Ceci explique en partie le fort turn-over chez les plus jeunes.

Ce travail sur la CCN des non médicaux a eu d'autres effets. Il s'est accompagné de l'élaboration d'une CCN pour les médecins. Cela correspond à une volonté de la fédération professionnelle de créer un véritable statut collectif des praticiens « *alors qu'ils étaient régis jusqu'alors par le contrat individuel, voire l'usage* »⁹⁵.

⁹⁴ Les plus anciens n'ont pas perdu en rémunération mais en avantages sociaux.

⁹⁵ Extrait du rapport d'activité 2000 de la fédération professionnelle.

Il a aussi recalé deux aspects : - la catégorie «agents de maîtrise » a été réduite - et les grilles de rémunération entre les soignants et les salariés des plateaux techniques ont été rééquilibrées. Ceci avait pour objet de mieux reconnaître la technicité des non-soignants mais n'aurait pas manqué, selon certains salariés, de « *bousculer le corporatisme des soignants* ». On voit là apparaître certaines divergences qui peuvent exister entre les différents « groupes métiers » (soignants / non soignants, jour / nuit ...) qui ne partagent pas toujours les mêmes enjeux et donc n'auront pas la même stratégie revendicative ni de construction des risques.

Compte tenu de l'intérêt du statut pour les plus anciens, l'âge moyen est élevé plus particulièrement pour les aides-soignantes ce qui n'est pas sans incidence sur certains types d'accidents du travail. Dans le même ordre d'idée, le turn-over qu'ont connu certains établissements avec les infirmières nouvellement recrutées n'aurait pas été sans incidence sur le nombre d'accidents avec exposition au sang.

En résumé, l'évolution de la CCN a été motivée par la rationalisation budgétaire et acceptée par la CFDT parce qu'il « *fallait sauver ce qui pouvait l'être.* » Bien que la démarche ait apporté quelques éléments positifs, elle a été « *mal digérée* » par les salariés qui immédiatement après ont connu la mise en place de la RTT.

L'arrivée de la RTT permet de « *faire passer la pilule* »

La nouvelle convention collective, mise en place en 1999, a réduit les avantages sociaux. La RTT (instituée en 2000) donnerait satisfaction, selon des études réalisées par certaines DRH, à deux tiers des salariés. N'étant pas totalement compensée par les recrutements, elle entraîne un accroissement de la charge de travail donc une intensification de celui-ci dans certains services. Globalement, la forte concertation avec les salariés sur les plannings de travail a contribué à faire adopter les accords.

Dans certains établissements, la RTT aurait permis de faire « *passer la pilule* » de la nouvelle CCN. Dans d'autres, cela a constitué un moment revendicatif fort notamment pour demander des embauches supplémentaires.

Dans les quatre établissements le niveau de sous-traitance est très faible⁹⁶. Le recours à l'intérim a fortement augmenté dans l'un d'eux pour compenser les problèmes d'effectifs liés à la RTT.

⁹⁶ Les activités sous-traitées de manière pérenne sont limitées à trois : le nettoyage, le gardiennage et la vente de journaux, boissons ... La restauration est sous-traitée dans certains établissements.

§ 3. Le poids du contexte et ses conséquences sur les modes de gestion

La présentation succincte de chaque contexte montre des similitudes et des différences.

Parmi les similitudes, on notera les aspects suivants.

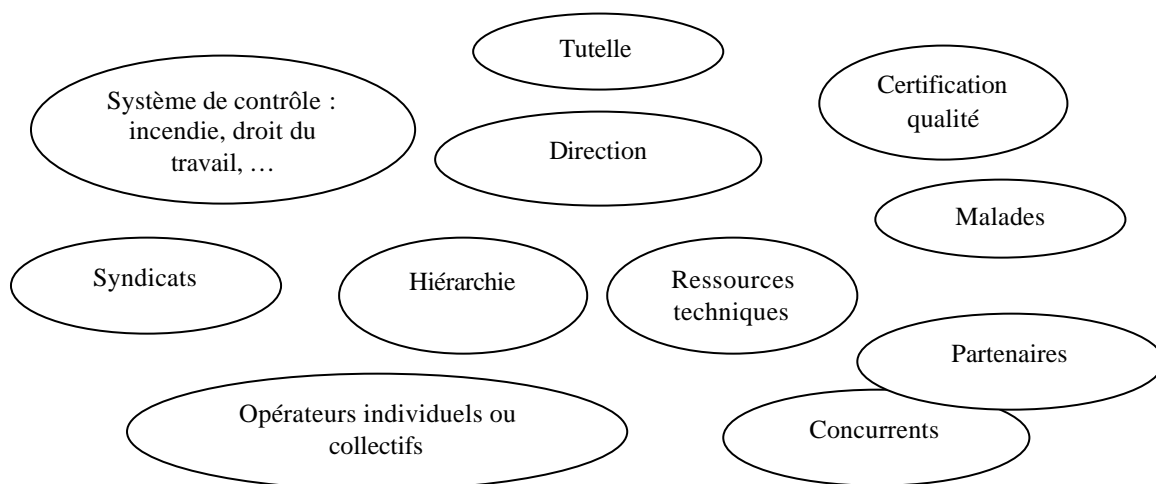
Ces établissements fonctionnent dans une logique de développement médico-scientifique contrainte par une obligation de maîtrise des dépenses. Leur nouvelle convention collective nationale a réduit certains avantages sociaux dans un contexte d'intensification du travail et d'augmentation de la technicité. La montée en puissance des normes et des règles d'accueil et de sécurité pour le malade induit en corollaire une préoccupation plus forte en matière de responsabilité. Globalement, dans les établissements étudiés, la culture d'entreprise est forte. Cela peut s'expliquer par la spécificité de leur activité.

Toutefois, même si l'activité est très normée, elle laisse place à une grande variété de modes de fonctionnement. Deux hypothèses peuvent être présentées pour expliquer cette variabilité. D'une part les facteurs exogènes liés aux spécificités du contexte local (concurrence, spécialités médico-scientifiques ...). D'autre part, un facteur endogène paraît prépondérant, c'est la logique de gestion des ressources humaines, selon qu'elles soient considérées comme une ressource essentielle ou comme une variable d'ajustement.

Pour analyser l'organisation des établissements étudiés, nous avons emprunté à Mintzberg (1989) ses résultats relatifs aux détenteurs d'influence interne et externe dans le cadre de l'organisation. La figure 2 en constitue une transposition aux établissements étudiés. Elle permet d'identifier les principaux déterminants contextuels ou détenteurs d'influence : - le contexte économique et politique national - l'activité et le marché (concurrence et évolution) - la tutelle - la direction - la hiérarchie - les ressources (logistique, technique, médicale, scientifique ...) - les systèmes de contrôle ou de certification qualité - les salariés et leurs représentants - le malade - et enfin les partenaires et les concurrents.

Dans un environnement aussi complexe, il est difficile pour les établissements de toujours rechercher l'optimum en terme de résultats. Ils s'orientent alors vers la mise en place d'une organisation qui permettra de répondre au mieux aux contraintes les plus fortes dont certaines sont variables localement.

Figure 2 : Les déterminants de l'organisation des établissements.



Parmi les éléments de contexte stables entre les quatre établissements, on notera : - les malades qui ont les mêmes attentes - la tutelle est similaire - de même que le prescrit externe - le niveau de ressources ne présente pas de différences significatives - quant aux caractéristiques des opérateurs elles sont, elles aussi, très proches. Deux variables essentielles apparaissent : la taille de l'établissement et son contexte concurrentiel ou partenarial, les deux pouvant être liés. A un degré moindre, qui est souvent une conséquence des deux variables précitées, on constate une variabilité dans les caractéristiques de la direction et de ses orientations stratégiques.

Ainsi, les deux établissements les plus importants A et C (environ 950 salariés) sont relativement similaires, de même que B et D qui ont des tailles identiques (environ 650 salariés). On peut émettre l'hypothèse que leur taille plus forte leur permet d'une part d'être mieux armés dans la concurrence avec le centre hospitalier local et que, d'autre part, cette masse critique les amène à disposer d'une organisation plus structurée dans le domaine de la gestion des ressources humaines.

On constate que les deux établissements soumis, ou participant, à la concurrence la plus importante sont ceux qui mettent en œuvre la logique managériale la plus forte pour mobiliser au mieux les salariés⁹⁷. Certains salariés pensent d'ailleurs que c'est la concurrence locale qui le rend nécessaire. Moisdon et Tonneau (1999), dans leurs études de « la démarche gestionnaire à l'hôpital », concluent de même que si certains responsables hospitaliers s'engagent dans des actions d'amélioration de la gestion des ressources humaines « *ce n'est*

⁹⁷ Il faut noter que la masse salariale représentait 70 % du budget des établissements. Ce pourcentage baisse actuellement sous le double effet de la nouvelle CCN et des investissements matériels réalisés.

pas parce qu'ils sont frappés d'un soudain élan vertueux envers le personnel, mais bien poussés par le sentiment qu'il s'agit là d'une réserve importante d'efficacité organisationnelle supplémentaire. Certes, ce mouvement a été fortement suscité par le resserrement de la contrainte financière, mais il ne s'agit plus ici de régulation pilotée par l'extérieur ; au contraire on assiste à un recentrage sur la gestion interne de l'hôpital. [...] Il n'est pas simplement fait appel à la bonne volonté des acteurs et à leur intériorisation d'un intérêt général, mais au contraire, c'est sur la base de contraintes affichées et explicites qu'il leur est demandé d'exercer leur libre choix au sein des marges de manœuvre qui leur restent. On combine ainsi le respect de verrous de sécurité sévères (la contrainte de financement) et la mécanique délicate des comportements adaptatifs, des logiques d'acteurs et des choix sous contrainte. » (Moisdon et Tonneau, 1999).

Le poids de la concurrence en particulier et du « marché » en général amène les établissements à privilégier les contraintes du marché quand celui-ci a un poids fort qui s'impose aux directions, mais aussi aux salariés. Quant ce poids est plus faible, la régulation par le « marché » laisse davantage de place, d'une part à une régulation sociale interne entre directions et salariés et, d'autre part, à une régulation juridique exogène. Aussi, pour caractériser l'impact du contexte externe sur le contexte interne, nous dirons que la concurrence locale est un déterminant fort du mode interne de gestion des ressources humaines selon qu'elles sont plus ou moins considérées comme « *une réserve importante d'efficacité organisationnelle supplémentaire* ».

Dans l'affirmative, le dialogue social est meilleur mais il est demandé aux salariés « *d'exercer leur libre choix au sein des marges de manœuvre qui leur restent* ». Les contraintes sont donc plus fortes mais « acceptées » par le personnel qui les a intégrées.

Dans la négative, le dialogue social est plus difficile, les représentants du personnel se construisant en fonction de leurs aptitudes et de leurs marges de manœuvre.

Il se trouve que parmi nos quatre établissements, deux sont dans la première situation, nous les nommerons les « managers » et les deux autres seront appelés les « gestionnaires ».

La configuration de l'organisation est contingente. Les paramètres influents sont, toujours selon Mintzberg, l'âge et la taille de l'organisation, son système technique de production, quelques aspects de son environnement, en particulier sa stabilité et sa complexité, son système de pouvoir, comme par exemple de savoir si elle est étroitement contrôlée par des détenteurs d'influence externe.

Parmi les similitudes des établissements avec le schéma proposé par Mintzberg, on notera que leur âge et leur taille induisent une organisation très formalisée, avec une structure élaborée, de nombreuses tâches spécialisées et des unités différenciées. Le système technique de production est régulé, plus particulièrement par des procédures notamment dans le cadre des démarches qualité. Le système technique est complexe et nécessite des fonctions de support logistique, élaborées et qualifiées.

L'automatisation du centre opérationnel transforme la structure administrative de bureaucratie (avec comme corollaire le contrôle) en structure organique qui, ayant besoin de beaucoup moins de fonctions de contrôle, voit donc le nombre de celles-ci réduit (Mintzberg, 1989).

L'impact de tous ces éléments sur la régulation en général et le fonctionnement du CHSCT apparaît fortement. L'analyse comparative des quatre contextes nous a, en effet, montré leur impact sur les relations professionnelles qui vont modifier quantitativement et qualitativement l'implication des acteurs et donc la régulation entre eux.

La comparaison des établissements va mettre en exergue la similarité et la variabilité des quatre entreprises étudiées.

§ 4. Un point commun : la gestion intégrée, sans service spécialisé

La fonction « prévention » n'est pas confiée à un service spécialisé, comme dans les entreprises industrielles de même taille. Globalement, sa conception repose essentiellement sur le CHSCT et sa mise en œuvre sur certaines personnes ressources selon des modalités variables d'un établissement à l'autre.

On sait que si la prévention intégrée est plus efficace, la segmentation des missions sur plusieurs personnes prive les établissements de compétences sur les champs qui ne sont pas couverts. Ce mode d'organisation permet en effet une meilleure prise en compte de certains aspects, tout en ne permettant pas d'en appréhender d'autres.

Ceci concerne plus particulièrement les aspects transversaux tels que l'approche générale de la prévention, l'intervention d'entreprises extérieures, les principes généraux tant de prévention que juridiques, les risques émergents (produits cancérigènes ...) pour lesquels des personnes ressources viennent juste d'être identifiées.

On notera qu'un établissement a intégré la prévention dans des fonctions ou des préoccupations plus transversales telles que la qualité, la vigilance ... C'est donc une fonction intégrée, plus particulièrement dans les missions de certaines personnes ressources.

De fait, outre les personnes ressources qui assurent la mise en œuvre opérationnelle, d'autres personnes, y compris des représentants du personnel, participent à la mise en œuvre des démarches de prévention.

Ce type d'organisation présente des avantages et des inconvénients. Tout d'abord, une bonne implication des représentants des salariés que certains trouvent néanmoins trop forte.

Ensuite, une bonne remontée des problèmes réels qui par ailleurs limite la capacité d'anticipation, telle que la hausse des AES liée aux nouveaux embauchés ou l'absence de prévention des pathologies à effets différés. Nous verrons que ce mode de remontée des problèmes facilite la prise en compte des risques aisément identifiables et la réalisation des démarches curatives correspondantes. Il est, par contre, moins opérant pour les dangers plus difficilement identifiables et qui requièrent des démarches plus préventives et anticipatrices. Généralement, quand on part du particulier, cela induit davantage de démarches curatives que préventives.

Par ailleurs la définition et la mise en œuvre des actions de prévention par des «pairs» des salariés concernés, encore en activité, qui bénéficient d'une bonne expertise, est un atout.

Dès lors, en l'absence de «fonctionnel généraliste» de la gestion des risques, le CHSCT voit son rôle renforcé pour aller au-delà de celui d'une instance de concertation. Il est davantage le lieu de régulation, si ce n'est de construction, de la politique de traitement des risques.

§ 5. Deux variables : le volontarisme des directions et la stratégie syndicale

Le premier déterminant de la prévention est sans conteste les enjeux qu'y voit l'ensemble des acteurs concernés. Ces enjeux qui déterminent leurs positionnements stratégiques et leurs modes d'implications influencent par conséquent la légitimité et l'efficacité de la prévention. Une telle vision renvoie aux compromis trouvés entre des exigences qui peuvent être contradictoires telles que la qualité des soins, le développement médical, le respect des enveloppes budgétaires, la concurrence, les préoccupations à l'égard des salariés, l'intensité et la technicité du travail ...

Les relations entre les acteurs de la prévention dans les établissements sont avant tout déterminées par les enjeux que chacun y place. De ces enjeux découlent les stratégies mises en œuvre. Celles-ci influent sur les modes d'actions et donc sur le positionnement des acteurs en fonction de leurs compétences (types de savoirs) et de leur mission (opérateur, expert ou contrôleur). La relation constitue dès lors une composante importante de la prévention.

Le premier déterminant de l'organisation : le volontarisme variable des directions

La différence majeure entre les établissements concerne l'engagement de la direction qui est très variable. Or, comme le montrent de nombreux auteurs, cet engagement est un facteur de succès important. Cette variabilité est représentative de la conception qu'ont les directeurs des relations professionnelles. Les deux établissements « managers » bénéficient d'un engagement fort de leur direction qui tient pour beaucoup à l'aptitude des directions à le développer et au contexte.

Enfin, la personnalité et l'ancienneté du directeur ont également une incidence forte sur l'organisation et la stratégie de l'établissement. Ainsi, parmi les quatre établissements, il est sans doute cohérent de trouver la plus forte volonté de développement : - portée par une utilisation optimisée des ressources humaines - dans les deux établissements disposant des effectifs les plus importants, implantés sur le territoire le plus concurrentiel. De plus, ces établissements disposent des directeurs : - les plus anciens - ayant la stratégie de développement la plus affirmée - assumant des responsabilités nationales dans le secteur d'activité. Ils ont, par ailleurs, été les premiers à recevoir l'accréditation qualité.

L'histoire des organisations syndicales pèse également fortement tout comme leur capacité à se coordonner entre elles et à développer une véritable stratégie.

Le deuxième déterminant : la stratégie syndicale

Par contre, dans les deux établissements « gestionnaires », la faiblesse du volontarisme des directions induit en réaction la construction d'un rapport de force dont l'efficacité dépend là-aussi du contexte et de l'aptitude des organisations syndicales à le créer.

L'histoire des relations professionnelles pèse beaucoup sur le contexte. L'établissement D a longtemps été dirigé dans une logique paternaliste avec une stratégie syndicale participative. Le passage du « paternalisme » à un « rationalisme » faisant peu de place aux relations

professionnelles a radicalisé la position syndicale. Cette évolution est toutefois trop récente pour permettre aux représentants du personnel d'avoir une grande capacité à construire un rapport de forces. Celle-ci est toutefois en cours d'apprentissage comme l'ont montré plusieurs actions que nous analyserons ultérieurement. Le changement récent de majorité syndicale permettra-t-il toutefois de poursuivre cet apprentissage ?

La situation de l'établissement B est différente puisque son histoire montre que certains événements ont affaibli la direction et conforté l'organisation syndicale majoritaire. Elle s'est d'ailleurs vue à nouveau renforcée par l'évolution du contexte (nouvelle CCN et RTT). De fait, son aptitude à construire et à développer une stratégie est grande et pèse fortement sur les relations professionnelles et la gestion des risques.

§ 6. Les logiques de programmation

Les logiques de programmation des actions sont variables d'un établissement à l'autre et dépendent également des risques traités. Ceci se constate au niveau de la qualité des programmes annuels de prévention. L'approche la plus fréquente est celle qui repose sur le traitement de problèmes particuliers. Dans ce cas, soit la solution n'est apportée qu'au problème soulevé, soit elle est généralisée à toutes les situations identiques. Ce dernier mode d'action est rare. On se situe donc majoritairement dans une logique curative dans laquelle la mise en œuvre de la solution se limite au problème qui en est à l'origine. On compte quelques actions globales et véritablement préventives, par exemple concernant les accidents avec exposition au sang, l'incendie, la manutention, la manipulation des cytostatiques, l'aménagement de locaux Il sera utile de poursuivre l'exploration de cette question, notamment pour essayer de comprendre les motivations qui amènent un établissement à mettre en œuvre des actions globales et véritablement préventives. Nous analyserons différentes démarches (programmes annuels de prévention, Contrats Locaux d'Amélioration des Conditions de travail (CLAC) ...). On peut d'ailleurs faire l'hypothèse que plus la logique de programmation est développée plus l'établissement est en capacité de présenter et d'obtenir un CLAC. L'une des exigences de celui-ci est en effet une approche globale des questions de prévention pour laquelle l'avis du CHSCT est fortement pris en compte pour valider la concertation sur la stratégie de prévention.

Nous allons maintenant approfondir cet aspect par une comparaison empirique et des apports théoriques. Nous pourrions ainsi identifier et caractériser les logiques de gestion et de management en décrivant les deux figures types de la régulation.

3.2.4) Les «managers » et les «gestionnaires », approches théorique et empirique

Ce paragraphe n'est pas destiné à présenter une exploration complète des bases scientifiques relatives à l'organisation et à la gestion, mais uniquement à préciser les concepts de « gestionnaire » et de « manager » utilisés pour caractériser nos figures types des modes de gestion sur nos terrains de recherche.

Rappelons tout d'abord notre postulat de base qui est que le traitement des risques professionnels est avant tout une affaire de gestion dont le risque peut n'être qu'un objet « dénaturé » ou un processus de construction intégrée.

En nous appuyant sur les travaux de Favaro (1990) et Abord de Chatillon et Vauclin (1999), nous montrerons qu'au fur et à mesure de sa construction et de l'apprentissage de sa gestion le risque passe du statut d'objet «dénaturalisé » à celui d'objet «intégré » à la gestion. En effet, compte tenu de la complexité des problèmes à traiter, ceux-ci trouvent, selon les auteurs précités, des solutions plus efficaces dans le cadre d'une intégration à l'organisation et à la gestion de l'entreprise. La question des outils de gestion est plus complexe car certains d'entre eux sont spécifiques à la prévention alors que d'autres gagnent en efficacité à être intégrés aux outils globaux de gestion de l'entreprise.

La montée en puissance des systèmes de gestion ou de management de la prévention en constitue une illustration forte depuis quelques années. Gestion et management sont néanmoins des concepts polysémiques que nous aborderons au travers de la régulation, des prescriptions, et de l'articulation entre règles juridiques, conventionnelles, internes à l'entreprise ou aux collectifs de travail.

Caractérisons nos deux figures types en les analysant dans un premier temps dans le cadre de leurs situations de gestion et d'actions (§ 1.). Nous présenterons ensuite la distinction que nous adopterons entre gestion et management (§ 2.).

§ 1. Situation de gestion et action organisée

Plusieurs clés d'entrée sont possibles pour appréhender le concept de gestion. Nous avons choisi d'entrer par celui d'action organisée, au sens de Friedberg (1992). Il propose, en effet, de dépasser la fausse dichotomie entre organisation et action collective ou organisée et considère l'organisation des champs d'action selon quatre dimensions : le degré de formalisation de la régulation, le degré de conscience qu'en ont les participants, le degré de finalisation de la régulation et enfin le degré de délégation explicite de la régulation.

Nous avons analysé le niveau de mise en œuvre de ces quatre dimensions sur notre terrain (tableau 5). Les deux établissements « managers » et les deux « gestionnaires » y apparaissent de manière homogène. Le cas le plus remarquable est celui de B dans lequel l'action organisée fait l'objet de la régulation la plus forte, sur l'initiative des représentants du personnel.

Tableau 5 : La situation des quatre établissements relative aux quatre dimensions de l'action organisée de Friedberg (1992)

Modes de gestion	« managers »		« gestionnaires »	
Etablissements	A	C	B	D
Degré de formalisation	++	+++	+++	+
Conscience des participants	++	++	+++	+
Finalisation de la régulation	++	++	+++	+
Délégation	++	++	+++	+
	Délégation plus forte avec l'ancien secrétaire, plus ponctuelle actuellement	Management participatif avec délégation pérenne au secrétaire	Régulation syndicale très forte	Régulation très faible

Nous identifierons et caractériserons une « *situation de gestion* » en nous référant aux travaux de Girin c'est-à-dire « *chaque fois qu'à un ensemble d'activités en interactions est associée l'idée d'une part d'activité collective et de résultat faisant l'objet d'un jugement, et que des agents sont engagés dans la situation de gestion lorsqu'ils se reconnaissent comme participant à des degrés divers à la production du résultat* » (Girin, 1983, p 1).

Les approches de Friedberg et de Girin sont très complémentaires et ce paragraphe repose sur leurs écrits pour décrire les situations de gestion en lien avec notre objet de recherche. Ainsi, la notion d'activité collective ne signifie pas que toutes les activités élémentaires soient orientées vers la production de ce résultat. Certaines activités peuvent aller à son encontre.

Le résultat n'est pas forcément un objectif collectif faisant l'objet d'une adhésion générale. Les finalités des activités élémentaires peuvent être opposées. Pour qu'il y ait situation de gestion, il faut que ces finalités élémentaires soient dominées « *par la nécessité de parvenir au résultat. Par ailleurs, il se peut fort bien qu'aucun objectif clair ne puisse être assigné à l'activité collective, mais que certains résultats fassent cependant l'objet de jugement. Au mieux le résultat est la traduction en termes simples d'objectifs complexes.* » (Girin, 1983, p 2).

Enfin, l'engagement des participants ne suppose pas que « *la poursuite du résultat leur apparaisse à tous comme le but essentiel de leur activité propre, mais seulement qu'ils n'ignorent pas que le jugement existe et que cela peut avoir des conséquences pour eux.* »

(Girin, 1983, p 2). Ce résultat apparaît souvent comme une contrainte à respecter dans la poursuite des objectifs propres à chacun. Il y a accord sur la poursuite du résultat, accord qui peut être contraint.

« *La notion de situation de gestion diffère grandement de celle d'organisation, bien qu'elles entretiennent entre elles des rapports étroits.* » (Girin, 1983, p 2). Une situation de gestion donne habituellement lieu à une organisation qui constitue la rigidification des moyens pris pour y faire face. Celle-ci peut faire l'objet de degrés d'organisation assez différents. Les organisations sont un lieu où se développent quantités de situations de gestion. Certaines situations de gestion assez permanentes ne sont que les conséquences des traits de l'organisation. On parlera alors de mécanismes de gestion. Plusieurs personnes peuvent être engagées dans la même situation de gestion sans appartenir à la même organisation.

« *Les rapports entre les agents engagés dans une situation de gestion ne résultent ni directement, ni simplement, des rapports institués entre eux du fait d'une organisation ou d'une structure sociale, mais également des particularités de la situation elle-même, ...* ». (Girin, 1983, p 3).

« *La notion de situation de gestion est « locale »* » (Girin, 1983, p 4). Elle doit toutefois être analysée dans sa totalité et sa complexité. Compte tenu de l'impossibilité concrète d'épuiser la définition de la situation, la question est « *de savoir quel(s) contexte(s) on va privilégier dans l'analyse* » (Girin, 1983, p 4).

La difficulté est que les agents, qui ne sont pas des objets, se font eux-mêmes une idée dans chaque cas particulier des variables qui sont les plus importantes.

« *En réalité, on peut considérer qu'une bonne partie de l'activité des agents qui interagissent dans une situation de gestion consiste précisément à essayer de déterminer quels sont les contextes adéquats pour la comprendre et y faire face* ». « *Ce qui veut dire que l'analyste se ferme toute possibilité de compréhension de la richesse intrinsèque et des possibilités d'évolution d'une situation de gestion s'il la découpe toujours suivant le même axe* ». « *La distinction opérée entre des niveaux tels que « la matière », les « individus », les « institutions », et la « culture », peut être comprise comme une typologie des contextes possibles pour une situation de gestion.* » (Girin, 1983, p 5)

David, Hatchuel et Laufer⁹⁸ résument bien cette approche en indiquant que « *les sciences de gestion n'ont pas pour objet, ni un type d'organisation, ni un type de phénomènes, ni un*

⁹⁸ Dans l'introduction à l'ouvrage : *Les nouvelles fondations des sciences de gestion. Eléments d'épistémologie de la recherche en management.* 2001.

ensemble de faits, mais plutôt une classe de problématiques constitutives de toute action collective : la décision, la rationalisation, la représentation, la légitimité, la coopération, la prescription ... ». Laufer⁹⁹ insiste plus particulièrement sur l'idée qu'il n'existe plus de système de légitimité qui ne soit lui-même un système de gestion.

Friedberg évoque la distinction traditionnelle entre la structure formelle et la structure informelle des organisations. La première correspondrait à la partie officielle et codifiée de la structure, la seconde renvoie au foisonnement des pratiques, interactions et relations non prévues officiellement. Il introduit la logique des rapports humains et des sentiments contre la logique du coût, de l'efficacité et de la volonté de la direction de contrôler et rationaliser les divers aléas et incertitudes.

Friedberg met en évidence le caractère trop simpliste et finalement intenable d'une telle dichotomie (formel / informel) qui traite de manière indépendante ce qui est en réalité inséparable et inextricable. En effet la structure formelle n'est pas indépendante du champ de forces qu'elle construit. En tant qu'instrument de gouvernement et de régulation de l'organisation, elle est le produit d'une négociation entre ses membres. Elle est l'expression cristallisée et codifiée d'un rapport de force et d'un compromis entre les participants qu'elle a en même temps pour fonction de figer. La régulation qu'opère la structure formelle n'est jamais totale. Elle est constamment débordée par un ensemble de pratiques qui ne respectent pas les prescriptions qu'elle édicte. La structure et les règles formelles d'une organisation ne constituent jamais qu'une description très approximative de son fonctionnement réel : le travail réel s'écarte toujours du travail prescrit. Les filières réelles de résolution de problèmes prennent des configurations inattendues et surprenantes qui ne respectent ni les limites formelles d'une organisation ni la répartition de prérogatives opérée par des organigrammes et les manuels du « bon management ». L'organigramme, le règlement intérieur ... ne réussissent jamais à éliminer les incertitudes, ils ne font que les déplacer et en créer d'autres. « *La règle n'est structurante que si son application peut être suspendue ou modulée, c'est-à-dire reste fondamentalement incertaine.* » ... « *Le rôle réel des caractéristiques formelles d'une organisation n'est donc pas de déterminer directement des comportements mais de structurer des espaces de négociations et de jeu entre acteurs* » (Friedberg, 1992, p 536). L'efficacité d'une organisation, c'est-à-dire sa capacité à canaliser effectivement les

⁹⁹ Laufer R. « Les institutions du management : légitimité, organisation et nouvelle rhétorique. » Dans : David A., Hatchuel A., Laufer R. Les nouvelles fondations des sciences de gestion. Eléments d'épistémologie de la recherche en management. Vuibert / FNEGE. 2001.

comportements de ses membres au service de ses objectifs repose lourdement sur des mécanismes de régulation informels qui sont enracinés dans des systèmes d'acteurs bien plus larges que les contours de cette seule organisation. *« La formalisation d'une organisation n'est donc jamais que la partie visible de l'iceberg de sa régulation effective. Celle-ci est toujours le produit d'un ensemble où se mêlent prescriptions formelles et processus informels en s'épaulant les unes les autres ... ».*

« Partout l'interdépendance et la coopération entre acteurs sont cimentées et stabilisées par des « investissements de formes » (Thévenot, 1986) et partout les pratiques réelles de ces mêmes acteurs ne cessent de s'écarter des prescriptions et inscriptions qu'elles contiennent. Partout donc régulation informelle et formelle, régulation autonome et régulation de contrôle (Reynaud) entretiennent la même tension créatrice, tantôt s'épaulant tantôt s'affaiblissant les unes les autres. » La place des éléments formalisés y sera plus ou moins importante. *« Elle est toujours essentielle dans la mesure où elle permet d'instituer une légitimité, de figer des hiérarchies »...* *« et de structurer un rapport de force bref, de protéger les acteurs d'un champ en le « verrouillant » contre des remises en cause trop brutales. »* (Friedberg, 1992, p 538).

La différence entre action formalisée et non formalisée *« tient plus à ce qui est mis en avant et valorisé des 2 cotés de cette frontière factice qu'est le critère de la formalisation. »* Dans les organisations c'est la hiérarchie, c'est-à-dire la soumission, la coordination volontaire, les règles et procédures détaillées qui sont valorisées tandis que *« sont occultés les phénomènes tout aussi structurants mais « illégitimes » de concurrence, de négociation, de contrats implicites, d'échanges compétitifs et de coopération conflictuelle. »* (Friedberg, 1992).

Dans les champs d'action plus diffus, *« ce sont les échanges non structurés et concurrentiels, les négociations, les relations contractuelles »* qui sont valorisés, tandis que sera occulté *« l'ensemble des contraintes formelles sans lesquelles ces échanges et relations ne seraient pas possibles et qui constituent l'arrière-fond »* à l'intérieur duquel l'action collective et coordonnée des hommes peut se développer.

Cet aspect est très important concernant notre lieu d'analyse, le CHSCT qui, en tant qu'institution représentative du personnel, connaît ces différentes formes de relations.

Globalement, il n'y a donc pas des situations organisées et des situations qui ne le sont pas. Dans les deux cas il y a de l'organisation, du formel et de l'informel.

« Tout champ d'action peut se conceptualiser comme sous-tendu par un « système d'action concret » qui le structure par des « règles du jeu » c'est-à-dire par un ensemble de mécanismes de régulation. » ... « La différence n'est pas dans l'existence ou la non-existence

de tels mécanismes mais dans leur degré de formalisation et codification ainsi que dans le degré de conscience qu'en ont les « participants » ».

En croisant ces quatre dimensions, Friedberg (Friedberg, 1992, p 244 et suivantes) esquisse « *les quelques paliers d'une séquence génétique de l'émergence de systèmes d'action concrets* » : « *Un premier palier dans une telle séquence correspondrait au remplacement de la non coopération et du conflit entre les acteurs par leur coexistence dans une collusion tacite englobant au moins les dirigeants.* » Un second palier « *dans l'évolution vers des structures d'action collective gérées de façon plus consciente* » sera franchi par « *l'introduction et l'acceptation de la mesure explicite des résultats de la coopération et leur transformation en buts acceptés et intériorisés par tous les participants permettront une finalisation et une prise de conscience plus grande de la coopération.* »

Un dernier palier est atteint lorsque « *les parties prenantes acceptent de déléguer explicitement un certain degré de responsabilité pour la régulation et le pilotage du système, délégitimation qui coïncide le plus souvent avec l'émergence de structures et procédures formalisées.* »

Friedberg propose ainsi le résumé suivant : « *Tout champ d'action peut s'analyser comme un ensemble interdépendant d'acteurs individuels et/ou collectifs, naturels et institutionnels, qui sont en concurrence les uns avec les autres tant pour la définition des « problèmes » à la solution desquels il faut (ils peuvent) contribuer que pour l'élaboration des « solutions » qui seront apportées à ces problèmes.* » « *L'interdépendance de ces acteurs n'est jamais équilibrée* ». « *Mais une fois que ces « problèmes » ou « solutions » existent c'est-à-dire ont pris « une forme » (Thévenot) ils sont à leur tour investis de relations de marchandage et de systèmes d'alliance qui développent leur propre dynamique.* » « *La coopération des acteurs autour des « problèmes » et de leurs « solutions » est donc toujours sous-tendue de rapports de dépendance et de pouvoir, c'est-à-dire de relations d'échange négocié à travers lesquelles chaque acteur cherche à « vendre » ses comportements aux autres aussi avantageusement que possible tout en leur « achetant » au moindre prix les comportements dont il a besoin.* » (Friedberg, 1992, p 545).

Notons que pour ces différents auteurs (Girin, Friedberg ...), le jeu constitue la figure fondamentale de la coopération humaine la seule qui permette de concilier l'idée de contrainte et celle de liberté, l'idée de conflit, de concurrence et de coopération.

En analysant le positionnement de nos établissements par rapport aux paliers décrits par Friedberg, nous constatons qu'il transcende nos deux figures types.

Tableau 6 : le positionnement des établissements par rapport aux paliers relatifs à l'émergence d'un système d'action concret (Friedberg)

Etablissements	« managers »		« gestionnaires »	
	A	C	B	D
Niveau 0 : conflit sans coopération	+++	+++	+++	+++
Palier 1 : coexistence et collusion tacite				
Palier 2 : actions collectives conscientes				
Palier 3 : procédures formalisées avec délégation				

D apparaît ainsi dans une posture de « conflit sans coopération ». A arrive à réaliser quelques « actions collectives conscientes ». C va au-delà, en mettant en œuvre certaines « procédures formalisées avec délégation ». Enfin, B est l'établissement qui se positionne le plus fortement sur le registre des « procédures formalisées déléguées » mais sous la contrainte d'un rapport de force, et essentiellement pour l'initiation de la démarche.

§ 2. Gérer et manager

Introduisons à ce stade le concept de management qui est fortement utilisé en entreprise y compris en matière de gestion des risques. Pour cela nous nous référerons aux travaux de Lebraty (1992) qui nous propose une distinction entre gestion et management y compris quant à leur logique d'apprentissage. Pour lui, management et gestion relèvent de deux ordres de pensée différents. Dans le premier cas, la solution d'un problème passe par l'épuisement de la logique d'une situation, dans le second, par la découverte des moyens de transgresser les contraintes. Gérer relève de l'ordre du calcul, manager de celui de la créativité, du refus opportun des règles du jeu.

Pour lui, la problématique de la théorie de la décision repose sur deux modèles : le modèle néoclassique identifie le décideur à une règle de calcul, obéissant à des algorithmes indépendants de la personnalité du calculateur. Le modèle schumpétérien est celui du processus de destruction créatrice dont le résultat reste imprévisible mais qui porte la marque de son auteur. Il distingue ainsi la gestion du management : *« Gérer c'est mettre en évidence la solution d'un problème qui, par construction, se trouve dans l'énoncé. Il convient dans ce cas d'épuiser la logique d'une situation. On se trouve, alors, dans le champ du calcul, du quantitatif, de l'obéissance à des règles du jeu. Manager, c'est, en revanche, trouver une*

solution qui n'est pas forcément contenue dans les données du problème. C'est parfois même, découvrir le problème (par l'anticipation), ou « inventer » les données (même, si le rapprochement de ces deux termes peut choquer). Au-delà du calcul, on se trouve dans le domaine de l'imagination, de la créativité, du refus constructif des règles du jeu, et donc, souvent, sur le terrain du qualitatif, de l'intuitif, voire même, de l'affectif. Bref, « gérer », c'est être capable d'optimiser dans le cadre de contraintes, « manager », c'est oser refuser la fatalité du cadre donné et, donc, être apte à en imaginer un autre et trouver le moyen de le réaliser. » (Lebraty, 1992, p 137)

Pour Lebraty, il y a des comportements de gestionnaire et des comportements de manager et cela dans tous les domaines et à tous les niveaux. L'acte de management, dans sa nature essentielle, reste caractérisé par l'aptitude à transgresser les contraintes d'un problème donné ou anticipé afin de trouver une solution voulue et construite, grâce à des changements de logique pouvant revêtir plusieurs formes ...

« Gérer », c'est prendre une succession de décisions cohérentes, dans le cadre d'une logique donnée, caractérisée par un ensemble de règles (les contraintes). « Manager », c'est réussir à sortir de ces contraintes, car la solution que l'on recherche ne se trouve pas dans les données dont on dispose. Autrement dit, l'acte de management est essentiellement tourné vers les fins, l'acte de gestion vers les moyens, ce qui ne signifie pas que le premier néglige, ensuite, les processus et que le second ne se préoccupe pas des objectifs. Au manager de trouver la clé d'entrée vers la finalité voulue, au gestionnaire de tracer, ensuite, le chemin le plus court. (Lebraty, 1992, p 141)

Ces notions sont indissociables de celle d'apprentissage, elle-même reliée à celle d'organisation par plusieurs auteurs qui insistent sur des rationalités de forme procédurale, en parlant de la mémoire des organisations. Ces auteurs se placent délibérément sur le terrain de l'apprentissage collectif, celui généré au sein de l'organisation.

Lebraty évoque trois questions insuffisamment explorées que nous retrouverons dans le domaine de la gestion des risques. Le premier problème de cet apprentissage est le passage de l'individuel au collectif, très souvent fondé sur les ressemblances ou le dénominateur commun. Comment traiter alors les différences ? Deuxièmement, tout apprentissage implique un désapprentissage. Mais alors, comment combiner capitalisation et désapprentissage ? Enfin, quel traitement apporter, en matière d'apprentissage, au décalage entre l'énoncé et le pratiqué ?

Hatchuel ramène, lui, le concept de gestion à la pensée romaine qui « associait à « gestion » une vision particulièrement riche de l'action collective. Gérer, ce n'était pas seulement « diriger », c'était aussi accepter les prescriptions d'autrui ou tenir compte de ses désirs. Après coup, comment s'en étonner ? Prescrire à autrui, sans accepter à son tour d'être prescrit, c'est proprement refuser l'action collective. » (Hatchuel, 2001, p 40)

L'action « est un processus d'accomplissement critique par lequel nous reconstruisons simultanément nos savoirs et nos relations. » Les techniques de gestion sont alors considérées (Hatchuel, 2001) comme des dispositifs de savoir / pouvoir qui doivent permettre d'explorer collectivement un équilibre des savoirs et des relations. « Ces rationalisations ne sont donc que des « mythes rationnels » qui doivent être révisés et reconstruits dans des apprentissages collectifs. » La capacité à engager de tels apprentissages collectifs vient « en premier lieu de la capacité à reconnaître les métaphysiques de l'action et à en prévenir les dangers totalisateurs. »

Aussi, nous suivrons les conseils d'Hatchuel (2001, p 40) en cherchant à « identifier, dans les contextes d'action, les savoirs critiques ou les relations critiques qui imposent une dynamique nouvelle de l'action collective. » L'identification des « tensions dont ces métaphysiques ne sont que des symptômes » permettra « de rechercher deux résultats indissociables : d'une part une clarification des mythes rationnels, et d'autre part, un accompagnement de ces transformations ou il s'agira de réduire les mythologies en présence et de produire une part des savoirs constitutifs des régimes de l'action collective les plus compatibles avec le principe S/R. » « Il s'agit de penser l'action et de reconstruire sa rationalité en partant des registres qui lui sont propres : temporalité, savoirs, réflexivité, inachèvement, milieu, contexte, etc. » (Hatchuel, 2001, p 41).

§ 3. Les « gestionnaires » et les « managers »

Nous avons montré que la prévention repose sur des actions collectives, sujettes à des tensions, et que la stratégie de gestion y est prépondérante pour réguler les relations, articuler le formel et l'informel, construire les prescriptions réciproques. Son poids particulier confère d'ailleurs à la règle une place spécifique, quelquefois centrale. Les relations professionnelles constituent également un enjeu important, plus particulièrement au sein du CHSCT dans lequel les participants peuvent effectivement être en conflit, coexister, construire des actions collectives ou plus encore construire des délégations réciproques. Au-delà des aspects relationnels, le CHSCT doit être vigilant sur la relation, voire l'articulation entre l'individuel et le collectif, et sur l'identification des métaphysiques de l'action qui peuvent être de

plusieurs ordres ; la concertation (quelle est la réalité de l'écoute et de sa prise en compte ...), la prévention (la santé n'a pas de prix ...), le risque (par définition un objet virtuel qu'il faut rationaliser). Dans tout ce processus, l'élément clé est sans doute la capacité d'apprentissage.

Grâce à ces bases théoriques nous pouvons maintenant passer à la description de nos deux figures types de la gestion des risques. Nous les structurerons autour du lien fort entre organisation et gestion d'une part et entre outils de gestion et système de légitimité d'autre part. Nous considérerons qu'il y a situation de gestion quand il y a activité collective pour atteindre un résultat et que des acteurs sont d'accord pour y contribuer. Nos données empiriques nous confirmeront d'ailleurs que cet accord peut être contraint.

Cette situation de gestion comporte différentes dimensions touchant notamment à « *la décision, la rationalisation, la représentation, la légitimité, la coopération, la prescription, ...* » (David, Hatchuel et Laufer, 2001).

Ce que nous appellerons les « modes de gestion » correspondent bien à la définition des problèmes à traiter et à la façon de les traiter.

La distinction que nous opérerons entre les deux modes de gestion - manager et gestionnaire - découle de ce qui précède.

Il est difficile de classer les établissements étudiés tant le mode de gestion peut différer d'un dossier à l'autre et peut évoluer au cours du temps. La répartition adoptée doit donc être interprétée comme l'expression d'une tendance plutôt qu'un classement strict. Ainsi, parmi les « managers », on distinguera la « gestion entrepreneuriale » de C de celle plutôt « en bon père de famille » de A. Parmi les « gestionnaires », la faiblesse du volontarisme des directions les conduit à gérer les risques « à minima ». Les représentants du personnel, selon leurs aptitudes, peuvent prendre le relais en provoquant une « gestion sous contrainte » (B) ou une gestion « sans dialogue » (D). Cela montre bien que le mode de gestion ne dépend pas uniquement de la volonté et des aptitudes de la direction mais aussi de la posture et de la capacité syndicale.

Ces aspects vont nourrir, voire structurer, les deux autres parties de notre thèse, plus particulièrement la troisième consacrée aux acteurs et à leurs régulations.

Conclusion de la première partie

Cette première partie nous a permis de problématiser l'objet de notre recherche. Nous en retiendrons quelques idées structurantes pour la suite de notre thèse.

La première idée est que la gestion des risques n'est pas un objet à part et indépendant mais qu'elle est intégrée à l'évolution sociétale dans plusieurs dimensions : - politique - économique - juridique - scientifique - et sociale, tant au niveau national qu'euro péen, voire mondial.

Elle est également intégrée à la gestion de l'entreprise ce qui rend nécessaire la prise en compte de son contexte. Celui-ci peut être caractérisé à trois niveaux : « macro » au niveau général (international, national), micro au niveau local de l'entreprise, ou « méso » au niveau de la branche. Nos résultats empiriques nous ont montré l'impact de ces trois niveaux.

Le niveau « micro » montre l'importance du contexte concurrentiel local. Comme Moisdon et Tonneau (1999), nous pensons que la concurrence dans le secteur des établissements de soins est un facteur motivant les directions à optimiser la gestion des ressources humaines, les plus importantes en terme de poids budgétaire.

Le contexte externe prédétermine ainsi le cadre général et influe sur les déterminants de la construction des risques que sont : les acteurs, leurs enjeux et stratégies, la situation financière, l'histoire, la taille, l'organisation ...

Sur ces bases, nous avons caractérisé deux figures types de gestion des relations professionnelles en général et de la gestion des risques en particulier : le « manager » et le « gestionnaire ». Le premier est plutôt dans une perspective volontariste de bonne gestion des ressources humaines, ce qui l'amène à prendre certaines initiatives, y compris d'adaptation du droit. Le second agit plutôt sous la contrainte du droit ou des salariés.

La deuxième idée est qu'un rééquilibrage est en cours entre la régulation étatique (ou institutionnelle) qui a dominé jusqu'à présent et la régulation sociale qui se construit actuellement tant au niveau européen que français. Le projet de plan santé - travail va dans ce sens en insistant plus particulièrement sur les connaissances, le contrôle et l'articulation des acteurs.

Cette redéfinition des rôles n'étant pas achevée, apparaît surtout aujourd'hui une grande variabilité des approches et la difficulté de construction des compromis. Faute d'accord sur les concepts entre les acteurs, les institutions et leurs acteurs de terrain gèrent comme ils

peuvent les problèmes rencontrés par un système sous tensions. Dans les établissements étudiés, il nous appartiendra donc de prendre en compte cette diversité évolutive.

La troisième idée est que dans ce contexte, l'Europe constitue un acteur incitatif de même que certaines organisations ou entreprises qui, malgré les aléas de la conjoncture, développent de nouvelles pratiques. Celles-ci ont néanmoins besoin, pour produire tous leurs effets, de s'inscrire dans un cadre conceptuel, organisationnel et réglementaire adapté ce qui n'est pas toujours le cas aujourd'hui.

L'évolution historique montre bien la construction du système, son institutionnalisation dont aujourd'hui la légitimité est, selon les cas, à construire ou à reconstruire par l'amélioration des relations entre les acteurs. Cette légitimité ne pourra être reconstruite par les seuls acteurs du système de prévention. Les salariés cherchent à se réapproprier ce champ qu'ils ont trop longtemps renvoyé au second plan. La catastrophe de l'amiante a servi de révélateur à l'importance des maladies professionnelles qu'elles soient à effets différés ou liées à une activité sous contrainte de temps.

Ainsi, les pratiques institutionnelles évoluent peu dans un environnement où le travail, les risques, les connaissances, la demande sociale évoluent fortement. Le système de gestion / prévention a ainsi adopté un mode de fonctionnement dégradé où, faute de compromis structurés et validés, des sous-systèmes se sont constitués et fonctionnent sans véritable articulation structurelle ni régulation fonctionnelle.

Cette problématique est au cœur de notre recherche. Son objectif central est de comprendre et de décrire les conditions de l'évolution / stabilisation vers les nouveaux repères conceptuels et relationnels dont la quasi-totalité des acteurs sont aujourd'hui en quête. Il apparaît que l'enjeu, si ce n'est la solution, relève de l'articulation des savoirs et des relations dans le système complexe de la gestion des risques et que cela passe par la régulation entre acteurs.

La demande actuelle de certains partenaires sociaux est donc de reconstruire les modes de régulation. Ceci suppose qu'ils retrouvent une place dans la gestion des risques et passe notamment par la possibilité d'adaptation des règles par branches ou entreprise afin de mieux prendre en compte les situations concrètes de travail et les problèmes réels que rencontrent les entreprises et les salariés.

Nous verrons que c'est souvent le cas sur notre terrain de recherche.

Nous y étudierons cette régulation en utilisant donc comme thème analyseur « l'évaluation des risques » et comme lieu d'analyse le lieu de concertation entre les acteurs qu'est le CHSCT.

Le parcours de construction de la méthodologie d'étude, et plus particulièrement sa phase de test au sein de A, nous a apporté nos premiers résultats de recherche que nous présenterons ultérieurement et comparativement. Il nous a surtout permis de bien adapter notre méthodologie d'étude à notre objet et de construire des outils adaptés qui nous ont permis de recueillir de riches matériaux.

La mise en œuvre des enseignements tirés du test nécessitera d'avoir en permanence à l'esprit deux aspects cruciaux.

Le premier concerne notre approche intensive et compréhensive et, est lié au fait que tout contexte d'action produit des solutions qui lui sont spécifiques. « *Etudier la dimension organisationnelle de l'action sociale conduit à considérer la structuration de tout contexte d'action comme une solution à chaque fois spécifique que des acteurs, relativement autonomes et agissant dans les contraintes d'une rationalité limitée, ont trouvé pour régler leurs coopérations conflictuelles et pour gérer leur indépendance stratégique* » (Benghosi, 1990, p 203). Dans la même logique, Friedberg (1993) considère que l'explication ne peut donc être que locale.

Nous tenterons de surmonter cette difficulté par l'analyse et la compréhension des différences et des similitudes des établissements.

Le deuxième aspect vient du contexte des établissements étudiés qui se situent entre les hôpitaux publics et les cliniques privées. Cette situation permet néanmoins aux acteurs de bénéficier de réelles marges de manœuvre, en relation avec le contexte. Dès lors qu'il s'agit pour nous de comparer les modes de gestion de nos quatre établissements cela ne nous paraît pas poser de problèmes méthodologiques.

Deuxième partie

La construction / rationalisation des risques professionnels - approche théorique et empirique

L'objectif de cette deuxième partie est de décrire les modalités de construction des risques.

Cette description a déjà été esquissée au cours de l'approche historique et sera confortée par un travail sur des éléments théoriques et empiriques.

L'approche théorique reposera sur l'analyse de l'évolution conceptuelle des risques et des pratiques de construction (chapitre 1).

L'approche empirique prendra en compte les modalités de construction / rationalisation en décrivant les pratiques des établissements étudiés (chapitre 2).

Ce double regard nous permettra de préciser en quoi l'évaluation des risques contribue à la gestion des risques par un processus de construction / rationalisation de l'objet (chapitre 3).

La comparaison entre les établissements d'une part et, entre les trois pratiques de construction que nous avons identifiées, d'autre part, nous permettra d'en mettre en exergue les caractéristiques essentielles.

Le fait que nous centrons notre analyse principalement sur les entreprises étudiées ne signifie pas que nous considérons que la gestion des risques se situe essentiellement en leur sein. Nous avons, en effet, fortement insisté dans la première partie sur l'importance du contexte politique, social, scientifique, juridique et économique.

Dans le même esprit, nous considérons que la gestion des risques dans l'entreprise n'est pas un objet à part mais se situe bien dans une logique régulatoire au niveau de l'ensemble de l'entreprise.

Néanmoins, compte tenu du nombre très important de dimensions à prendre en compte et pour pouvoir approfondir notre analyse, nous l'avons centrée sur la construction des risques au travers du lieu de régulation qu'est le CHSCT.

Chapitre 1) Approche théorique des risques et de leurs pratiques de construction

1.1) L'évolution conceptuelle de l'objet : de l'accident au bien être au travail

1.1.1) Du concept d'accident et de danger à celui de risque

1.1.2) L'émergence des conditions de travail

1.1.3) La santé-sécurité au travail (SST)

1.1.4) La nécessaire approche globale de l'homme au travail et de ses dimensions physiques, cognitives et psychiques

1.2) L'évolution conceptuelle des modes de construction des risques : un parcours d'intégration, vers la gestion et la régulation conjointe

1.2.1) La sécurité intégrée dans l'organisation et la conception

1.2.2) L'émergence d'une approche globale de l'accident du travail

1.2.3) Le concept d'évaluation des risques comme mythe rationnel - pratiques et controverses

§ 1. Le concept d'évaluation des risques : un mythe rationnel

§ 2. L'évaluation comme processus de construction des risques : définitions, pratiques et novations

§ 3. L'avis des acteurs sociaux

1.2.4) L'introduction de l'évaluation des risques comme processus de rationalisation dans le code du travail

1.2.5) Le mouvement de management de la SST

Chapitre 1) Approche théorique des risques et de leurs pratiques de construction

Ce chapitre va maintenant nous permettre de « rentrer » dans notre objet, de manière conceptuelle, afin d'appréhender l'évolution tant des risques que de leurs modes de construction. Ce type d'analyse nous amènera à problématiser l'objet et à caractériser la progression que constitue son évolution de l'accident au bien-être au travail (en passant par le danger, le risque, les conditions de travail, la santé-sécurité au travail, la nécessaire approche globale de l'homme au travail et de ses dimensions physiques, cognitives et psychiques).

Cet élargissement de l'objet n'a pas pu se faire sans évolution des modes de construction des risques. Inversement, de nouveaux modes de construction ont permis l'élargissement de l'objet. Par exemple, le passage du concept d'accident à celui de danger et de risque a nécessité de développer de prendre en compte l'objet beaucoup plus en amont de l'accident. Ce regard en amont a souvent permis d'observer l'objet sous un autre angle et de manière plus large.

Ainsi, l'approche par la sécurité intégrée dans l'organisation et la conception ouvre accès à d'autres déterminants des risques, de même que l'émergence d'une approche globale de l'accident du travail. Le concept d'évaluation des risques s'inscrit dans cette logique. Sa difficulté initiale est qu'il a été inscrit dans le droit avant de faire l'objet, en France, de mise en œuvre en entreprise. Nous questionnerons son aptitude à constituer un « mythe rationnel » (Hatchuel, 2001), c'est-à-dire un concept capable d'étayer des pratiques de rationalisation des risques.

C'est, en tout état de cause, la fonction que le Code du travail a commencé à lui donner.

1.1) L'évolution conceptuelle de l'objet : de l'accident au bien-être au travail

L'évolution historique des risques professionnels a déjà été esquissée dans la première partie de la thèse. Elle est relativement claire même si toutes les entreprises et les approches des différents risques n'en sont pas au même niveau d'évolution. Sa première étape a été la reconnaissance de l'accident puis son étude approfondie qui a fait émerger les concepts de danger et de risque. Les dangers appréhendés étaient alors essentiellement matériels, et l'approche de l'accident dichotomique - cause technique versus cause humaine - . La nécessaire prise en compte de l'organisation du travail a ouvert le champ aux questions

relatives aux conditions de travail (dans les années 70). Les années 80 mettront en exergue les problèmes de santé au travail, puis la nécessaire approche globale de l'homme au travail. Cela conduit à l'émergence actuelle, au niveau européen, du concept de bien-être au travail.

1.1.1) Du concept d'accident et de danger à celui de risque

L'accident

L'approche des accidents du travail a permis au cours des années 70 / 80 de faire progresser leur prévention puisqu'en trente ans le nombre de morts dont ils sont à l'origine a été divisé par trois. Plusieurs hypothèses complémentaires expliquent le succès de cette approche : - l'amélioration de la prise en compte des dimensions techniques et humaines - et le passage d'une approche bicausale (technique/homme) à une approche pluricausale intégrant l'organisation du travail. Au niveau des pratiques, la méthode dite de « l'arbre des causes » que nous détaillerons ultérieurement y aura grandement contribué.

La double limite de l'approche du risque par l'accident est d'une part qu'elle restreint l'objet de la prévention à l'accident c'est-à-dire à l'étude de ce type d'atteintes potentielles à la santé. Il faut préciser que les questions de la santé au travail ne sont apparues (en 1919 avec la loi sur les maladies professionnelles) que bien après celle de la sécurité et font encore aujourd'hui l'objet d'une appropriation et de stratégies de prévention moindres.

D'autre part, l'approche par l'accident induit une approche plus curative que préventive. Pour avoir une approche plus préventive, il est nécessaire d'appréhender les problèmes au niveau des situations de travail dans ses composantes techniques, humaines et organisationnelles (Cuny ...). Cette analyse, en amont de l'accident, constitue l'approche par le risque c'est-à-dire par l'analyse des modalités d'exposition d'un salarié à un danger (ou facteur de risque). Il permet d'introduire une approche plus générale de la santé. La genèse des pathologies professionnelles est en effet très différente de celle d'un accident du travail et nécessite une approche spécifique.

Le danger

Le concept de danger est relativement stabilisé et suscite peu de débat. Nous en évoquerons néanmoins trois : - il est quelque fois confondu avec le concept de risque - il fait surtout référence à des éléments matériels et n'intègre pas toujours les éléments immatériels ou organisationnels - enfin, si pour certains le danger relève d'une analyse et d'un constat objectif, pour d'autres, son statut est plus complexe.

Analysons ces trois controverses.

La nécessaire distinction entre danger et risque :

Concernant la première, la confusion entre danger et risque, nous pouvons la traiter rapidement. En effet, tous les textes de référence les distinguent clairement aujourd'hui. Ils considèrent le risque comme l'exposition d'un salarié à un danger qui est « *la propriété ou capacité intrinsèque par laquelle une chose (par exemple : matières, matériel, méthode et pratiques de travail) est susceptible de causer un dommage.* » (Commission européenne, 1996, p. 11).

Selon Cuny (1996 et 1997), « *en terminologie rigoureuse, un danger s'apprécie de façon dichotomique en terme de présence/absence (oui/non, vrai/faux, etc. ...) et que dès que l'on introduit un jugement évaluatif à propos de ce danger, on passe dans la sphère du concept de risque : éventualité (plus ou moins probable) d'un dommage (plus ou moins grave). De ce point de vue, les concepteurs des normes européennes sur la sécurité des machines ont sans doute raison de ne plus faire figurer le mot « danger » parmi les notions fondamentales utiles et de lui substituer les expressions plus précises et plus justes de « phénomènes dangereux » et de « situations dangereuses » (en NF 292-1)* » (Cuny, 1996, p 28). Le double avantage de ces expressions est, toujours selon Cuny, d'éviter « *l'ambiguïté acquise par « danger » dans le langage usuel et le caractère relatif (configuration d'éléments engendrée par un processus inhérent au travail, exposition liée à l'organisation (Individu, Tâche, Matériel et Milieu) d'une situation de production ou de service) de l'entité potentiellement nuisible qui est identifiée : le danger absolu n'existe pas. On pourra toutefois regretter que les auteurs de la norme 292-1 aient cru bon de vouloir rendre « risque » et « phénomène dangereux » synonymes (al 3.5), position qui entretient la confusion et qui n'est d'ailleurs pas maintenue à l'article 6 (estimation du risque) de cette norme et ni cohérente avec la terminologie et les exemples de la norme EN 1050 (voir notamment annexe A)* » (Cuny, 1996, p 28).

On voit là que même si en théorie le concept de danger est stabilisé, il ne l'est pas encore en pratique. Nous verrons que l'approche déterministe du danger (présence / absence) n'est pas partagée par les sociologues du risque qui considèrent le danger, ainsi que le risque d'ailleurs (avec souvent une confusion entre les deux), comme une construction.

Les composantes matérielles et immatérielles des dangers ou facteurs de risques :

La deuxième controverse (matériel/immatériel) est née d'une meilleure analyse des dimensions organisationnelles du travail et donc du risque. Le ministère chargé du travail

prend acte de cette évolution, en précisant que « *la combinaison de facteurs liés à l'organisation du travail dans l'entreprise est susceptible de porter atteinte à la santé et à la sécurité des travailleurs, bien qu'ils ne puissent être nécessairement identifiés comme étant des dangers. A titre d'exemple, l'association du rythme et de la durée du travail peut constituer un risque psychosocial – comme notamment le stress – pour le travailleur.* »¹⁰⁰

Ainsi, logiquement, identifier les dangers devient l'action de « *repérer la propriété ou la capacité intrinsèque : d'un lieu, d'un équipement, d'une substance, d'un procédé, d'une méthode ou d'une organisation ... de causer un dommage pour la santé des travailleurs.* »¹⁰¹

En théorie, la controverse est donc tranchée, et les composantes notamment liées à l'organisation du travail sont donc considérées comme des dangers ou facteurs de risques. Cet élargissement du concept de danger n'a, d'ailleurs, pas que des avantages car il complexifie les causes : « *...l'idée de cause trop simple est abandonnée pour celle de facteurs de risques. Cela induit d'abord la pluralité des causes et leur affaiblissement (un facteur de risque n'est ni nécessaire ni suffisant)* »¹⁰².

Cet élargissement du concept de danger bénéficie néanmoins de l'évolution des connaissances sur le travail. En pratique, nous montrerons que l'approche des conditions de travail est complexe et qu'elle n'est pas encore véritablement entrée dans les usages.

Le danger : donnée objective et / ou construit subjectif ?

Cette évolution des connaissances impacte fortement la troisième controverse (objectif / subjectif) et leur construction tant scientifique que sociale. Sur le plan scientifique et technique nous avons évoqué le rôle du développement des savoirs sur les « équipements de travail » dans la réduction des accidents du travail mortels.

Les savoirs relatifs aux dangers sont importants et ont permis, historiquement, l'élaboration d'une abondante littérature dans des domaines très larges et divers (physique, mécanique, électronique, chimie, biologie, médecine ...). Ils ont par ailleurs permis l'élaboration d'une conséquente réglementation « substantielle » pour tenter de circonscrire les dangers, donc les risques, notamment grâce à une politique de prévention intégrée.

D'autres connaissances émergent ou se rappellent à nous comme la toxicologie, la

¹⁰⁰ Ministère de l'emploi et de la solidarité. Circulaire du 18 avril 2002 concernant la création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs (p. 4).

¹⁰¹ Evaluer pour prévenir, comprendre pour agir. (p 18). Document édité conjointement par les ministères en charge du travail, de l'agriculture et de la pêche, de l'équipement et des transports, la CNAMTS, l'INRS, l'ANACT, la MSA, l'OPPBTP, l'IMP. Mars 2003.

¹⁰² Durkheim, cité par Peretti-Wattel p 57.

psychologie, l'épidémiologie qui font émerger fortement les problèmes de santé liés au travail. Enfin, les acquis des sciences de l'organisation et de l'ergonomie nous invitent à mieux prendre en compte l'organisation et la réalité du travail.

Concernant les cancérogènes professionnels, certaines connaissances sont très stabilisées et d'autres en évolution permanente. L'épidémiologie doit en la matière souvent, mais encore trop rarement, venir au secours de la toxicologie et de la cancérologie pour démontrer la réalité du risque. Le problème est que pour les pathologies à effet différé, ce constat ne peut intervenir que longtemps après l'exposition et réduit d'autant les possibilités de prévention.

Nous avons évoqué, dans la première partie, la faiblesse des connaissances sur les dangers et risques professionnels. L'IGAS¹⁰³ pointe ainsi le fait que « *l'INRS reste le principal instrument de connaissance du risque, alors même qu'il ne s'agit pas du cœur de ses missions.* » L'IGAS considère que l'INRS « *reste l'instrument de connaissance de l'assurance sociale, dont les modalités de gestion interdisent d'envisager en faire le principal acteur de la connaissance du risque* », compte tenu notamment que le fonctionnement de cette institution « *mêle étroitement l'évaluation et la gestion du risque.* » L'IGAS impute les limites de cette institution à « *l'inertie de l'Etat* ».

Celui-ci n'aurait pas développé jusqu'ici « *les moyens d'une tutelle scientifique réelle sur l'INRS.* » L'IGAS pointe également la faiblesse de l'implication des instances de recherche publique en matière de santé publique et regrette que « *la déconnexion de la santé au travail des institutions compétentes, en matière de recherche et d'organisation de la médecine, ne facilite pas le développement de compétences.* »

Pour les facteurs psychosociaux, le problème est similaire. Leur approche montre par exemple que, quelles qu'en soient les difficultés, une approche de l'organisation du travail est indispensable. Elle est au cœur des nouvelles formes de recherche de compétitivité dans la concurrence économique que se livrent les entreprises. Avec son accélération au début des années 80, d'Iribarne pense « *que les entreprises se mettent à la recherche d'un nouveau modèle productif mieux adapté pour leur donner des capacités conjointes d'innovation et de flexibilité-adaptabilité.* » [...] « *La précarisation du travail qui en est résultée se trouve à l'origine de ce que Christophe Dejours appelle une « souffrance au travail », souffrance qui touche un nombre toujours plus élargi de personnes.* » (Iribarne, 2000, p 1180)

¹⁰³ IGAS. La prévention sanitaire en milieu de travail. Février 2003. Rapport 2003 015, p. 10.

Les pays nordiques ont depuis longtemps admis la réalité du problème et développé les connaissances et les outils nécessaires à la prévention. En France, son faible portage politique et social a longtemps freiné la construction de ce problème qui de ce fait aura été appréhendé par les thérapeutes bien avant les préventeurs. L'élaboration du dernier «contrat de progrès» de l'ANACT illustre les freins politiques qui peuvent être mis à la construction scientifique et sociale d'un danger et donc à sa prévention. Au cours de celle-ci, le MEDEF s'est opposé à l'intégration de cette thématique en terme d'actions et ne l'a accepté qu'en terme de veille. Les organisations syndicales se sont résignées à accepter ce compromis. Plus récemment, en 2003 et 2004, le ministère en charge du travail a confié à un groupe d'experts la charge de contribuer à l'élaboration du «Plan santé - travail» dont nous avons déjà parlé. Les facteurs psychosociaux trouvent leur place dans ce projet, cette fois en terme d'actions. La construction politique et sociale de ce risque est donc en cours en France mais encore très embryonnaire.

Cet exemple nous montre que l'articulation entre le politique, le social et l'expertise est difficile : *« lorsqu'il s'agit de définir des risques, la science perd le monopole de la rationalité. ...les différents acteurs ont toujours des objectifs, des intérêts et des points de vue concurrents et conflictuels. »* Concernant les risques, *« Il y a la rationalité scientifique et la rationalité sociale, qui sont imbriquées et dépendantes l'une de l'autre à bien des égards. Il devient même de moins en moins possible d'opérer cette distinction. Sans rationalité sociale, la rationalité scientifique reste vide, sans la rationalité scientifique, la rationalité sociale reste aveugle. »* (Beck, 1986, p. 54).

La condamnation de l'Etat sur le dossier de l'amiante, dans laquelle il lui est reproché de ne pas avoir suffisamment utilisé les connaissances disponibles, accélère aujourd'hui l'utilisation de l'expertise par le politique.

Nous retiendrons donc l'idée que le danger ne peut être réduit à une donnée objective mais que, pour être traité, il doit être contextualisé et caractérisé.

Les risques : la rationalité scientifique est indissociable de la rationalité sociale

Pour nourrir ce débat, et assurer la transition entre danger et risque, nous emprunterons à la sociologie du risque (qui intègre la «sociologie du danger») certains de ses concepts, plus particulièrement chez Beck (1986) et Peretti-Wattel (2000). Nous en retiendrons les idées suivantes.

Les risques les plus difficiles à appréhender sont ceux qui se soustraient¹⁰⁴ à la perception humaine et nécessitent des outils de caractérisation empiriques ou scientifiques pour devenir « visibles ». Cette nécessité de caractérisation ne peut faire l'économie des représentations et d'ailleurs, quel que soit le type de risque, sa perception¹⁰⁵ est un élément central de sa gestion. Ceci conduit de nombreux auteurs à relier fortement rationalité scientifique et rationalité sociale¹⁰⁶.

Ainsi, « *les risques même recouverts d'un habillage de chiffres ou de formules restent par définition liés à un point de vue.* » (Beck, p 51).

Les risques apparaissent comme réels et irréels à la fois. Leur construction transcende et requiert une interaction entre les disciplines scientifiques et les catégories d'acteurs. Elle passe par une rationalisation qui articule savoirs et relations. C'est l'un des aspects majeurs de notre thèse sur lequel nous aurons donc l'occasion de revenir en essayant de décrire les modalités d'articulation de ces deux rationalités.

Le risque : Une notion élargie

Le risque, qui correspond à l'exposition d'un salarié à un danger, sera soumis aux mêmes controverses que le danger. Il faudra toutefois y rajouter celles spécifiques aux modalités d'exposition et de perception de celles-ci. Ainsi, trois nouveaux éléments de débats sont à prendre en compte : - l'approche plus ou moins déterministe du risque et sa traduction probabiliste - la problématique de la relativité du risque, en lien avec sa perception - l'approche normative qui assimile le non-respect d'une norme à la présence d'un risque.

¹⁰⁴ « *Il arrive souvent que ce qui affecte la santé ou détruit la nature ne soit pas identifiable par la perception ou la vue ; et même dans les cas où tout semble manifeste, la construction sociale veut que l'on ait besoin de recourir au constat « objectif » du jugement des experts. Un grand nombre de risques apparus récemment se soustraient totalement à la perception humaine immédiate. Les risques qui sont actuellement au centre des préoccupations sont de plus en plus fréquemment des risques qui ne sont ni visibles ni tangibles pour les personnes qui y sont exposés, des risques qui parfois même restent sans effet du vivant des personnes concernées mais qui en ont pour leur descendance, des risques en tout état de cause qui ont besoin du recours aux « organes de perception » de la science - théories, expériences, instruments de mesure -, pour pouvoir devenir « visibles », interprétables en tant que risques* » (Beck, 1986, p 48).

¹⁰⁵ « *Les présomptions causales se soustraient par définition à la perception. Elles relèvent de la théorie. Il faut toujours y introduire la dimension de la pensée, de la vérité, de la conviction. C'est aussi en ce sens qu'il faut comprendre le caractère invisible des risques. La causalité supposée reste toujours plus ou moins incertaine et transitoire. A cet égard, lorsque l'on prend conscience au quotidien de l'existence de risques, c'est d'une conscience théorique et par-là même scientifiée qu'il s'agit.* » (Beck, 1986, p 50).

¹⁰⁶ Peretti-Wattel (p 198) considère que la notion de « perception du risque » est réductrice et biaisante. Elle suppose « *qu'il existe un risque objectif, qui a la dureté du concret, auquel nous heurtons. Et lorsque l'on ajoute l'adjectif social à cette perception, on se réfère à un lieu commun des études sur le risque qui opposent les points de vue de l'expert, du politique et du citoyen, les perceptions de ce dernier s'avérant un obstacle aux actions concertées des deux premiers, parce qu'elles sont sociales, c'est-à-dire inadéquates, instables, truffées de croyances irrationnelles.* » (Peretti-Wattel, 2000, p 199).

Analysons ces trois nouvelles controverses.

Les limites du déterminisme probabiliste :

L'approche assurantielle a fortement influencé le concept de risque dont l'une des origines possibles renvoie à « *une entreprise maritime* » et à « *l'écueil que l'on peut rencontrer en mer, souvent assimilé à la fortune, le sort, le hasard.* » (Drais, 2002, p 19). L'exemple du transport maritime est illustratif car il montre la faisabilité de la détermination de la valeur de la cargaison et, en affinant le retour d'expériences, de sa probabilité d'arriver ou non à bon port. L'approche déterministe (une cause produit un effet) est donc de fait complétée par une dimension probabiliste (une cause possède telle probabilité de produire tel effet, puis tel événement indésirable possède telle probabilité d'occurrence).

De la sorte, le calcul du risque correspond donc au produit de la gravité du préjudice par sa probabilité d'occurrence. Cette approche est encore aujourd'hui largement répandue en matière de gestion des risques professionnels. Pour la commission européenne (1996, p 11), le risque est « *la probabilité que le dommage potentiel se réalise dans les conditions d'utilisation et/ou d'exposition et l'ampleur éventuelle du dommage.* » Dans le même esprit, la norme NF EN 292-1 considère le risque comme « *la combinaison de la probabilité et de la gravité d'une lésion ou d'une atteinte à la santé pouvant survenir dans une situation dangereuse* ».

Aujourd'hui, avec l'élargissement de l'objet de la prévention et l'apparition des controverses tant sur le concept de danger que de risque, la détermination de la gravité et de la probabilité d'un dommage est des plus aléatoires. Par exemple, les connaissances disponibles permettent de dire que la probabilité d'apparition d'un cancer professionnel sur une population croît avec l'importance de l'exposition, mais elles ne permettent pas d'en déterminer la probabilité a priori. L'épidémiologie sur les risques professionnels ne détermine que très rarement a priori l'importance prévisible des pathologies en fonction des conditions d'exposition, mais plutôt de manière rétrospective la part de maladies attribuables au travail.

Avec l'élargissement du concept de risque, de l'accident à la maladie¹⁰⁷ qui complexifie, voire rend caduque l'approche probabiliste, la définition du risque évolue vers une approche moins quantitative, plus analytique et descriptive et devient alors « *l'éventualité d'une rencontre entre l'homme et un danger auquel il peut être exposé.* » (INRS). Cuny en déduit que le risque est donc l'éventualité d'un dommage. Il considère que le code du travail confirme cette

¹⁰⁷ L'accident est défini comme un phénomène soudain, alors que la maladie relèverait d'une exposition plus longue.

définition : « lorsqu'un risque grave, révélé ou non par un accident du travail ou une maladie professionnelle ou une maladie à caractère professionnel, est constaté ... » (article L 236-9 du code du travail).

Aujourd'hui, en théorie, l'analyse des conditions d'exposition des salariés aux dangers requiert de prendre en compte davantage de dimensions : « - la fréquence d'exposition - la gravité envisageable des conséquences - la probabilité d'occurrence des risques (permanents ou occasionnels) - le nombre de salariés concernés - la perception du risque par les salariés - ... »¹⁰⁸ Les mêmes auteurs précisent que ces dimensions doivent faire l'objet de « critères d'appréciation propres à l'entreprise » et « être discutés entre les acteurs internes servant ainsi d'outil d'aide à la décision, en s'assurant qu'aucun risque n'est écarté. »

L'ANACT¹⁰⁹ va plus loin encore en identifiant quatre objets d'analyse des conditions d'exposition aux risques professionnels : - les activités de travail - l'organisation du travail - la représentation des risques - et les savoir-faire de prudence.

Le corollaire de cette vision moins déterministe et plus analytique, donc moins quantifiable, est qu'elle fait plus de place aux représentations. Ces caractéristiques du risque confortent ainsi les deux premiers principes des cyndiniques (Kervern, 1999) : la relativité (l'appréciation du risque dépend de celui qui l'observe) et la conventionalité¹¹⁰ (l'analyse du risque relève d'une convention entre les acteurs qui la réalisent). Nous reviendrons ultérieurement sur ces deux principes.

Une caractéristique commune à la plupart des risques professionnels est leur pluricausalité qui s'applique d'ailleurs aux accidents du travail mais aussi aux maladies professionnelles : « L'épidémiologie et le bon sens divergent car ce dernier a une tendance naturelle à imputer la survenue d'une maladie à une cause unique, alors que l'épidémiologie souligne la multifactorialité des maladies. Nous sommes passés du déterminisme (une cause entraîne nécessairement un effet) au probabilisme (un faisceau de facteurs augmente la probabilité que survienne la maladie). » (Dab, cité par Peretti-Wattel, p 57)

L'approche probabiliste qui occupe une place centrale en matière de risque a certes permis de contribuer à leur caractérisation mais introduit un double problème. Elle suppose tout d'abord,

¹⁰⁸ *Evaluer pour prévenir, comprendre pour agir.* (p 20). Document édité conjointement par les ministères en charge du travail, de l'agriculture et de la pêche, de l'équipement et des transports, la CNAMTS, l'INRS, l'ANACT, la MSA, l'OPPBTP, l'IMP. Mars 2003.

¹⁰⁹ ANACT. *Agir sur ... L'exposition aux risques professionnels. Intégrer organisation du travail et prévention.* Sous la direction de Berthet M. et Gautier A.M. Juin 2000, p. 27.

¹¹⁰ Le mot conventionalité peut être interprété en terme de caractère conventionnel, c'est-à-dire d'entente tacite, d'accord, formalisé ou non, entre les acteurs.

de disposer de données en quantité statistiquement suffisante, ce qui est rarement le cas en matière de risque professionnel. Le deuxième problème est qu'elle ouvre la porte aux « risques résiduels » qui « *correspondent à des événements dont les probabilités ne sont pas nulles mais trop faibles* » (Peretti-Wattel p. 67) pour permettre une évaluation rigoureuse des risques et donc une gestion de ceux-ci. La conséquence en est qu'on « *peut se livrer aux calculs les plus complexes, on en arrivera, en fin de compte, à cette conclusion qu'un risque acceptable est un risque accepté.* » (Ewald, cité par Peretti-Wattel, p. 61)

La relativité du risque :

L'appréciation du risque est intimement liée à la représentation qu'en ont les acteurs concernés¹¹¹. Cela nous renvoie à l'approche de la perception individuelle ou collective, cognitive, psychologique ou sociologique.

Comme nous l'avons indiqué précédemment l'approche du risque est variable selon que l'on y soit directement soumis ou simple observateur, selon les connaissances dont on dispose, et selon le contexte dans lequel on se situe.

Les individus réagiraient (Slovic¹¹²) différemment selon les risques en fonction de trois facteurs : leur plus ou moins grande familiarité, leur contrôlabilité et le potentiel catastrophique des risques en question. Peretti-Wattel rajoute une vision plus sociologique, en citant l'exemple d'une entreprise dans laquelle travaillent deux groupes distincts. Les salariés composant le premier sont moins exposés que ceux du second mais se perçoivent «exclus». De fait, ils se sentent très vulnérables face aux risques, se plaignent plus souvent de problèmes de santé alors que les salariés du deuxième groupe, bien que plus exposés, développent plutôt un sentiment d'invulnérabilité. Nous retrouverons un comportement analogue sur notre terrain, concernant la différence de gestion des risques entre les médecins et les autres soignants.

¹¹¹ Peretti-Wattel (2000) considère que l'estimation du risque pour soi s'avère presque toujours inférieure à l'estimation du risque pour autrui. Il évoque la variabilité du biais d'optimisme, selon la contrôlabilité des risques. Par ailleurs, en considérant que la perception d'un risque correspond au produit du jugement de sa gravité et du jugement de sa fréquence, il est scientifiquement admis que ce dernier a un impact relativement faible sur la crainte déclarée. Notre étude de terrain l'illustrera pour ce qui concerne le risque de contracter le SIDA dont la probabilité est très faible, mais sa forte gravité en renforce la perception et donc la prévention. Si chacun d'entre nous tend à se sentir moins en danger que les autres, parce qu'il s'estime plus à même de faire face, de contrôler la menace, cette propension s'avère plus ou moins marquée selon les situations considérées. Elle dépendrait en fait de la contrôlabilité des menaces. Les explications du biais d'optimisme par l'illusion de contrôle subordonnent un biais à un autre. Elles rajoutent un maillon à une chaîne qui prétend expliquer les comportements par les attitudes et les croyances et celles-ci par des biais systématiques qui sont fonctionnels sur le plan psychologique (ils confortent l'estime de soi) mais inadaptés sur le plan pratique.

¹¹² Cité par Vauclin p 88. Slovic P., Fichhoff B., Lichtenstein S. 1980. Facts and fears : understanding perceived risks. In Schwing R.A., Albers W.A. Societal risk assesment. Plenum Press, New York.

La construction d'une approche des risques par les collectifs de travail a été montrée depuis longtemps, notamment par Cru et Dejours qui ont décrit des pratiques reposant sur une « idéologie défensive de métier » (négation collective d'un risque difficilement maîtrisable pour s'en protéger psychologiquement) dont le corollaire sont les « savoir-faire de prudence ». La négation verbale du risque n'induit donc pas l'absence de recherche de sa maîtrise. Peretti-Wattel¹¹³ y voit une nécessaire adaptation et consistance cognitive qui constitue « *un besoin authentiquement social, nécessaire à la coordination des conduites et des idées au sein d'un groupe.* »

L'idée que la représentation sociale constitue un « *type particulier de connaissances, distinct de la pensée savante, et qui régit notre relation au monde et aux autres*¹¹⁴ » nous paraît toutefois restrictive. Nous y rajouterons une analyse plus ergonomique sur la connaissance de la réalité du travail et des modalités d'exposition des salariés qui permettent d'enrichir les savoirs relatifs à l'activité de travail.

¹¹³ Peretti-Wattel évoque le primat de l'adaptation cognitive (« *les gens préfèrent changer leur croyance que leur comportement* ») ; face à la menace cela renvoie à la dissonance cognitive. Du point de vue du risque, il s'agit d'envisager des situations dans lesquelles les circonstances, par exemple la soumission aux normes de son groupe d'appartenance, amènent un individu à produire une conduite qui l'expose à un danger, l'individu rationalisant ensuite cette exposition en modifiant ou en développant une idéologie qui nie le danger couru, le relativise ou au contraire le valorise. Il y a dissonance entre ses aspirations et sa conduite (p. 196). Les membres d'un groupe doivent donc partager des croyances communes, afin que les rapports qu'ils entretiennent entre eux soient source de consistance et non de dissonance cognitive et cette nécessité de croyances communes varie bien sûr suivant la structuration interne de groupe.

Peretti-Wattel évoque une étude de Harrison qui montre que les ouvriers distinguent deux types de risques. « *Certains risques émanent de l'organisation du travail (bruit ...) et sont perçus comme imposés par la direction de l'entreprise, les contremaîtres ou les normes étatiques. D'autres risques dépendent au contraire de la façon dont l'ouvrier (ou l'équipe de travail) décide d'opérer et lui permettent d'affirmer une maîtrise sur son travail, de reconquérir une part de l'autonomie dont le mode de production tayloriste l'a privé. Evidemment, les ouvriers critiquent fortement les premiers, mais par contre acceptent d'affronter les seconds : « Dans les représentations ouvrières, c'est le caractère maîtrisable ou non d'une situation qui définit l'acceptabilité du risque. Ainsi ce sont moins les conditions objectives du risque qui sont retenues [...] que la capacité de parer au danger. » » (Harrison cité par Peretti-Wattel, 2000, p. 208).*

Pour Harrison « *le contrôle du risque s'inscrit dans des stratégies ouvrières d'autorégulation des pratiques de travail. Les ouvriers cherchent moins à éliminer le risque qu'à le contrôler car la maîtrise du risque renvoie à une plus grande autonomie dans l'ensemble de l'organisation du travail. La prévention est subordonnée à des rapports au travail qui autorisent une forme d'identité au travail.* »

Il invite (p. 210) à « *privilégier une approche en terme de représentations sociales du risque plutôt qu'en terme de perceptions. Toute représentation est une construction socio-cognitive* » (qui implique une certaine adéquation avec la réalité) et à une logique sociale (faire sens dans le contexte social et idéologique propre à l'individu). La coexistence de ces deux logiques permet de rendre compte et de comprendre pourquoi la représentation intègre des contradictions qui ne sont qu'apparentes car pour Abric une représentation est un ensemble organisé et cohérent.

¹¹⁴ Peretti-Wattel (p. 200) décrit la représentation sociale comme étant une « *forme de connaissance socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social (Jodelet)*. Les représentations sociales ont donc avant tout un rôle pratique, permettent de s'approprier la réalité extérieure, c'est-à-dire de s'y ajuster, de s'y conduire, de la maîtriser. Elles constituent un type particulier de connaissances, distinct de la pensée savante, et qui régit notre relation au monde et aux autres. »

Ces éléments, et ses propres constats en entreprise, amènent Vauclin (p. 159) à formuler une double théorie en matière de représentations et d'actions chez les acteurs de l'entreprise. La première repose sur une définition consensuelle du risque professionnel, considéré comme identifiable à priori et mesurable et sur une représentation relativement formelle des conditions de la SST assimilées au respect aussi strict que possible du prescrit de sécurité. Dans cette optique, le danger provient avant tout de la liberté laissée à l'opérateur auquel on reconnaît une tendance naturelle à l'insouciance ou à l'inattention. C'est la théorie que Vauclin a le plus souvent consignée.

La deuxième théorie est caractérisée au contraire par une définition du risque professionnel en terme de représentation complexe. Elle insiste sur le caractère conflictuel de sa reconnaissance et admet les limites d'une application trop stricte du prescrit. Dans cet esprit, l'autonomie laissée aux personnes au travail n'est plus un facteur de risque mais un élément central de la SST.

Ainsi Vauclin identifie deux angles d'analyse qui se croisent : - deux conceptions du risque comme donnée ou comme construit social d'une part et - deux formes de régulation, « de contrôle » ou « autonome » d'autre part. Nous y reviendrons ultérieurement. Sur la base de nos données empiriques, nous ferons le même constat de difficultés de régulation conjointe.

Normes et risques : le non-respect d'une norme constitue-il un risque ?

Pour les risques facilement perceptibles, leur représentation peut suffire à leur estimation. Par contre, pour les risques peu ou pas perceptibles, comme ceux pouvant induire des pathologies à effet différé, le recours à la norme est indispensable. Celle-ci pose trois difficultés : son élaboration, son application et son contrôle.

Son élaboration relève avant tout d'une problématique de construction scientifique, politique et sociale.

Son application est plus complexe que pour un risque plus palpable pour au moins deux raisons : son interprétation et son appropriation. L'interprétation de la norme est souvent restreinte au seuil qu'elle fixe. Or, tant dans le domaine chimique que radiologique, la réglementation fixe une obligation générale (réduire l'exposition au niveau le plus bas techniquement ou raisonnablement possible) et généralement une obligation substantielle (limitation du niveau au-dessous d'un seuil). Autrement dit l'exposition doit tendre vers zéro et, en tout état de cause, rester en dessous d'une valeur normée. L'approche habituelle de ce type de prescription est de considérer qu'au-dessous du seuil il n'y a pas de risque, et que

tendre vers zéro n'est qu'un plus facultatif. La gestion de ce type de règle est complexe et nous verrons qu'elle requiert une articulation forte entre le politique, le social, le scientifique, le juridique et l'économique.

Concernant son contrôle, l'objectif est de repérer, dans une situation de travail existante, des manques, des anomalies ... « *Le risque est alors équivalent à un défaut d'application de la réglementation susceptible de provoquer, souvent très directement, un accident. Dans ce cas, la notion de risque est souvent très proche de celle de danger, le danger étant ce qui s'avère, par nature, incompatible avec une présence humaine, de telle sorte que le « dommage naîtra nécessairement de sa rencontre avec l'homme* » (Seillan, 1981)¹¹⁵. » (Monteau et Favaro, 1990, p 93). Cette conception du risque, restreinte à l'accident, liée à la rencontre entre l'homme et le danger, induit logiquement l'introduction de mesures de prévention entre l'homme et le danger. « *Les moyens de prévention figurent en regard des causes et renvoient à des dispositions réglementaires. Dès lors la détection des risques consiste à vérifier la présence de mesures de prévention prescrites et les risques relevés seront donc bien des écarts par rapport aux exigences réglementaires. Selon cette logique, le souci d'améliorer la prévention conduit à renouveler et à développer les aspects réglementés.* » (Monteau et Favaro, 1990, p. 93).

Le risque comme construction

Comme l'indique Favaro, « *la prévention s'exerçant nécessairement sur des risques (et non pas sur des accidents !), la question de la nature du lien prévention - accidents revient à développer la nature du lien risque - prévention.* » (Favaro, 1990, p. 55).

On voit ainsi apparaître une approche par le risque, c'est-à-dire en amont de l'accident. « *Toutefois, en passant de l'un à l'autre, on abandonne le confort (supposé) du fait observable et quantifiable (l'accident) en faveur d'une notion aussi séduisante qu'équivoque (le risque).* » (Favaro, 1990, p. 56).

Le risque est ainsi décrit par Favaro et Monteau comme une notion abstraite et subjective qui néanmoins « *perd beaucoup de son ambiguïté si l'on s'efforce de la distinguer de deux notions proches : l'accident et le danger, qui font respectivement référence à un fait concret et à une situation objective.* » (Favaro, 1990, p. 57). Pour cet auteur, le risque (« *processus inférentiel, contextualisé et subjectif* ») est considéré comme une catégorie intermédiaire entre le danger

¹¹⁵ Monteau et Favaro précisent que selon Seillan (Seillan H. Réflexions sur la notion juridique d'hygiène et de sécurité. Sécurité et médecine du travail, 1981, 58, pp. 58) le code du travail a longtemps ignoré le mot « risque » et qu'il ne connaissait que le mot « danger ».

(« *situation permanente et objective* ») et l'accident (« *fait concret et aléatoire* »). Comme nous l'avons indiqué précédemment, nous partageons cette représentation sans toutefois considérer le danger comme un fait objectif.

La construction du concept de risque est allée au-delà de cette dialectique entre danger et accident, en discutant le concept de prévention. Autrement dit, la double question posée est de savoir comment caractériser le risque et que faire après. La rhétorique, idéaliste, rattache en effet systématiquement l'idée de risque à celle de prévention. L'analyse de la réalité montre que des pratiques de gestion sont plus souvent associées aux risques que celles de prévention, qui en fait n'en constituent qu'une composante.

Cette controverse nécessite de préciser le concept d'évaluation ou de caractérisation des risques qui est beaucoup moins avancé dans sa construction, notamment pour les questions de santé. La littérature insiste sur la logique gestionnaire qui prévaudrait dans l'approche des risques. Ainsi, « *à une conception du risque comme danger à éliminer grâce au développement scientifique et à l'action normative aurait succédé une conception du risque comme aléa à gérer.* » (Lascoumes 1991 p 79). Ce concept du risque (comme aléa à gérer) évoluera à nouveau dans les années 1990 pour devenir un objet de gestion, ou mieux encore, intégré à la gestion. « *Il ne s'agit plus d'éradiquer les risques, mais seulement de les gérer.* » (Peretti-Wattel p 63). « *Le risque peut être domestiqué, géré, mais pas anéanti. De ce point de vue, l'avènement de la gestion du risque apparaît donc plutôt comme un signe de maturité que d'affaiblissement ou de régression. Enfin, le passage à la gestion des risques implique l'intrusion du politique dans un domaine jusqu'ici réservé aux seuls ingénieurs. Tant qu'il s'agissait d'éliminer progressivement tous les risques, ceux-ci pouvaient travailler seuls. Mais si cet objectif est abandonné, s'il faut accepter les risques, et même gérer des risques concurrents, cela nécessite de déterminer des seuils d'acceptabilité et des priorités entre les risques. Il s'agit là de choix éminemment sociaux, qui ne peuvent être occultés en tant que tel. La gestion du risque devient donc matière à débat public.* » (Peretti-Wattel p. 66)

1.1.2) L'émergence des conditions de travail

Les « trente glorieuses » et le développement de la production de masse qu'elles entraînent, sur la base du modèle fordien, contribuèrent à provoquer un mouvement revendicatif lié à l'intensification et à la parcellisation du travail. Ainsi se concrétisa le concept de conditions de travail, formalisé par la voie législative en 1973 et pris en compte officiellement par les CHSCT à partir de 1982. Ces dispositions et le droit d'expression des salariés constituent ce que Viet et Ruffat appellent le « *courant de démocratisation de l'entreprise* ».

Si ce concept a été initié par un mouvement social, il a pu bénéficier d'un contexte politique et économique favorable à sa mise en place que la crise économique du milieu des années 70 ne manqua pas de freiner, mais avec un décalage dans le temps.

Il a été, par ailleurs, soutenu par le développement de l'ergonomie.

Néanmoins, trente ans après son émergence, il a encore des difficultés à trouver sa place ce qui tient sans doute à de nombreux facteurs : les enjeux de pouvoir touchant à l'organisation du travail, la complexité du sujet et la difficulté d'élargir l'approche du travail et des risques.

1.1.3) La santé-sécurité au travail

Le concept de santé – sécurité au travail (SST) s'est construit au cours du temps pour remplacer aujourd'hui celui d'hygiène et de sécurité. Les deux concepts d'hygiène et de santé ne s'opposent pas mais se complètent. Le premier s'intéresse aux expositions auxquelles peut être soumis un salarié, tant au niveau individuel que collectif, alors que le second appréhende l'impact de celles-ci sur le salarié. La notion d'hygiène relève donc d'une double approche : industrielle et corporelle. L'hygiène industrielle est une discipline ancienne en France¹¹⁶ mais qui n'est véritablement pratiquée aujourd'hui que dans quelques secteurs professionnels comme la chimie. Se sont maintenant les Anglo-saxons qui sont les plus avancés au niveau européen, tant au niveau des concepts que des pratiques. Le mot hygiène renvoie alors non plus à l'individu mais à l'idée d'assainissement des lieux de travail.

Les problèmes d'hygiène, surtout appréhendés au niveau individuel et corporel, sont très prégnants en matière de risques professionnels après la deuxième guerre mondiale. Ils sont aujourd'hui mieux appréhendés, notamment grâce à des mesures de protection collective, même s'ils ne sont pas réglés en totalité.

Aujourd'hui, le concept en développement est celui « d'expologie » ou de « caractérisation des expositions ». Il appréhende le lien possible entre le danger et le salarié au travers de l'analyse de trois dimensions : - l'activité de travail - la qualité et la quantité des dangers présents - une surveillance de la santé, notamment par un suivi biologique permettant de détecter précocement l'exposition des salariés.

Le concept de santé n'a été véritablement consacré que par la transposition de la directive -

¹¹⁶ Le Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM) à Paris disposait dès 1905 d'un cours en la matière, qui a été transformé en une chaire d'hygiène industrielle en 1912. Elle a ensuite évolué vers l'hygiène générale dans ses rapports avec l'industrie (1922), puis la prévention des accidents du travail (1929), la sécurité du travail avec rattachement de l'hygiène industrielle (1941) et enfin l'hygiène et sécurité du travail (1981). (Source : Viet et Ruffat 1999). Seront ensuite créés à Paris puis dans certaines régions, dans les années 1990, des instituts d'hygiène industrielle et environnementale (IHIE).

cadre, en 1991. C'est là l'une des grandes avancées de la construction européenne. Il a connu une double accélération liée à l'augmentation des maladies professionnelles et à la prise de conscience de l'impact positif ou négatif du travail sur la santé. L'Organisation Mondiale de la Santé¹¹⁷ en a élargi le concept ; d'une part en introduisant la notion de bien-être, qui ne limite pas la santé à une absence de maladie ou d'infirmité, d'autre part en ajoutant, à côté du « physique », le « mental » et le « social » comme composantes de la santé.

Vogel considère cette évolution comme très positive mais souhaiterait aller au-delà, en ne considérant plus la santé comme un état, mais comme une construction dynamique et interactive, notamment avec le travail.

1.1.4) La nécessaire approche globale de l'homme au travail et de ses dimensions physiques, cognitives et psychiques

L'évolution de la conception de la santé et l'intégration de concepts tels que le bien-être, les risques physiques et mentaux et le développement des connaissances ouvrent deux nouvelles voies d'approche de la prévention. La première repose sur l'idée que l'homme mobilise, de manière indissociable et complémentaire, ses composantes physiques, mentales ou cognitives et psychiques ou psychologiques. La complétude de la prévention impose donc la prise en compte simultanée de tous ces éléments.

La deuxième est liée à la place de l'homme dans le travail et son organisation. En reprenant les éléments proposés par la psychodynamique et l'ergologie, nous analyserons les conceptions de l'activité selon que l'opérateur est considéré plutôt comme un facteur de fiabilité ou de dysfonctionnement et selon sa posture en terme « d'usage de soi » (Schwartz¹¹⁸, 2001).

Cette indispensable conception élargie de l'homme au travail induit une conception élargie du risque qui ne peut pas être limitée à l'accident, mais doit intégrer la maladie, le mal-être au travail et tous les aspects relatifs aux conditions de travail qui peuvent avoir un impact sur la santé.

Dès lors, cet élargissement de cible questionne le mode d'approche. Si la prévention des accidents pouvait reposer sur l'identification et la gestion des aléas, la prévention des atteintes à la santé renvoie, elle, davantage à la compréhension des modalités d'exposition des salariés

¹¹⁷ Définition du concept de santé par l'OMS : « Etat de bien-être physique, mental et social ne consistant pas uniquement en une absence de maladie ou d'infirmité. »

¹¹⁸ « *Le travail est toujours une activité énigmatique, toujours plus ou moins resingularisée par des débats, des « dramatiques d'usage de soi », liant dans des conditions toujours partiellement nouvelles des « personnes » et des milieux concrets* » (Schwartz, 2001, p 20).

aux dangers ou facteurs de risques susceptibles de l'altérer, voire même à la construction du bien-être au travail.

Nous savons que dans une forme évoluée de la prévention de l'accident (Monteau, 1992) celui-ci est rare et il est le résultat d'un ensemble de causes qui n'ont pratiquement aucun caractère dangereux lorsqu'on les considère séparément. C'est leur conjonction qui provoque l'accident. Leur dépistage précoce est très difficile. La prévention repose alors sur la capacité de l'entreprise à maîtriser les aléas.

Dans l'approche des questions de santé, telles qu'elles se posent aujourd'hui, l'analyse par l'aléa est problématique, tant la plupart des atteintes sont le résultat d'une exposition longue et répétée (surdité, lombalgie ...) même si certaines peuvent être le résultat d'une exposition courte et aléatoire (piqûre avec exposition au sang, inhalation d'un produit corrosif ...). Les atteintes au bien-être au travail, sont généralement des processus longs (conditions de travail dégradées, harcèlement ...). L'approche par l'aléa n'a donc d'intérêts que pour les systèmes de prévention évolués. Pour les autres, les dangers ou facteurs de risques ne sont pas aléatoires mais bien réels et permanents (cf amiante) et c'est la mise en évidence de cette réalité qui est problématique.

1.2) L'évolution conceptuelle des modes de construction des risques : un parcours d'intégration, vers la gestion et la régulation conjointe

Pour introduire quelques concepts relatifs aux modes de construction des risques, nous citerons Brun : *« l'étude du rapport entre travail et santé ne peut se limiter à l'analyse des dispositifs d'identification, d'analyse ou d'alerte, elle doit aussi s'intéresser aux efforts qui sont consacrés, à l'intensité des actions posées et à la dynamique de la prise en charge par les gestionnaires et les employés pour éliminer ou contrôler les risques associés au travail. »* ... *« le risque et la prévention peuvent être et doivent être discutés selon une logique managériale et sous l'aspect du dispositif de gestion des risques. »* ... *« cet enjeu de la gestion des risques est central, car le risque se manifeste toujours dans un système social ou organisationnel, il n'est pas le produit isolé d'un laboratoire, mais l'aboutissement de décisions de gestion ou d'affaires qui ont pris en compte la présence de ce risque. »* ... *« L'action sur le risque dépendrait donc, non seulement de la reconnaissance scientifique, sociale et organisationnelle d'un risque, mais aussi de l'écart entre le stade de structuration de la prévention et les actions appropriées pour prévenir le risque identifié. »* Brun interpelle

les législateurs, les préventionnistes¹¹⁹ et l'ensemble des intervenants en SST, « *pour qu'ils réalisent que la prévention n'est pas acquise uniquement à travers des objectifs d'identification et d'analyse des risques, mais aussi à travers des moyens, des capacités et des dispositions permettant une structuration efficace de la prévention au cœur de l'entreprise.* » (Brun, 2003, p. 3 et 4).

Nous insisterons, dans ce paragraphe, sur deux aspects. Le premier concerne le double mouvement convergeant que produit l'apprentissage de la gestion des risques : - l'intégration dans la gestion globale de l'entreprise - et la recherche d'une régulation conjointe. Le deuxième est la nécessaire rationalisation des risques par leur « évaluation » qui conforte ou induit leur gestion.

Ce mouvement a permis : - d'élargir la conception de l'accident et des autres risques - d'imposer la nécessité d'une approche à priori, en amont des situations de travail - de promouvoir la gestion et le management des risques - d'appréhender le risque comme une construction qui constitue la première étape de sa rationalisation et de sa gestion.

En substance, nous décrirons dans cette partie de la thèse, la place de l'évaluation des risques dans leur gestion et plus particulièrement le fait que l'évaluation des risques conforte leur logique de gestion. comme nous le montrera l'analyse dans les établissements étudiés.

L'approche historique des risques nous montre qu'ils ont longtemps été abordés de manière spécifique, en étant « dénaturés » c'est à dire dissociés de l'activité de travail pour en faire un objet particulier. L'apprentissage du traitement des risques a pointé l'intérêt de son approche intégrée à la gestion. Pour comprendre cet apprentissage, nous l'analyserons tant au niveau de l'entreprise que du système français de prévention. Nous verrons ainsi que les années 70 ont été celles de la sécurité intégrée et les années 80, celles de l'analyse à posteriori de l'accident.

Les années 90 montrent, elles, la nécessité de passer à une analyse a priori inscrite dans une logique de gestion. Au passage nous évoquerons l'apport du droit européen qui, outre la démarche d'évaluation des risques, a introduit dans le droit français des processus de construction / rationalisation des risques.

¹¹⁹ Les personnes s'occupant de la prévention en entreprise sont usuellement dénommées préventeurs en France et préventionnistes au Québec.

1.2.1) La sécurité intégrée dans l'organisation et la conception :

Après la deuxième guerre mondiale, le développement de pratiques de sécurité essentiellement technico-réglementaires a, dans un premier temps, montré ses bienfaits en contribuant à la réduction du nombre d'accidents mortels. Il montre aujourd'hui ses limites notamment par le caractère surajouté de ce type de mesures aux équipements. L'une de ces limites était une moindre efficacité et la difficulté pour l'employeur « utilisateur » de corriger les défauts d'une machine, d'un chantier de construction ... qu'il n'aurait pas conçu. La nécessité de demander au concepteur d'intégrer la prévention le plus en amont possible est donc apparue dans les années 60. Pour Cavé¹²⁰, précurseur en la matière, l'intérêt du concept va bien au-delà de la dimension technique : la sécurité intégrée est un outil de gestion et de production¹²¹ qui permet de sortir de la dualité entre production et sécurité. Dès cette époque, certains plaident pour une liaison forte entre risques et gestion de l'entreprise. Lejeune considère d'ailleurs qu'il y a une continuité entre sécurité intégrée et évaluation des risques : *« L'évaluation des risques apparaît comme une généralisation du concept de sécurité intégrée. Ce dernier a essentiellement été compris comme s'appliquant à la conception des machines ou des bâtiments alors qu'il s'agissait d'intégrer la sécurité à toutes les phases du processus de production, sans oublier tout ce qui concerne les mesures de formation, d'organisation, de désignation de travailleurs qualifiés pour certaines tâches, de maintenance préventive. »* ... *« Plus largement, la notion d'évaluation des risques est un concept unificateur qui reprend l'ensemble des démarches définies aux sections précédentes en les intégrant dans une politique globale concertée de prévention des risques professionnels. »* (Lejeune, p 45)

Cette logique n'est donc pas nouvelle. Sa difficulté principale est qu'elle repose sur un long apprentissage, dans et hors de l'entreprise.

L'apprentissage de la prévention des accidents du travail : du couple homme / machine à l'organisation du travail

Monteau (1992) montre bien l'apprentissage en matière de sécurité et d'accidents du travail. Nous détaillons sa démonstration, d'une part parce qu'elle illustre bien le processus d'apprentissage, et d'autre part parce que nous en tirerons des enseignements pour l'extrapoler à la santé et aux conditions de travail.

¹²⁰ Cavé J.-M. a été « délégué sécurité » du CNPF (Conseil National du Patronat Français) qu'il a représenté dans diverses instances notamment en assurant à ce titre la présidence du conseil d'administration de l'INRS.

¹²¹ Cavé J.-M. La sécurité intégrée, outil de gestion et de production.

Ainsi, pour Monteau, l'atteinte d'un bon niveau de prévention repose sur un apprentissage. Celui-ci se déroule généralement en trois grandes étapes successives : la maîtrise des risques techniques, celle des risques organisationnels et enfin la maîtrise des aléas à l'origine des dysfonctionnements divers.

Le tableau ci-après concerne les principales caractéristiques du « phénomène accident » selon les stades de la maîtrise du risque. Monteau y montre que l'acquisition d'un savoir - faire par les entreprises, en matière de prévention, est progressive.

L'apprentissage de la « maîtrise de la technique » peut se faire par une approche technico-réglementaire par des systèmes surajoutés, par des consignes. A ce stade, il ne s'agit pas encore d'une véritable gestion de la sécurité.

Tableau 7 : Principales caractéristiques du « phénomène accident » selon les stades de la maîtrise du risque. Source Monteau M. (1992)

STADES	1	2	3
EVOLUTION DES TAUX DE FREQUENCE			
STRUCTURE DE L'ACCIDENT	Linéaire (ou quasi linéaire) 	Avec conjonction 	Avec conjonction(s) de nombreux facteurs
SITUATION ACCIDENTOGENE			
Fréquence d'apparition	Permanente ou très fréquente	Sporadique ou épisodique	Exceptionnelle
Activités concernées	Spécifiques, habituelles, liées au poste de travail	Connexes, secondaires, inhabituelles	Non spécifiques ou périphériques (par rapport au poste de travail)
Problèmes types soulevés	Défaillances techniques (conception, utilisation du matériel, entretien, absence de dispositif de protection)	Organisationnels interférences ou hiatus entre activités	Accumulation d'écarts ou de « dérives » dans les procédures
DéTECTABILITÉ (a priori)	Facile	Difficile	Très difficile
Moyen privilégié	Visites, inspections technico-réglementaires	Analyse de postes, « scénario du pire »	Management. Détection des écarts / au référentiel

Le deuxième stade est conditionné par la prise de conscience que l'approche technique n'est pas suffisante et qu'une approche par la maîtrise de l'organisation est nécessaire pour franchir un nouveau pas. La mise en œuvre des mesures technico-réglementaires, au cours de la première étape, a permis de réduire le nombre d'accidents. Ceux qui subsistent sont alors considérés comme un symptôme de dysfonctionnement. Les opérateurs participent plus et mieux au processus de prévention.

Le troisième stade est atteint quand les deux premiers ont montré leur impact mais aussi leurs limites. L'accident est devenu rare, voire très rare. Il est le résultat d'un ensemble de causes qui isolément n'ont pratiquement aucun caractère dangereux. C'est leur conjonction qui provoque l'accident. Leur dépistage précoce est, toutefois, aussi difficile que l'estimation de leur probabilité de conjonction. La prévention repose alors sur la capacité de l'entreprise à maîtriser les aléas.

Au premier stade, la spécificité de l'action préventive est forte. Elle s'atténue à mesure que la prévention gagne du terrain, plus particulièrement en matière d'organisation du travail. Cette spécificité tend même à disparaître en abordant la prévention d'événements dont les conséquences sur la sécurité sont de moins en moins directes. Alors, la sécurité, comme la qualité notamment, sont susceptibles de s'intégrer dans ce qui deviendrait alors « *une prévention des aléas* ». Toujours selon Monteau, la nature des moyens mis en œuvre importe moins que la volonté d'aboutir de la direction, notamment en matière d'intégration.

Nous retiendrons de cette description que les compétences en matière de gestion des risques relèvent d'un apprentissage. L'entreprise passe généralement par l'approche technique, et souvent humaine. Si elle est en capacité d'en percevoir les limites, elle s'attaque ensuite à l'aspect organisationnel. Pour franchir ce nouveau cap, elle se doit de s'intéresser à la gestion des risques, c'est-à-dire rentrer dans une logique managériale.

Nous reviendrons au paragraphe 1.2.5 sur le contenu et l'état des lieux des systèmes de gestion ou de management de la SST. Nous verrons que ceux-ci sont complexes puisqu'ils associent la logique de la direction de l'entreprise, la participation directe et représentative des salariés et celle d'experts ou d'opérateurs internes ou externes à l'entreprise. Ces composantes se retrouvent dans le CHSCT et dans les actions de gestion des risques. Mais peut-on parler d'actions de gestion des risques quand celle-ci est parfaitement intégrée à l'activité. Il est

nécessaire de se doter d'éléments de lecture de ces démarches, pour mieux les analyser et essayer de les comprendre.

1.2.2) L'émergence d'une approche globale de l'accident du travail

L'approche des accidents du travail a connu un développement très important grâce à la méthode de l'arbre des causes¹²². La pertinence de cette méthode est reconnue en France et à l'étranger. Il est toutefois éclairant de noter qu'elle a fait, à ses débuts, l'objet d'une « *opposition indignée*¹²³ » et majoritaire au sein du conseil d'administration de l'INRS. Les syndicats redoutaient en effet une attribution possible des responsabilités des accidents aux travailleurs. De son côté, le patronat craignait de voir remettre en cause la doctrine du risque professionnel, reposant depuis la loi de 1898 sur la prise en charge limitée des risques par l'employeur, au profit d'une recherche systématique des responsabilités patronales. L'administration, elle-même, y voyait un risque de confusion des rôles : la recherche des causes pourrait déboucher trop facilement sur l'attribution des responsabilités, ce qui n'est pas du ressort des organismes de Sécurité Sociale. » (Viet et Ruffat, 1999, p. 170)

Le conseil d'administration de l'INRS ira, en 1977, jusqu'à décider de surseoir à la diffusion de l'information sur la méthode. Les résultats des essais en cours s'étant montrés rassurants, ce même conseil¹²⁴ autorisa en 1979, en l'encourageant, sa diffusion.

En substance, « l'arbre des causes » a été initialement rejeté à cause de son efficacité à rationaliser les facteurs de risques. Son évocation est doublement intéressante. D'une part, elle montre l'évolution positive de l'approche de la prévention. D'autre part, elle explicite les freins qui peuvent apparaître à sa mise en œuvre. Ici en l'occurrence, d'une part la dualité

¹²² La méthode de l'arbre des causes repose sur une recherche systématique et interactive des origines des accidents sous la forme d'une arborescence partant de l'accident et reconstituant ses causes. Elle s'est construite et améliorée entre 1970 et 1980 grâce à une expérimentation menée par le CERP (Cuny) dans les mines et la sidérurgie (avec le soutien de la Communauté Européenne du Charbon et de l'Acier – CECA) et à la contribution de l'INRS (Monteau et coll.) dans le cadre d'une activité de recherche et de large diffusion à la fin des années 70. Les causes ainsi établies montraient que quatre grandes familles de facteurs contribuaient à la genèse des accidents : l'individu, la tâche, le matériel et le milieu. Elles sont formulées autrement aujourd'hui, se sont enrichies, mais n'ont pas fondamentalement évolué. Ainsi, on évoquera la dimension personnelle ou humaine plutôt que l'individu, l'organisation du travail a remplacé la tâche et la technique, le matériel. Si le milieu est moins souvent évoqué, cela tient sans doute à la réduction de l'activité industrielle et à son corollaire, la moindre importance des ambiances physiques de travail.

¹²³ Cette expression émane de Moyen D., ancien directeur général de l'INRS. « Les évolutions en prévention et gestion des risques », in Ewald F. et Lorenzi J.-H., Encyclopédie de l'assurance, Economica, 1998.

¹²⁴ Lors de sa réunion du 28 juin 1979, le conseil d'administration de l'INRS demande la reprise de « *la poursuite de la collecte d'information sur les accidents, leur analyse approfondie et la définition, à partir des enseignements dégagés par l'analyse, de méthodes pratiques adaptées à la branche d'activité, à l'entreprise ou à l'atelier, qui permettent de dégager les facteurs de risques et de suggérer des démarches préventives appropriées.* » (Viet et Ruffat, 1999, p. 171).

entre la prévention et la responsabilité et, d'autre part, les problèmes de fond qu'elle peut faire émerger.

Aujourd'hui, la méthode n'a rien perdu de sa pertinence. Son usage est toutefois paradoxal : elle est peu mise en œuvre en entreprise, par contre elle est quasiment systématiquement intégrée à tous les programmes de formation à la prévention. Son faible usage est sans doute lié à sa capacité à faire émerger les problèmes évoqués précédemment. Ses vertus didactiques pour enseigner l'accidentologie et expliciter la multicausalité des accidents du travail expliquent son intérêt pédagogique. La question se pose de savoir si l'évaluation des risques connaîtra des difficultés similaires, produira les mêmes effets et connaîtra le même sort ?

La méthode aura permis de rendre irréversible l'approche globale de l'accident du travail qui était jusqu'alors trop souvent monocausale. En améliorant la qualité de l'analyse à posteriori de l'accident, elle a aussi montré que son impact était essentiellement curatif. Par voie de conséquence, elle a conforté l'idée de la nécessité d'une analyse a priori pour en renforcer l'impact préventif. Elle a ainsi occupé une place importante dans l'apprentissage de l'évaluation a priori des risques, nonobstant les spécificités de son usage.

1.2.3) Le concept d'évaluation des risques comme mythe rationnel : pratiques et controverses

Cette démarche d'analyse a priori des risques est très complexe puisqu'elle cherche à caractériser une situation future, c'est-à-dire à dessiner les contours d'un « objet virtuel ». Nous considérerons qu'elle relève de ce que Hatchuel appelle un « *mythe rationnel* ».

C'est un concept mythique parce qu'il cherche à atteindre, à décrire, ce qui n'existe pas encore. C'est un concept rationnel parce qu'indispensable à l'atteinte de l'objectif. Nous verrons d'ailleurs que pour passer du concept à la pratique il convient de mettre en œuvre un processus de construction / caractérisation, dans une logique de rationalisation.

Ce caractère « mythique » explique sans doute les divergences qui peuvent exister entre les acteurs institutionnels et sociaux et entre théorie et pratique. Tout d'abord, les positions prises, notamment par les partenaires sociaux, sont divergentes entre elles mais aussi au sein de chaque structure, entre la rhétorique du niveau politique et les pratiques très pragmatiques, au niveau des entreprises.

Ceci conforte notre parti pris méthodologique privilégiant l'approche cognitive de ce qui est réellement fait, plutôt qu'une analyse normative de ce qui devrait l'être.

§ 1. Le concept d'évaluation des risques : un mythe rationnel

Comme nous l'avons évoqué précédemment, la prévention peut être assimilée à une « métaphysique de l'action¹²⁵ » pour laquelle « un processus de révision et d'apprentissage collectif est indispensable, pour passer à l'action elle-même » (Hatchuel, 2001). C'est ce processus que nous appellerons « évaluation » en matière de risques professionnels.

Rappelons notre conception du risque comme une construction. Nous nous attacherons donc à décrire cette dernière, et surtout les conditions de sa mise en œuvre. Autrement dit, l'une des questions à traiter est de comprendre comment l'évaluation des risques peut être un mythe rationnel, c'est-à-dire permettre de passer à l'action, dans le cadre d'une construction collective, ceci tant sur le plan conceptuel qu'opérationnel.

Conceptuellement, l'évaluation répond à la définition donnée par Hatchuel des mythes rationnels qui « sont des « conceptions » limitées du monde et d'autrui, qui favorisent une dynamique de l'action collective parce qu'ils expriment un savoir novateur et donc une nouvelle perception des relations » (Hatchuel, 2001, p 38). Nous pensons en effet que l'évaluation contribue à la construction d'actions collectives permettant une rationalisation du risque, grâce à « un processus de construction conjointe des savoirs et des relations » (Hatchuel, 2001, p 38). Cette démarche devient alors un outil de « passage » ou de « traduction » du risque vers sa gestion, en contribuant à son apprentissage. Ceci interroge le rôle des acteurs : opérateur / expert / contrôleur, mais aussi l'évolution de l'approche technico-réglementaire actuelle, basée sur la règle et le savoir, vers une approche plus « participative » permettant un meilleur contrôle social et juridique, en articulant les obligations de moyens et de résultats.

§ 2. L'évaluation comme processus de construction des risques : définitions, pratiques et novations

Les définitions de l'évaluation des risques

Le Bureau International du Travail (1985) est la première institution à avoir édicté le principe « d'identifier et évaluer les risques d'atteinte à la santé sur les lieux de travail. »¹²⁶

¹²⁵ Notre compréhension, et donc notre usage du concept de « métaphysique de l'action » (Hatchuel, 2001, p 20), est la suivante : c'est une « idéologie de l'action », une « théorie qui résume l'action collective à un principe ou à un sujet totalisateur », c'est-à-dire dont on ne sait pas « comment il est mobilisé » et quelles « sont les capacités nécessaires à son action ».

¹²⁶ BIT : Convention C161 sur les services de santé au travail. 1985.

La commission européenne l'a intégrée à la directive cadre de 1989 puis en a donné la définition suivante : l'évaluation des risques est le « *fait de mesurer les risques créés pour la santé des travailleurs par l'existence des conditions de réalisation du danger sur les lieux de travail.* »¹²⁷ Cette définition se voulait donc plus quantitative que qualitative.

Pour Cuny, « *le terme évaluation est lui aussi polysémique. Les dictionnaires courants de langue française en donnent au moins cinq acceptions consacrées par l'usage. Il est possible d'en dégager l'idée commune d'attribution d'une valeur à une entité concrète ou abstraite (un objet, un principe ...) dans un système conventionnel de classement comparatif (valeurs monétaires, morales, affectives ...). Associé au mot « risque », celui « d'évaluation » entre en concurrence (en « opposition » selon les linguistes) avec ceux « d'appréciation », « d'estimation » et « d'analyse » (cf norme NF EN 1050).* » (Cuny, 1996, p 28). Cuny insiste par ailleurs sur l'idée, qu'il n'est pas possible d'évaluer un risque s'il n'est pas déjà détecté et correctement identifié. L'identification des risques correspond alors au repérage des dangers et des salariés qui y sont exposés.

Pour les préventeurs, le mot évaluation est donc le plus souvent utilisé dans son sens étymologique, c'est-à-dire en relation avec l'attribution d'une valeur. Ceci satisfait certains acteurs, les tenants de l'approche « normative », mais elle en contrarie d'autre, les adeptes de l'approche analytique du travail.

Cette controverse n'est sans doute pas étrangère à la difficulté de la construction réglementaire française. Celle-ci s'est, en effet, opérée en trois étapes : une loi, un décret et une circulaire.

La loi (1991) s'est contentée d'une traduction littérale de la directive, en édictant donc un principe très général. Cette traduction, bien que transposée dans des décrets spécifiques à certains risques, n'a pas satisfait la commission européenne qui a demandé à la France de rationaliser cette démarche.

Cela a été fait par un décret (2001) qui a prescrit une obligation descriptive (inventaire) et formaliste (nécessité de rédiger un « document unique »). Bien que sommaire, cette règle a fait réagir les entreprises compte tenu du fait qu'elle était accompagnée d'une pénalité en cas de non-respect.

Enfin, le dispositif a été complété d'une circulaire (2002) qui décrit une conception analytique, qualitative et participative (partagée avec les autres institutions).

¹²⁷ Commission Européenne, Mémento pour l'évaluation des risques professionnels. Luxembourg : Office des publications officielles des Communautés Européennes, 1997, p. 11.

Il est surprenant d'avoir dû attendre la circulaire, onze ans après la loi, pour disposer d'un texte déclinant en profondeur la démarche. Compte tenu du poids juridique très faible d'une circulaire, on pourrait parler d'une prescription réglementaire à la carte. Les entreprises moins motivées se limiteront à l'application du décret, et donc à un inventaire, alors que les entreprises plus volontaristes appliqueront la circulaire, donc une démarche plus globale.

Cette difficile construction réglementaire est le reflet de la faible motivation, voire des réserves, des acteurs sociaux et institutionnels. Les premiers y voyant les mêmes risques que lors de l'apparition de l'arbre des causes (nous l'avons évoqué précédemment). Les seconds pensant que cette remise en cause de leurs pratiques était soit dangereuse (la possibilité voire l'affirmation d'une dérégulation est alors évoquée), soit sans intérêt. Ce dernier aspect se trouverait justifié : - soit par une prétendue pratique « jourdainiste » (à quoi bon aller au-delà de ce que l'on fait déjà depuis longtemps) - soit par la perception d'une absence de plus-value.

Il est intéressant de noter que les « institutionnels » de la prévention, à quelques exceptions près, n'ont que peu assuré la promotion de cette démarche. C'est donc d'autres structures (organisations professionnelles, chambres consulaires, experts-comptables ...), à la demande des entreprises soucieuses de ne pas se mettre en faute, qui ont assuré le travail d'information.

Ainsi, en novembre 2002, date de prise d'effet du décret, soit onze ans après la loi, peu d'outillage méthodologique était disponible.

Ceci a conduit le ministère du travail et les organismes institutionnels de gestion des risques, à indiquer leur approche de l'évaluation, dans un document édité conjointement (2003). Son titre résume leur position : « *Evaluer pour prévenir - comprendre pour agir* ».

Cette approche se veut globale et intégrée à la gestion de l'entreprise¹²⁸. Les objectifs¹²⁹ qui lui sont fixés vont de la santé des salariés à la performance économique de l'entreprise, ce qui confirme bien la préoccupation d'intégration à la gestion.

Ce document décrit l'évaluation des risques comme une « *démarche dynamique* »... « *qui doit permettre la mise en œuvre d'une démarche concertée qui s'enrichit progressivement, en s'inscrivant dans le temps. De cette façon, tous les acteurs de l'entreprise acquièrent une plus grande maîtrise de la prévention en s'appropriant la démarche.* » (2003, p. 11). Cette conception, à laquelle est associée celle de savoir (des salariés et des préventeurs), comporte

¹²⁸ Nous avons évoqué au chapitre 2, le travail et la mise en œuvre de démarche et d'outils réalisés, depuis 1996, par le groupe de travail régional qui a contribué à l'initiation de notre thèse. Le retour d'expériences de ces actions a été utilement utilisé pour l'élaboration de la circulaire et donc de ce document. Ceci explique sans doute que nous en partageons l'essentiel du contenu.

¹²⁹ Les objectifs qui lui sont fixés, sont de permettre : - de protéger la santé et la sécurité des travailleurs - de répondre aux obligations de prévention - de favoriser le dialogue social - de créer des emplois de qualité - de contribuer à la performance de l'entreprise.

bien les éléments fondamentaux que nous avons évoqués précédemment : les acteurs et l'apprentissage.

Elle distingue bien l'identification des dangers et l'analyse des risques. Pour ces derniers, elle hésite néanmoins encore entre évaluation, analyse et estimation. L'approche de l'estimation (« *qui conduit à définir des critères d'appropriation propres à l'entreprise, issus notamment de l'analyse des conditions d'exposition aux risques* ») peut être assimilée à une régulation locale et contextualisée.

L'évaluation des risques relève néanmoins d'une construction encore inachevée. On peut s'en inquiéter, si l'on se réfère aux réticences dont elle fait l'objet. On peut aussi s'en réjouir si l'on considère qu'elle relève avant tout d'une régulation contextualisée qui, de fait, doit laisser aux acteurs locaux le soin d'en finaliser les modalités.

Elle comporte à la fois des éléments de rupture et de continuité, difficiles à sérier compte tenu des enjeux de chacun. Certains y voient une volonté de dérégulation. D'autres considèrent qu'elle ouvre l'opportunité de mieux prendre en compte la réalité des problèmes de risques et de prévention, en définissant les règles au plus près des situations de travail. Dans cet esprit, la Confédération Européenne des Syndicats (Boix et Vogel, 1999) y voit l'opportunité, pour les représentants du personnel de se ré-appropriier le champ de la gestion des risques en étant davantage acteurs de celles-ci.

Compte tenu des écarts entre la théorie et les pratiques, entre les directives des dirigeants (quelle que soit l'organisation) et le pragmatisme des acteurs de l'entreprise ..., nous pensons qu'il est important de partir des pratiques des entreprises. Pour cela, et par convention, dans notre étude nous considérerons comme évaluation des risques, toute démarche au cours de laquelle les quatre actions suivantes auront été réalisées : - identification des dangers et des salariés susceptibles d'y être exposés - analyse compréhensive de l'activité et estimation qualitative et/ou quantitative des expositions - participation des salariés - prise en compte du travail réel dans ses composantes techniques, humaines et organisationnelles.

Explorons donc maintenant le champ général des pratiques. Nous décrirons ensuite au chapitre 2, celles des établissements étudiés.

Les pratiques

Il est indispensable de distinguer les pratiques d'évaluation des dangers de celles d'évaluation des risques.

L'évaluation des dangers s'opère aux niveaux international, national ou d'une branche professionnelle. Les techniques ou disciplines scientifiques mobilisées sont notamment la toxicologie, l'épidémiologie, l'ingénierie de la prévention, la médecine, la sociologie ... Elles permettent d'appréhender les dangers, leur présence dans les activités professionnelles et leurs impacts éventuels sur la santé. Nous avons déjà évoqué l'importance et l'impact de la construction scientifique, politique et sociale des dangers sur l'évaluation des risques en entreprise.

Le concept d'évaluation des risques est très peu connu des entreprises et fait l'objet de pratiques diverses, peu développées pour certains aspects comme les conditions de travail et les questions de santé. Boix et Vogel confirment ce constat au niveau européen, en pointant quatre faiblesses de l'évaluation qui selon eux : - n'a concerné qu'une minorité d'entreprises et de manière bureaucratique - n'a associé qu'exceptionnellement les travailleurs - n'a fait l'objet que trop rarement de méthodes de contrôle de la qualité de l'évaluation de la part des autorités publiques - n'a donné lieu qu'exceptionnellement à des politiques publiques de prévention des risques sur la base d'évaluation. Bien que daté de 1999, ce constat reste d'actualité. Il est néanmoins possible d'identifier une typologie des pratiques existantes.

Le niveau de perfectionnement des régulations dépend du niveau d'apprentissage de la gestion des risques. Le stade reconnu comme le plus efficient étant la mise en œuvre d'une gestion prenant en compte les dimensions organisationnelles, techniques et humaines du travail.

Les principales démarches méthodologiques oscillent entre deux extrêmes : l'approche descriptive souvent quantitative et l'approche compréhensive souvent qualitative.

Pour certains auteurs comme Cuny (1996) et Boix et Vogel¹³⁰ (1999), l'évaluation correcte, si ce n'est optimale, des risques relève d'une bonne articulation entre les dimensions scientifiques et techniques, d'une part et l'approche empirique de l'autre. Cela suppose pour eux d'introduire la réalité du travail au travers du point de vue des opérateurs.

¹³⁰ Boix et Vogel proposent une classification en cinq grands types de pratiques d'évaluation centrées sur : - I l'analyse du cycle de production - II les facteurs de risques - III l'analyse des problèmes à partir des connaissances produites par les experts - IV l'analyse des problèmes à partir des connaissances produites par les travailleurs - V l'analyse systémique de la manière dont l'entreprise organise la gestion des problèmes de santé au travail. Selon eux, chaque mode a ses avantages et ses inconvénients mais ils invitent les représentants du personnel à privilégier l'approche par le concret des salariés, c'est-à-dire le cycle de production et les connaissances produites par les travailleurs.

Il existe plusieurs typologie des pratiques d'évaluation des risques : prospective ou rétrospective, analytique ou descriptive ...

Dans notre recherche, nous nous sommes attachés à analyser deux formes d'approche : par le danger ou par le risque. L'approche par le danger induit spontanément une réponse technique ou technico-réglementaire dont la force et la faiblesse est de limiter ses effets essentiellement aux aspects matériels du travail. L'approche par le risque¹³¹ concerne, par définition, le danger et le salarié. Elle induira pour le moins des mesures techniques et humaines, voire organisationnelles.

La France a intégré dans son droit du travail l'obligation de formalisation de l'évaluation des risques en 2001. Il nous paraît difficile de traiter de la forme de cette restitution sans établir une relation avec la méthode d'évaluation des risques. Par ailleurs, le choix de la méthode influe fortement sur les résultats obtenus.

Les outils disponibles sont habituellement classés, dans la littérature spécialisée, en trois familles.

La première concerne les outils de type audit de conformité. Ils procèdent par comparaison entre une référence théorique de la conformité et la situation de travail. Ces outils sont construits sur la base de questions fermées ou de questionnements plus ouverts. Ils sont surtout performants pour identifier les problèmes techniques.

Les approches systémiques constituent la deuxième famille. Elles utilisent des méthodes très structurées qui ont fait leurs preuves dans le domaine de la sûreté de fonctionnement notamment. Leur efficacité est notoire dans les industries de procédés notamment mais reste à démontrer pour les risques dit conventionnels, plus encore dans les TPE.

Enfin, la troisième famille est centrée autour de l'analyse du travail. Elle part de l'analyse de l'activité réelle de travail et permet ainsi une approche globale de l'activité mais présente l'inconvénient d'être lourde à mettre en œuvre.

¹³¹ On fera par exemple pour le bruit, dans une approche technico-réglementaire, la relation avec le port d'équipements de protection auditif ou de mesures techniques de réduction du bruit à la source. Ces mesures permettent un réel progrès, mais il est aujourd'hui admis par les préventeurs qu'une compréhension des modalités d'exposition des salariés au bruit est nécessaire pour une efficacité optimale de leurs interventions intégrant aussi les dimensions organisationnelles et humaines.

De même dans le BTP, la pose de garde-corps est nécessaire mais n'est pas une garantie suffisante pour prévenir les risques de chute de hauteur (cause principale de décès par accident dans cette activité), là aussi la compréhension du travail est indispensable.

En établissements de soins, pour la manutention des malades, la mise à disposition de lits à hauteur réglable est d'effet limité si les salariés ne sont pas formés et ne bénéficient pas d'une organisation adaptée, elle-même d'intérêt faible faute de matériel adéquat.

Il nous semble que ces familles ont chacune leurs avantages et leurs inconvénients. Néanmoins, tout outil vaut essentiellement par la façon dont on l'utilise et l'important est d'en analyser l'usage.

L'une des difficultés rencontrées concerne la divergence entre le mot «évaluation», dont la définition renvoie indiscutablement à la notion de valeur donc de quantification alors que la démarche prônée par la majorité des acteurs institutionnels est essentiellement qualitative, et l'usage du mot «analyse» désignerait plus justement la démarche. Pour contourner cette difficulté, les acteurs utilisent souvent une solution intermédiaire qui est «l'estimation». Ainsi, des valeurs estimatives sont attribuées pour caractériser les risques. Ces valeurs sont soit cardinales, soit ordinales. Les premières sont très difficiles à utiliser faute de données réellement pertinentes pour chaque entreprise. Les deuxièmes peuvent par contre être utilisées pour donner un ordre de grandeur de chaque problème à traiter. Cela peut être intéressant mais ouvre la porte au débat sur le risque acceptable si son «ordre de grandeur» est faible, voire pour hiérarchiser les priorités. Ceci ouvre un débat complémentaire du premier : « tous les risques devant être traités, à quoi bon les hiérarchiser ? ». Les valeurs ordinales caractérisent avant tout la régulation contextualisée qui a permis de les définir.

La Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation professionnelle d'Ile de France (DRTEFP-IF) nourrit ce débat sur les novations et les limites de la démarche. Elle cite un intérêt : *«faire émerger des situations à risque pas nécessairement faciles à appréhender»* et trois inconvénients : - *«elle peut être contradictoire avec la logique de la prévention des risques professionnels»* si *«le coût des mesures de prévention est estimé supérieur au coût représenté par la conséquence»* - *«elle est présentée comme revêtant un caractère scientifique puisque quantifiable»*, or la quantification du risque ne serait pas réalisable au niveau de l'entreprise - enfin, la hiérarchisation des risques peut justifier le report dans le temps des mesures de prévention, *«ce résultat est par nature contradictoire avec la logique des agents de contrôle, ayant pour vocation à faire respecter les dispositions d'ordre public sans « graduation » préalable.»*

Dans cette analyse, nous partageons l'intérêt qui est pointé et la deuxième critique relative à la difficulté de quantification. Quant aux deux autres critiques (la prise en compte du rapport coût / bénéfice et la graduation des risques), elles ne trouvent pas leur origine dans l'évaluation des risques qui peut sans doute en rationaliser ou pour le moins en objectiver les critères. Pour nous, l'évaluation des risques n'est en fait qu'un révélateur de difficultés autres et antérieures.

De fait, analyser la contribution de l'évaluation des risques à leur gestion, sur la base de l'analyse des prescrits ou de la théorie, n'a pas grand intérêt. Ceci nous a conduit, à l'issue de notre première exploration du terrain, à privilégier l'analyse des pratiques dont nous avons montré qu'elles étaient diverses. Il faut d'ailleurs rappeler que ces pratiques ne sont que très rarement qualifiées d'évaluation des risques et qu'elles sont avant tout empiriques.

Rappelons aussi que le concept d'évaluation des risques est le résultat d'un compromis, lors de l'élaboration de la directive-cadre européenne, entre une logique technico-réglementaire soutenue par certains pays, dont la France et par ailleurs l'approche basée sur le « raisonnablement praticable » cher aux anglais.

Si cette évolution a été marquée dans l'histoire par la directive-cadre, celle-ci en constitue davantage un révélateur qu'une origine. Il apparaît en effet que cette démarche ne peut pas être analysée en dehors de son contexte que nous avons évoqué au chapitre 1, c'est-à-dire le rééquilibrage des régulations étatique et sociale. Cette évolution des modes de régulation nous paraît avoir un effet beaucoup plus important sur la gestion des risques que la démarche d'évaluation des risques qui n'en constitue que l'outil de construction et de rationalisation.

§ 3. L'avis des acteurs sociaux

Le niveau européen a été le premier à prendre une position structurée sur l'évaluation des risques. Ainsi, le Bureau Technique Syndical de la Confédération Européenne des Syndicats (Boix et Vogel, 1999) pose le problème en termes politiques et propose des pistes opérationnelles.

Politiquement, il en fait une analyse en terme de régulation : « *Pour les milieux patronaux, il s'agit principalement d'un instrument de dérégulation. Cela participerait d'une évolution générale qui affaiblirait les règles publiques destinées à protéger la vie et la santé des travailleurs. La demande patronale vise à simplifier la législation, à en limiter la portée à la définition d'objectifs généraux aussi vagues que possibles, à assouplir les contrôles extérieurs (notamment de la part des inspecteurs du travail), à faire passer les autorités publiques d'une fonction de sanction à celle de conseil. Dans cette optique, la législation ne devrait constituer qu'un cadre général, et chaque entreprise devrait déterminer ses priorités de prévention sur la base d'une auto-évaluation des risques. D'autre part, la légitimation des règles et des pratiques de prévention ne serait plus uniquement la protection de la vie et de la santé. Elle devrait aussi se soumettre à un test économique et démontrer qu'elle est rentable du point de vue de l'entreprise. Sur la question de la participation des travailleurs, la*

pression patronale n'est pas uniforme. Certains la considèrent comme un fardeau inutile, d'autres, au contraire, y voient un instrument important de connaissance et de consensus. »¹³²

Sur le plan opérationnel, Boix et Vogel pensent que l'évaluation des risques peut être un atout pour la prévention si cinq conditions sont remplies : - l'évaluation ne sert pas à déterminer si des risques sont acceptables ou non, la règle étant l'élimination des risques dès lors que c'est possible - l'évaluation des risques ne vise pas à présenter une sorte de certificat de conformité de l'entreprise - l'évaluation débouche sur un programme d'actions - l'évaluation des risques est un instrument pour le débat social dans l'entreprise - et enfin, l'évaluation des risques doit déboucher sur des débats publics, pour nourrir des échanges et être un instrument de débat politique. Ils insistent ainsi fortement d'une part sur la nécessité d'éliminer tous les risques par des actions de prévention, et d'autre part sur l'intérêt du débat social et politique que devrait permettre l'évaluation des risques.

Au niveau français, après le relatif scepticisme initial, les principales organisations syndicales ont édité des guides méthodologiques pour structurer l'action syndicale en entreprise. Les enjeux¹³³ pour les salariés y sont généralement pointés de manière homogène : rénover les pratiques de prévention et renforcer la place des représentants du personnel¹³⁴.

La question de la place que doivent occuper les salariés dans le processus reçoit par contre une réponse moins homogène. La CFDT plaide pour une posture participative, en insistant sur l'importance de la négociation collective au niveau de la branche et de l'entreprise. La CGT insiste sur la nécessité de dissocier : - la phase d'évaluation pour laquelle le CHSCT doit s'exprimer sur la méthode et peut contribuer contradictoirement « avec tous les moyens

¹³² Boix et Vogel citent M. Rington, ancien directeur du Health and Safety Executive (l'inspection du travail britannique qui était chargée de négocier les directives communautaires au nom du gouvernement britannique) : « Pendant la négociation précipitée de la directive-cadre, le Royaume-Uni s'est trouvé dans une position de minorité sans issue pour défendre son principe majeur : que la santé et la sécurité devraient être fondées sur leur caractère raisonnablement praticable, ce qui inclut une estimation des coûts par rapport aux risques. Nous nous sommes débrouillés pour lui substituer le principe - que nous considérons équivalent - selon lequel les mesures de santé et de sécurité devaient être basées sur une évaluation des risques. » (Boix et Vogel, 1999, p. 10).

¹³³ Boix et Vogel décrivent ainsi le rôle des militants syndicaux : - rendre visible ce qui est invisible - rendre collectif le vécu individuel - formuler une stratégie collective pour transformer la perception des risques en actions préventives.

¹³⁴ La CGT (Pour une méthodologie d'action syndicale sur l'évaluation des risques. Janvier 2004) résume ainsi : « L'enjeu d'une véritable évaluation des risques constitue une démarche qui n'est pas de la même nature ni du même intérêt selon que l'on se situe en tant qu'employeur ou en tant que salariés. Les objectifs ne seront pas forcément traités à l'identique. Certains voudraient faire croire qu'il ne s'agit que d'une phase uniquement technique. Or, la façon dont elle sera mise en œuvre, les acteurs qui y contribueront, leur posture sociale, autant que professionnelle montrent qu'il n'en est rien, même s'il est fait appel à des compétences et des moyens techniques pour la réaliser. C'est pourquoi, nous en appelons à la vigilance toute particulière des organisations, militants, syndiqués, élus des institutions représentatives du personnel, notamment des CHSCT, dans le cadre de la mise en œuvre de l'évaluation des risques professionnels dans les entreprises, pour jouer leur rôle, rien que leur rôle et pleinement leur rôle. »

d'investigation dont il dispose » et - la phase de décisions / gestion qui relève de la responsabilité de l'employeur. En conséquence, la CGT déconseille à ses militants d'émettre un avis favorable sur les résultats de l'évaluation, mais plutôt : - soit de «prendre acte» que l'information lui a été donnée - soit d'émettre un avis défavorable et / ou réservé compte tenu de problèmes de méthodologie ou de risques non pris en compte.

L'analyse des positions syndicales françaises¹³⁵ fait donc apparaître deux débats principaux.

Le premier concerne la régulation et plus particulièrement l'articulation entre régulation étatique et sociale, y compris l'articulation entre participation directe et participative. Le second renvoie aux conséquences de cette évolution, en terme de responsabilité.

Du côté patronal, on relève trois niveaux d'analyse : politique, stratégique et opérationnel.

Sur le plan politique, l'évaluation des risques est présentée comme une opportunité. *« L'appropriation de cette démarche par les entreprises peut être riche de potentialités, pour autant qu'elles ne soient pas entravées par le maintien d'une conception trop « réglementaire » »*¹³⁶. L'ensemble des positions patronales insiste sur la responsabilité de l'employeur et sur la nécessité de lui laisser la liberté de son organisation, pour l'assumer.

Stratégiquement, les organisations patronales insistent sur l'intégration de cette démarche dans une logique de gestion plus globale et sur la place que doivent y occuper certains experts.

Enfin, la traduction opérationnelle de cette vision « intégrée » de l'évaluation en réduit la formalisation au minimum réglementaire¹³⁷, c'est-à-dire à un inventaire.

L'ensemble des positions syndicales et patronales résume bien les débats et controverses : - participation des salariés / responsabilité de l'employeur - évaluation clairement dissociée des décisions / évaluation intégrée à la gestion - régulation par un droit étatique / régulation par la négociation sociale.

¹³⁵ Au niveau européen, le bureau technique syndical (Boix et Vogel) propose la stratégie suivante, en 8 étapes : - 1) définir une stratégie syndicale - 2) identifier les principaux problèmes - 3) première négociation avec le patron - 4) participation critique de l'OS à la collecte de l'information sur les risques (l'ER) - 5) analyse critique de l'ER et établissement d'un consensus avec le patron sur l'ER - 6) « Que peut-on faire » : reprise de l'autonomie pour faire des propositions - 7) négociation un plan de mesures préventives - 8 suivi et contrôle syndical du plan d'action.

¹³⁶ Caron B. Point de vue du MEDEF. Dans : *La prévention des risques professionnels. La position des partenaires sociaux*. Editions ANACT. Mars 2000.

¹³⁷ « L'employeur n'est pas tenu d'indiquer dans le document unique la méthode utilisée pour évaluer les risques pour la sécurité et la santé des salariés. Seuls doivent figurer dans ce document les résultats de l'évaluation. L'évaluation doit comporter un inventaire des risques identifiés dans chaque unité de travail de l'entreprise ou de l'établissement. » UIMM. Informations sociales. Edition 2001. 2001, p 3693. 6 décembre 2001.

Pour nourrir ce débat, il est nécessaire d'explorer les différentes formes de contribution de l'évaluation des risques. Explorons maintenant sa contribution en terme de rationalisation.

1.2.4) L'introduction de l'évaluation des risques comme processus de rationalisation, dans le code du travail

Le concept de prévention apparaît de plus en plus comme une « métaphysique de l'action » alors que l'évaluation des risques devient une forme de rationalisation. Dans le droit du travail, celle-ci s'est faite en plusieurs étapes : - son intégration à la gestion - l'expression de mythes rationnels - la prescription de moyens substantiels ou procéduraux.

Nous ne reviendrons pas sur la première étape que nous déjà abordée. Intéressons-nous plutôt aux modes de rationalisation des autres étapes.

Les métaphysiques de l'action

La principale métaphysique de l'action est le concept de prévention.

Pour la plupart des risques, le code du travail traduit cette métaphysique de l'action en exigences mythiques et très similaires. Par exemple : - pour l'exposition à la radioactivité, il s'agira « *de réduire le risque au niveau le plus bas raisonnablement possible* » - et pour le bruit (articles R 232-8 à R 232-8-7 du code du travail), l'exposition doit demeurer « *à un niveau compatible avec la santé des travailleurs, notamment avec la protection de l'ouïe.* ». Dès lors, « *l'employeur est tenu de réduire le bruit au niveau le plus bas raisonnablement possible, compte tenu de l'état de la technique.* ». Ces prescriptions constituent bien des métaphysiques de l'action, c'est-à-dire qu'en l'état, elles ne sont pas opératoires. Elles indiquent simplement que l'une devra être rationalisée en se référant à la raison, et que pour l'autre il conviendra de se référer simultanément à la raison et à la technique.

Il n'est donc pas surprenant que, au concept de prévention, soient de plus en plus souvent préférés ceux, plus opératoires, de gestion ou de réduction du risque qui induisent l'idée d'objectif.

Les mythes rationnels

Ce besoin d'opérationnalisation rend nécessaire l'expression de mythes rationnels. Ceux-ci peuvent prendre différentes formes selon qu'ils prescriront une obligation de moyen ou de

résultats. L'obligation de moyens peut être substantielle (ils prendront la forme d'une « exigence essentielle ») ou procédurale (ils prendront la forme d'une démarche).

Le prescrit substantiel relatif aux moyens s'exprime sous la forme d'une prescription générale comme par exemple « *substituer ce qui est moins dangereux à ce qui l'est plus* » (article L230-2 du code du travail) ou les « *exigences essentielles* » applicables aux équipements de travail. Concernant le prescrit procédural relatifs aux moyens, il est lui aussi exprimé en terme de mythe rationnel tel la nécessité d'associer les salariés, de consulter le CHSCT ...

En matière d'obligation de résultats, la métaphysique de l'action (réduire le risque au niveau le plus bas raisonnablement possible) est généralement complétée par un mythe rationnel : maintenir l'exposition en dessous (ou en dessus) d'une limite quantitative, d'un seuil.

La construction de la prescription

Jusque-là les choses sont claires : il appartient aux acteurs publics européens ou nationaux d'édicter ce niveau de prescriptions. La situation se complique quand il s'agit de passer à la définition de leur opérationnalisation. Celle-ci était jusqu'à aujourd'hui largement concertée, mais au final relevait principalement de décisions étatiques. La remise en cause de ce principe, ou plus précisément l'affaiblissement de la régulation étatique, introduit deux types de questions ou de problèmes : le lieu et les acteurs de la prescription opératoire d'une part, et la disponibilité des connaissances indispensables à la rationalisation, d'autre part.

Concernant les obligations de résultats, le problème survient quand on n'arrive pas à les rationaliser par une limite quantitative. Le cas des produits cancérigènes est ainsi perturbateur puisque la cancérogenèse ne connaît pas de seuils quantitatifs, et pourtant la réglementation en comporte ! Cette controverse concernant les produits cancérigènes se retrouve dans le débat sur l'aptitude médicale. Quand un seuil existe, il permet de définir un champ (entre 0 et ce seuil) dans lequel le risque est considéré comme maîtrisé. Déterminer l'aptitude médicale d'un salarié revient alors à évaluer sa capacité à réaliser son travail dans ce champ de risque acceptable, donc accepté. Quand le seuil assurant la protection optimale est zéro, le champ de risque acceptable devient nul et la seule solution préventive est la suppression soit du danger, soit de l'exposition des salariés au danger. La problématique de l'aptitude trouve alors difficilement un sens. Deux solutions apparaissent alors : - soit supprimer l'aptitude - soit définir un seuil pour créer un champ de risque acceptable. C'est cette deuxième solution qui a été retenue. Le cas de la radioprotection est illustratif puisque depuis très longtemps des seuils

ont été définis. Ils ont dernièrement été fortement réduits en étant divisés par 2,5. Cette évolution est sans doute à mettre sur le compte de l'amélioration des résultats obtenus qui permettent de réduire les seuils réglementaires. L'objectif d'optimisation, déjà évoqué, renforce la logique de rationalisation.

Le processus de rationalisation apparaît donc ainsi: expression d'une métaphysique de l'action, rationalisation de son objectif, mise en œuvre de l'action, baisse effective des expositions et baisse des seuils réglementaires. C'est une rationalisation par la raison, forcément limitée aux critères de celle-ci.

Le processus consiste à construire un compromis entre les enjeux politiques de l'Etat (intérêt général), des employeurs (économiques et juridiques), des salariés (emploi et santé) et des experts (rigueur dans la construction et l'utilisation des savoirs).

Nous venons d'insister sur le processus de rationalisation des risques qui passe par l'intégration du traitement des risques dans la gestion des entreprises. Présentons maintenant certaines pratiques de gestion qui s'inscrivent dans ce qui est couramment appelé le mouvement de management de la santé - sécurité au travail (SST).

1.2.5) Le mouvement de management de la SST

Certaines entreprises pratiquent depuis longtemps des démarches de management de la SST. Les plus avancées d'entre elles ont même modélisé leur approche (Dupont de Nemour ...). Les Britanniques du BSI¹³⁸ ont été les premiers à structurer le management de la SST par l'adoption d'un guide (British Standard 8800) en 1996. Ils ont parallèlement proposé, sans succès, que le management de la prévention soit normalisé au niveau de l'organisation internationale de normalisation (ISO)¹³⁹.

Dès 1996, le représentant du ministère français chargé du travail (Boisnel, 1996) avait développé deux arguments contre la normalisation: « *L'ISO, organisation internationale non gouvernementale, ne peut pas et ne doit pas, à mon sens, investir le champ du management OH&S¹⁴⁰. D'une part, parce qu'il s'agit là d'un champ d'intervention publique. D'autre part, parce qu'il nécessite, pour sa mise en œuvre, des systèmes de contrôle et de sanctions*

¹³⁸ British Standard Institution : organisme de normalisation Britannique équivalent de l'AFNOR.

¹³⁹ Ce projet a été rejeté en avril 2000. Parmi les adversaires au projet figuraient notamment les Etats-Unis, l'Allemagne, la Chine, la France. Le Japon, l'Italie et l'Espagne se sont abstenus.

¹⁴⁰ OH&S : Organisation for Health and Safety

relevant de la seule autorité publique. [...] Une norme internationale en ce domaine risque soit de ne comporter aucune valeur ajoutée, soit d'entrer immédiatement en conflit avec les systèmes institutionnels et juridiques existants, ainsi qu'avec les systèmes de régulation fonctionnant entre les acteurs institutionnels. » L'ensemble des acteurs institutionnels français¹⁴¹ avait, en 2000, pris une position contre la normalisation en considérant que la santé sécurité au travail relève du pouvoir législatif car il s'agit d'un domaine des relations sociales et qu'une norme pourrait développer une certification qui induirait des coûts sans valeur ajoutée. En conclusion, ils ont jugé nécessaire de disposer d'un retour d'expériences avant de s'engager dans cette voie.

Face à cet échec, plusieurs organismes de normalisation nationaux ou privés se sont regroupés pour élaborer un référentiel intitulé OHSAS¹⁴² 18001. Parallèlement, le BIT élaborait ses « Principes directeurs concernant les systèmes de gestion de la sécurité et de la santé au travail » adoptés en 2001. L'Agence Européenne pour la Sécurité et la Santé au Travail a publié en 2002 un rapport¹⁴³ sur « *l'utilisation des systèmes de gestion de la sécurité et de la santé au travail dans les Etats membres de l'Union européenne.* »

¹⁴¹ Selon la revue « Travail et Sécurité » de l'INRS (février 2003), « *Les votes des principaux partenaires de l'AFNOR, en particulier le ministère de l'Emploi et de la Solidarité, celui de l'Economie et des Finances, l'institution prévention (CNAMTS, INRS, CRAM, EUROGIP) et les partenaires sociaux que sont le MEDEF, la CFDT, la CGC, la CGT et FO, s'étaient clairement déclarés contre. Plusieurs arguments avaient été avancés. Notamment le fait que la santé et la sécurité au travail relèvent, en France comme en Europe, du pouvoir législatif et qu'il s'agit d'un domaine de relations sociales où il est indispensable de tenir compte des spécificités culturelles, structurelles et opérationnelles de chaque pays, ainsi que de la nature des activités et de la taille des entreprises. Il était aussi avancé que le Bureau International du Travail (BIT) constitue une structure plus appropriée que l'ISO, qu'une « certification induirait des coûts additionnels sans valeur ajoutée, enfin, qu'il eut été préférable de disposer préalablement de retours d'expérience sur les mises en œuvre de SMS.* »

¹⁴² OHSAS : Occupational Health and Safety Assessment Series, séries pour l'évaluation de la santé et de la sécurité au travail.

¹⁴³ Ce rapport identifie les cinq piliers d'un système idéal de gestion de la SST. Ces cinq facteurs de réussite correspondent aux cinq étapes nécessaires à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation d'un système de gestion de la SST efficace et intégré : 1 - Implication des personnes concernées et obtention de leur soutien ; direction et salariés (participation directe et représentative) 2 - Définition du système ; objectifs mesurables, évaluation des risques, planification et développement du système 3 - Mise en œuvre axée sur la sécurité du personnel 4 - Evaluation des résultats et communication des progrès et des possibilités d'amélioration 5 - Travail dans le sens de l'amélioration continue ; évaluations régulières, examen régulier de la gestion et du respect des prescriptions légales, intégration du système de gestion de la SST dans tous les domaines de l'entreprise. (Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail. Critères de réussite des systèmes de gestion de la santé et de la sécurité au travail. « Actualités » ; Lettre de l'Agence, n° 12, 2002)

En France on notera de nombreuses initiatives¹⁴⁴ en la matière. Le premier domaine à en avoir fait une obligation réglementaire est celui relatif aux installations classées pour la protection de l'environnement (ICPE).

Elles peuvent aussi être volontaristes dans le cas de la mise en place, sur l'initiative des industriels, de plans d'assurance sécurité, de certifications d'entreprises dans un premier temps au guide BS 8800 et maintenant au référentiel OSHAS 18001.

Alors que la qualité et l'environnement ont été normalisés, la gestion des risques professionnels ne le sera pas. Nous n'entrerons pas dans le débat de savoir si la normalisation est un facteur d'amélioration de la qualité et de l'environnement, et le serait pour la gestion des risques. Ce qui différencie ces trois aspects n'est pas l'approche par le droit car l'environnement, et partiellement la qualité, font également l'objet d'une « couverture législative ». Par contre, deux éléments issus des démarches qualité pèsent sur les décisions des acteurs économiques et sociaux : - pour les employeurs, l'engagement d'un surcoût dont la valeur ajoutée n'est pas démontrée - pour les salariés, le risque de se voir imposer des contraintes alourdissant le travail.

La position prise permet aussi à chacun de préserver son territoire.

En résumé, les institutions françaises¹⁴⁵ sont favorables à la mise en place de systèmes de management de la gestion des risques en s'opposant à la normalisation de ceux-ci pour laisser la liberté aux entreprises d'adapter leur système à leurs besoins et de se faire certifier si elles le souhaitent. Là aussi, la logique est d'inciter sans obliger.

Dans cette analyse des systèmes de management de la SST nous retiendrons tout d'abord leur forte montée en puissance : le développement des pratiques et des rapports sur le sujet en atteste.

Ensuite, il n'est pas surprenant que ce soit les Britanniques qui aient institué les premiers ces systèmes et que ce soit également eux qui ont été à l'origine de l'intégration du concept d'évaluation des risques, dans le droit européen. Cela conforte l'idée que ces deux

¹⁴⁴ L'institution prévention de la Sécurité Sociale a également défini ses bonnes pratiques de prévention : « - 1 Intégrer la gestion de la santé et de la sécurité au travail dans toutes les fonctions de l'entreprise - 2 Harmoniser la politique santé sécurité avec les autres politiques de l'entreprise - 3 Développer l'autonomie de l'entreprise en matière de prévention - 4 Favoriser une approche pluridisciplinaire - 5 Faire de l'identification et de l'évaluation à priori des risques un élément majeur de la politique santé et sécurité au travail - 6 Intégrer la prévention dès la conception des lieux, des équipements, des postes et des méthodes de travail - 7 Analyser les accidents du travail et les maladies professionnelles en remontant aux causes les plus en amont - 8 Améliorer la politique de maîtrise des risques et faire évoluer les valeurs de base de l'entreprise ». Extrait de : Institution prévention, *Politique de maîtrise des risques professionnels, valeurs essentielles et bonnes pratiques de prévention*. 25 septembre 2002.

¹⁴⁵ Dossier INRS relatif au « Management de la santé et de la sécurité au travail. » Mise à jour le 3 octobre 2002.

composantes (évaluation et gestion), à dominante procédurale, sont indissociables et doivent être articulées dans l'entreprise.

Enfin, le refus de la normalisation, l'encouragement à la mise en place de système de gestion, la liberté laissée aux entreprises de se faire certifier, renvoient à la nécessaire expérimentation et à ses résultats.

Dans le rapport¹⁴⁶ précité, l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail identifie, dans les pratiques des entreprises, quatre catégories de systèmes de management¹⁴⁷ de la SST. Les variables de ces quatre systèmes sont : le niveau d'intégration de la prévention dans le système de management, l'approche par le danger (à la source), l'association des salariés, le contrôle du comportement des salariés et le rôle joué par l'encadrement et les spécialistes. Nous retrouvons donc les dimensions observées sur notre terrain de recherche.

Ce rapport souligne le fait qu'il n'existe pas de système de gestion universel en raison de la diversité et de la complexité des entreprises. Les cinq facteurs de réussite¹⁴⁸ ne constituent donc qu'un cadre à adapter, plutôt qu'une formule toute faite. La communication sur la politique est un élément important, des systèmes trop rigides posent problème.

Il est clair que selon le système mis en place, le mode de régulation est très variable et les modalités et la place de l'évaluation des risques dans leurs gestions pourront être très différentes. Pour notre recherche, le débat n'est donc pas la normalisation mais ce qui peut donner de la valeur ajoutée à ces systèmes, partant de l'hypothèse que celle-ci viendra moins du cadre prescrit que de la capacité des acteurs à la faire émerger. Cette analyse nous amènera à approfondir le concept de gestion, puis celui d'action et d'apprentissage.

Les bases générales du concept de gestion étant posées, interrogeons-nous sur la spécificité éventuelle de la gestion des risques. Notre point de départ est de considérer que la gestion des risques professionnels n'est pas qu'un problème de crise des savoirs ou des relations, mais d'articulation entre les deux. Nous avons montré que la gestion des risques ne pouvait trouver son efficacité qu'en étant intégrée à la gestion de l'entreprise. Si l'on considère qu'il y a

¹⁴⁶ - Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail : The use of occupational safety and Health Management Systems in the Member States of European Union. Luxembourg : Office for Official Publications of the European Communities, 2002.

¹⁴⁷ Les quatre catégories de système de management de la SST : - *sophisticated behavioural* : la prévention est fortement intégrée dans le système de management - *adoptive hazard managers* : la prévention est centrée sur le contrôle du danger à la source, avec association active des salariés - *unsafe act minimisers* : la prévention repose sur le contrôle du comportement des salariés - et *traditional design and engineering* : la prévention repose sur le contrôle des dangers dans un processus d'identification, d'évaluation et de contrôle, dans lequel le rôle clé est joué par l'encadrement et les spécialistes.

¹⁴⁸ Cf note de bas de page relative aux « Critères de réussite des systèmes de gestion de la santé et de la sécurité au travail » (Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail. 2002)

gestion à partir du moment où on « dénaturalise » une catégorie ou un type de situation de l'action collective, cela devient-il contradictoire avec le concept de prévention intégrée ?

Nous chercherons à répondre à cette question en analysant sur notre terrain de recherche les processus, plus ou moins forts, plus ou moins couplés à d'autres, de rationalisation de l'activité de gestion, ainsi que les outils et les dispositifs de gestion associés.

Nous adopterons dans cette thèse une conception élargie des risques, intégrant l'ensemble des composantes habituellement dénommées « santé », « sécurité » et « conditions de travail ».

Explorons maintenant les modalités de construction et de gestion de ces risques, sur notre terrain de recherche.

Chapitre 2) Les trois pratiques de construction / rationalisation des risques dans les établissements étudiés

2.1) La construction / rationalisation ascendante

2.1.1) Les pratiques ascendantes de chaque établissement

2.1.2) Exemples de constructions ascendantes : les risques liés à l'environnement de travail

2.1.3) Modélisation des pratiques ascendantes

2.2) La construction / rationalisation descendante

2.2.1) Les pratiques descendantes de chaque établissement

2.2.2) Exemples de constructions descendantes

§ 1. La radioactivité

§ 2. L'incendie

§ 3. Les risques chimiques et cancérogènes

2.2.3) Modélisation des pratiques descendantes

2.3) La construction / rationalisation combinée

2.3.1) Les pratiques combinées de chaque établissement

2.3.2) Exemples de constructions combinées

§ 1. La charge mentale et les conditions de travail

§ 2. Les accidents avec exposition au sang (AES)

§ 3. La manutention

2.3.3) Modélisation des pratiques combinées

Chapitre 2) Les trois pratiques de construction / rationalisation des risques dans les établissements étudiés

Lors de notre première exploration, dans l'établissement A, nous avons constaté que leur mode de raisonnement le plus fréquent ne repose pas sur le risque mais sur l'activité réelle de travail.

Dans le même ordre d'idée, nous avons constaté que les mots «évaluer» et «gérer» les risques étaient absents du vocabulaire et que leur étaient préférés les mots «poser» et «traiter» voire «régler» un problème. L'analyse cognitive de celui-ci ne repose donc pas sur une entrée par le risque mais sur la situation concrète de travail et sur la représentation qu'en ont les salariés. Le mode de construction dominant est donc logiquement celui qui part de cette activité. Nous l'appellerons «ascendant». Il n'est d'ailleurs pas surprenant que ce soit le mode d'approche conseillé par le Bureau Technique Syndical Européen puisqu'il correspond le mieux à l'aptitude des salariés et à la satisfaction de leur intérêt immédiat.

L'approche par le risque est plus rare et peut avoir deux origines : le prescrit externe ou une construction au sein de l'établissement, par la volonté de la direction, des représentants du personnel ou d'experts. Nous nommerons ces approches «descendantes».

La mise en œuvre et l'apprentissage des démarches ascendantes et descendantes amènent, dans certaines conditions, leurs acteurs à prendre conscience de leurs limites dans le traitement de certains problèmes. Cela permet aussi la légitimation et la généralisation de certaines actions. Il leur apparaît alors nécessaire de combiner l'ascendant et le descendant, le particulier et le général, dans un processus itératif. Nous qualifierons ces pratiques de «combinées». Elles sont en augmentation, mais encore rares compte tenu des conditions qu'elles requièrent et de leurs difficultés de mise en œuvre.

Nous illustrerons chaque mode de construction par ses risques cibles privilégiés. Cette illustration n'est qu'indicative car chaque risque peut être construit selon les trois pratiques que nous avons identifiées. Elles correspondent toutefois à la pratique dominante.

Ainsi, les risques liés à l'environnement de travail sont construits essentiellement de manière ascendante. La radioactivité, l'incendie et les risques chimiques et cancérigènes relèvent principalement d'une construction descendante. Enfin, la charge mentale et les conditions de travail, les accidents avec exposition au sang (AES) et la manutention peuvent être initiés de

manière ascendante ou descendante, mais leur gestion approfondie requiert une démarche combinée.

Après avoir décrit ces trois types de pratiques, nous en ferons l'analyse comparative et une tentative de modélisation. Elle nous montrera que, quel que soit le type d'approche, le principal problème, tant sur le plan conceptuel que pratique, est l'articulation de ses composantes. Nous chercherons, pour chaque risque, à faire émerger leurs caractéristiques et leurs modes de construction : savoirs disponibles, perception, formes de prescription, régulation ... Pour cela nous procéderons en deux temps. Au cours du premier nous chercherons, par une comparaison entre établissement, d'éventuelles spécificités liées au contexte local. Nous essaierons, au cours du second, de reconstituer le mode d'approche de chaque risque.

Enfin, nous nous devons d'analyser les similitudes entre nos trois figures de la construction des risques (ascendante, descendante et combinée) et les trois figures de la régulation selon Reynaud (autonome, de contrôle et conjointe).

Les pratiques Elles peuvent être décrites en plusieurs phases. Il s'agit davantage de phases itératives et indissociables que d'étapes ordonnées chronologiquement. La première est l'initiation du problème par son identification et son expression. La deuxième est constituée de son évaluation / validation, c'est-à-dire d'un processus de caractérisation / rationalisation. La décision / prescription constitue la troisième phase de construction. L'action de mise en œuvre de la prescription est la quatrième et, enfin, le suivi indispensable à l'apprentissage, la cinquième. Nous montrerons que ces cinq phases existent toujours, mais qu'elles sont différentes selon les types de pratiques.

2.1) La construction / rationalisation ascendante

Nous décrivons dans un premier temps cette pratique de construction dans les quatre établissements, pour les modéliser ensuite.

2.1.1) Les pratiques ascendantes de chaque établissement

Etablissement A

Les différents types de pratiques de A sont bien résumés par la direction : « *La direction étant plutôt à l'écoute qu'à la pointe et à l'avant-garde, pour être franc, des actions. Ça vient plutôt de la base, ça naît des incidents qu'on constate, ça naît de la réglementation qui évolue, ça naît de la pression technico-tutellaire de l'inspection du travail de temps en temps. L'aiguillon de la direction, c'est la continuité, la qualité et le coût des soins que, par exemple, l'absentéisme peut perturber ; alors on agit.* » ... « *au final, la prévention c'est moins un problème de moyen que de conviction* »

L'approche ascendante des risques à A repose sur un volontarisme de la direction et sur l'aptitude des représentants du personnel à être à l'écoute des salariés pour faire ainsi remonter, au CHSCT, leurs problèmes qui sont plus souvent particuliers que généraux.

Etablissement B

Nous avons déjà évoqué la typologie des pratiques à B, liée au faible volontarisme de la direction et à la forte capacité d'action syndicale. Elles sont très majoritairement ascendantes pour évoquer des problèmes particuliers qui peuvent être traités isolément. Le point fort en est que cela permet, dans le temps, de régler ces problèmes. Le point faible est que la logique est essentiellement voire uniquement curative si elles n'arrivent pas à passer du particulier au général.

Cette capacité à exprimer les problèmes concrets rencontrés par les salariés est assise d'une part sur des réseaux d'information efficaces et d'autre part sur des enquêtes auprès du personnel. Par exemple, au CHSCT de mars 1999, sont présentés les résultats du questionnaire « CHSCT » qui a permis, selon le secrétaire, « *de connaître précisément les besoins mineurs et majeurs des services et des personnels* » ... « *c'est un complément par rapport aux points soulevés par les représentants du CHSCT* ». Le président précise lui, « *qu'il serait souhaitable d'organiser une réunion plus large que ce type d'ordre du jour qui se présente comme un catalogue de besoins.* » Cet exemple illustre d'une part l'articulation entre participation directe et représentative et d'autre part la difficulté de passer du particulier au général.

Etablissement C

La typologie des pratiques est la même que pour les trois autres établissements. À C, la particularité est que les pratiques descendantes sont plus rares qu'ailleurs et les démarches combinées y sont sans doute plus développées. La faible proportion de pratiques ascendantes est peut-être à rapprocher d'un niveau d'apprentissage plus élevé ou d'un plus faible portage syndical. L'apprentissage permettrait de traiter davantage de problèmes informellement, sans les mettre à l'ordre du jour du CHSCT. Un portage syndical plus faible contribue moins à la remontée des problèmes, si ce n'est quand il a pris une grande ampleur, au niveau d'un service ou de la réorganisation nécessaire ou programmée des locaux ou de l'organisation du travail.

Etablissement D

L'approche des risques à D part quasiment toujours du particulier qui remonte via le CHSCT ou bien qui « s'impose au CHSCT » en tant qu'événement conjoncturel. Elle connaît des difficultés pour remonter au général et produit davantage de curatif que de préventif.

Comme dans les autres établissements, l'activité de travail est une donnée fondamentale pour beaucoup, plus en terme de représentation et d'expression des salariés que d'analyse du travail. Les visites du CHSCT ne sont pas des inspections mais des analyses de la réalité pour expertiser avec la direction des problèmes pré-identifiés par le salarié.

2.1.2) Exemples de risques construits de manière ascendante : les risques liés à l'environnement de travail

Les problèmes particuliers liés à l'environnement de travail sont plus particulièrement inhérents soit aux équipements de travail soit aux locaux.

Ces quelques exemples de constructions ascendantes sont extraits d'un compte rendu de CHSCT :

- « dans le couloir du sous-sol, le personnel du service de désinfection souhaiterait disposer d'un point d'eau »
- dans la cuisine « le sol de la salle de plonge est, en partie, inondé. Une canalisation est endommagée périodiquement par la pose brutale des plats en attente de lavage. Des dispositifs de rangement seraient nécessaires. »
- « problème général de ventilation qui entraîne des difficultés d'aération dans certaines salles sans fenêtres dans lesquelles sont reçus les patients, ainsi qu'une température élevée sur toute la partie exposée au sud. »
- dans le laboratoire de chimie les « automates dégagent de la chaleur et l'hiver, sous chauffage ambiant, la température s'élève et les appareils se mettent en alarme. Deux climatiseurs de récupération ont été installés mais leur fonctionnement est insuffisant. » Le président du CHSCT « rappelle que toute la zone sera restructurée avant l'hiver prochain, le service X ayant déménagé dans ses locaux définitifs libère des pièces qui vont être redistribuées, le service Y s'installera dans les anciens locaux de l'iconographie, une fois les travaux terminés. »
- service communication - iconographie : la chaleur est importante l'été. Les fenêtres sont petites (vasistas) et le matériel dégage de la chaleur. Le président du CHSCT dit « connaître le problème mais la climatisation ne peut être installée partout. Le service fermant en août, il ne restera que deux à trois mois difficiles pour les agents ... »

Ainsi, les aspects les plus souvent traités concernent des équipements et problèmes divers (problèmes techniques, maintenance et entretien ...). Ce sont donc les problèmes les plus facilement identifiables par les salariés et qui les préoccupent le plus.

Il peut aussi s'agir d'un événement conjoncturel qui survient de manière imprévue comme une inondation, la panne d'un équipement (matériel lourd de diagnostic médical, incinérateur de déchets ...) qui, outre les risques qu'il peut introduire, perturbe l'organisation du travail.

Tous ces problèmes sont très difficilement hiérarchisables mais font l'objet d'un suivi régulier en terme de mise en œuvre plus qu'en terme de résultats, si ce n'est le niveau de satisfaction des salariés et de leurs représentants.

Les aspects touchant aux locaux (amélioration, entretien ou réaménagement) sont quantitativement moins nombreux mais qualitativement souvent plus complexes à appréhender et plus coûteux à solutionner. Au-delà des aspects matériels, ils sont très souvent en lien avec l'organisation du travail.

L'initiation de cette démarche peut être ascendante quand les besoins sont exprimés par les salariés ou descendante quand il s'agit d'une décision de la direction.

Les actions de rénovation / réorganisation des locaux et des services ne peuvent être que descendantes compte tenu des décisions qu'elles requièrent de la part des directions. Elles restent essentiellement descendantes si la concertation et la participation des salariés sont très

faibles. Elles peuvent devenir combinées si la participation des salariés, tant directe que participative, est réelle et que les projets de réorganisation de locaux font l'objet d'un travail en amont et en commun entre la hiérarchie et les salariés. Il faut toutefois noter qu'il y a peu de travail en amont sur les plans des futurs locaux. Ils sont pourtant, quelquefois, mis à disposition du CHSCT et du médecin du travail mais sont peu exploités. On touche là à une grande difficulté du CHSCT mais plus globalement de tous les acteurs à avoir une bonne représentation de l'impact de l'évolution de locaux sur les conditions de travail. Ceci est plus efficace dans le cadre d'une participation directe des salariés concernés, mais requiert une compétence.

Ces aspects « environnementaux » sont les plus souvent abordés au cas par cas, c'est-à-dire par le particulier, et rarement de manière générale. Cela présente l'inconvénient de limiter la généralisation de certaines solutions. Néanmoins, cela permet un suivi méthodique et systématique des actions en cours, pratiquement à chaque réunion.

2.1.3) Modélisation des pratiques ascendantes

Les pratiques ascendantes sont les plus nombreuses. Elles reposent sur la remontée des informations relatives à l'activité de travail par les salariés, dans le cadre d'une participation directe, ou par les représentants du personnel, dans le cadre d'une participation représentative. Elle est en lien avec la qualité des relations et la capacité du système à structurer cette transmission des problèmes. Elle peut ainsi être favorisée voire organisée par la direction (établissements A et C) ou contrainte par les représentants des salariés (établissements B et D). Elle permet surtout de prendre en compte les problèmes concrets, c'est-à-dire contingents¹⁴⁹ et facilement perceptibles.

Les acteurs de base sont les salariés et leurs représentants qui mobilisent les savoirs qu'ils se sont construits. Ils sont ainsi les principaux acteurs d'une prescription ascendante dont le référentiel est l'activité réelle. Le type de savoir (Hatchuel) requis est le savoir-faire pour traduire la relation entre la cause et l'effet et le savoir-comprendre pour comprendre, voire construire, la relation potentielle entre l'effet et la cause.

Le passage du particulier au général est rare, il nécessite en effet le franchissement d'un pas qualitatif important vers une démarche combinée entre l'ascendant et le descendant.

¹⁴⁹ Par contingents, nous nommons tous les aspects de l'activité, qu'ils soient matériel, organisationnel, environnemental ou humain, souvent conjoncturel, quelquefois pérennes, qui constituent des événements non souhaités (ENS). Leurs deux principales caractéristiques étant d'être facilement repérables et de pouvoir provoquer un effet immédiat.

La gestion est construite en quatre phases que sont : - l'initiation / identification réalisée par les salariés - l'évaluation/validation, plutôt réalisée par les personnes ressources - de même que la prescription et l'action. La solution est d'ailleurs souvent comprise dans l'expression du problème. Il est à noter que, dans le cas des démarches ascendantes, la cinquième phase, l'apprentissage, est limitée sur le plan « substantiel ». Par contre, elle est réelle concernant le volet « procédural », c'est-à-dire l'organisation des remontées d'information tant à l'initiative des directions que des représentants du personnel.

2.2) La construction / rationalisation descendante

Comme pour la construction ascendante, nous décrirons dans un premier temps les pratiques de construction descendante dans les quatre établissements, pour les modéliser ensuite.

2.2.1. Les pratiques descendantes de chaque établissement

Etablissement A

Le prescrit externe n'est pas ou peu porté par les acteurs externes qui participent très peu physiquement au CHSCT mais sont toutefois consultés régulièrement par ses membres.

Le prescrit externe est donc apporté et porté essentiellement par les personnes ressources, auxquelles la direction donne les moyens d'information et de formation. La formation obligatoire des membres du CHSCT suivie en 2001 a permis au CHSCT d'acquérir certaines compétences, plus sur des textes généraux et procéduraux que sur des risques spécifiques.

Le prescrit externe est un point d'appui fréquent pour les représentants du personnel et les personnes ressources pour justifier leurs demandes auprès de la direction. Globalement, il est mobilisé par le CHSCT plus dans une logique substantielle que procédurale. La direction regrette, elle, « *l'aspect parfois décalé du prescrit externe qui nous amène à privilégier la réponse pragmatique, en considérant que quand il y a un problème là sous notre nez, il faut le régler !* » « *Notre système de prévention est beaucoup construit au travers des relations qui s'instaurent au sein du CHSCT. Je dirais même qu'on est peut-être plus pragmatique et plus empirique que véritablement respectueux d'une réglementation.* »

Comme dans les autres établissements, le prescrit interne est relativement limité au niveau de l'ensemble de l'établissement et apparemment très développé au niveau des services, pour être intégré aux protocoles de soins notamment. La qualité de la concertation est variable selon les services.

Etablissement B

Les pratiques sont descendantes pour la mise en œuvre d'un prescrit externe (dosimétrie opérationnelle, conduite à tenir en cas d'AES). La difficulté rencontrée par ce type de démarches est qu'elles ne sont mises œuvre que si elles trouvent une légitimité et donc un portage dans l'entreprise. Par exemple, cela n'a pas été le cas pour le bilan et le programme annuel de prévention pourtant prescrits par l'inspecteur du travail.

Enfin, elles sont combinées pour les démarches descendantes qui nécessitent la participation des salariés (évaluation des risques, acquisition de matériel sécurisé pour la prévention des AES) ou pour traiter les problèmes particuliers qui requièrent une solution générale (linge, planning ...). Elles sont pilotées par la direction ou un cadre quand l'élément initiateur relève

d'une approche descendante et par les représentants du personnel quand l'initiation vient des salariés.

Le premier inspecteur du travail est intervenu tant sur le registre substantiel que procédural. C'est lui qui est à l'origine de la démarche d'évaluation des risques.

Etablissement C

Les démarches descendantes sont plus rares que dans les autres établissements et, contrairement aux autres, elles viennent rarement du prescrit réglementaire. Cet établissement s'y réfère en effet très peu. On peut l'expliquer par plusieurs hypothèses : - l'absence de l'inspecteur du travail - l'absence au CHSCT de personnes ressources intervenant sur un sujet faisant l'objet d'un prescrit externe fort comme la radioprotection par exemple - et sans doute la logique managériale développée tant par la direction que par les représentants du personnel qui privilégient la construction conjointe des problèmes et des solutions en interne.

Les démarches descendantes sont avant tout construites sur la base de l'évolution des locaux. Ceci signifie tout d'abord que C est bien dans une dynamique d'évolution des locaux et de l'organisation du travail. Celle-ci trouve bien sa raison d'être dans la nécessité de certaines rénovations, mais surtout dans la volonté de la direction d'optimiser l'outil de travail. On retrouve là l'impact du contexte concurrentiel et la volonté de la direction à évoluer pour optimiser tant l'usage des ressources humaines que techniques et technologiques.

Ces actions de rénovation / réorganisation des locaux et des services peuvent rester uniquement descendantes si la concertation et la participation des salariés sont très faibles. Elles peuvent devenir combinées si la participation des salariés, tant directe que participative, est réelle.

Etablissement D

Le prescrit externe est peu porté par la direction et les personnes ressources (absentes au CHSCT). Il est par contre mobilisé par les représentants du personnel et par l'inspecteur du travail, plus dans une logique procédurale que substantielle. Les premiers insistant sur des moyens d'action procéduraux comme le recours au droit d'alerte, à l'expertise ... Le second étant lui sur un registre de prescription comme l'évaluation des risques, le fonctionnement du CHSCT et de la médecine du travail ...

Comme dans les autres établissements, le prescrit interne est relativement limité au niveau de l'ensemble de l'établissement et apparemment très développé au niveau des services, pour être intégré aux protocoles de soins notamment. La qualité de la concertation est variable selon les services mais reste globalement limitée compte tenu de la médiocre qualité du dialogue social dans l'établissement

L'approche de la manutention s'est faite de manière descendante et générale en débutant par la prise en compte de la dimension humaine par le biais de la formation. Cette approche, ayant montré sa limite, a été complétée par une approche technique, concernant les lits à hauteur réglable, qui donne satisfaction. Elle fait l'objet d'une politique d'investissement régulier de la direction qui estime aujourd'hui être à environ 64 % de dotation des services. La direction explique ce choix stratégique par le double constat qu'agir sur le volet matériel permet une réponse rapide au problème et que cette solution est davantage pérenne par rapport aux mouvements de personnel. Un représentant du personnel se félicite de cette démarche tout en souhaitant qu'elle soit complétée par la dimension organisationnelle du travail, notamment en prévoyant deux personnes pour assurer au mieux certaines manutentions de malades. Ce

risque est inscrit au programme d'actions 2003¹⁵⁰. Il est à noter que pour la formation, D ne dispose pas de formateurs internes et par voie de conséquence de personne ressource sur ce risque. Le médecin s'est donc proposé d'assurer l'interface entre le formateur et D. La contribution du médecin grâce à son expertise et à sa neutralité pourra peut-être contribuer à faire évoluer cette action vers une logique combinée.

2.2.2) Exemples de constructions descendantes

§ 1. La radioactivité

La radioactivité est une préoccupation forte pour les établissements. La gestion de ce risque repose largement sur la « personne compétente en radioprotection¹⁵¹ » (PCR). Son approche par le CHSCT dépend donc grandement des caractéristiques de cette personne : de quelle disponibilité dispose-t-elle pour assumer cette tâche ? Participe-t-elle au CHSCT ? Sa logique d'action est-elle plutôt experte, ou davantage participative ? Quel est son type de savoir et de relation avec les autres acteurs ? Comment est organisée la mise en œuvre de la dosimétrie opérationnelle¹⁵² ?

L'approche de la radioprotection dans chaque établissement

Etablissement A

Bien que de nombreuses actions de qualité soient menées, la prise en charge de la radioprotection interroge certains salariés. On peut formuler deux hypothèses explicatives : le risque, difficilement palpable, lié à la radioactivité laisse libre cours à ce que certains appellent des « *fantasmes* ». D'autre part, ce risque est géré de manière experte dans une logique technico-réglementaire. Les indicateurs d'exposition sont bons, mais le fait que certaines personnes ne portent pas les équipements en permettant la mesure en limite la crédibilité.

Le caractère difficilement palpable du risque conduit à une forme de délégation de sa gestion à la personne compétente en radioprotection. Son action régulière est marquée par quelques actions particulières qui peuvent avoir trois origines : - la survenue d'incidents - des obligations réglementaires - le souhait d'expertiser un problème.

Ainsi, en 1999 différentes actions ont été menées : « *rédaction de fiches de poste et information des nouveaux embauchés. Prise en charge et surveillance des personnels prestataires, concertation avec les responsables de secteur de radioprotection, mise en place de fiches de procédures.* » « *rédaction de nouvelles procédures de radioprotection pour l'utilisation des fils d'iridium 192 en curiethérapie. Ces nouvelles procédures font suite à deux incidents (perte de fils) qui se sont produits en août et septembre 1999.* »

¹⁵⁰ Les actions envisagées sont les suivantes : réorganisation des livraisons de la pharmacie, poursuite du plan de renouvellement des lits, réfection des sols de la passerelle, poursuite du plan de formation, acquisition de tabourets au bloc opératoire et étude ergonomique de certains postes spécifiques.

¹⁵¹ La réglementation impose la nomination d'une « *personne compétente en radioprotection* » (PCR) qui doit avoir validé une formation obligatoire.

¹⁵² La dosimétrie opérationnelle relève d'une obligation réglementaire dont l'objectif est de permettre une meilleure connaissance, en temps réel et par activité, des expositions radiologiques.

Le bilan 2000 fait apparaître : - pour l'utilisation de l'iridium, la formation de 30 personnes (action suite à un incident) - l'ouverture d'une négociation pour l'achat de la dosimétrie opérationnelle (réponse à une obligation réglementaire) - l'étude des doses reçues lors de la recherche de ganglions sentinelles (étude à l'initiative de la personne compétente pour expertiser un problème).

Par courrier d'avril 2001, l'inspecteur du travail demande avec insistance que les médecins soient formés comme les autres salariés à la radioprotection.

Depuis 2001, le CHSCT n'aborde la radioprotection qu'au travers de la dosimétrie opérationnelle. Le bilan 2002 fait apparaître que cette année a permis l'achat et l'installation du matériel nécessaire, de tester le fonctionnement du réseau et de définir le champ d'application du système. « *Il reste donc aujourd'hui à passer à la phase de concrétisation en définissant les règles de dosimétrie (actions à risques ...) et en démarrant les services concernés en 2003.* » Au CHSCT de juin 2003, la personne ressource présente la mise en place de la dosimétrie opérationnelle. Elle rappelle l'obligation réglementaire et que la « *dosimétrie opérationnelle est calculée en temps réel : valeur dose et débit de dose par agent pour adapter les tâches.* »

L'exploitation des données recueillies pourra se faire par tâche et par agent, avec lecture immédiate et exploitation par un réseau informatique.

La personne ressources explique la lenteur dans la mise en œuvre de la dosimétrie par le fait que la direction lui a confié une autre tâche prioritaire.

Ce CHSCT évoque longuement le cas d'un agent dont le dosifilm fait apparaître une exposition importante. Une étude approfondie montrera toutefois que cette indication est erronée et ne correspond pas à l'exposition réelle. La personne ressources se déclare toutefois « *très, très inquiète* » et demande à ce que la prévention soit renforcée pour ce type de tâche.

En résumé, on peut dire que :

- la radioprotection est « sous-traitée » à une personne compétente. Ceci présente l'avantage de s'appuyer sur son expertise, mais aussi l'inconvénient d'une moindre implication des représentants du personnel. Par exemple, l'important débat sur la réduction des expositions au niveau le plus bas raisonnablement possible, tel que le prévoit la réglementation, n'est jamais évoqué en CHSCT de même que la nécessaire répartition de certaines expositions entre salariés (préparation, mise en place et gestion des fils d'iridium).
- globalement, la radioprotection est appréhendée de manière technico - scientifique et les mesures de prévention mises en œuvre sont réelles mais sont peu ou non concertées et intègrent peu l'analyse des modalités d'exposition des salariés.
- La réglementation y joue un rôle fondamental et structurant : c'est en fait la norme qui détermine le risque. Par exemple, la mise en place de la dosimétrie opérationnelle, initialement prévue pour mieux suivre les expositions aura d'ores et déjà permis d'analyser l'ensemble des postes de travail auxquels elle est appliquée.

Etablissement B

Au-delà des problèmes matériels liés aux situations de travail, le thème le plus souvent abordé est la radioprotection (37 fois). Il faut préciser que les résultats dosimétriques de B ne pointent pas de problèmes particuliers en la matière. Si ce n'est l'importance des problèmes, est-ce l'importance de la stratégie d'actions qui conduit à traiter si souvent ce sujet ? Il faut donc chercher ailleurs que dans les problèmes les explications à cette situation. Tout d'abord la présence au CHSCT de la personne compétente en radioprotection (PCR) comme représentant du personnel, dans un premier temps, puis comme personne ressources, dans un second,

explique en partie que ce thème y soit régulièrement traité¹⁵³. Ensuite, l'expression de problèmes contextuels dans des services mettant en œuvre la radioactivité, sans que la radioprotection en soit toujours le problème central, contribue également à expliquer cette situation.

Enfin, la mise en œuvre de la réglementation relative à la dosimétrie opérationnelle a été traitée à plusieurs reprises. Elle sera largement financée par le contrat local pour l'amélioration des conditions de travail dont elle consommera près de 50 % du budget obtenu, pour acquérir le matériel et recruter, pour trois mois, un technicien pour la mise en place du dispositif. Cette dosimétrie fonctionnera à 80 % en juillet 2003.

La seule controverse que la mise en place de la dosimétrie opérationnelle à suscité concerne les brancardiers et illustre les divergences de perception du risque. Depuis début 2002, les brancardiers, qui bénéficient d'un représentant au CHSCT, ont souhaité une utilisation prioritaire des ascenseurs afin de réduire leur temps de présence auprès d'un malade « chargé ». La PCR insiste sur le fait que ce transport est exceptionnel et que l'opération de « chargement » hors du lit d'hospitalisation n'est pas autorisée. Il leur est garanti d'être équipés d'un dosimètre, dans les mêmes conditions que les autres salariés, c'est-à-dire uniquement en cas d'exposition, ce qui pose la question de savoir quand ils transportent des patients « chargés ». S'ils sont mal renseignés, la PCR les invite à faire une Fiche de Suivi d'Incident (FSI). Le débat sur les brancardiers a lieu à nouveau, la PCR considérant que « *les brancardiers sont équipés de dosifilms depuis longtemps et qu'ils sont protégés comme il se doit* » ; le CHSCT réitère, lui, sa demande « *de doter les brancardiers de dosifilms individuels* ».

L'enjeu des représentants du personnel est alors moins l'évaluation du risque que de donner satisfaction aux salariés. Un autre exemple où les enjeux dépassent l'évaluation des risques, concerne l'externalisation de l'entretien d'un bâtiment dans lequel de la radioactivité est manipulée. La direction motive cette sous-traitance par des contraintes budgétaires. La personne compétente indique que les obligations réglementaires sont respectées. « *Le CHSCT, après en avoir délibéré, émet un avis défavorable à l'externalisation de l'entretien du service* ». La motivation de cette position ne réside pas dans l'évaluation des risques mais dans la stratégie syndicale visant à réduire autant que possible la sous-traitance.

Etablissement C

Le CHSCT de C est très nettement celui dans lequel la radioprotection est le moins abordée. Ceci est expliqué par certains salariés, par le départ de l'ancienne personne compétente en radioprotection et par la faible capacité de la nouvelle à s'occuper de ce problème compte tenu de ses priorités. Ainsi, cette question n'aura été évoquée que cinq fois en cinq ans. Trois fois par le médecin du travail pour présenter les résultats des expositions de l'année précédente et deux fois pour évoquer la mise en place de la dosimétrie opérationnelle. Aux

¹⁵³ La radioprotection est régulièrement traitée mais cela est davantage la traduction d'une relation de confiance entre la personne compétente en radioprotection et le CHSCT. La PCR présente chaque année son rapport sur la radioprotection duquel il ressort le travail de fond important qui est réalisé. Les quelques problèmes rencontrés sont laissés à ses « bons » soins. Concernant deux cas de dépassement de dose, pour l'année 2000, le CHSCT ne procédera pas à une enquête mais demandera de manière générale la mise en conformité de B aux textes réglementaires applicables. Est également évoquée la mise en œuvre nouvelle d'une technique utilisant du fluor radioactif, par un sous traitant, dans les locaux de B. Le médecin du travail signale que depuis la mise en place du fluor radioactif les salariés concernés « *reçoivent des doses significatives* ». Là aussi, le CHSCT laissera la personne compétente traiter ce problème.

yeux des acteurs, la personne compétente en radioprotection n'est donc pas motrice, ni en général, ni pour la dosimétrie opérationnelle.

Les résultats annuels sont donc présentés par le médecin du travail (le tableau 8 ci-dessous les reconstitue.¹⁵⁴) et ne font pas l'objet de débats. Même si les résultats sont inférieurs aux seuils applicables, 28% présentent une dose non nulle parmi lesquels 2% affichent une dose supérieure à 6 mSv. Ces derniers représentent un nombre faible de salariés (entre 3 et 6), qui pourraient faire l'objet d'une analyse spécifique. La réglementation prévoit en effet que l'exposition annuelle doit être inférieure à un seuil (20 mSv), mais de plus être réduite au niveau le plus bas raisonnablement possible.

Lors de la mise en place de la dosimétrie opérationnelle, la question relative à la justification et à l'optimisation des expositions n'est jamais posée ; la seule question qui se pose est le classement des salariés, pour savoir s'il convient de leur affecter un dosimètre. De la part des représentants du personnel, la mise en place de la dosimétrie opérationnelle ne suscite qu'une interrogation relative à la baisse du nombre de salariés suivis. Une analyse plus fine doit effectivement permettre de mieux suivre les salariés réellement exposés et de moins suivre les autres. Le médecin du travail précise qu'il y a énormément de personnes qui portent un dosifilm sans en avoir besoin.

Le secrétaire du CHSCT signale l'inquiétude exprimée par le personnel « *qui passe à proximité des services qui nécessitent des dosifilms. Il est important de dire au personnel ce qu'il en est.* » Le médecin du travail « *précise que les dosifilms sont considérés comme des boucliers alors qu'il n'en est rien.* »

En 2003, C a donc mis en place un groupe de radioprotection pour « *étudier tous les postes de travail et déterminer le type de dosimètre à utiliser. Ce sera un travail long (7 mois) ; l'objectif étant de se mettre en conformité avec la législation et de mieux cibler le personnel réellement exposé.* »

Au CHSCT de juillet 2003 le médecin du travail, avec les deux personnes en charge du dossier, présente la mise en place de la dosimétrie opérationnelle « *en conformité avec la législation* ». Le CHSCT sera associé aux choix des dosimètres.

Etablissement D

La situation de D en matière de radioprotection est représentative de sa situation générale, c'est-à-dire des résultats satisfaisants dans un contexte relationnel très tendu. Il a fallu, à partir de 1997, que ce soit le secrétaire du CHSCT qui reconstitue les résultats des expositions pour qu'il puisse disposer de l'information, même quand ils étaient positifs. Le secrétaire général propose alors d'inviter les personnes radiocompétentes au prochain CHSCT. Les représentants du personnel s'y opposent en considérant que ces « *responsables étant juge et partie, il leur est difficile d'être neutre.* » Un autre membre souligne « *qu'il est impossible d'avoir confiance en eux car la responsabilité qu'ils encourent en cas de problème les amène évidemment à minimiser le plus possible s'il y a accident.* » On voit qu'il est difficile de

¹⁵⁴

Tableau 8 : Dosimétrie radiologique des salariés de C.

	1999	2000	2001	2002
Personnes portant un dosifilms poitrine	238	284	249	263
Dose nulle	169	199	187	187
Dose entre 0 et 6	66	80	56	71
Dose entre 6 et 20	3	5	6	5

mobiliser un expert, il est vrai juge et partie, quand la qualité des relations ne permet pas de reconnaître ce savoir.

L'analyse de ces résultats met en évidence deux aspects : - quelques résultats sont positifs¹⁵⁵ - le nombre de salariés qui portent un dosifilm est important¹⁵⁶ et la direction souhaite le réduire, surtout dans la perspective de la mise en place de la dosimétrie opérationnelle.

Depuis 2003, une cellule de radiocompétence, composée des personnes radiocompétentes, de la direction et du médecin du travail¹⁵⁷, coordonne les actions de radioprotection. Celle-ci prévoit la mise en place de la dosimétrie opérationnelle¹⁵⁸ en 2004 après avoir redéfini les zones à risques d'exposition et identifié les salariés les plus exposés, dont les indicateurs de résultats montrent néanmoins que leurs expositions sont inférieures aux seuils réglementaires. Ces salariés pourraient ainsi se voir classer en catégorie B mais avec une dosimétrie adaptée. Le dispositif paraît donc adapté au problème, reste à régler ses modalités de fonctionnement. L'un des radiocompétents regrette en effet d'être confronté « à un problème de signalement, de temps, de disponibilité et de communication avec le personnel du service. »

La construction de la radioprotection

La perception de la radioprotection¹⁵⁹ est ambivalente. D'une part, elle est globalement considérée comme étant l'un des aspects les mieux abordés et maîtrisés. Son cadre réglementaire est pour cela rassurant. D'autre part, certains salariés ressentent un malaise la concernant. La difficulté à avoir une juste représentation du risque explique sans doute cela.

¹⁵⁵ Quelques cas d'exposition apparaissent. Ainsi, avant 2000, le médecin du travail indique que les mêmes personnes reçoivent des doses tous les mois, « essentiellement 2 salariés. » Il est également remarqué que le poste de radiopharmacien dépasse le maximum réglementaire de 5 rems par an. Le directeur proposera d'améliorer la radioprotection à ce poste de travail.

En 2002, le CHSCT évoquera « deux infirmières de curiethérapie qui ont déclaré un incident d'irradiation (contact avec une source radioactive lors d'une manipulation en chambre de curiethérapie). » Selon la direction, l'incident a été sans conséquence. L'inspecteur du travail rappelle néanmoins l'obligation faite à l'employeur d'informer le secrétaire du CHSCT et la possibilité pour lui de solliciter une enquête.

¹⁵⁶ La question est posée de savoir s'il est vraiment opportun que 130 salariés soient suivis par dosifilms. Le médecin du travail est chargé de « recenser les besoins réels. »

¹⁵⁷ Pour accompagner ce dispositif, le médecin du travail élabore actuellement un fascicule d'information du personnel exposé.

¹⁵⁸ La mise en place de la dosimétrie opérationnelle a commencé en mars 2000. Il est annoncé la création d'un poste de technicien en dosimétrie. Ce technicien sera présenté au CHSCT de mai. Il s'occupera notamment de la dosimétrie opérationnelle. Cela commence par revoir la classification des salariés. L'inspecteur du travail relie ce besoin à la nécessité de faire par écrit l'évaluation des risques. La mise en place de la dosimétrie opérationnelle sera stoppée en 2001, compte tenu de certaines évolutions réglementaires. En mai 2003, le CHSCT prend acte que tous les textes sont parus et qu'il convient maintenant de les appliquer. Pour cela, une réunion des radiocompétents est prévu pour le mois suivant. Est à nouveau posée la question de la classification des salariés. En septembre 2003, le directeur indique la mise en place de la cellule de radio compétence et présente une étude relative aux zones et aux salariés exposés. Les résultats des 159 dosifilms dont, selon lui, l'utilisation « est chère et inopérante » sont tous satisfaisants et pourraient permettre au centre de ne plus avoir de zone contrôlée. Le directeur signale que « le service de radioprotection doit revoir les zones sensibles et que nous devons revoir notre classification groupe A - groupe B. »

¹⁵⁹ Nous ne nous livrons pas ici à une comparaison des établissements, celle-ci étant en lien avec l'importance variable des services qui mettent en œuvre la radioactivité, à leur évolution en terme de matériel et à l'influence de celui-ci sur l'exposition, l'organisation et les conditions de travail.

Concernant les travailleurs du site nucléaire¹⁶⁰ de la Hague, Peretti-Wattel (page 203) indique que « *malgré les instruments de mesure et de contrôle, la radioactivité constitue une menace invisible et latente. Cette invisibilité favorise le traitement cognitif de la menace, facilite sa réduction symbolique. Ce travail cognitif consiste à interpréter la radioactivité en la projetant dans des schèmes de pensée préexistants, afin de restituer aux individus une capacité à agir sur elle.* »

L'initiation

Elle provient de deux sources : les incidents d'exposition et le prescrit réglementaire.

Le CHSCT, même quand il en est informé correctement, a beaucoup de difficultés à enquêter et à agir sur les incidents. Il en laisse le soin à la personne compétente en radioprotection (PCR). Il y est même souvent contraint quand la relation de confiance n'existe pas vraiment. Cette personne ressources s'appuie essentiellement sur le fort et détaillé prescrit réglementaire. Ceci amène la radioprotection à être traitée avec une approche technico-réglementaire de type expert.

Les médecins du travail commencent à s'impliquer davantage en la matière, notamment par l'introduction de la dosimétrie opérationnelle. Cela leur permet de compléter l'action des PCR et de pallier, pour partie, à deux de leurs limites : - le manque de temps - et le manque de compétences pour l'analyse du travail, indispensable pour la mise en place de la dosimétrie opérationnelle. Le manque de temps est un problème récurrent dans tous les établissements de santé. Ces personnes n'assumant cette tâche qu'à temps partiel et généralement de manière non prioritaire¹⁶¹. Sur le plan qualitatif, son rôle est défini par la réglementation internationale et nationale, comme un expert dont la formation et les qualifications sont reconnues par les autorités compétentes. Ce prescrit n'indiquant pas, quantitativement, les moyens nécessaires à l'exercice de cette activité, ceux-ci sont laissés à l'initiative de la direction.

L'inspecteur du travail, dans les deux établissements dans lesquels il intervient, connaît lui-même des difficultés à intervenir substantiellement en la matière.

La régulation sociale est très faible. Par exemple, la mise en place de la dosimétrie opérationnelle aurait pu être l'occasion pour le CHSCT de traiter des questions relatives à la

¹⁶⁰ A contrario, Peretti-Wattel cite Duclos (p 206) selon lequel « *les travailleurs de la chimie seraient à la fois ceux qui ont l'une des meilleures connaissances des risques et des incertitudes, liés aux substances qu'ils manipulent ceux qui assument le plus la destinée que ces risques leur réservent et les responsabilités qu'ils leur imposent, et ceux qui ont l'un des discours les plus « dénégateurs » sur la dangerosité de leur activité* ». Souvent, ils nient le risque pour soi en le rejetant sur autrui (entreprises vétustes, intérimaires ...).

¹⁶¹ Les compétences de ces personnes ne sont toutefois jamais remises en cause. Les directions leur permettent généralement d'être membre d'associations spécialisées auprès desquelles elles se forment et s'informent.

justification et à l'optimisation¹⁶² des expositions, ce qui n'a pas été le cas. Ceci montre la difficulté d'appropriation sociale mais aussi experte, de prescription de type « réduire les expositions au niveau le plus bas raisonnablement possible et en tout état de cause en dessous d'un seuil fixé réglementairement ». L'approche par le « raisonnablement possible » renvoie à une capacité en terme de savoirs partagés et de relations que les établissements, comme la plupart des entreprises d'ailleurs, ne possèdent pas. L'approche se fait donc par l'aspect le plus rationnel : le respect de la réglementation et du seuil limite.

L'évaluation / construction du risque

La construction du risque se fait dans des conditions similaires à son évaluation. Elle bénéficie des savoirs de la PCR, mais est aussi restreinte par son manque de moyens.

L'arrivée de la dosimétrie opérationnelle¹⁶³, bien que tardive car contrainte, a toutefois introduit une démarche d'évaluation des risques. Celle-ci est motivée par le coût de ce dispositif qui conduit les établissements à réduire le nombre d'équipements à acquérir, donc le nombre de salariés à équiper. Cette stratégie est d'ailleurs rationnelle puisque les expositions de certains salariés ne justifient pas qu'ils en portent. Les médecins du travail eux-mêmes considèrent qu'il y a beaucoup de personnes qui portent un dosifilm et qui n'en ont pas besoin. Le problème vient du fait que cet outil de mesure supplémentaire, dont bénéficierait uniquement certains salariés, introduit aux yeux d'autres salariés une forme de discrimination. La seule solution pour les directions est alors de développer une construction « combinée » du risque et des solutions, en associant la direction, la PCR, le médecin du travail et généralement le CHSCT.

Prescription des solutions

La prescription des solutions est intimement liée au mode de construction du risque, cela apparaît clairement pour la mise en place de la dosimétrie opérationnelle.

On constate que le processus n'est pratiquement jamais ascendant, mais toujours descendant au niveau de l'initiation. La construction du risque et des prescriptions relatives à sa gestion

¹⁶² Une personne compétente d'un établissement nous a fait part d'une réflexion intéressante concernant la définition des mesures de prévention relative à la préparation et à la pose de fil d'iridium. La question est de savoir jusqu'où doit aller le préparateur et à partir de quelle phase le service de soins qui va poser le fil doit prendre le relais. Les deux services ayant comme logique de réduire le plus possible leur propre exposition, ils peuvent difficilement réfléchir en terme d'optimisation globale, la personne compétente ne pensant pas que le CHSCT pouvait l'aider dans cette analyse à trancher elle-même le débat.

¹⁶³ La dosimétrie opérationnelle devait être mise en place en 2002. Les quatre établissements sont relativement proches en terme de calendrier. A et B l'ont débuté en 2002 pour une mise en place en 2003, alors que C et D l'ont initiée en 2003 pour un fonctionnement en 2004.

est le plus souvent descendante, plus particulièrement pour traiter des aspects techniques et humains. Elle est quelques fois combinée, quand cela est possible et nécessaire comme pour les aspects organisationnels du travail.

L'action

Les mesures de prévention mises en œuvre sont réelles, mais sont peu ou non concertées et intègrent peu l'analyse des modalités d'exposition des salariés. Les niveaux d'exposition sont apparemment satisfaisants, mais le fait que certaines personnes ne portent pas les équipements qui en permettent la mesure en limite la crédibilité. Cette situation peut s'expliquer soit par le fait que le risque lié à la radioactivité est difficilement palpable, soit par le fait que ce risque est géré de manière technicienne, dans une logique technico-réglementaire laissant peu de place à la régulation conjointe. Il faut néanmoins noter que la radioprotection est quelques fois appréhendée de manière plus globale, moins technico-réglementaire.

L'apprentissage

L'approche experte de la radioprotection, sa faible appropriation par le CHSCT rendent difficile son apprentissage au sein de cette structure qui connaît des difficultés à percevoir les résultats et donc à les mettre en relation avec les actions menées. On notera que c'est surtout l'approche combinée qui permet cet apprentissage partagé et que celle-ci est peu mise en œuvre.

Globalement, le paradoxe est que la radioprotection fait l'objet d'une préoccupation forte des établissements mais d'une implication faible du CHSCT. Cela tient à la complexité du sujet et au mode d'approche dominant qui concentre le savoir sur la PCR qui a peu de relation avec les membres du CHSCT.

§ 2. L'incendie

L'appréhension de l'incendie est relativement similaire dans chaque établissement. Nous pouvons donc en présenter l'analyse globale.

L'initiation

L'incendie constitue un cas particulier dont le traitement repose sur trois piliers : - une motivation forte des directions¹⁶⁴ - un prescrit réglementaire très substantiel - et un contrôle régulier assuré par la commission départementale de sécurité. L'initiation des problèmes liés

au risque d'incendie n'est donc quasiment jamais ascendante (si ce n'est pour quelques problèmes matériels) ni combinée (sauf à A ou c'est le CHSCT qui organise les exercices incendie conjointement avec un membre des services techniques) mais toujours descendante.

La construction du risque, la prescription des solutions et l'action

Le risque d'incendie est appréhendé essentiellement sur deux registres : technique et humain.

La construction du volet technique du risque et de ses solutions se fait par audit de conformité, par le service technique interne ou par la commission de sécurité. Le volet humain est appréhendé en terme de formation. Ces deux aspects ne sont traités que sur un mode descendant.

L'établissement A est le seul à organiser aussi systématiquement des exercices. Le fait que cette démarche comporte un volet organisationnel peut expliquer que les exercices soient confiés au CHSCT alors qu'habituellement c'est l'affaire d'un service spécialisé (pompiers, service incendie ...). Pour les exercices, il y a là une démarche combinée.

L'apprentissage

La gestion du risque d'incendie étant considérée d'une part comme bien maîtrisée par les salariés mais aussi par le contrôleur que constituent les commissions départementales et, d'autre part, comme relevant de la responsabilité de la direction ; l'apprentissage de sa gestion est avant tout son affaire ainsi que celle du service spécialisé qui l'a en charge.

§ 3. Les risques chimiques et cancérigènes

L'approche du risque chimique est très similaire parmi les quatre établissements et relativement limitée. Trois familles de risques doivent être distinguées : - les médicaments anticancéreux - les produits allergisants - et les autres produits qui peuvent être toxiques, cancérigènes ...

Les médicaments anti-cancéreux

Etant parmi les principaux utilisateurs de médicaments anticancéreux¹⁶⁵, les établissements

¹⁶⁴ Le risque d'incendie est considéré par le secrétaire général de A comme son « *cauchemar* », ce qui est aussi le cas de la majorité des responsables d'établissements de soins. Ce thème est donc inscrit systématiquement à l'ordre du jour du CHSCT de A.

¹⁶⁵ Dans les quatre établissements, la manipulation des médicaments anticancéreux (cytostatiques), suspectés de posséder des caractéristiques cancérigènes ou mutagènes pour le personnel, a fait l'objet d'investissements importants à la fin des années 1990. Cette démarche a été structurée par une prescription du ministère de la santé.

sont en pointe dans la prévention des risques afférents. L'ensemble des CHSCT considère que ce risque est bien maîtrisé. Toutefois, le risque peu perceptible et le mode de traitement de type «expert» par la «pharmacienne» explique aussi que ce sujet soit peu inscrit à l'ordre du jour du CHSCT¹⁶⁶.

Concernant D, une «alerte» du CHSCT aura permis de ramener dans l'unité centralisée protégée les préparations qui se faisaient à l'extérieur. Nous y reviendrons ultérieurement.

Les produits allergisants

Les risques d'allergie sont quelquefois évoqués en CHSCT généralement au rythme des allergies portées à la connaissance du médecin du travail, voire déclarées comme maladies professionnelles. Ils font donc l'objet de mesures plus curatives que préventives.

Les produits cancérigènes

Il est surprenant que le risque de cancer (mis à part les cytostatiques) soit si peu appréhendé dans des établissements spécialisés dans le traitement de cette maladie.

L'approche du risque chimique et cancérigène, bien que faisant l'objet d'un prescrit externe fort, ne fait pas l'objet d'une stratégie préventive structurée, pas davantage que l'un de ses corollaires préventifs : la ventilation. L'absence de personnes ressources peut expliquer cet aspect, de même que l'absence d'une demande forte des salariés, davantage aptes à faire remonter des problèmes plus facilement identifiables que des risques plus difficilement palpables.

L'initiation et la construction seront donc liées : dans le cas d'un problème d'exposition des salariés, la construction conduira à des mesures curatives. Le prescrit externe, certes fort, n'est mis en œuvre que s'il est porté par l'inspecteur du travail. En cas de problème, c'est le volet substantiel du droit qui sera mobilisé curativement. Il est à noter que A organise actuellement son approche des risques à effets différés (cancérigènes ...) à la demande de l'inspecteur du travail. Nous voyons là l'importance d'un prescripteur pour ce type de risques.

Le fait que le CHSCT de B n'ait pas décidé de créer une commission sur cette question peut s'expliquer par sa difficulté d'approche et sans doute aussi par un manque de compétence et de préparation des représentants du personnel pour cela.

Elle est prise en charge par une personne ressource : la « pharmacienne ». La prévention repose sur des protocoles et sur la préparation dans une unité centralisée dédiée à cette fonction et installée à la pharmacie.

¹⁶⁶ A l'initiative du médecin du travail de C, une étude du niveau de protection des préparateurs a été réalisée dans plusieurs établissements.

L'établissement C a mis à jour des fiches de données de sécurité relatives aux produits utilisés, et à l'exposition à certains produits de désinfection qui ont fait l'objet d'une expertise de la CRAM. Plusieurs cas d'installation de ventilation non conforme ont été ainsi identifiés. Les fiches d'exposition aux produits cancérigènes ne sont pas réalisées. Ceci illustre la faible place donnée au prescrit externe s'il n'est pas porté dans la construction des actions.

2.2.3) Modélisation des pratiques descendantes

Elles sont beaucoup plus rares que les constructions ascendantes et sont organisées volontairement par l'employeur ou un expert, ou « prescrites » par l'inspecteur du travail ou les représentants du personnel.

Les pratiques descendantes reposent majoritairement sur la règle, substantielle ou procédurale. L'origine de la prescription est alors externe, mais elle peut être interne à l'initiative de l'un des acteurs (direction, salariés ou expert). Il peut y avoir différentes formes de prescriptions et différents prescripteurs : - règles et inspection du travail - employeur et personne ressources / experte - représentant du personnel.

L'expert, souvent juge et partie, peut dans ce cas intervenir pour l'identification des dangers, notamment par audit. Nous verrons que l'expression de l'expertise est toutefois beaucoup plus aisée dans le cadre d'une démarche combinée.

Le risque type est la radioprotection, c'est-à-dire un risque difficilement perceptible, faisant l'objet d'un haut niveau de pré-construction (savoirs constitués forts).

La prescription est descendante et peut être réalisée avec un minimum de savoirs « construits » dans l'entreprise. La participation des salariés sera avant tout représentative en terme de consultation et de concertation pour la définition des modalités de mise en œuvre de la prescription. Le CHSCT est alors, mais rarement, prescripteur ou contribue à la prescription à l'égard des salariés.

Il requiert une expertise soit en terme de savoir-faire, c'est-à-dire une capacité à prédéterminer l'effet que peut avoir une cause, mais surtout de savoir-comprendre le lien entre l'effet et la cause.

Ces risques étant généralement géré de manière experte, la participation directe des salariés est peu recherchée. Le mode de régulation (au sens de Reynaud) relève généralement d'une régulation de contrôle.

2.3) La construction / rationalisation combinée

2.3.1) Les pratiques combinées de chaque établissement

Etablissement A

Depuis plusieurs années, cet établissement a réalisé des études plus globales qui ont permis d'engager certaines actions : - en 1994 sur le travail sur écran - en 1995, une étude de médecine du travail sur la manutention manuelle, par enquête auprès du personnel. En 1995, A obtient une aide financière, dans le cadre d'un contrat local pour l'amélioration des conditions de travail (CLAC), pour travailler sur les AES, les cytotostatiques et les dorso-lombalgies. En 1996, le médecin du travail et une autre personne ont procédé à l'évaluation de la charge physique du personnel soignant. En 1997 : enquête de satisfaction « vestiaires du personnel », en 1999 enquête sur les vestiaires centralisés. En 2002 : étude du médecin du travail relative aux chimiothérapies, nombreuses études de postes par la personne ressource en radioprotection. En 2001 et 2002 le CHSCT a engagé d'autres approches, soit sur l'initiative de l'inspecteur du travail relayée des représentants du personnel (risque chimique ...) ou bien pilotées par la direction comme l'évaluation des risques.

A la question « *quelle est pour vous l'action la plus efficace menée ces dernières années ?* », les réponses sont unanimes : c'est la prévention des accidents avec exposition au sang (AES). Cette affirmation est toutefois ambivalente. Certains considèrent que c'est l'action la plus efficace parce qu'elle a produit de très bons résultats, d'autres parce que c'est la plus nécessaire compte tenu du risque de SIDA. Nous pensons que c'est aussi celle qui a été la mieux appropriée par le personnel grâce à un processus de construction conjointe.

Etablissement B

Cet établissement a engagé plusieurs démarches combinées, toujours à l'initiative des représentants du personnel. Elles permettent notamment de montrer que si l'initiation peut être le fait unique des salariés, la construction des solutions passe obligatoirement (même si ce n'est pas en totalité) par une construction combinée ou conjointe avec la direction.

Etablissement C

C est l'établissement qui a la plus forte pratique d'actions combinées. Nous n'en citerons qu'une ici, celle relative à la lutte contre le tabagisme, qui illustre bien le mode d'action « combinée ». Dans un premier temps, la direction voulait interdire le tabagisme dans le self. Les représentants du personnel s'y sont opposés. « *Sans virulence, et par soucis de conciliation* » ils ont demandé à ce que cette interdiction ne prenne effet qu'à partir du moment où un local de restauration « fumeurs » serait créé. La direction a accepté cette démarche qui illustre la contribution à la construction des problèmes et des solutions que peut avoir le CHSCT. Le secrétaire du CHSCT a été moteur dans la démarche de sensibilisation et d'aide au sevrage tabagique proposée aux salariés dans le cadre d'un groupe de travail composé notamment du médecin du travail. C est l'établissement dans lequel le CHSCT a été le plus fortement impliqué dans la lutte contre le tabagisme. Lors du CHSCT de mai 2002, la campagne de sensibilisation à l'arrêt du tabac est présentée par le secrétaire qui en a fait un projet important. Dans ce cas, le prescrit externe n'a jamais été évoqué et c'est bien l'évolution sociétale qui motive la démarche, même si l'activité de l'établissement y contribue. Il n'est pas inutile de préciser que le prescrit externe concerné est très général en terme de méthode et laisse de grandes marges d'initiatives aux entreprises sur le plan substantiel. Cette démarche a été un succès puisque le self a été interdit aux fumeurs après qu'un local fumeurs ait été ouvert et la campagne d'aide à l'arrêt du tabagisme a du être renouvelée compte tenu de la demande. Il s'agit bien là d'une logique de co-gestion.

Etablissement D

La particularité de l'approche combinée est qu'elle nécessite un minimum d'accord entre la direction et les représentants du personnel. Ceci qui est difficile à obtenir à D et ce type de pratique est donc rare à D.

Plusieurs actions récentes illustrent cette situation. Elles ont pour origine, soit la direction (évaluation des risques), soit les représentants du personnel (chimiothérapies, horaires décalés, charge de travail). Pour le dossier des chimiothérapies, l'origine de l'action vient d'une revendication forte des représentants du personnel. Il est ensuite apparu indispensable de construire la solution avec la direction. On peut résumer la situation en parlant d'initiation revendicative et de construction participative de la solution.

2.3.2) Exemples de constructions combinées

§ 1. La charge mentale et les conditions de travail

Lors de nos premiers contacts avec les établissements en 2001, seul l'un d'entre eux (A) avait engagé une démarche en la matière dont l'objet était centré sur la « *charge mentale* ». Trois ans plus tard, l'intensification du travail lié à la RTT et au développement de l'activité d'une part a fait évoluer cet objet, au sein de A, pour le généraliser aux conditions de travail. D'autre part, cela a conduit les autres établissements à s'en préoccuper plus fortement. Ainsi, à l'ordre du jour des CHSCT, après les problèmes matériels particuliers, le thème qui est le plus fréquemment traité, depuis trois ans, est le temps de travail et son organisation, en lien avec la RTT et les conditions de travail. Son traitement peut aller jusqu'à aborder des problèmes de charge mentale¹⁶⁷, l'intervention de psychologues, l'absentéisme ou des problèmes relationnels. Aucun des quatre établissements n'y échappe, même si l'origine du problème peut différer.

Analysons maintenant l'approche des conditions de travail dans chaque établissement.

Etablissement A

Décrire l'approche de la « **charge mentale** » à A, c'est raconter l'histoire de la construction sociale du problème c'est-à-dire, de la mise en mots du risque à la définition des premières solutions.

C'est l'ancienne secrétaire du CHSCT qui a initié la réflexion sur la charge mentale¹⁶⁸. Tout d'abord, à partir de 1992, de manière informelle avec quelques personnes intéressées

¹⁶⁷ A a été le premier des quatre établissements à retenir le dossier « charge mentale » comme axe prioritaire du CHSCT pour son mandat de 1996 et 1997. De 1996 à 1999, il a été traité cinq fois en réunions ordinaires et une fois en réunion extraordinaire (novembre 1998).

¹⁶⁸ « *J'ai fait le tour des différentes personnes qui souhaitaient s'impliquer sur la charge mentale, et avec l'assistante sociale du personnel, la psychologue, des gens intéressés, comme la surveillante de nuit et le surveillant qui était avec la psychologue, qui avait déjà fait un travail de formation sur le stress et les relations avec le personnel qui avait besoin de discuter, de faire une sorte de groupe de paroles. A ce moment là on s'est réuni, on a fait 2 ou 3 réunions et on s'est rendu compte qu'on parlait toujours de la même chose, sans avoir de méthode.* » Extrait du film « Des maux et des remèdes »: rencontre avec l'ancienne secrétaire du CHSCT (1999).

disposant d'une expérience empirique mais « sans méthode ». Ce groupe convient alors de la nécessité de faire appel à une expertise extérieure pour mettre en mots et en méthode l'approche de la charge mentale dans une conception ouverte : « on a étudié l'absentéisme en fonction des AT. On s'est aperçu qu'il y avait un « stress » important. Quand par exemple une personne se pique au bout du doigt, on cherche un peu la cause et on se rend compte que c'est parce que quelquefois il y avait un problème de stress, un peu la panique parce qu'on recevait des urgences¹⁶⁹. C'est dans ce sens là qu'on a essayé de réfléchir. » Il apparaît donc clairement au groupe que ce problème ne peut être appréhendé que par une approche globale et contextualisée du travail.

Le dossier « charge mentale », initié en 1992, a été véritablement structuré en 1997. Ceci montre bien le temps qui a été nécessaire pour la maturation du problème. Au CHSCT de mars 1998 sont évoquées les premières conclusions tirées des réunions de 1997 : « il faut s'occuper de tout le personnel et non pas essentiellement du personnel soignant. L'aide d'une personne extérieure est préférable car cela représente une charge de travail très importante. Le problème ressenti principalement est la « pression » dans l'ensemble de l'établissement en raison de la nouvelle CCN, de toutes les restructurations et du manque d'information et de communication du personnel. Au niveau du bureau des entrées et aux consultations : difficultés de quelques personnes liées au système informatique auquel elles n'étaient pas suffisamment formées. Il est également nécessaire de faire la part du stress de chaque individu, lié à des problèmes familiaux. » En résumé, il apparaît que « le manque de communication, d'information et de formation pose un réel problème au personnel. » Le secrétaire général pense toutefois « qu'il faut faire la part entre l'insatisfaction personnelle, les causes psychologiques et sociologiques de chaque individu pour étudier la charge mentale. »

Apparaît alors une double demande : - prendre en compte globalement le problème - et être capable de distinguer le « personnel » et le « professionnel ». Pour légitimer le problème en le caractérisant sur des bases indiscutables, l'ANACT est sollicitée pour intervenir dans deux services.

Il est intéressant d'observer la temporalité de la construction : - de 1992 à 1997, ébauche du questionnement - en 1997, le CHSCT est en capacité de formaliser sa demande à l'expert externe qui interviendra en 1998.

Le bilan de l'hygiène, de la sécurité et des conditions de travail pour 1998 identifie « les pistes les plus concrètes qui pourraient donner matière à améliorations » : - le souhait toujours important des agents d'être informés sur les attentes de leur hiérarchie médicale ou paramédicale - l'association et la consultation systématiques des agents dans le cadre des évolutions de leur environnement de travail - l'équilibre à rechercher entre la dimension relationnelle du travail et les aspects plus techniques - la demande d'objectivation des charges de travail - et le besoin de reconnaissance. Ce même bilan indique que, en plus du groupe de travail sur la charge mentale, un groupe de parole existe et que 20 personnes ont participé aux six réunions qui ont eu lieu dans l'année.

En janvier 1999, l'ANACT restitue oralement et met en débat ses hypothèses : - 1 : Le bon fonctionnement des collectifs passe par l'homogénéité et la stabilité des équipes mais aussi

¹⁶⁹ Dans son diagnostic, l'ANACT dira la même chose, autrement : « Nous constatons aussi une difficulté des agents à exprimer une coupure franche et distincte entre la charge physique liée à l'engagement du corps (muscles, sens ...), la charge mentale (aussi appelée charge cognitive) liée au traitement des informations, résolution des problèmes, mémorisation ... et la charge psychique relevant de l'engagement personnel dans le travail, du rapport aux autres, du sens qu'il est possible de construire pour soi ... Ces trois registres (physique, mental et psychique) sont très intriqués dans toutes actions, néanmoins nous pourrions dire que le domaine psychique « encadre » les deux autres. C'est-à-dire que c'est toujours cette dimension qui relativise les deux autres. »

par une répartition des tâches qui offre des possibilités de coopération et d'entraide - 2 : Les interprétations diverses de la charge de travail, notamment autour de sa mesure, sont sources de tension entre personnels et hiérarchie, mais aussi entre catégories - 3 : L'espace de travail inadapté influe sur l'organisation du travail et a pour effets de nuire au bon fonctionnement du service et d'augmenter la charge de travail - 4 : La prégnance du cadre procédural est forte, ce qui a pour effet, soit d'inhiber l'autonomie, soit de contraindre l'initiative à un maintien dans l'ombre - 5 : Vision à long terme et projection sont des éléments constructeurs de sens. Mais l'organisation du travail contraint les catégories AS et IDE à l'action immédiate.

La caractérisation du problème semble appréciée par tous, mais la direction n'est pas encore complètement convaincue et la motivation manque pour poursuivre. La CFDT ayant perdu la majorité, la secrétaire, qui a porté le projet, sait qu'elle ne sera pas renouvelée dans ses fonctions. Le nouveau médecin du travail vient d'arriver et n'est pas suffisamment stabilisé pour porter le projet, de même que la nouvelle majorité syndicale.

L'ancienne secrétaire du CHSCT précisera en janvier 2000 que *« suite à la démarche entreprise les relations inter personnel ont pu évoluer dans les secteurs concernés par l'étude de l'ANACT. Le groupe « charge mentale » constitué depuis cette étude peut se réactiver à tout moment si nécessaire. »*

Au CHSCT de juin 2000, la charge mentale est à nouveau évoquée dans le cadre de l'analyse du programme annuel d'actions. L'intitulé de ce point de l'ordre du jour est révélateur : *« IV. Charge mentale : difficultés nombreuses. »*

Ainsi, la première phase de construction de la « charge mentale » s'est terminée fin 1999. Elle aura permis l'initiation du problème et l'apprentissage de sa construction : un représentant du personnel évoque ainsi le fait qu'une *« action a été menée les années précédentes ... »* et que *« la valeur existante est réelle »*. Elle ouvrira la voie à d'autres actions, même si, début 2000, le président reconnaît qu'il n'y a *« pas trop de projet »* mais indique que *« le domaine doit être exploré et il demande des propositions. Le sujet est évoqué par conviction. Beaucoup de travail a été effectué. Il rappelle qu'au sujet de la charge mentale on n'a pas d'expérience, l'ANACT a concrétisé son travail par un film. Est sceptique sur le sujet. »* On note dans ses propos deux idées qui peuvent paraître contradictoires : la conviction et le scepticisme. Peut-être pouvons-nous rattacher la conviction à ce qui lui apparaît comme une nécessité de faire, et le scepticisme à la difficulté de trouver des solutions. Un cadre infirmier indique que *« le CHSCT est promoteur d'idées. Au sujet de la charge mentale, il suggère de reprendre les idées, de monter un programme avec le personnel concerné et d'aborder la pénibilité du travail ensemble. »*

Deux types de propositions sont exprimés. Le médecin du travail propose une approche individuelle par *« une consultation psychologique à la demande »*. Cette proposition est soutenue par un représentant du personnel. Le président pense lui que *« des groupes de parole ont existé avec un psychologue commun aux malades et au personnel mais le problème est resté. Il suggère une approche collective par un organisme. »* Le cadre infirmier *« précise qu'il y a des problèmes d'équipe avec actions à mener et des problèmes personnels. Il se soucie de l'absentéisme afin d'éviter le burn-out. »*

Un débat a lieu entre l'approche par le particulier, c'est-à-dire en partant des problèmes exprimés individuellement, et une approche générale passant notamment par l'analyse d'une part de l'impact de la RTT sur la charge de travail et, d'autre part de l'organisation du travail. Autrement dit, la nécessité d'agir semble acquise et c'est sans doute le principal acquis de l'intervention de l'ANACT mais le CHSCT ne sais pas comment appréhender le problème.

Au CHSCT d'octobre 2000, le médecin du travail *« propose l'intervention d'un psychologue en CDD pour animer des groupes de parole ou d'autres actions, ou en parler en particulier,*

ou aborder les problèmes selon les besoins. » Parmi les moyens obtenus dans le cadre du CLAC une partie sera consacrée à la rémunération des vacances du psychologue du travail.

Dans le programme d'actions 2001, il est prévu de mettre en place des vacances de psychologue, des actions de supervision et un financement pour mieux assurer le remplacement du personnel en formation. Par ailleurs, sont également prévues : l'amélioration de la sécurité et la prévention des situations de violence qui fait l'objet d'une circulaire de l'ARH de janvier 2001.

Si le premier acteur clé de la prise en compte de la charge mentale a été l'ancienne secrétaire du CHSCT, le second est le service social qui développera en 2001, en son sein, une démarche dite de « *supervision* » accompagnée par un psychologue. Le troisième acteur clé sera le médecin du travail qui organisera à partir de janvier 2002 une consultation de psychologie qui fonctionnera sous deux formes : « *Consultations à la demande des agents le mardi* » et « *sur le terrain, après sollicitation d'une équipe ou d'un cadre, pour prise en charge du burn-out ou d'autres situations* ». Cela relève d'une « *forme expérimentale à la suite des travaux de l'ANACT* ».

La formation à la supervision au service social, avec réunions collectives régulières, « *a été appréciée* ». Au CHSCT de janvier 2002, la représentante du service social précise que « *l'intervention du psychologue a été très utile, en particulier pour gérer les difficultés face à la mort, ou l'isolement des assistantes sociales face à certains dossiers.* » « *C'est une aide précieuse pour les secteurs confrontés à la souffrance.* » Cette mise en œuvre concrète d'une démarche collective paraît convaincre le président qui indique « *que l'expérience peut être renouvelée.* » Le « *deuxième volet de la prise en compte de la charge mentale consiste en une consultation par une psychologue* ».

Au CHSCT de février 2002, le bilan complet de la supervision est tiré. Les huit participants ont pu réaliser « *des études de cas, situation de vécu, situation de terrain rapportée à tour de rôle. Le superviseur faisait la synthèse avec approche théorique et éventuellement bibliographique.* » « *Recueil des impressions à l'aide d'un questionnaire aux participants : les réponses ont été positives, le groupe étant favorable au départ puisque la supervision avait été sollicitée à la suite d'un sentiment de mal-être généré par une nouvelle organisation du travail, ou lié aux responsabilités prises par les agents, au doute de soi, aux problèmes liés à la polyvalence, aux enjeux du service, ou institutionnel (humanisation et confort du patient incompatible avec une durée courte d'hospitalisation des malades, une réponse performante incompatible avec la contrainte du temps, un conflit de personne avec les collègues ou la hiérarchie).* L'adhésion a été totale, pleine et entière. La supervision ne peut pas être imposée, elle doit être revendiquée. » Elle n'aurait pas permis de régler tous les problèmes, « *surtout par rapport à la charge de travail* » mais permis de prendre du recul par rapport à une situation, d'apprendre à gérer les situations d'urgence, d'avoir une meilleure compréhension de l'autre par rapport aux difficultés, un échange de parole non censuré.

Les participants insistent sur l'intérêt d'un intervenant extérieur. Mais il est indiqué qu'au cours de la présentation de la nouvelle psychologue « *on constate des situations difficiles mais personne n'est encore demandeur.* » « *La psychologue a vu beaucoup de personnes en un mois, alors que le travail sur le terrain n'est pas commencé.* » La question est posée de savoir s'il faut attendre qu'il y ait crise pour que les salariés soient demandeurs. « *Il faut aller à la recherche des difficultés et interroger l'ensemble des services qui présentent des malaises. La supervision doit être ciblée sur certains secteurs en difficulté et peut contribuer à la remise à plat de l'organisation du travail, si nécessaire.* » Le secrétaire général avouera : « *Vous avez compris que j'étais sceptique sur la supervision car l'ouverture à la démarche est peu répandue ; mais avec l'aide du CHSCT, de l'assistante Sociale du personnel et autre ...* » La

difficulté exprimée par le CHSCT est de passer d'une approche individuelle à une approche collective. Les problèmes ne peuvent être traités en profondeur que collectivement mais cela exige l'accord du collectif qui est difficile à obtenir.

Au CHSCT de novembre 2002, est présenté le bilan de l'activité du psychologue du travail, et les résultats du questionnaire d'évaluation. « *A noter de nombreux problèmes relationnels avec les cadres et entre collègues. Les groupes de parole sont difficiles à organiser car l'équipe n'est pas disponible ensemble.* » La secrétaire du CHSCT propose : « *Pour pallier la difficulté d'organisation des groupes de paroles, vous pourriez prendre rendez-vous avec le personnel. Depuis quelques mois, le CHSCT procède ainsi pour ses visites d'établissement et les échanges avec le personnel, présent en plus grand nombre, se font dans une atmosphère plus agréable.* » Pour la psychologue, « *on note un manque de disponibilité flagrant. Suivant le problème, un regroupement du service une fois par mois par exemple pourrait se faire mais la plupart du temps c'est un groupe restreint de personnel.* » « *Le stress est en rapport avec la charge de travail et les problèmes relationnels. Il convient de refaire un tour des services.* » « *De petites formations sont à mettre en place par la psychologue et aussi des groupes de paroles pour le personnel de nuit.* »

La démarche paraît positive à tous.

Un compte rendu de visite, lors du CHSCT de novembre, illustre bien le problème : « *Les protocoles ont évolué et la responsabilité des infirmières a augmenté. La part du travail technique s'est accru au détriment du volet relationnel (une infirmière s'en va après quatre mois). Il manque une aide-soignante l'après-midi.* » Un cadre infirmier précise toutefois que « *Le problème de l'aide-soignante est pris en compte. L'infirmière qui est partie a été ressentie comme insuffisamment préparée au type de pathologie soignée. Elle a voulu essayer mais son départ montre que notre établissement ne lui convient pas* »

La charge mentale est à nouveau évoquée en février 2003 par le biais des difficultés de recrutement : « *le remplacement du personnel en cours de formation est théoriquement assuré mais pas dans la pratique.* » Le président répond : « *nous manquons de personnel car il n'y a pas d'IDE à recruter. L'année 2003 sera très difficile. Le problème sera évoqué avec le nouveau DRASS : pas d'augmentation dans les écoles d'IDE.* » Pour l'un des représentants du personnel « *l'organisation du travail est à revoir pour que A soit plus attractif.* »

Le bilan 2002 fait état de « *la pertinence de l'organisation retenue et l'intérêt d'une offre nouvelle de soutien psychologique aux salariés, essentiellement sous forme de soutien individuel de courte durée. Plus d'une centaine de consultations ont ainsi pu être réalisées en 2002. Ces vacations seront poursuivies en 2003 avec une nouvelle psychologue.* »

Un premier bilan est présenté en juin 2003 par la seconde psychologue du travail qui, en 18 semaines, a rencontré 180 personnes, dans le cadre de présentations dans les services ou de consultations individuelles (32). Il est convenu de poursuivre les consultations individuelles et de mettre en place des groupes à thèmes de parole et de travail, en réponse aux demandes formulées lors des réunions collectives. Les médecins ne participent pas à ces actions parce qu'ils n'en auraient pas le temps. Ils pensent toutefois qu'elles sont utiles.

Un autre problème apparaît, lié à la « *présence de communautés familiales importantes* » et plus particulièrement des « *gens du voyage* ». Le personnel aurait un sentiment d'abandon et de devoir gérer seul le problème. La direction propose de « *faire une présentation au personnel, à l'aide du support écrit, de quelques éléments d'information spécifiques aux gens du voyage : refuser de faire des soins avec des personnes dans la chambre du malade par exemple, ne pas accepter la présence des enfants ni les nourrir ...* ».

Ce même CHSCT évoque la cartographie des risques et plus particulièrement la charge mentale qui est « *le risque le plus largement réparti et qui apparaît mal maîtrisé.* »

En résumé, nous dirons que l'impulsion des salariés et du CHSCT est indispensable pour initier cette démarche. Néanmoins, un tel chantier ne peut se développer sans l'aval de la direction. Elle n'a pas été motrice mais en a facilité la mise en œuvre. L'expertise et la pratique de solutions lui ont sans doute permis de passer du scepticisme à la volonté de poursuivre¹⁷⁰.

Etablissement B

La construction et la prise en compte des problèmes de conditions de travail n'ont été fortement prise en compte au sein du CHSCT qu'à partir de 2000¹⁷¹. La deuxième famille de thèmes traités en CHSCT a ainsi concerné l'organisation du travail - plannings, astreintes, effectifs ... en lien avec la RTT, et les conséquences possibles en terme de charge mentale et d'absentéisme¹⁷². La mise en place de la RTT a connu plusieurs phases.

Le premier accord proposé et soumis à l'avis des salariés¹⁷³ a fait l'objet d'un vote défavorable de ceux-ci. Avec quelques évolutions il a ensuite été signé par quelques organisations syndicales minoritaires. Sa mise en œuvre a posé deux types de problèmes¹⁷⁴ : - l'intensification du travail, reconnue d'ailleurs par la direction, liée au fait que les recrutements n'ont pas compensé la réduction du nombre d'heures travaillées - et la modification des plannings de travail essentiellement pour les soignants¹⁷⁵. Ceux-ci bénéficiaient préalablement d'un horaire dit en « 10 + 2 », c'est-à-dire 12 heures rémunérées, réparties en 10 heures de travail, 1 heure de repas et 1 heure de pose. Les nouveaux horaires sont, eux, identiques à l'ensemble du personnel, soit 7 heures 30 par jour, et sans temps de pose. Cette situation est souhaitée par la direction qui y voit l'intérêt d'augmenter le temps de travail effectif. Elle est très fortement critiquée par les salariés concernés qui au lieu de venir travailler trois fois par semaine sont contraints de venir à cinq reprises, ce qui selon eux perturbe très fortement l'organisation de leur vie familiale et augmente les coûts et les temps de transport. Les organisations syndicales sont, elles, très embarrassées par cette situation, en

¹⁷⁰ Le secrétaire du CHSCT conforte cette idée en indiquant que : « Dès 2003, les vacances ont été augmentées et maintenant le psychologue dispose d'un contrat de travail. Cette évolution reflète l'évolution de la prise en compte du problème par la direction. Très longtemps sceptique, voire moqueuse, la direction, face à l'insistance du médecin du travail et du CHSCT, a accepté d'entreprendre une action. Puis au vu des résultats (nombre de consultations traduisant le besoin du personnel à être écouté), elle a décidé de poursuivre, voire de consolider cette action. »

¹⁷¹ Le CHSCT de juin 1999 pointe toutefois l'impact de la nouvelle convention collective : « le CHSCT précise que la nouvelle convention a remis en cause les récupérations et entraîne un nouveau et pénible rythme de travail » ... « Il y a un malaise. »

¹⁷² En octobre 2000, concernant l'absentéisme, le président « parle d'absence structurelle à laquelle s'ajoutent les effets du passage aux 35 heures, le vieillissement du personnel et les conséquences de la charge mentale pour le personnel soignant. »

¹⁷³ Concernant les 35 heures, par voie de référendum, le personnel a confirmé le refus des organisations syndicales, de l'accord proposé par la direction, début 1999. Fin 1999, un consensus est exprimé au CHSCT : « 35 heures payées 39, 3 ans de gel de salaire, 10 postes de recrutement et organisation d'une commission de suivi ».

¹⁷⁴ Au CHSCT de mars 2000, le médecin du travail indique qu'il « enregistre des plaintes croissantes vis-à-vis de l'intensification des tâches depuis la mise en place des 35 heures. » Les représentants du personnel confirment cette analyse et demandent une renégociation du protocole d'accord et un premier bilan.

¹⁷⁵ En juin 2000, un point plus complet est fait. Sur les 11 recrutements prévus, 9 ont été réalisés. Le médecin du travail confirme que le personnel se plaint de ses conditions de travail depuis les 35 heures. « Cela lui semble évident dans la mesure où la réduction du temps de travail est de 10 % et les embauches ne représentent que 2,8% du personnel. » Un représentant du personnel « précise que les plannings sont mal adaptés (6 jours de 7 h 30 d'affilée) ce qui entraîne fatigue, démotivation et absentéisme ». Le président confirme « qu'il est bien conscient des problèmes que posent les plannings ; en particulier pour les 6 journées d'affilée et du week-end travaillé sur deux. »

hésitant entre l'intérêt d'une forme d'équité des plannings de tous les salariés et la prise en compte de problèmes spécifiques voire catégoriels. Elles se sont tout d'abord montrées réticentes à cette deuxième solution, puis petit à petit ont relayé les revendications du personnel concerné. En fin d'année 2000, une enquête auprès des salariés a montré que la RTT était jugée positive par les deux tiers des salariés¹⁷⁶, en prenant toutefois en compte que seulement un tiers des salariés y avait répondu. Récemment, deux aspects ont progressé. D'une part la prise en compte des temps d'habillage et de déshabillage¹⁷⁷, et d'autre part la question des plannings des soignants. Ce dernier dossier a pu être ré-ouvert grâce au travail du CHSCT, et plus particulièrement à sa commission « planning »¹⁷⁸. Celle-ci a en effet organisé avec le personnel, des rencontres dans les services concernés qui ont permis d'identifier précisément les attentes des salariés. Très majoritairement, les salariés demandent à revenir à l'ancienne organisation et quelques rares services préfèrent la nouvelle. Ce travail de fond du CHSCT a permis de rouvrir la négociation au cours de l'année 2003.

Outre les plannings, l'absentéisme¹⁷⁹ fait l'objet d'une réflexion importante. Le projet de contrat local pour l'amélioration des conditions de travail (CLAC) prend en compte ce problème en prévoyant la création d'un pool de deux personnes pour remplacer le personnel infirmier absent afin de diminuer la charge de travail des présents. Cette demande motivée par le fait qu'un *« important effort de productivité a été consenti par l'ensemble des personnels ainsi qu'une réorganisation des horaires pour les personnels des services de soins. La surcharge et l'intensité de travail sont une des résultantes du passage aux 35 heures. L'analyse d'une enquête par questionnaire adressé à l'ensemble du personnel en témoigne¹⁸⁰. »* Ce projet prévoit également la création d'un groupe de parole¹⁸¹. *« Il s'agit dans le cadre de la prise en charge des patients atteints d'une pathologie cancéreuse de permettre au personnel de parler de leur charge de travail physique et mentale. »* Le budget demandé doit permettre de financer les vacances d'un psychiatre. Cette solution a déjà été mise en œuvre en 1998 et *« avait été appréciée »*, selon le DRH.

Au CHSCT de janvier 2002 les problèmes d'absentéisme sont à nouveau évoqués. Le président reconnaît *« que le niveau d'absentéisme est un problème pour B tant pour la désorganisation qu'il engendre que pour le surcoût. Il insiste sur le fait que la rémunération*

¹⁷⁶ Deux représentants du personnel au CHSCT notent d'ailleurs que *« le passage aux 35 heures est apprécié dans tous les services techniques où la charge de travail a pu être répartie entre les périodes travaillées et chômées. »*

¹⁷⁷ En 2001, le CHSCT avait demandé à ce que le temps d'habillage / déshabillage soit pris en compte. Au CHSCT de janvier 2002, un accord entre la direction et les représentants du personnel est présenté sous la forme d'un repos supplémentaire de 2 jours pour l'ensemble du personnel et d'un temps d'habillage et de déshabillage de 5 minutes à la prise et à la fin de service.

¹⁷⁸ La commission « planning », dont la création a été décidée par les représentants du personnel au CHSCT, a rendu compte de son analyse lors de la réunion de mai 2001. Les 6 services d'hospitalisation ont été visités. Globalement, il ressort *« une productivité accrue, une pénibilité supplémentaire, un remplacement moins bon qu'avant, un suivi des patients pas amélioré, une vie familiale plus difficile et une santé au travail plus précaire. »* Parmi ces 6 services, 2 souhaitent rester en 7 h 30. En conclusion, le CHSCT *« demande à la direction d'engager une étude sur la charge de travail et le stress des soignants et de réétudier la solution des plannings « 10 + 2 » souhaitée majoritairement par le personnel. »*

¹⁷⁹ Au CHSCT de janvier 2001, le médecin du travail *« pose le problème de la polyvalence et de la charge de travail générées par les 35h, en particulier dans les services de soins. L'absentéisme a été important dans ces services et le manque de personnel reste une donnée importante. »*

¹⁸⁰ Les résultats seront présentés lors de la réunion de janvier 2001 : - un tiers de l'effectif a répondu au questionnaire - 67 % des salariés sont satisfaits - 72 % sont favorables aux 35 heures sous forme de RTT - 55 % constatent une surcharge de travail - 42 % acceptent le « donnant - donnant » salaire et RTT.

¹⁸¹ Il est également à noter que la demande de CLAC intègre un poste à mi-temps pour un ergonome, que l'on peut interpréter comme l'expression d'un besoin d'expertise interne sur ce sujet.

moyenne place B au-dessus de la moyenne nationale. » Néanmoins, il « ne considère pas les plannings comme une cause majeure de l'absentéisme. Pour lui, la cause principale réside dans le passage aux 35 h (B n'a pas pu recruter assez de personnel) et dans l'augmentation du taux d'activité. Il en découle un accroissement de la charge de travail, d'où une pénibilité plus grande. » Il préconise par contre « une prévention plus intensive en matière d'AES. »

Le président précise que selon le code du travail, la durée maximale quotidienne de travail est de 10 heures. L'inspecteur du travail confirme cette analyse mais précise « *qu'il a été amené, dans le cadre d'une demande volontariste des agents, à accorder une dérogation pour les 12 heures sur une période transitoire de 6 mois.* » Le CHSCT¹⁸² se prononce alors pour un essai expérimental du retour aux « 10 + 2 » pour certains services d'hospitalisation.

Etablissement C

La construction de la « charge mentale » est en cours à C. Loin d'être achevée, elle est jalonnée de dossiers particuliers et de certaines décisions structurantes et déterminantes. L'analyse de cette construction ne peut donc pas relater une histoire aboutie mais le récit de quelques épisodes qui pourraient être constructifs s'ils arrivent à être liés et globalisés.

Le problème touchant à la charge mentale n'est pratiquement jamais évoqué sous ce libellé. Il l'est plutôt sous l'angle de : - l'organisation du travail - de la pénibilité du travail exprimée par le médecin du travail - les problèmes d'absentéisme - et quelques fois des problèmes relationnels. Quel que soit l'angle d'approche, le problème est difficile à exprimer car il fait intervenir des personnes¹⁸³ et leur organisation.

Dans son bilan 1999 le médecin du travail indique qu'en matière de conditions de travail : « *les interventions ont été motivées essentiellement par des problèmes relationnels* ».

La difficulté majeure pour construire le risque et les solutions vient de la réticence des acteurs à exposer « publiquement » en CHSCT des problèmes relationnels entre personnes. Le médecin du travail par exemple préfère noter les cas problèmes exprimés individuellement, « *quand 3 alertes viennent du même service, alors je signale le problème à la direction et/ou au chef de service concerné.* »

Lors de la réunion de restitution de notre recherche au CHSCT d'octobre 2002, chacun convient qu'il n'y a pas de psychologue pour les salariés. Le président indique qu'il y a « *une information régulière par un intervenant extérieur pour les salariés qui le souhaitent.* » Le secrétaire répond que « *c'est dans le cadre de la formation mais que ce n'est pas institutionnalisé.* » Il y aurait eu un accompagnement du burn-out mais dans le cadre de la formation et non dans le cadre de réunion dans les services.

En résumé, le président reconnaît que sur cette question « *il y a effectivement des difficultés aujourd'hui à faire du préventif.* » Les salariés, selon les cas, expriment donc ce type de problèmes soit auprès du médecin du travail, soit auprès des représentants du personnel.

Le nombre de problèmes ainsi exprimés s'accroît depuis quelques années, outre les questions d'organisation du travail évoquées précédemment, quelques cas de charge mentale élevée et

¹⁸² Le médecin du travail pense, lui, que « *les accidents du travail arrivent le plus souvent quand il y a un manque d'effectif, ou dans les situations de stress et d'urgence. Les services de chirurgie sont les plus touchés en raison du nombre plus important de gestes à effectuer.* » Dans son rapport annuel 2001, le médecin du travail mentionne dans ses observations générales que « *la charge mentale importante des soignants (de par la spécificité de l'établissement) est à prendre en considération. Un soutien psychologique du personnel serait à organiser.* »

¹⁸³ Par exemple pour les problèmes relationnels, chacun s'accorde à reconnaître « *qu'on ne peut pas parler en CHSCT des gens horribles* » mais « *qu'il faut pourtant faire quelques choses.* »

de problèmes relationnels sont posés. Ils ne font pas l'objet d'une approche globale mais sont traités au cas par cas.

Il est intéressant de noter que la précédente majorité syndicale (CFDT) avait bénéficié d'une formation relative à l'analyse des conditions de travail, organisée par sa confédération. Celle-ci lui avait permis d'acquérir des compétences et de les mettre en œuvre durant son mandat.

Ce n'est ensuite qu'à partir de 2002 que ces questions sont véritablement abordées.

Un dossier sera toutefois initié en 2001, pour être véritablement traité en 2003. C'est suite à une intervention des opérateurs relative à leur organisation¹⁸⁴ et conditions de travail (heures, roulement ...) qu'une analyse approfondie a été réalisée par les responsables et salariés du service.

L'ANACT est sollicitée sur ce dossier et son étude confirme en les précisant les éléments de contexte : - exigences économiques et en matière de qualité - RTT à 32 heures qui rend difficile le respect des plannings des salariés - augmentation de l'activité - vétusté des machines avec pannes fréquentes. Cette situation est liée ou interfère avec l'organisation du travail, l'environnement, le personnel, le matériel.

Le CHSCT convient alors de la nécessité de créer des groupes de travail pluridisciplinaires et représentatifs des métiers du service, pour retravailler le dossier. Le médecin du travail indique qu'il y a moins d'absentéisme qu'il y a deux ans, parce que « *aujourd'hui le personnel prend sur lui ; le compte rendu de l'ANACT révèle bien l'état d'esprit actuel. Il faut la participation de tous les acteurs pour que l'on arrive à quelque chose ; des améliorations sont possibles sans surcoût mais avec de l'organisation.* »

Pour le président, il faut maintenant rentrer dans une dynamique de projet. Actuellement, il n'y a pas d'échanges et les décisions sont imposées aux salariés. Les salariés n'ont d'ailleurs pas été consultés sur les plans concernant le réaménagement du service.

Ce problème s'est ainsi construit en trois étapes : - une initiation par les salariés - une construction du problème en interne¹⁸⁵ puis avec l'aide d'un expert externe (ANACT) - et enfin, pour la construction des solutions, un travail participatif est considéré comme indispensable.

¹⁸⁴ Comme il s'agit d'un problème d'organisation interne au service, la direction ne souhaite pas intervenir et « *il ne lui semble pas pertinent que le CHSCT se mêle du fonctionnement des services sauf en cas de problèmes.* » L'origine du conflit est ce que le président considère comme la nécessité de rentabiliser des équipements très chers, en revoyant l'organisation du travail pour augmenter le temps d'utilisation des équipements lourds.

L'évolution de la situation dans ce service sera longue puisqu'elle sera, à nouveau, évoquée en janvier 2003. Les tensions sont réelles ; bien qu'ayant été convié à une réunion par le responsable du service, le secrétaire du CHSCT en a été « congédié ». Il interroge alors la direction sur les problèmes de fond dans le service et sur « *les restrictions du CHSCT au niveau de ses interventions dans les services.* »

La direction confirme que la situation n'est pas satisfaisante dans le service et qu'il est « *important de se serrer les coudes jusqu'à la fin de l'année, période de mise en place du 5° accélérateur.* »

Concernant l'intervention du secrétaire du CHSCT, le président indique que rien ne s'oppose à sa participation si une demande est faite, que pour une visite de service le CHSCT peut arriver quand il veut, mais que pour les réunions il est préférable d'en convenir avec le chef de service. Il recherche l'apaisement en indiquant que le responsable l'a « refoulé », en « *retour d'une erreur commise pendant une période de surcharge de travail importante.* »

¹⁸⁵ Ce dossier a été suivi activement par le CHSCT qui a rapidement proposé la mise en place d'un groupe de travail avec les salariés, le médecin du travail et l'encadrement du service. Au CHSCT suivant en janvier 2003, le secrétaire indique que le CHSCT « *s'occupe du dossier comme convenu, mais ce n'est pas facile, et même très agressif ; les salariés n'ont pas compris que l'intervention du CHSCT est dans leur intérêt.* » Le président répond « *qu'il n'y a pas que ce service qui n'a pas compris le rôle du CHSCT* » Au printemps 2003, le médecin du travail fera une étude sur le poste de manipulateur radio et le secrétaire du CHSCT va passer « *quelques jours avec les manipulateurs pour voir comment ça se passe dans le service : travail et ambiance.* » Le secrétaire est en contact avec l'ANACT et va programmer les réunions dans le service.

Un autre problème est soulevé en 2002 dans un autre service. Il provient d'une augmentation de la charge de travail entraînant des tensions dans le service. Cela serait en lien avec la maladie professionnelle (TMS) déclarée en 2002. Le secrétaire du CHSCT confirme « *qu'il n'y a pas d'anomalie majeure dans les conditions de travail, mais un mal être flagrant.* »

Au CHSCT de juillet 2003, le secrétaire signale qu'il est allé dans plusieurs unités de soins pour écouter les ressentis sur le rythme de travail, la charge de travail. « *Il est souvent ressorti, y compris par les responsables, qu'il y a un manque de personnel pour certaines unités. Il y a également un problème d'heures supplémentaires.* » L'infirmière générale répond « *que comme tous les établissements hospitaliers, C est tributaire du marché, car les embauches se font en janvier à la sortie des écoles. Il y a 10 % de perte des effectifs en cours d'année (pourcentage dans la normalité des établissements hospitaliers).* » Le secrétaire reconnaît qu'il y a un problème sur le marché de l'emploi mais il considère « *qu'il y a également un problème de fond qui est la cause de tous les départs.* » Au CHSCT de novembre 2003 le secrétaire demande, à nouveau, communication des heures de dépassement dans les unités de soins. Le secrétaire confirmera en 2004 que les soignants se plaignent de plus en plus auprès de lui de ces problèmes. Il est décidé de faire un état des lieux, notamment au cours des temps de relève, et d'en discuter ensuite en réunion.

L'organisation des secrétariats médicaux pose également problème. L'information relative à l'appel aux services d'un cabinet d'ergonomie pour l'étudier sera donnée au CHSCT de novembre 2003. Apparemment ni le CHSCT, ni le médecin du travail n'ont véritablement été associés. Le médecin du travail exprimera ses réserves sur le projet d'organisation en pool. Il est prévu de les consulter sur les plans, donc tardivement. Lors de sa réunion de mai 2003, le CHSCT rend compte dans son bilan de visites dans les services où le personnel se plaint de ses conditions de travail ou de problèmes relationnels¹⁸⁶.

Etablissement D

Cette question est régulièrement, et depuis longtemps, évoquée au CHSCT. Elle a connu bien des difficultés pour se construire, comme l'illustre la mise en place informelle de groupes de parole organisés bénévolement par un psychologue ayant constaté les problèmes de « charge mentale » des soignants alors qu'il venait visiter sa femme hospitalisée.

En 1996, elle est évoquée sous l'angle du stress. Le médecin du travail devait faire une étude sur le problème des dépressions en contactant les autres établissements similaires. Il ne la fera pas en invoquant son manque de temps.

Des représentants du personnel proposent alors d'étudier une meilleure gestion du stress dans les équipes de travail. Le secrétaire général insiste lui sur le rôle du chef d'équipe, en considérant que dans certains cas le « *problème est lié au manque d'encadrement* ». Toujours

¹⁸⁶ Deux autres situations illustrent ce type de problème :

Au CHSCT de septembre 2003 est évoqué le problème relatif à la médiation au bloc et de mise en place des astreintes IADE. Cela confirme la montée des problèmes relatifs à l'organisation et aux conditions de travail.

Au même CHSCT est posé le problème de pressions psychologiques dans certains services. Le secrétaire du CHSCT « *fait état de plaintes répétées émanant de plusieurs salariés et concernant deux services et deux chefs de service en particulier. En tant qu'instance du CHSCT, il est tout à fait légitime de prendre en considération les remontées des salariés que l'on ne respecte pas dans le travail, qu'on dévalorise, qu'on brutalise dans les propos. Les chefs de service n'ont pas à profiter de leur statut hiérarchique pour exercer des pressions. Ce genre de comportement est inadmissible et crée d'énormes difficultés dans les équipes, engendre du stress et génère des conflits récurrents. Alors que plus le salarié travaille dans un climat de confiance, plus il donne le meilleur de lui-même.* »

selon lui, il faut former l'encadrement pour cela¹⁸⁷. Les membres du CHSCT considèrent *«que cela concerne aussi le personnel qui doit pouvoir gérer lui-même ses conflits¹⁸⁸»* et rappellent qu'ils demandent *«depuis longtemps une aide psychologique au sein des équipes.»* Il est donc prévu *«d'étudier une politique de gestion du stress»* dans le projet de prévention pour 1997. Comme dans de nombreuses entreprises, des problèmes relationnels existent¹⁸⁹ et font l'objet d'un traitement particulier.

A partir de 2001, les effets de la RTT mise en place en 2000 vont se faire sentir et la direction accepte difficilement d'en débattre¹⁹⁰. Le CHSCT, en relation avec le CE vote alors une «mission» pour une étude sur l'intensité et la charge de travail, tant physique que mentale, sur l'horaire 8 heures – 16 heures. Le secrétaire général indique que *«cela n'a rien à voir avec les conditions de travail, l'analyse du contenu ne relève pas du CHSCT.»* L'inspecteur du travail confirmera que *«la charge de travail concerne le CHSCT»*.

Le compte-rendu de la mission *«horaires décalés»* est présenté au CHSCT de mars 2002. L'étude a été faite par questionnaire auprès du personnel et fait apparaître des difficultés pour certaines activités, dans certains services. Elle met en relation l'organisation du travail, les horaires de travail et la charge de travail. Ce point de l'ordre du jour se termine par *«une discussion autour du problème de sous-effectif de l'établissement, de l'absence de pool de remplacement, de la difficulté de se libérer pour suivre les formations et des dépressions qui surviennent à cause de la surcharge de travail.»*

¹⁸⁷ En septembre 1997 est évoqué un contrat d'amélioration des conditions de travail relatif à une action menée avec un consultant. Un représentant du personnel *«nie le fait qu'il s'agisse d'un contrat d'amélioration des conditions de travail, mais que ce dossier sert à préparer la future convention collective en formant l'encadrement au management.»* Il doute *«que le changement de méthodes puisse se faire sans changement du comportement humain.»*

Le secrétaire général considère lui que cette démarche *«doit permettre d'instaurer un dialogue permanent, d'établir une communication sur les problèmes de services»*, *«un vrai dialogue social interne»*. Ce dossier ne sera pas suivi par le CHSCT mais par le CE. Il sera toutefois évoqué à nouveau au CHSCT de mars 1998, au cours duquel les représentants du personnel évoqueront la difficulté d'évaluer *«l'efficience»* des cadres.

¹⁸⁸ Au CHSCT de mars 1999, un représentant du personnel demande si *«une évaluation existe sur la part de problèmes de dépression au niveau des arrêts. Il y a actuellement 2,5 matinées de présence d'un psychologue pour les malades et une vacation de psychiatrie le jeudi matin. Par contre, il y a un manque pour le personnel. Il faudrait amorcer en interne un projet constructif car il y a des gens motivés.»*

¹⁸⁹ En mai 2000, le secrétaire du CHSCT évoque des problèmes relationnels qui se posent depuis longtemps *«entre un chirurgien et l'ensemble du personnel amené à travailler directement ou indirectement avec lui. Il s'agit d'un problème suffisamment grave de non-respect des salariés pour que le CHSCT s'en préoccupe.»* Le médecin du travail confirme *«qu'elle a du rencontrer cette personne parce que des salariés étaient venus la voir en larme.»* Le secrétaire général *«affirme ne pas cautionner ce type de comportement»*. Pour l'inspecteur du travail, il est important que ce type de problème soit évoqué en réunion de CHSCT et retranscrit dans son compte rendu.

¹⁹⁰ Les conditions et la charge de travail constituent l'une des difficultés majeures. Les conditions de travail sont considérées en amélioration, notamment sur le plan matériel, et plus particulièrement pour les salariés qui ont connu les anciens locaux: *«on a plus de moyens pour travailler aujourd'hui qu'avant.»* Par contre, *«les 35 heures posent le problème de sous-effectif»*. La direction, qui a mal vécu les jours de grève au moment de la RTT considère, selon les salariés, que le problème a été réglé une fois pour toutes à l'issue du conflit et *«à chaque fois que l'on veut parler des horaires et de la charge de travail en CE, c'est tout de suite conflictuel.»* Un salarié résume la situation ainsi: *«on a eu une amélioration importante des conditions de travail, mais pas sur les horaires, c'est de plus en plus la panique avec la RTT, on ne peut plus tout faire, on ne peut plus respecter les protocoles.»*

Sur l'initiative du CE, le CHSCT de novembre 2002 vote une expertise sur la charge mentale¹⁹¹. Un représentant du personnel précise que *« au moment où l'on fait un travail sur l'évaluation des risques, nous pensons que cela enrichirait le travail ; sur le bilan social 2001, la longue maladie est passée de 25,6 % en 2000 à 32 % en 2001 ; on n'a jamais vu autant de problèmes de dos sur la catégorie aide-soignant. C'est tout cela qu'on veut voir, et cela correspond à vos remarques, au travers de différents documents. Nous demandons cette mission dans un souci de prévention et non de conflit. »* Pour un autre représentant du personnel, *« la nouvelle CCN et la RTT ont provoqué une augmentation de l'absentéisme. Aujourd'hui, les salariés fatigués hésitent moins à s'arrêter. »*

Un autre représentant du personnel s'étonne que dans l'évaluation des risques, à la rubrique « charge mentale », ce soit la rubrique « risque existant et maîtrisé » qui ait été cochée, alors qu'elle a soulevé ce problème comme non réglé. Ce à quoi le secrétaire général répond qu'il *« peut déplacer la croix, mais ce qui est important dans ce document, c'est le commentaire ; la charge mentale ressort dans tous les services de soins et le contexte d'urgence relevé par certains plateaux techniques tient au fait d'une mauvaise organisation qui donne un contexte d'urgence permanent. »*

D n'échappera pas au contentieux, relativement fréquent entre direction et représentants du personnel, lors du recours par le CHSCT à une expertise par un expert agréé. L'inspecteur du travail devra rappeler à la direction que *« c'est bien le CHSCT qui choisit et se fixe les règles. »* Le directeur estime, lui, qu'il a un avis à donner en tant que président du CHSCT et que son accord sera conditionné au fait que *« la proposition financière lui convienne »*¹⁹².

Le consultant a remis son rapport en mars 2004. Il est actuellement utilisé comme base de discussion pour la construction plus globale des conditions de travail. Malgré la volonté initiale de chacun, il n'est pas acquis que D pourra transformer ce conflit en opportunité¹⁹³.

¹⁹¹ Les motivations de cette expertise sont décrites dans un document intitulé : *« Proposition des termes de la mission d'expertise demandée par le CE, mise au vote du CHSCT. Elle devra porter sur « les conséquences, pour la santé physique et mentale du personnel de D, de la situation constatée d'augmentation de la charge de travail et de dégradation des conditions de travail, ainsi que des risques d'aggravation des pathologies professionnelles et de harcèlement moral au travail. »*

¹⁹² En septembre 2003, un consultant est retenu à l'unanimité des élus CHSCT. La direction décide de le contacter pour négocier le coût de son intervention.

Au cours d'une réunion extraordinaire du CHSCT, en décembre 2003, l'état d'avancement de l'expertise est présentée par le consultant. L'organisation des entretiens avec le personnel est compliquée par la méfiance réciproque entre représentants du personnel et direction qui entraîne une grande vigilance sur les modalités de recrutement des salariés entendus.

¹⁹³ Pour la rédaction de cette thèse nous avons fait le choix d'arrêter nos analyses de terrain fin 2003, ce qui ne nous a pas permis d'étudier les modalités d'appropriation et d'exploitation de ce rapport. Nous nous limiterons à en citer ici quelques idées fortes. La première concerne la réponse nécessairement collective aux problèmes, mais qui repose sur un équilibre instable : *« Malgré les difficultés précédemment évoquées si cela fonctionne « malgré tout », c'est par un travail collectif que nous avons pu mettre en évidence au niveau des équipes dans les différents services. »* La deuxième renvoie à la prise en charge globale du malade : *« Hormis ces collectifs qui se constituent en fonction du travail et des parcours professionnels (...), la prise en charge globale du patient implique des formes de coopération plus larges mais pas toujours faciles du point de vue du fonctionnement des différents services. » ... « Cette prise en charge globale et collective est pourtant nécessaire si l'on considère le patient comme un être à la fois physiologique, psychologique et social. »* Dans le même ordre d'idée, il paraît difficile aux experts de dissocier dans le travail la part « technique » de la part « relationnel ». La troisième idée touche à la gestion de la variabilité : *« Les tensions qui existent se jouent sans doute dans cette articulation global – local, c'est-à-dire dans l'utilisation d'un système standardisé qui puisse laisser place aux spécificités des établissements dans lesquels ils s'opérationnalisent. » ... « Nous avons vu au cours de ce rapport combien le projet de calculer la charge de travail se heurte à de la complexité. Comment alors organiser des confrontations positives entre ces deux logiques (travail de gestion et travail comme gestion de variabilités) ? » ... « Enfin, préserver les régulations collectives et restaurer des possibilités de récupération et de réalisation de soi, c'est mieux comprendre le travail comme lieu où chacun joue son identité et sa santé. »*

La construction de l'approche des conditions de travail

Les questions de stress, de facteurs psychosociaux et de conditions de travail apparaissent donc comme importantes depuis longtemps mais ce n'est que depuis quelques années que leur traitement commence à s'organiser. Plusieurs difficultés sont à l'origine de ce retard : la difficulté d'initiation, de construction du risque, de prescription et de mise en œuvre de l'action et un apprentissage récent et difficile.

L'initiation : un manque de savoirs constitués et une difficulté à construire des savoirs

La construction des problèmes relatifs aux conditions de travail est difficile à exprimer pour plusieurs raisons. Pour les salariés, la mise en mots est complexe, sans rentrer dans l'évocation de situations particulières voire personnelles. Les directions ont, elles, à gérer une injonction contradictoire entre la reconnaissance de l'existence du problème et leur réticence à engager un processus dont ils ne connaissent pas ou peu les solutions et les conséquences qu'elles peuvent avoir sur l'organisation du travail et la gestion de l'établissement. Les médecins du travail des établissements « gestionnaires » connaissent de grandes difficultés à se positionner sur un terrain rapidement conflictuel. Dans les établissements « managers », les médecins du travail alimentent et suivent la réflexion plus qu'ils ne l'initient. Ils peuvent ensuite l'accompagner en participant à sa mise en œuvre.

L'inspecteur du travail est relativement démuné sur cette question pour laquelle il ne dispose ni d'un prescrit réglementaire, ni d'un savoir-faire sur lequel s'appuyer.

Il n'est donc pas surprenant que rares soient les démarches engagées avant que la demande n'en soit fortement exprimée par les salariés. Mis à part A, c'est donc la perception concrète des effets de la nouvelle CCN, de la RTT et de l'augmentation de l'activité qui a conduit le CHSCT à initier la « mise sur agenda » des conditions de travail.

Les savoirs constitués manquent dans l'entreprise pour appréhender ce type de problèmes.

Le prescrit externe serait le plus facile à mobiliser mais il est très faible voire nul. Certains considèrent que l'absence de réglementation est une lacune importante. Quand il n'existe pas de norme pour caractériser et même légitimer un problème, de plus, difficile à objectiver et donc à exprimer, la seule solution est de l'expertiser dès lors que l'on a la capacité d'en convaincre les décideurs ou de l'imposer.

Ainsi, au sein de A, le secrétaire du CHSCT a initié le processus, en s'appuyant notamment sur une démarche de l'inspection du travail. Il a ensuite fallu attendre une initiative du service social pour engager une action collective et du médecin du travail pour un accompagnement

individuel. Tout cela se déroulant dans un contexte de conviction de la direction qu'il fallait faire quelque chose tout en étant sceptique sur la méthode et les résultats à en attendre.

Dans le cadre de B, c'est bien le CHSCT qui a relayé une demande des salariés et l'a structurée dans le cadre de sa commission « planning ».

Au sein de C, ce sont les salariés, sur la base de cas particuliers, qui ont initié la démarche, relayée par le CHSCT puis traitée au niveau du service.

Enfin, à D, le processus est similaire sauf que le CHSCT a gardé davantage « la main » sur la construction du problème.

Le tableau 9 ci-après résume, pour chaque établissement, le déroulement et les acteurs des cinq étapes de la construction du risque.

La perception du problème a évolué au cours du temps. On peut distinguer deux phases. La première a concerné la « charge mentale » notamment en lien avec l'accompagnement des mourants, donc une dimension plutôt psychoaffective. La deuxième a été déclenchée par les nouvelles contraintes liées à la nouvelle CCN et la RTT¹⁹⁴, en étant essentiellement appréhendée en terme d'organisation et de conditions de travail.

La construction du problème passe donc par un préalable : sa légitimation. Celle-ci requiert d'une part sa perception partagée par un minimum d'acteurs, et d'autre une capacité à le « mettre en mots¹⁹⁵ », c'est-à-dire à le construire. Pour cela, certains experts possèdent un savoir constitué à l'intérieur des établissements mais il leur est difficile de l'exprimer globalement sur ces questions, y compris pour le médecin du travail qui préfère traiter ces problèmes au cas par cas. Pour valider le problème et initier sa construction il faut donc aller chercher des compétences à l'extérieur de l'établissement. Dans le cas des établissements « managers », l'accord de la direction a permis de travailler avec des psychologues ou des chargés de mission de l'ANACT. Dans le cas des établissements « gestionnaires », l'initiation du processus a reposé soit sur le savoir-faire procédural dans le fonctionnement de

¹⁹⁴ La RTT est jugée positive par la majorité des salariés, mais comme l'organisation du travail n'a pas réellement été prise en compte cela pose problème. Il faut en effet se souvenir que le dossier RTT n'a été concerté quasi uniquement qu'en CE. Cela montre d'une part que si des relations existent entre les IRP, elles ont chacune leur champ de compétences et, d'autre part, que cet aspect n'a pas été intégré dans la gestion des risques de l'entreprise.

¹⁹⁵ Certains parlent de stress lié à la charge mentale, d'autres parlent de la charge « affective » liée à « l'accompagnement des mourants », les médecins eux « ne veulent pas en parler », certains souffrent davantage d'un manque de reconnaissance de leur travail, d'autres regrettent que « la charge augmente donc la convivialité diminue ».

« commissions » (B), soit sur le recours par les représentants du personnel à la procédure de l'expertise CHSCT¹⁹⁶ (D).

Tableau 9 : Synthèse de la construction des conditions de travail dans les quatre établissements étudiés.

	A	B	C	D
L'initiation	Dans tous les établissements, la perception concrète des effets de la nouvelle CCN, de la RTT et de l'augmentation de l'activité ont fortement contribué à initier la « mise sur agenda » des conditions de travail.			
Les acteurs de l'initiation	La secrétaire du CHSCT, puis le service social et le médecin du travail. Conviction et scepticisme de la direction	CHSCT, commission planning	Les salariés	CHSCT et salariés
La construction	ANACT puis Psychologue	CHSCT et salariés	Participation directe, avec ou sans expert externe. Médecin du travail.	Expert, salariés et CHSCT
La prescription	Construction combinée CHSCT / expert / salariés	Renégociation de l'organisation des plannings CHSCT / direction, sur la base de la demande des salariés. Faible participation du médecin du travail	Participation plus ou moins central du CHSCT.	Nécessité de recherche conjointe des solutions et des modalités de mise en œuvre
La mise en œuvre	Psychologue Médecin du travail		Hierarchie, médecin du travail	
L'apprentissage	L'apprentissage de la construction des « conditions de travail » est à la fois trop récent et concerne un objet trop complexe pour être véritablement structuré			
	Empirisme, action collective Expertise, accompagnement individuel. Cohabitation d'actions particulières et générales	Acquis forts du CHSCT en matière de « commissions » Approche générale d'un objet particulier mais important : les plannings	Passage difficile du particulier au général	Expression de problèmes particuliers. Etude du CHSCT qui initie une expertise. Tentative de passer au général
Mode de construction	Construction combinée dès le départ	Construction ascendante, puis recherche de construction combinée	Initiation ascendante puis construction combinée	Construction ascendante

¹⁹⁶ L'idée générale exprimée est que l'audit constitue une démarche positive et qu'il permettra de mettre des mots, de nommer les problèmes et de trouver des solutions : « *il faut passer du subjectif aux solutions* ». Par rapport à la démarche d'évaluation des risques qui est jugée trop générale et « *en public* » et ne « *permettrait que difficilement d'exprimer la charge mentale, surtout que c'est la direction qui pilote* », « *l'audit a, lui, l'avantage d'être réalisé par une personne extérieure et est confidentiel.* »

La construction du risque et la prescription des solutions :

Les modalités d'initiation différentes induisent des spécificités dans les processus de construction, de prescription et de mise en œuvre. On note toutefois des similitudes entre les deux « managers » d'une part et les deux « gestionnaires » d'autre part.

Chez les premiers, le processus d'initiation, davantage « conjoint », permet de traiter quasi simultanément la construction du risque et des solutions dans une démarche combinée salariés / CHSCT / expert / médecin du travail / direction. La participation directe des salariés est forte et le CHSCT est alors un lieu d'échanges plus ou moins central.

Dans les établissements « gestionnaires », la plus faible motivation des directions à agir rend nécessaire la construction du problème par les représentants du personnel et les salariés, par une « expertise » ou une « commission ». Le rôle du CHSCT est central pour la construction du risque. Toutefois, pour la prescription des solutions les représentants du personnel ont besoin de revenir à une négociation avec la direction, tout comme la direction a besoin de revenir dans le dispositif pour reprendre « la main » ou pour le moins la partager. La mise en œuvre des solutions sera alors réalisée conjointement, alors que chez les « managers » la construction conjointe du risque et des solutions, et la plus grande confiance entre les acteurs, permettent d'en déléguer la mise en œuvre à la hiérarchie, au médecin du travail, à un psychologue ...

Analysons maintenant quelques aspects transversaux dont certains font débat : les processus de rationalisation, de construction et d'apprentissage, l'approche par l'individuel et le collectif, par le particulier ou le général.

La rationalisation

La première idée qui ressort est que la construction du problème et des solutions procède par étapes successives, tout d'abord pour légitimer le problème des conditions de travail. Pour cela, il a fallu franchir quatre étapes : - être ressenti comme important par les salariés - être expertisé et caractérisé - être reconnu comme important par la direction - disposer de solutions, ou de pistes d'actions. Il apparaît en effet difficile d'exprimer un problème dont on ne connaît pas les solutions. Les deux étapes de caractérisation et de reconnaissance par les directions sont soit dissociées chez les « gestionnaires », soit conjointes chez les « managers ».

Pour parcourir ce chemin, trois familles d'acteurs sont mobilisées : - les opérateurs qui disposent des savoirs sur leur activité. Cette participation directe des salariés est

indispensable, au moins pour la phase d'initiation, pour pallier l'absence de mise à disposition de savoirs « constitués », pour légitimer leur mobilisation et leur mise à disposition des établissements - des experts internes ou plus souvent externes (dans trois établissements sur quatre) qui apportent les savoirs permettant de caractériser le risque - et les acteurs ou les lieux de médiation qui peuvent être aussi des experts (médecin du travail, inspecteur du travail, secrétaire ou président de CHSCT, psychologue ...). Ces acteurs de la médiation intervenant sur deux registres : les savoirs qu'ils possèdent ou peuvent mobiliser et les relations auxquelles ils contribuent entre les acteurs.

La première famille d'acteurs intervient généralement sur un mode empirique reposant sur son savoir « construit » en prenant en compte l'activité de travail et la perception qu'en ont les salariés. Elle est nécessaire à l'intervention de la deuxième famille qui introduit des savoirs constitués substantiels ou procéduraux. La troisième famille joue un rôle plus relationnel de passeur, traducteur ou médiateur sur lequel nous reviendrons. Nous pourrions aussi présenter les relations entre ces trois familles en empruntant à l'ergologie (Schwartz, 2003) le concept de « *forces d'appel et de rappel* » entre ce que nous appelons les savoirs « construits » et « constitués ». La régulation que cela nécessite s'opère dans le cadre d'une participation qui articule les modes direct et représentatif.

Le processus de rationalisation pourrait être ainsi résumé : il débute par une initiation, généralement sur un mode empirique ; il passe ensuite par une phase d'expertise, volontaire ou contrainte, selon le mode de gestion des risques de l'établissement ; la troisième étape est la construction des solutions qui impose une logique participative. Dans le cas d'une expertise imposée par le CHSCT, il lui sera donc nécessaire de rétablir des liens avec la direction pour que les solutions puissent être construites et mises en œuvre.

L'individuel et / ou le collectif, le particulier et le général : une affaire d'apprentissage

Les conditions de travail ne bénéficient donc, dans les établissements, que de savoirs « construits » ou « constitués » limités. Pour agir, il leur appartient donc à la fois de construire des savoirs et d'apprendre à en mobiliser d'autres. Il n'est donc pas surprenant que la durée de maturation et d'apprentissage soit longue. L'élément clé de cet apprentissage, plus particulièrement du côté de la direction, est la pratique de solutions qui montrent que s'intéresser à ces questions ne conduit pas à des impasses mais fait progresser l'établissement. Elles peuvent ainsi passer du scepticisme à la volonté de poursuivre.

Cet apprentissage se situe tant au niveau de l'initiation que de la construction et de la prescription de solutions. L'évolution des modalités d'intervention des psychologues du travail en est illustrative et se structure en trois étapes : - la première, sans organisation particulière, permet aux salariés de faire appel aux psychologues affectés au suivi des malades - ensuite, la prise de conscience de la nécessité de dédier un psychologue spécifiquement au suivi des salariés conduit à organiser des vacations pour la prise en charge de la souffrance individuelle dont la mise en place tend d'ailleurs à se développer - enfin quand il apparaît indispensable de dépasser l'approche individuelle, d'autres solutions sont développées. Au sein de A par exemple, l'accompagnement individuel a été jugé satisfaisant, tout en connaissant des difficultés pour passer au niveau des solutions collectives souvent indispensables pour traiter le problème en profondeur. La « supervision » menée au service social en montre le bien fondé. Elle pointe aussi la nécessité, pour une démarche collective, d'une adhésion des acteurs concernés qui, pour fonctionner, doit être initiée et structurée. Au sein de A, ceci semble difficile à reproduire dans d'autres services.

Nous retrouvons là la difficile articulation entre le particulier et le général et entre les approches ascendantes, descendantes et combinées. La démarche ascendante produit surtout de la demande individuelle qui constitue une première étape toutefois insuffisante pour régler le problème. La logique descendante ne paraît pas appropriée pour appréhender les conditions de travail, tant le volontarisme des salariés paraît indispensable. Le mode d'action vers lequel toutes les actions tendent à un moment ou à un autre est donc la combinaison entre des demandes individuelles et une organisation experte permettant la construction individuelle et collective des solutions qui correspondrait à une forme de régulation conjointe.

Actuellement le niveau d'apprentissage général ne permet de généraliser ce type de solutions et la gestion est essentiellement curative, dans une démarche ascendante. Les problèmes étant posés au cas par cas, la construction du risque et des solutions ne concerne que le cas traité.

La gestion des conditions de travail apparaît donc bien comme une construction structurée, avec ses étapes et processus d'apprentissage. Le mode de gestion est soit ascendant, soit combiné mais jamais descendant compte tenu de l'absence de prescrit et de volonté spontanée de la direction de s'y intéresser. Les solutions ne pouvant être pré-construites hors de l'entreprise doivent l'être en interne, ce qui passe obligatoirement par une régulation conjointe.

§ 2. Les accidents avec exposition au sang (AES)

Analysons, dans chaque établissement, les modalités de gestion du risque d'AES (piqûre, coupure ...) qui comporte notamment le risque de contracter le SIDA ou une hépatite.

Etablissement A

A est l'établissement dans lequel les AES font l'objet d'une gestion spécifique depuis le plus longtemps. Il est donc assez logique qu'il ait obtenu les meilleurs résultats au cours de ces dernières années.

La première action importante a été initiée en 1994¹⁹⁷ et menée en 1995 et 1996. Ce travail de sensibilisation sera conduit par une infirmière, détachée pendant trois mois, avec une forte action pédagogique. La démarche est ensuite plus cyclique, en fonction des possibilités financières de détachement de cette infirmière. Les bons résultats obtenus et les efforts intenses réalisés en 1995¹⁹⁸ et 1996 auront comme conséquence une action moindre en 1997. En 1998, la prévention des AES¹⁹⁹ figure parmi les sept axes prioritaires du CHSCT.

Durant cette période, plusieurs courriers émanent de l'inspection du travail. Bien que très complets, ils n'évoquent pas les AES. Est-ce parce que l'inspecteur du travail considère que ce risque est bien appréhendé ou bien parce qu'il manque de prescrit externe?

En 1999, les AES²⁰⁰ font partie des cinq actions prioritaires du CHSCT qui prend conscience que sa dernière action forte date de 1996. En début d'année 2000, les mauvais résultats obtenus en 1999 (+ 44% par rapport à 1998) suscitent une forte motivation du CHSCT. Le président décide d'engager une action de prévention et un groupe de travail est mis en place pour travailler sur le matériel et la formation.

Au cours des années 1999 et 2000, le CHSCT évoque surtout la conduite à tenir en cas d'accident avec exposition au sang. L'aspect curatif a ainsi pris le pas sur l'aspect préventif. On pointe aussi l'écart entre la réalité, c'est-à-dire les indicateurs qui se détériorent avec la rhétorique relative à l'efficacité de l'action. Cela pose plusieurs questions qu'il serait intéressant d'explorer : l'amélioration des thérapies contre le SIDA n'a-t-elle pas eu, comme corollaire, la baisse de vigilance ?

¹⁹⁷ Les AES font partie des priorités du CHSCT pour 1994 et les deux années à venir, c'est-à-dire pour la durée de son mandat avec : l'évacuation des déchets, l'ergonomie et les dorso-lombalgies. Pour les AES une fiche de déclaration est prévue pour mieux connaître l'étiologie ainsi qu'une campagne d'information auprès de l'ensemble du personnel avec comme support une affiche sur le port des gants.

¹⁹⁸ 1995 sera une année de forte mobilisation du CHSCT et 250 personnes seront formées. A demande un CLAC qui pour les AES prévoit un travail de sensibilisation, de prescription (port des gants et du « non recapuchonnage »), l'utilisation de la fiche accident pour mieux connaître leur étiologie, élaboration d'une conduite à tenir en cas d'accident, l'utilisation de containers à aiguille appropriés, l'étude de nouveaux matériels

¹⁹⁹ Il est prévu de revoir l'information du personnel, d'envisager la mise en place de référents formés sur ce thème et que cela soit fait par le biais du forum infirmier par la distribution d'un questionnaire, pour mieux connaître la situation.

²⁰⁰ 33 personnes seront formées et les AES seront évoquées au cours de 3 réunions du CHSCT surtout pour y évoquer la conduite à tenir en cas d'accident. Il est prévu de refaire une campagne d'information. Une étude technique et financière sur les aiguilles rétractables est réalisée. Il est rappelé que la dernière campagne d'information date de 1996. Des réunions d'information/débat sont prévues à partir d'avril, entre 12 et 14 heures, avec utilisation de plusieurs cassettes vidéo. Les actions doivent en particulier viser les nouveaux, plus particulièrement ceux embauchés dans le cadre de la RTT.

Deux cas²⁰¹ d'accidents nouveaux montrent que la problématique des AES évolue, notamment en fonction de l'introduction de nouvelles techniques et nécessite une réactivité permanente. Ils rappellent aussi l'importance de l'organisation du travail dans la prévention qui constitue la dimension pour laquelle les solutions sont les plus difficiles à construire. La personne ressource habituelle est mandatée pour reprendre les formations. Celles-ci sont à nouveau très participatives²⁰² et permettent aux salariés d'exprimer leurs problèmes. Le même type d'actions sera poursuivi en 2002 et 2003.

Des résultats qui fluctuent au rythme des actions et de l'évolution du contexte

Analysons maintenant les résultats obtenus au cours de ces dernières années²⁰³. Comparativement aux autres établissements étudiés, et au-delà, à d'autres établissements du même type, A se situe parmi les établissements de soins comptant le taux d'AES le plus faible. Il est intéressant d'analyser l'évolution des indicateurs et leurs liens avec les actions de prévention. L'augmentation des AES, en 1994, peut très probablement être mise en relation avec l'engagement d'un travail de sensibilisation. Les actions de prévention, menées en 1995 et 1996, permettent de maîtriser cette évolution. 1997 et 1998 bénéficieront de cette dynamique.

1999 et 2000 voient deux phénomènes se conjuguer : - la mise en place de la nouvelle CCN et de la RTT qui introduisent davantage de turn-over et un besoin de recrutement - et le déplacement du centre des préoccupations du CHSCT de la prévention vers la conduite à tenir en cas d'accident avec exposition au sang. L'aspect curatif a ainsi pris le pas sur l'aspect préventif.

Ainsi, plusieurs hypothèses peuvent expliquer l'augmentation sensible du nombre des AES, en 2001 : - l'arrivée de nouveaux salariés moins bien préparés - la mise en place d'une démarche curative qui peut avoir eu un double effet : réduire l'action préventive et rassurer le personnel (en lien avec les espoirs nés des progrès dans la thérapie du SIDA), donc réduire sa vigilance - les problèmes nouveaux notamment liés à de nouvelles techniques.

²⁰¹ Au CHSCT de mai 2001, la personne ressource rend compte d'une journée GERES : intérêt du matériel pour réduire les AES. Elle évoque le cas particulier des «*stylos à insuline ou interféron qui ont une aiguille à recapuchonner avant de la jeter. Les AT sont en progression car le matériel est nouveau et dangereux.* » «*Pour la pose et la dépose de perfusion : une formation du personnel a permis d'éliminer ce type d'AES mais un protocole écrit de poses et retraits des aiguilles devrait être élaboré pour les prochaines formations.* »

Au CHSCT de décembre 2001, deux AES liés à des lames de scalpel aux blocs dans les champs opératoires qui, selon la personne ressources, seraient la «*conséquence du travail en binôme.* »

²⁰² La formation d'une demi-journée «*consiste à rappeler les risques pathogènes des AES, à discuter sur les difficultés rencontrées, et à expliquer le geste correct avec du matériel déjà connu par le personnel.* » «*La formation insiste sur la prise de conscience des gestes et des pratiques. Il persiste un problème d'adaptation des containers, en chirurgie surtout (taille des collecteurs) issu de la négligence.* »

²⁰³ Tableau 10 : Evolution du nombre d'AES et du taux de fréquence des accidents du travail au sein de A.

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
AES	13	20	28	18	31	26	28	30	25	36	34	42	32
TF				17,9	7,91	12,21	17,96	28,52	26,66	13,07	14,36	15,14	20,82

On notera que l'évolution du nombre des AES ne suit pas celle du taux de fréquence des accidents. Ainsi, les AES restent stables en 1997 et 1998 alors que le taux de fréquence croît fortement. En 1999 le taux de fréquence baisse fortement alors que les AES augmentent. Nous pensons que la baisse des accidents de travail peut être expliquée par un renforcement de leur contrôle, comme nous l'avons expliqué précédemment, de même que nous avons exprimé certaines hypothèses explicatives de l'augmentation des AES. Ces deux indicateurs se stabilisent en 2000. En 2001 les AES augmentent fortement alors que le taux de fréquence reste stable. Enfin, les actions de prévention des AES en 2002 et une moindre pression sur le suivi des accidents de travail pourraient expliquer la baisse des AES et l'accroissement du nombre d'accidents du travail.

Dès lors, les actions de prévention menées permettront une réduction sensible des AES, qui passent de 42 en 2001 à 32 en 2002, grâce notamment à une « *nette diminution des AES chez les infirmières qui ont bénéficié d'une formation spécifique.* »

Par contre, il y a une augmentation des AES chez les techniciens de laboratoires et les élèves infirmières. Il est alors prévu de systématiser le temps de détachement de la personne ressources pour la formation de l'ensemble du personnel concerné et d'apporter quelques améliorations, surtout au niveau des écoles d'infirmières.

Le bilan du programme d'action 2002 indique que « *le détachement de la personne ressource, Infirmière Principale sur l'action prévention des AES (soit l'équivalent d'un mois de travail) a sans doute contribué à réduire très significativement le nombre d'accidents constatés sur ce thème. Le bilan annuel dressé au CHSCT du 20 février 2003 sur ce thème par mme le médecin du travail illustre cette évolution, particulièrement sensible sur la population IDE. Une marge d'amélioration reste possible sous réserve de ne pas relâcher l'effort systématique de prévention.* »

Le CHSCT d'octobre 2003 évoque une légère hausse des AES sur les neuf premiers mois de l'année par rapport aux mêmes mois de 2002.

Les points forts de cette démarche : la stratégie, la personne ressources

La stratégie

La stratégie d'actions est résumée ainsi par la direction : « *La politique menée en matière d'AES est exemplaire car, en premier, elle repose sur une prise de conscience collective, en second, elle bénéficie d'un suivi et d'une réactivité et en troisième, elle fait l'objet d'investissement régulier.* » « *c'est sur l'organisationnel qu'on travaille le plus. On doit agir sur le bon geste technique, sur les précautions systématiques.* » Outre l'aspect organisationnel évoqué par la direction, l'autre difficulté réside dans l'implication non régulière de la personne ressources qui n'est libérée de sa fonction d'infirmière que sur certaines périodes, pour mener des actions lourdes. Cela ne facilite pas la continuité de la démarche.

La démarche est stabilisée et repose sur quelques étapes simples.

Elle a débuté par une information du personnel ciblée, suivie de réunions de travail dans les services avec une forte implication du personnel pour étudier ses problèmes spécifiques et rechercher, avec lui, les solutions qui peuvent être adoptées. Elle a débouché sur l'édition de consignes (obligation du port des gants) et sur l'acquisition du matériel le plus en pointe en matière de prévention.

Les deux points forts résident, selon nous, d'une part dans la continuité de la démarche²⁰⁴ (même si elle est irrégulière dans le temps) qui en permet l'apprentissage et d'autre part son caractère participatif, s'inscrivant délibérément dans une régulation conjointe avec les salariés plutôt que de contrôle sur la base de consignes.

La personne ressource

La personne ressources concernée bénéficie de plusieurs attributs, en terme de fonction, de statut et de connaissances. Elle est infirmière, encore en fonction. Elle agit comme expert opérationnel, notamment grâce aux connaissances fournies par le GERES²⁰⁵, structure externe

²⁰⁴ Selon le secrétaire, la politique de formation qui se développe depuis 2004 « *répond à deux soucis : - étendre la formation qui se développe à des catégories de personnel moins exposées (brancardiers ...) - réactualiser et réactiver périodiquement la formation auprès du personnel formé précédemment.* »

²⁰⁵ La prévention des AES bénéficie au niveau national d'une structure experte, le GERES (Groupe d'Etude sur le Risque d'Exposition au Sang). Il contribue à construire la prévention sur la base d'une évaluation des risques à la fois analytique, au niveau de l'activité réelle de travail, et descriptive, sur le plan quantitatif, grâce à une bonne collaboration entre experts et soignants.

experte en la matière. Ceci lui permet de mieux connaître les modalités de genèse des accidents ainsi que les évolutions techniques et celles relatives au prescrit externe. Elle a été membre du CHSCT, ce qui lui a permis de porter les problèmes devant cette instance. Ces éléments ont contribué à lui donner la légitimité requise auprès des salariés.

Cette posture a été critiquée en 2000 par la nouvelle majorité syndicale. Cette critique ira même au-delà puisque au CHSCT de juin 2000, un représentant majoritaire exprimera l'idée « *qu'un regard extérieur et un nouveau savoir-faire doivent remplacer une formation interne érodée et lassante.* ». Ces dissensions syndicales n'ont sans doute pas contribué au renforcement de l'action de prévention.

La fonction de la personne en charge des dossiers influence sur leur mode de traitement orientant celui-ci vers son domaine de prédilection. Par exemple pour les AES, si c'est une infirmière qui est chef de projet elle aura tendance à privilégier son activité de travail, donc la prévention en amont c'est-à-dire à prévenir les piqûres. Les médecins du travail se sont vus confier la mise en place de la conduite à tenir en cas d'accident, c'est-à-dire vers la prévention de l'apparition d'une maladie après l'accident.

Etablissement B

Les AES sont peu évoquées à B, comparativement aux autres établissements, et de plus de manière relativement récente et circonscrite à la conduite à tenir en cas d'accidents et à l'acquisition de matériel sécurisé. Plusieurs hypothèses d'explication peuvent être exprimées : - l'absence de personne ressources - les relations difficiles au sein du CHSCT qui ne favorisent pas le positionnement d'un expert, même du médecin du travail - et peut être aussi parce que, contrairement à A ou l'ancien secrétaire du CHSCT est infirmier de même que la personne ressources également représentante du personnel, à B le poids des personnels soignants est plus faible au sein du CHSCT.

Il n'est donc pas surprenant que B ait le taux d'AES le plus élevé des quatre établissements²⁰⁶.

Chaque année, le médecin du travail établit un rapport annuel sur les AES. Celui de 1999 pointe l'augmentation des AES en 1999 qui, selon le médecin du travail, serait davantage représentatif du nombre réel : « *En effet, il existe une prise de conscience plus grande des risques de contamination.* »

Ce rapport est une analyse descriptive et ne comporte pas de programme de prévention. Il insiste néanmoins²⁰⁷ sur l'utilisation du matériel sécurisé, de collecteurs, de lunettes de protection et sur l'organisation du travail, en plaidant pour la suppression des journées de 12 heures.

Le bilan 2000 pointe une nouvelle augmentation du nombre d'AES. Le médecin du travail souhaite « la constitution d'un groupe de travail AES (analyse des circonstances des accidents) qui pourrait faire avancer la prévention. » « La réduction du nombre d'AES passe

²⁰⁶ Tableau 11 : Les AES à B de 1997 à 2002.

Années	1997	1998	1999	2000	2001	2002
AES	22	21	34	42	35	45

²⁰⁷ Il indique que « *le risque des prélèvements sanguins pourrait être réduit par l'utilisation d'aiguilles de sécurité. Mais le coût d'une utilisation systématique dans tous les services a été chiffré par la pharmacie et représente un budget important.* » Dans le même esprit, il indique que « *le risque de piqûre par aiguille de Huber peut être supprimé par l'utilisation de pinces spécifiques. La pharmacie en a doté les services mais leur coût les fait réserver actuellement aux patients répertoriés à risque.* »

Par contre l'utilisation de collecteurs est un bon moyen préventif, de même que le port de lunettes de protection. Le médecin du travail évoque parmi les autres causes la « *fatigue en fin de poste* ». Il ajoute « *la suppression des 12 heures de travail continu pour le personnel soignant de jour et la réduction du temps de travail pourraient améliorer ce dernier point.* ». Ce dernier aspect nourrit la controverse entre direction, salariés, syndicats, ...

par la mobilisation de tous les acteurs œuvrant pour la prévention à B et le CHSCT souhaite prendre toute sa place. »

Le fait que cette proposition ne soit pas mise en œuvre illustre la difficulté du CHSCT à s'investir sur ce champ.

Comme dans les autres établissements, l'année 2000 est bousculée par l'arrivée de la circulaire du 4 janvier 2000 visant plus particulièrement la conduite à tenir en cas d'accident et l'organisation à mettre en place, dans chaque établissement, pour traiter ces cas.

Le rapport 2001 précise qu'un « programme de sensibilisation du personnel est prévu, pour rappeler les bonnes pratiques de manipulation et les erreurs à éviter (notamment chez les nouveaux embauchés). La prévention passe également par l'utilisation de matériel de sécurité dont le choix pourrait être discuté (ex : aiguilles auto-rétractables, pinces pour retrait d'aiguille de site implantable, collecteurs stériles sur tables d'instrumentation). » Le CHSCT de janvier 2001 évoque deux cas d'AES et la nécessité d'élaborer rapidement la conduite à tenir en cas d'accident. Le CHSCT, « *après en avoir délibéré, mandate son secrétaire pour participer à l'élaboration du protocole AES et prendre toutes initiatives pour contribuer à la réduction du nombre d'AES à B.* »

A cette époque, et bien que le médecin du travail l'appelle de ses vœux, le CHSCT fait fonctionner diverses commissions (linge, planning) mais ne crée pas de commission AES.

En mai 2001, le secrétaire du CHSCT regrette de ne pas avoir été associé, contrairement à sa demande, à l'avancement de la procédure AES. L'inspecteur du travail rappelle que le CHSCT doit être tenu informé en cours de l'élaboration du protocole et de ses modalités.

Le médecin du travail demande, à nouveau, la création d'un groupe de travail. Le CHSCT « *propose de s'inscrire dans les actions de formation pour la mise en œuvre de cette procédure, auprès du personnel.* »

Au cours du CHSCT de juin 2002, le président informe le CHSCT que « la direction a finalement décidé de communiquer systématiquement les AES au secrétaire du CHSCT car il s'agit d'accident du travail pouvant avoir des conséquences graves sur la santé du salarié ». « Le CHSCT, après délibération, note avec satisfaction que les AES seront désormais communiqués au secrétaire afin que le comité étudie les circonstances de l'accident et formule des mesures de prévention. » Cette information est assez surprenante compte tenu du fait que ce type de transmission d'information est obligatoire et illustre les réticences de la direction à transmettre certaines informations.

Le rapport 2002 évoque une nouvelle augmentation du nombre des AES que le médecin du travail attribue à une déclaration désormais systématique, grâce à une meilleure sensibilisation du personnel. Des actions de formation ont en effet permis, en 2002, de toucher plus de 160 personnes. L'accent est mis sur le matériel de sécurité (la subvention obtenue dans le cadre du CLAC permettra de mettre en place, dans les services, les aiguilles rétractables et sur la sensibilisation et le « comportement » du personnel.

Le CHSCT décide de créer une commission AES pour « *évaluer les risques et formuler des propositions d'amélioration de la prévention.* » Au cours du CHSCT de décembre 2002, il est indiqué que les aiguilles rétractables sont mises en place dans trois services et qu'il est prévu de réaliser une formation sur les AES dans le programme de formation 2003.

Le président indique qu'une enquête coût / efficacité est en cours à propos des aiguilles auto-rétractables. Le secrétaire « *est étonné d'un questionnaire de ce type et rappelle que la santé au travail n'a pas de prix.* »

La baisse des AES, au premier trimestre 2003, est confirmée au CHSCT de juillet qui attribue ces résultats aux procédures de prévention, à l'achat de matériel et aux formations dispensées.

Etablissement C

C est l'établissement qui a engagé un travail sur les AES le plus tardivement. Le bilan du CHSCT et ses prévisions d'actions accordent une place très faible aux AES (sensibilisation aux AES en 1998 et 1999 et formation de 27 médecins à la conduite à tenir en cas d'AES). C'est en fait grâce à l'action du médecin du travail et au volontarisme du président du CHSCT qu'une action forte a ensuite été engagée. La personne ressources en matière de prévention des AES est effectivement le médecin du travail dont les principales actions sont : - la contribution à la mise en place de la conduite à tenir en cas d'AES - l'étude des AES - des actions de sensibilisation et d'information - et l'étude de matériel sécurisé. Il est par ailleurs membre de GERES et du CCLIN²⁰⁸.

L'analyse du plan d'activité du médecin du travail permet de reconstituer l'historique de cette démarche.

En 1999, l'action est limitée à trois aspects : le médecin du travail participe à une réunion des surveillantes concernant les AES et dispense lui-même une formation relative à la conduite à tenir en cas d'accident, le médecin mène une étude sur les AES. Les AES ne sont pas spécifiquement ciblés dans le projet de plan d'activité 2000.

La mise en œuvre de la conduite à tenir en cas d'AES, en 1999, et les premières actions d'informations, en 2000, peuvent expliquer la forte augmentation du nombre d'AES durant ces deux années. On peut toutefois dire que les actions de prévention commencent en 2001 ce qui expliquerait que le nombre d'AES ait été fortement réduit à partir de cette période.

Les principales actions conduites en 2001 sont les suivantes : analyse systématique des AES, campagne d'affichage sur le tri des déchets, information par le médecin du travail dans les services de soins, acquisition de matériel sécurisé (surcoût de 10 000 euros).

L'analyse des AES met en évidence l'impact des conditions de travail qui, en étant plus contraignantes du fait du volume de l'activité augmentent le risque. Pour le médecin du travail, la réduction des surcharges de travail et l'amélioration de l'organisation et des conditions de travail réduisent effectivement les risques

Le cas des chariots de soins est évoqué, et plus particulièrement les problèmes qui subsistent quant à l'aménagement des chariots pour une bonne utilisation des pots à aiguilles. Le CHSCT et le médecin du travail sont intervenus pour faire modifier par le fabricant certains chariots de soins afin de rendre l'orifice des pots à aiguilles accessible. Le fabricant a modifié tous les chariots. « *Cela a donné entière satisfaction aux utilisateurs.* »

En 2002, le CHSCT de janvier confirme la priorité que constituent les AES qui « *existeront toujours, mais il faut réduire ces accidents qui sont liés au matériel mais également aux erreurs de comportement.* »

Les actions engagées en 2001 sont poursuivies, voire renforcées : sensibilisation - information réalisée par le médecin du travail pour former le personnel sur le matériel de protection existant, sur leur utilisation et assurer un suivi de leur utilisation. 160 personnes ont suivi la formation - les nouvelles embauches font l'objet d'une attention particulière - achat des cathlons protégés - généralisation du port de gants et de lunettes, campagne de sensibilisation, analyse systématique de tous les AES.

Le médecin du travail fait le bilan de la situation : « *7 AES lors de la pose de cathlons dont 6 avec l'ancien modèle.* » ce qui justifie le choix fait d'acquisition de matériel sécurisé. « *La*

²⁰⁸ Le CCLIN est le comité local ou régional de coordination des CLIN des établissements de soins.

personne qui s'est piquée avec un nouveau cathlon est une interne qui allait trop vite. » A noter que l'utilisation des cathlons protégés ne fait pas l'unanimité puisqu'un service, la pédiatrie, souhaiterait revenir aux anciens cathlons. Le médecin du travail s'y est opposé et le CHSCT étudiera le problème avec la surveillante du service.

Il apparaît également qu'il y a moins de piqûres à travers les sacs poubelles, grâce à un meilleur tri. Le CHSCT fait le constat que les comportements ont changé et que le tri permet d'éviter bien des accidents.

Le bilan 2002, présenté au CHSCT de mai 2003, fait apparaître une baisse des AES. Notamment, il n'y a pas eu d'accident avec les nouveaux cathlons protégés. Le médecin du travail « *regrette que certains accidents soient encore dus à la non évacuation immédiate, ou dans des conteneurs adaptés, du matériel souillé* » et propose de travailler désormais sur ces éléments.

Quelques aspects sont à noter :

- au niveau des résultats, ils sont très élevés de 1996 à 2000 et sont les plus mauvais des quatre établissements étudiés. En 2001 et 2002, les résultats sont passés des pires aux meilleurs, grâce à un certain nombre d'actions.
- le descriptif des actions et des problèmes insiste beaucoup sur les aspects humains et techniques et les analyses détaillées montrent le rôle de l'organisation du travail
- la sensibilisation / information réalisée par le médecin du travail, au-delà du travail d'information, a aussi permis aux salariés d'exprimer leurs problèmes selon le secrétaire du CHSCT « *il y a eu discussion entre le médecin du travail, les infirmières, la surveillante générale. C'est un bon moyen pour discuter des choses. Cela a permis de se rendre compte qu'il y avait des contraintes.* »

Etablissement D

Les AES constituent le problème le plus important en terme d'accidents du travail sans faire l'objet d'une politique d'action forte²⁰⁹.

Selon un représentant du personnel « *le CLIN a fait des choses bien contre les AES.* » De l'avis même du secrétaire général « *sur les AES, le CHSCT a été plus suiveur que moteur* ».

La prévention des AES n'apparaît pas toutefois comme ayant fait l'objet d'une politique active. Rares sont les réunions du CHSCT qui l'évoquent. Les relations évoquées avec le CLIN en CHSCT ne traitent pas des AES.

A partir de 2001 est évoquée régulièrement en CHSCT la conduite à tenir en cas d'accident.

La discussion est élargie pour évoquer la nécessité d'évaluer et de prévenir le risque. Le secrétaire général conclut en indiquant qu'il demandera au médecin du travail de revoir prioritairement ce problème.

En juillet 2002, le médecin du travail propose toutefois de « *travailler avec le CHSCT sur la possibilité de faire une petite enquête sur les piqûres.* » Cette proposition reçoit une réponse réservée d'un représentant CGT qui indique que si la direction « *nous remplace dans les services, nous sommes libres tout de suite ; nous travaillerons avec vous et c'est bien mais j'ai l'impression que vous ne voulez pas partir de ce qui existe à D* ». Le secrétaire général coupe la discussion en ne voulant pas « *laisser faire un procès contre le médecin du travail.* »

Il est convenu d'adresser toutes les déclarations d'AES à la secrétaire du CHSCT « *pour qu'elle puisse enquêter si elle l'estime nécessaire.* », ce qui est très peu pratiqué.

²⁰⁹ Dès 1996, « *l'analyse des accidents de travail montre qu'il y a beaucoup de cas de piqûres.* » Ce thème ne sera toutefois pas inscrit dans les priorités pour 1997.

En novembre 2002, l'inspecteur du travail estime qu'il y a une sous-estimation du risque «piqûres». Il est convenu de demander au médecin du travail d'y sensibiliser les IDE, notamment à l'occasion de la mise en œuvre de la nouvelle procédure qui est présentée au CHSCT de mars 2003.

En mai 2003, le secrétaire général propose d'envoyer une copie de la déclaration d'AES à la secrétaire du CHSCT. L'inspecteur du travail remarque que «*ce n'est pas la première fois que cela est dit.*»

En septembre 2003, le secrétaire général indique que la procédure est en place et que «*paradoxalement le nombre d'AES a baissé.*» L'inspecteur du travail demande si cela n'est pas dû au fait que cette procédure serait trop lourde ? Ce débat renvoie à la problématique des indicateurs de résultats.

Le médecin du travail a récemment simplifié la procédure qui était trop compliquée, et fait un travail pédagogique important sur les AES. Il souhaite, en partant des accidents, faire un travail de sensibilisation et d'information sur la nouvelle procédure pour essayer de remonter ensuite à la prévention. Celle-ci devra notamment porter sur l'acquisition de matériels sécurisés qui constitue un volet de la prévention peu exploré à ce jour.

Cette première analyse sommaire montre que D n'a pas engagé une politique forte en matière d'AES. Cela tient sans doute à l'absence de lien fort avec le CLIN et de personne ressource pour prendre en charge ce problème, mais aussi au fait que cet aspect n'a pas été priorisé par les représentants du personnel.

§ 2. La construction de la gestion des AES

Les résultats obtenus se situent comparativement à un bon niveau. Ils sont bien évidemment liés aux actions de prévention mais dépendent également des éléments de contexte (CCN, RTT ...) et de la stratégie d'incitation à la déclaration ou de contrôle de celle-ci.

Le tableau 12 indique que A est l'établissement qui mène la politique la plus active et efficace, alors que à l'autre extrême, B présente les plus mauvais résultats. Ces derniers sont sans doute en lien avec la faible stratégie de prévention et la forte logique de déclaration. L'évolution positive des chiffres de C sont à rapprocher de la démarche engagée récemment. Les résultats flatteurs de D, de l'avis des acteurs internes, sont sans doute à mettre en relation avec la faiblesse des déclarations, plus qu'avec la prévention.

Tableau 12 : L'évolution du nombre d'AES pour 100 salariés dans les établissements étudiés

Nombre d'AES pour 100 salariés	A	B	C	D
1999	3,8	6,6	6,3	3,2
2000	3,6	8	5,5	4,6
2001	4,4	5,8	4,3	3,2
2002	3,4	7,5	3,6	5
Moyenne sur les quatre années	3,8	7	4,9	4

L'initiation

Le risque d'AES relève d'une construction sociale tout d'abord liée au SIDA puis structurée en terme de sensibilisation et de prévention.

Ce risque bénéficie d'un niveau de perception fort et donc présente des enjeux équivalents. Le niveau de perception du risque est fort pour le SIDA, plus faible pour les hépatites, alors que le risque est quantitativement plus important.

Cette construction sociale est toutefois plus difficile pour certaines catégories de salariés, dont principalement les médecins, et plus particulièrement les chirurgiens. Pour ces derniers, nous ferons l'hypothèse qu'il est difficile de « construire » un risque pour lequel ils estiment qu'il n'y a pas ou peu de solutions, donc pas de prévention. Leur logique est donc la négation du risque, de sa prévention et de sa déclaration.

Enfin, le dernier aspect touche à la place particulière du prescrit externe. Le code du travail est peu loquace sur les AES. Le prescrit externe provient en fait du ministère de la santé et a concerné tout d'abord la prévention puis la mise en place de la conduite à tenir en cas d'AES. Cette deuxième circulaire a d'ailleurs momentanément placé la première au second rang comme si une circulaire chassait l'autre. L'augmentation des AES a conduit les établissements à réguler ces deux prescriptions en construisant leur cohérence, notamment par une articulation entre le rôle du médecin du travail et celui de la personne ressources.

L'expertise

Des approches différentes de la gestion du risque peuvent apparaître en fonction du profil du chef de projet « AES » : infirmière, hygiéniste, médecin du travail. Ainsi l'infirmière tend à privilégier l'activité de travail, donc la prévention amont, en essayant de prévenir les piqûres. L'hygiéniste tend à développer une démarche plus procédurale, comme pour la prévention des affections nosocomiales. Les médecins du travail, quant à eux, se sont vus confier la mise en place de la conduite à tenir en cas d'accident, privilégiant ainsi la prévention de l'apparition de la maladie après l'accident. Certains d'entre eux participent également à la prévention des accidents.

La construction du risque, indissociable de la prescription des solutions

La prévention des AES a évolué au cours du temps. Elle a débuté par une approche comportementaliste c'est-à-dire de sensibilisation du personnel. Elle s'est ensuite appuyée sur une approche plus technique avec l'acquisition de matériel sécurisé. Cette nouvelle étape a permis des progrès et a induit la nécessité d'une construction d'une approche plus globale intégrant en plus des dimensions humaine et technique, les aspects organisationnels. Son approche est donc devenue, dans certains cas, globale et participative. Elle intègre alors bien les fondamentaux que nous avons évoqués en matière d'évaluation des risques : association des salariés, prise en compte de la réalité du travail et des dimensions techniques organisationnelles et humaines, analyse des modalités d'expositions des salariés au danger.

Ce type d'approche n'est pas développé dans tous les établissements. Par contre, ils ont tous mis en place les conduites à tenir en cas d'accident avec exposition au sang.

Le développement de ce savoir-faire et des pratiques de prévention a reposé sur deux éléments principaux : le développement de l'expertise et celui du prescrit.

Le premier aspect, le développement de l'expertise, a été initié par de grands établissements hospitaliers qui ont pris des initiatives pour la prévention des AES qu'il leur est rapidement apparu nécessaire de fédérer et d'étoffer. Ainsi est né, en 1991, le Groupe d'Etude sur le risque d'Exposition des Soignants aux agents infectieux (GERES²¹⁰) avec notamment le soutien du ministère de la santé. Ce groupe produit de nombreuses études et règles de prévention. Cette expertise repose essentiellement sur l'analyse méthodique de l'activité et des pratiques des salariés. En retour, elle permet de les développer.

Le code du travail n'a véritablement pris en compte le risque biologique qu'en 1994²¹¹. Ce décret a été pris en transposition d'une directive européenne. Cela confirme le poids de l'Europe. Il ne comporte toutefois que peu d'aspects applicables aux AES. Cela requiert un travail de rationalisation / adaptation. Il sera réalisé par le ministère de la santé²¹², par voie de circulaire, en 1998 et fixera les règles générales de prévention des AES.

²¹⁰ Dans la revue Hygiène – 2001 – Volume IX n° 4, D. Abiteboul indique ainsi ses missions : « *apporter aux soignants des éléments de connaissance et de prévention des risques de contagion liés à l'exposition accidentelle au sang (AES) et donc le risque de contamination, en particulier par le VIH et le VHC. Il exerce son activité dans différents domaines : le suivi épidémiologique des AES et des infections professionnelles transmises par le sang, l'approche fondamentale du risque professionnel, les conseils de prévention, l'évaluation des matériels de sécurité, en s'appuyant sur un réseau national constitué d'une centaine d'établissements.* »

²¹¹ Décret n° 94-352 du 4 mai 1994 relatif à la protection des travailleurs contre les risques résultant de leur exposition à des agents biologiques.

²¹² Circulaire n° 98-228 du 9 avril 1998 relative aux recommandations de mise en œuvre d'un traitement antirétroviral après exposition au risque de transmission du VIH - Circulaire n° 98-249 du 20 avril 1998 relative à la prévention de la transmission d'agents infectieux véhiculés par le sang ou les liquides biologiques lors des soins dans les établissements de santé.

La conduite à tenir en cas d'AES : quand un prescrit chasse l'autre

La définition d'une conduite à tenir en cas d'accident a vu sa nécessité et son formalisme renforcés par un prescrit externe. Elle a constitué un chantier important dans tous les établissements étudiés. L'analyse des comptes rendus de CHSCT montre que pour l'élaborer la majeure partie du temps affecté aux AES lui a été consacrée. Pour le traitement de l'accident, son rôle est fondamental. En matière de prévention, son impact est difficile à analyser tant il peut être divers : - non-déclaration pour éviter la lourdeur de la procédure - effet rassurant de la prise en charge pouvant réduire la vigilance - présentation permettant au contraire de renforcer la sensibilisation et donc l'attention.

L'apprentissage

Le processus d'apprentissage de la prévention des AES apparaît clairement dans l'évolution de la stratégie de prévention. Il repose sur une organisation des acteurs et des compétences. L'organisation évolue vers un dispositif de gestion, avec ses outils et ses modes de gestion ; les AES n'en manquent pas. Les acteurs interviennent dans un cadre co-construit laissant la place à diverses initiatives. Enfin, le dispositif associe deux formes de compétences : - celles construites notamment au niveau national par le GERES - et celles issues de l'expérience des établissements. La mobilisation de ces deux types de savoirs varie en fonction de l'organisation et des acteurs.

Pour analyser l'apprentissage de la gestion des AES, on peut le comparer à celui de la radioprotection. Cette dernière s'appuie fortement sur des savoirs constitués et elle est souvent mise en œuvre dans le cadre d'une régulation de contrôle ce qui, de fait, freine son apprentissage. Pour les AES, la faiblesse de la pré-construction du risque renforce le besoin d'une construction locale pour laquelle nous avons déjà montré l'importance de la régulation conjointe. Nos résultats de terrain montrent ainsi que, quand il y a apprentissage de la gestion des AES, celui-ci repose sur une régulation conjointe. En effet, la dimension humaine est généralement perçue comme relevant de la responsabilité des salariés, donc d'une forme de régulation autonome, alors que la dimension technique apparaît relever de la responsabilité de la direction, donc davantage d'une régulation descendante. Un prescrit interne articule ces deux dimensions.

L'apprentissage de la mise en œuvre de ces deux dimensions conduit toujours dans un premier temps à la prise de conscience de leurs vertus mais aussi de leurs limites. Le temps des consignes laisse alors une place à une démarche plus compréhensive même si, de temps à autre, face à des accidents « évitables » par respect du prescrit interne, certains se proposent

de réactiver ce mode d'action et de contrôle. Ainsi, le second temps consiste à rechercher une régulation conjointe qui introduit notamment la dimension organisationnelle du travail.

La capacité de construire cet apprentissage est en lien avec le mode de gestion. La logique davantage participative des « managers » facilite la régulation conjointe et donc l'apprentissage.

§ 3. La manutention

Parmi les risques « classiques » la manutention est celui le plus fréquemment abordé, essentiellement en matière de formation. Trois établissements ont ainsi mené une politique plus active en la matière (A, C et D).

L'initiation

Deux principales préoccupations²¹³ contribuent à initier la gestion des risques liés à la manutention : - le prescrit externe relayé par l'inspecteur du travail - le nombre d'accidents qui induit un coût et dont l'absentéisme qu'ils provoquent, perturbe le fonctionnement des services.

Comme pour les AES, et sans doute pour les mêmes raisons, la construction du risque est indissociable de la prescription des actions.

Construction et gestion du risque

La construction démarre toujours par la dimension humaine : « *si l'opérateur se blesse, c'est qu'il s'y prend mal* ». Cette approche considère le salarié plutôt comme un facteur d'infiabilité que des consignes et la formation tenteront de faire évoluer.

La mise en œuvre du volet formation met rapidement en évidence les lacunes techniques ou matérielles (qualité des lits et des vêtements de travail, mise à disposition de matériel de manutention ...). Enfin, l'étape ultime est la nécessaire articulation des dimensions humaines et techniques par la prise en compte de l'organisation du travail. Le processus d'apprentissage est donc sensiblement le même que pour les AES et les conditions de sa réussite également.

Là aussi, la construction du risque est conjointe chez les « managers » alors qu'au sein du « gestionnaire » (D) elle est plutôt descendante, avec néanmoins une formation et un véritable programme d'investissement dans des lits à hauteur variable, plus confortables pour le malade

²¹³ Au sein de A c'est l'inspecteur du travail qui en est à l'origine - au sein de C c'est la CRAM qui a lancé l'alerte compte tenu des mauvais indicateurs de l'établissement - et pour D c'est le nombre d'accidents et ses corollaires : le coût direct et le coût de l'absentéisme.

et mieux adaptables pour la manutention. En fin d'année 2003, le nouveau médecin du travail travaillait avec le formateur pour construire le lien entre formation, équipements et organisation du travail, le mode « gestionnaire » ne facilitant pas cette articulation.

Dans les deux établissements « managers » (A et C) le mode de gestion davantage concerté facilite l'intégration des trois dimensions dans la stratégie d'actions. Les deux approches sont relativement similaires²¹⁴ et reposent sur une construction concertée et la mise en place de référents qui sont chargés de faire vivre l'articulation des trois dimensions. C a connu certaines difficultés à mettre en place ses référents. Au CHSCT de novembre 2002, est évoqué la difficulté de trouver des formateurs notamment pour la manutention et le secourisme. La direction considère aussi « *que c'est un vrai problème qui est à l'étude dans le cadre du projet social. La question est de savoir comment avoir une politique active et dynamique de formation avec les contraintes de la RTT et de l'activité.* » Au-delà de ces difficultés bien réelles, nous rajouterons celle de l'aptitude de ces personnes à intervenir sur ces différents registres.

Notons au passage qu'un représentant du personnel CGT de C a contribué à l'un des stages, et y contribuera également en 2004. Ceci confirme la logique participative de ce syndicat dans cet établissement.

2.3.3) Modélisation des pratiques combinées

Plusieurs acteurs internes ont exprimé leur constat que l'optimum serait d'arriver à coupler l'ascendant et le descendant. Selon eux, l'approche ascendante permet de faire remonter des problèmes certes ponctuels mais correspondant aux risques perçus par les salariés. L'approche descendante permet, elle, de poser des problèmes plus généraux et de généraliser certaines solutions.

²¹⁴ « *La manutention fait plus de ravage que les AES, mais est beaucoup moins fantasmagorique* ». Au sein de A, elle a été une préoccupation importante pendant les années 1995 et 1996 à la demande de l'inspecteur du travail, et a été ensuite traitée de manière très sporadique, jusqu'en 2002. Sur les 10 référents formés, il ne « *reste plus que 4 animateurs en raison de démission, changement de poste, etc.* » La stratégie reposera sur la formation de l'ensemble des aides-soignantes (30 personnes) et aussi des infirmières par des animateurs internes spécialisés par services (soins, mais aussi services techniques, entretien, magasins ...). Ceci montre l'intérêt de l'approche de la formation et de la prévention par les pairs qui ont acquis une expertise. La personne ressources « manutention » pointe toutefois la nécessité d'une approche organisationnelle : « *dans plusieurs secteurs, une personne seulement est formée ce qui empêche le travail efficace car les autres personnes ne sont pas formées. La formation de tout le service est à préconiser.* »

Au sein de C, le groupe de travail mis en place a arrêté plusieurs actions : - formation des personnels en dissociant 3 catégories (plateau technique, soignants et logistique) - mise en place d'indicateurs de suivi - nomination d'un référent pour assurer la continuité du projet dans la durée. Ce référent est chargé d'assurer les formations internes, réaliser les enquêtes en cas d'accident, assurer un suivi de la formation sur le terrain et suivre les indicateurs.

Les pratiques combinées sont néanmoins les plus rares. Elles sont particulièrement adaptées pour les risques difficilement perceptibles ne faisant pas l'objet d'un prescrit externe fort et nécessitant la prise en compte des savoirs construits en interne. Les risques les plus classiquement traités de manière « combinée » sur notre terrain de recherche sont notamment les AES, la charge mentale ou les conditions de travail (même si l'initiation n'est pas toujours combinée ou conjointe).

Ce mode d'approche combine l'ascendant et le descendant, dans un processus itératif entre ces deux pratiques mais aussi entre le particulier et le général. Il requiert pour cela un volontarisme réciproque, donc des enjeux partagés entre les acteurs.

Cette condition est plus facilement satisfaite dans les établissements « managers » où l'initiative est plus souvent partagée que dans les établissements « gestionnaires » dans lesquels elle est plus conflictuelle. L'aboutissement de la construction combinée est la construction conjointe de la prescription ou du mode de régulation (prescription procédurale).

Le savoir requis est le savoir-combiner. Ses acteurs de base sont les salariés et des experts.

Chapitre 3) La gestion des risques comme construction structurée et itérative entre : initiation, évaluation, prescription, action et apprentissage

3.1) Analyse comparative des trois pratiques :

3.1.1) Les relations entre modes de gestion et pratiques de construction

3.1.2) Analyse comparative des déterminants de chaque pratique de construction

3.2) Les étapes de la gestion

3.2.1) L'initiation : le déclenchement de l'appréhension et de l'expression du risque

3.2.2) L'évaluation à priori des risques : un processus de construction

3.2.3) Règles et prescription : un système de légitimité régulé sous contrainte.

§ 1. La prescription dans les établissements étudiés

§ 2. Mode de gestion et mode de prescription

§ 3. La prescription de l'évaluation des risques

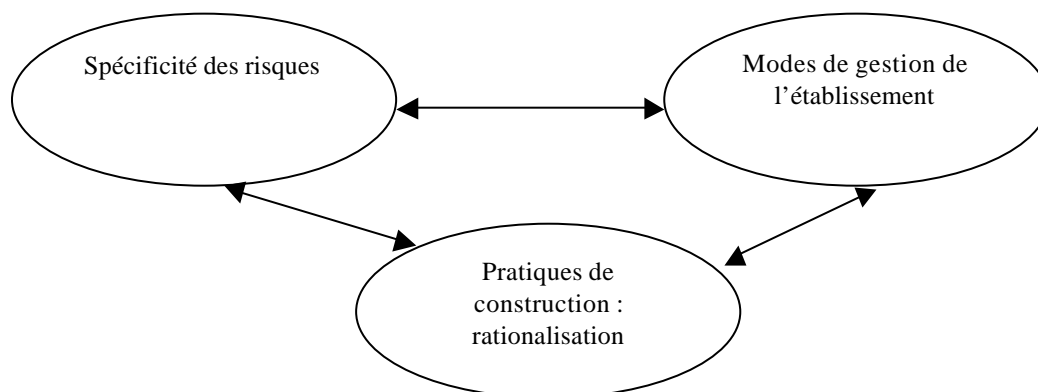
3.2.4) L'action organisée comme processus d'apprentissage de la régulation entre relations et savoirs

§ 1. L'action organisée pour articuler le particulier et le général

§ 2. L'action organisée et l'apprentissage

Chapitre 3) La gestion des risques comme construction structurée et itérative entre : initiation, évaluation, prescription, action et apprentissage

L'analyse comparative de la gestion des risques sur notre terrain de recherche nous a permis d'identifier trois familles de composantes qui influent sur celle-ci : les spécificités des risques, le mode de gestion de l'établissement et les pratiques de construction / rationalisation.



Le chapitre 2 nous a permis de montrer que ces trois éléments sont en interaction permanente. Il est donc difficile d'en isoler un. En conséquence, nous en ferons une analyse croisée et structurée sur la base des cinq phases itératives que nous avons identifiées dans la gestion des risques : initiation, évaluation / construction, prescription, action et apprentissage.

3.1) Analyse comparative des trois pratiques :

3.1.1) Les relations entre modes de gestion et pratiques de construction

Analysons tout d'abord les niveaux des pratiques dans les quatre établissements, en lien avec les modes gestion. Le tableau 13 ci-dessous nous permet plusieurs constats.

L'approche ascendante, est la plus importante, quel que soit le mode de gestion.

Les deux établissements « gestionnaires » ont un profil similaire de même que les deux « managers ». Les premiers recourent davantage à la règle donc au « descendant ». Les

Tableau 13 : Niveaux des pratiques de construction dans les quatre établissements

Pratiques Établissements	Ascendante	Descendante	Combinée
A	+++	+	++
B	+++	++	+
C	++	+	+++
D	+++	++	+

seconds sont en capacité de mieux « combiner » surtout à C. Ce dernier est logiquement dans une logique ascendante moindre compte tenu de sa capacité à co-construire les risques.

Procédons maintenant à l'analyse des déterminants de nos trois pratiques de gestion afin d'en permettre l'analyse comparative.

3.1.2) Analyse comparative des déterminants de chaque pratique de construction

Il est tentant de rapprocher nos trois pratiques des trois formes de régulation (Reynaud²¹⁵) ; autonome, de contrôle et conjointe. Nous avons opéré une distinction pour deux raisons.

La première tient au fait que les régulations étudiées ne se situent pas dans le cadre du lien de subordination classique salarié / hiérarchie, mais entre la direction et des représentants du personnel disposant d'une capacité et d'une protection pour exprimer leurs points de vue. En pratique, l'un comme l'autre peuvent être autonome, prescripteur ou contrôleur. C'est l'une des difficultés, mais aussi l'un des points forts rencontrés dans les pratiques des CHSCT.

La deuxième raison est qu'il nous est apparu préférable de partir du mode de construction et d'actions des établissements étudiés et que dès lors, « ascendant » et « descendant » expriment mieux le mode de construction que « autonome » et « de contrôle ».

Toutefois, la similitude entre notre construction combinée et la régulation conjointe est très forte, sans doute parce qu'elles créent « un ensemble de règles qui sont acceptables par les deux parties » (E et J-D Reynaud, 1994, p 230). Au delà de cette acceptabilité des règles, nous pensons d'ailleurs que cette forme de régulation est indispensable à la construction de certaines solutions, ce qui explique qu'elle soit quasi systématiquement recherchée par les deux parties.

Toutefois, la construction combinée n'est pas davantage la panacée universelle que la régulation conjointe et, tout comme elle, c'est un combat permanent. Elle n'est pas le seul mode pertinent car pour traiter certains aspects, la démarche ascendante peut être suffisante. De même que la régulation de contrôle à ses avantages, la construction descendante a les

²¹⁵ Nous partageons l'analyse de E. et J.-D. Reynaud : « Retenir comme idée centrale qu'il y a dans une organisation plusieurs sources possibles de régulation, plusieurs sources de pouvoir légitime ou ayant vocation à la légitimité, c'est aussi conseiller, en méthode, de partir des acteurs, de leur différenciation, de leur affirmation et de l'aménagement qu'ils font de leurs rapports. C'est dire aussi, en pratique, qu'aucun problème d'organisation n'est conduit à une solution par l'application de recettes, que ce soient des recettes politiques par lesquelles on croit définir la démocratie ou des recettes « psychologiques » comme celles sur lesquelles on a bâti les canons du management participatif (N Alter, 1991). Les solutions comme les problèmes sont spécifiques. Il n'y a pas de lieu, que ce soit le fauteuil du directeur ou celui de l'expert, d'où l'on puisse gouverner une organisation sans opposition ou prédire son avenir en toute sécurité. » (Reynaud E et J-D, 1994, p 237).

siens, notamment pour poser certains problèmes comme nous le verrons ultérieurement concernant l'articulation entre régulation juridique et sociale.

Tableau 14 : Analyse comparative des déterminants de chaque pratique de construction

Modes de gestion	Ascendant	Descendant	Combiné
Déterminants			
INITIATION			
Initiative	Volontaire ou contrainte	Volontaire ou contrainte	Volontarisme réciproque
Initiateurs	Salariés	Agent de contrôle, Experts, salariés	Direction, CHSCT
Motivation initiale	Problème concret	Prescrit externe	Prescrit ou généralisation de l'approche d'un problème concret
RISQUES CIBLES			
Type et exemples de risque cible	Les risques cibles sont les problèmes concrets, ponctuels, facilement perceptibles, appréhendés à partir de l'activité de travail.	Les risques cibles sont plus difficilement perceptibles, disposent d'un prescrit externe, comme la radioprotection, et font l'objet d'un traitement plus général.	Les risques cibles sont ceux pour lesquels une construction contextualisée est nécessaire, faute de prescrit, compte tenu de l'activité, comme les AES, la charge mentale ...
ACTEURS ET SAVOIRS			
Acteurs de base et savoirs requis	L'acteur de base est le salarié, en participation directe. Il mobilisera ses « savoirs construits » sur le lien possible entre cause et effet, grâce à son savoir - faire et son savoir - comprendre	Les acteurs de base peuvent être la direction, le CHSCT, l'inspecteur du travail ou un autre expert. Les savoirs requis sont les savoirs constitués, plus particulièrement concernant la norme.	Une large participation des acteurs de l'entreprise est requise, et les savoirs requis sont les savoir-combiner.
CONSTRUCTION DE LA PRESCRIPTION			
Construction de la prescription	La construction part de l'activité réelle de manière autonome et empirique. La prescription est curative et ascendante. Ce sont les salariés qui prescrivent ou en sont à l'origine	La construction part de la règle ou de connaissances expertes. Elle est plutôt méthodique, dans une logique de contrôle. La prescription est curative et / ou préventive	Pour être combinée, la construction doit être méthodique, analytique, et conjointe. La prescription est curative et / ou préventive.

Le passage de l'ascendant ou du descendant au combiné relève d'un « saut qualitatif » important pour faire évoluer la convention entre les acteurs et cela requiert à la fois un apprentissage collectif et des acteurs en capacité de le réaliser.

Contrairement à l'approche de la régulation par Reynaud où la répartition des rôles entre direction et salariés est relativement claire, l'introduction de la participation représentative en SST modifie cette configuration. La régulation est davantage liée à la capacité des acteurs. Ainsi faute de volontarisme de la direction, les représentants du personnel, s'ils en ont les aptitudes, peuvent être prescripteurs et la direction peut en être contrainte à rechercher son autonomie.

Cela est conforté par de nombreux auteurs évoqués précédemment pour lesquels l'évaluation des risques optimale relève d'une bonne articulation entre les approches méthodiques et empiriques et entre les dimensions scientifiques et techniques d'une part et l'approche profane de l'autre c'est-à-dire de la réalité du travail au travers du point de vue des opérateurs.

Le tableau 14 ci-après, relatif aux déterminants de chaque pratique de construction, résume nos constats de terrain. Nous avons déjà commenté certains de ses aspects dans le chapitre précédent. Le paragraphe 3.2 nous amènera à détailler les phases de la gestion, et la troisième partie de notre thèse détaillera le volet relatif aux acteurs et aux savoirs.

3.2) La gestion des risques comme construction structurée et itérative entre : initiation, évaluation, prescription, action et apprentissage

Que la construction soit ascendante, descendante ou combinée, nous pouvons caractériser cinq phases spécifiques dont la mise en œuvre est variable d'un établissement à un autre. Les cinq composantes sont assez classiques en matière de gestion des risques : - l'initiation qui permet le déclenchement de l'appréhension et de l'expression du risque - l'évaluation à priori des risques qui en permet la construction - la prescription qui définit la solution - l'action qui met en œuvre la solution - et enfin l'évaluation de l'action qui participe à la construction des apprentissages.

Le principal problème, tant sur le plan conceptuel que pratique, est l'articulation de ces cinq phases. La première difficulté est liée au fait que, étant itératives, elles ne sont généralement pas dissociées sauf quand le niveau d'apprentissage est élevé, le processus cognitif devient alors plus méthodique.

La deuxième difficulté tient au fait que les approches de l'évaluation varient selon les risques, selon les établissements, selon les personnes en charge du dossier. Plusieurs démarches relèvent d'une véritable évaluation des risques, d'autres, bien qu'en portant le nom, n'en sont pas. C'est le cas par exemple dans un établissement où, sur demande de l'inspection du travail, la direction a rédigé dans un premier temps un inventaire compilatoire des risques sans les analyser et sans concertation.

3.2.1) L'initiation : le déclenchement de l'appréhension et de l'expression du risque

Cette composante constitue une « mise sous agenda ». Elle correspond à la décision de mettre un problème à l'ordre du jour : - par un salarié (participation directe) - par les représentants du personnel (participation représentative) - par une personne ressource ou plus rarement - par la hiérarchie ou - un acteur externe (inspecteur du travail, ...).

Cette initiation peut être spontanée au niveau de l'opérateur ou bien organisée par la hiérarchie ou par les représentants du personnel. Selon son déclencheur l'évaluation prendra des formes différentes mais pourra néanmoins aboutir à des résultats similaires.

Le mode d'initiation dépend des relations professionnelles dans l'entreprise. Les entreprises « managériales » suscitent l'initiation alors que les entreprises « gestionnaires » ont plutôt tendance à la freiner. Dans le premier cas, les représentants du personnel au CHSCT pourront accompagner la démarche, dans le second ils devront organiser l'initiation pour qu'elle ait lieu. Cela peut expliquer certaines différences dans la méthode de construction mais n'induit pas forcément de divergences au niveau des résultats.

L'initiation requiert un « événement précurseur » (situation jugée problématique, accident, maladie, norme non respectée ...). Selon nous, celui-ci doit posséder trois vertus : - des éléments de connaissances (expertise, règle, activité de travail) - des enjeux pour l'initiateur et enfin - des éléments de solutions. Savoirs, enjeux et solutions sont ainsi intimement liés. Nous allons le montrer et l'illustrer lors de l'analyse de l'initiation dans les trois pratiques de construction. Nous avons, en effet, vu précédemment que l'initiation diffère selon le mode de construction.

En mode ascendant, elle est réalisée de manière volontariste ou contrainte et repose sur les problèmes rencontrés. Ceux-ci remontent beaucoup par le CHSCT et un peu par la hiérarchie. Ce mode d'identification des dangers et des risques présente l'avantage de faire émerger des problèmes concrets et favorise la participation des salariés. Il présente cependant

l'inconvénient de reposer sur une approche empirique très liée aux représentations et aux enjeux²¹⁶.

Il limite, par conséquent, les remontées de dangers peu visibles et trop faiblement perçus comme le risque cancérigène par exemple pour lequel une expertise est nécessaire. Il limite aussi, d'une part la prise en compte des problèmes difficilement exprimables comme le stress ou la charge mentale et, d'autre part, la capacité d'anticipation²¹⁷.

Ainsi, l'évaluation des risques peut être empirique ou méthodique. Elle peut relever d'un processus cognitif ou non, conscientiser ou non²¹⁸.

En mode descendant, l'initiation est là aussi volontaire ou contrainte.

Enfin, en **mode combiné**, elle peut prendre l'une des deux formes précédentes, mais doit reposer sur un minimum de volontarisme réciproque des différentes parties. Elle trouve sa motivation dans la nécessaire généralisation d'une action « ascendante » (passer du particulier au général) ou dans la mise en œuvre d'un prescrit qui nécessite d'être contextualisé. Cela permet d'initier des actions curatives et préventives.

On assiste alors à une articulation entre la participation directe des salariés à des actions et la participation représentative qu'est le CHSCT. Chouraqui (1995) a d'ailleurs montré que ces deux formes n'étaient pas contradictoires mais complémentaires. Leur efficacité respective nous paraît liée à la qualité de la relation entre ces deux formes de participation. Autrement dit, la mise en place de groupes de travail participatifs est un élément favorable dès lors qu'ils fonctionnent en coordination avec le CHSCT. Des exemples positifs existent dans les établissements.

²¹⁶ Nous illustrerons la problématique des enjeux, par l'exemple de l'intensification du travail suite à la RTT. Celle-ci s'étant déroulée dans un contexte conflictuelle, avec une forte mobilisation des salariés, il n'est généralement pas apparu opportun aux organisations syndicales de soulever à nouveau cette question, sachant qu'elle serait conflictuelle avec la direction, et ignorant la volonté du personnel de se mobiliser à nouveau. Deux ans plus tard, les salariés eux mêmes ont soulevés cette question, sur laquelle les représentants du personnel ont pu suivre. Ceci montre qu'il ne suffit pas que les représentants du personnel aient conscience d'un problème pour qu'ils le posent, encore faut-il qu'ils jugent le moment opportun pour le faire.

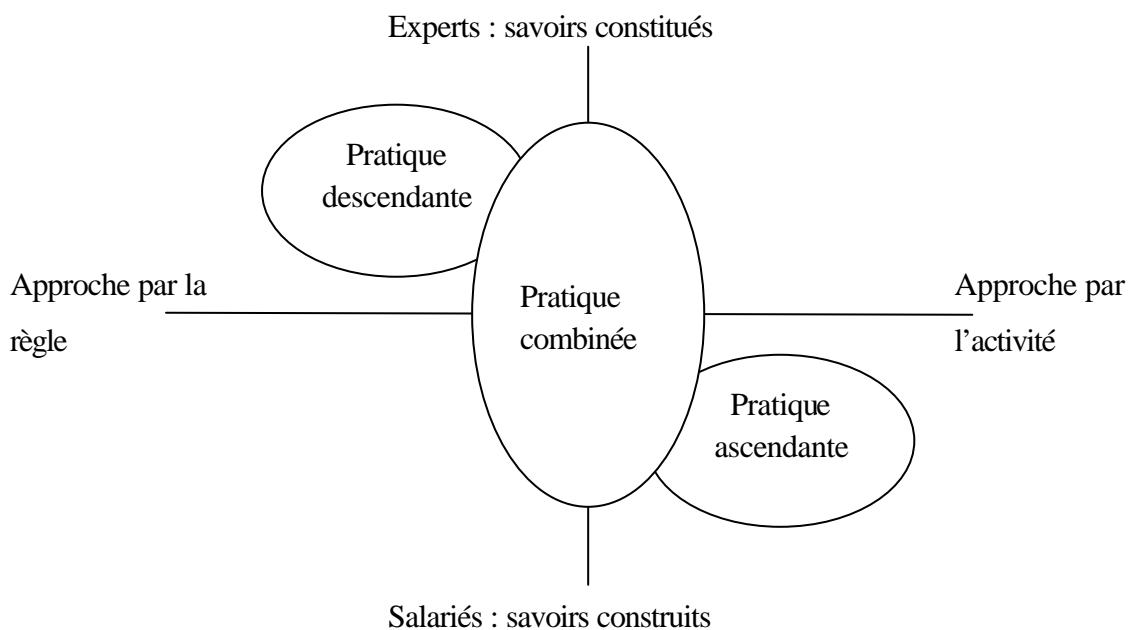
²¹⁷ Par exemple, un membre de CHSCT d'un établissement, conscient de cette limite, indique que dès lors que l'on embauche de jeunes infirmières, on sait que le nombre d'AES va augmenter puisque les plus jeunes sont les plus accidentées. Le problème est que le plus souvent cette connaissance n'est pas prise en compte.

²¹⁸ Pour illustrer cela, prenons l'évaluation du risque d'être mouillé en cas de pluie. Certaines personnes n'auront pas d'intérêt à évaluer le risque de pluie, notamment parce qu'elles ne sortiront pas en extérieur, parce qu'elles ont un vêtement imperméable, ... Pour d'autres, les enjeux seront tels qu'elles procéderont à une analyse méthodique en fonction des données fournies par la météo, ou de savoirs construits sur la base de leur expérience du contexte local, ou d'indicateurs physiologique. Il faut dans ce cas un élément déclencheur qui suscite l'évaluation, et celle-ci pourra prendre plusieurs formes, en lien avec les solutions. A quoi bon évaluer le risque d'être mouillé par la pluie si je porte toujours un imperméable (le risque existe et la solution dispense de l'évaluation), si tout le monde porte un imperméable, n'est-ce pas parce qu'il y a un risque de pluie (la solution crée l'appréhension du risque), ou bien, de toute manière je serai mouillé donc à quoi bon évaluer et se protéger (il n'y a pas de solution satisfaisante au problème, donc pas d'appréhension du risque).

Pour l'initiation comme pour d'autres étapes, l'articulation entre les deux formes de savoirs, constitués et construits, est une clé du succès. Le savoir construit se réfère à l'activité et le savoir constitué plus à la norme qu'aux connaissances. Plus le risque est facile à identifier et plus les acteurs se réfèrent à l'activité, plus cela est difficile et plus ils se réfèrent à la norme.

La figure ci-dessous résume la démarche d'identification des dangers sous une forme plus schématique, en fonction des trois pratiques.

Figure 3 : L'initiation : l'articulation entre les pratiques et les savoirs



Une bonne relation entre les deux registres de connaissance nécessite un apprentissage entre les acteurs que le mode « combiné » facilite, voire même, est le seul à permettre. La réussite de l'articulation savoirs constitués / savoirs construits est largement conditionnée par la méthode d'approche. En effet, plus l'action est globale et analytique, plus elle mobilise des connaissances médico-scientifique et de l'activité et plus elle devient préventive.

Ce mode d'identification des dangers rend nécessaire de travailler les questions de représentation, de perception et de construction sociale du risque d'une part, d'articulation des différents savoirs d'autre part et enfin sur la question des jeux d'acteurs, de leurs places, et relations sociales dans l'évaluation et la prévention des risques. Ce sera l'objet central de la troisième partie de la thèse.

Les directions et les salariés intègrent leurs enjeux dans l'initiation, donc dans leurs critères d'opportunité. Par exemple, pour la répartition du temps de travail il est acquis que les postes les plus longs, de 10 ou 12 heures, sont les plus difficiles en terme de conditions de travail. Les organisations syndicales leur préfèrent d'ailleurs souvent des postes plus courts. Les salariés, et plus particulièrement les soignants, préfèrent des postes plus longs qui leur permettent un meilleur aménagement de leur vie hors travail. La régulation sociale supplante donc la régulation experte et même quelques fois juridique, selon les systèmes de rationalité et de légitimité dominants.

Le lien fort entre initiation et solution

Quelques exemples simples permettent d'illustrer le lien fort entre l'initiation et l'existence d'une solution.

Ainsi, pour le travail de nuit dans les établissements étudiés, les éléments de connaissances montrent que cette activité peut induire des conséquences sur la santé. Les enjeux à agir sur ce problème sont par contre plus hétérogènes. De plus, il n'existe pas de solutions préventives mais plutôt des mesures adaptatives et / ou compensatrices. Dès lors, le risque n'est ni construit ni évalué donc n'est pas traité. Nous pourrions dire aussi qu'il constitue un risque résiduel c'est-à-dire qui subsiste quand les mesures de prévention ont été prises.

Concernant les accidents avec exposition au sang (AES), le processus de construction est plus long. Au départ il y a un danger potentiel fortement perçu et priorisé. Ensuite il y a construction des solutions tout d'abord en terme de sensibilisation du personnel puis en matière d'acquisition de matériel sécurisé. Ces solutions confortent la prévention et donc la prise en compte du risque. Il y a là un véritable processus d'apprentissage dans lequel les savoirs structurent les enjeux. Ces savoirs contribuent à l'élaboration de solutions qui confortent et conforte ainsi l'ensemble des composantes de la gestion.

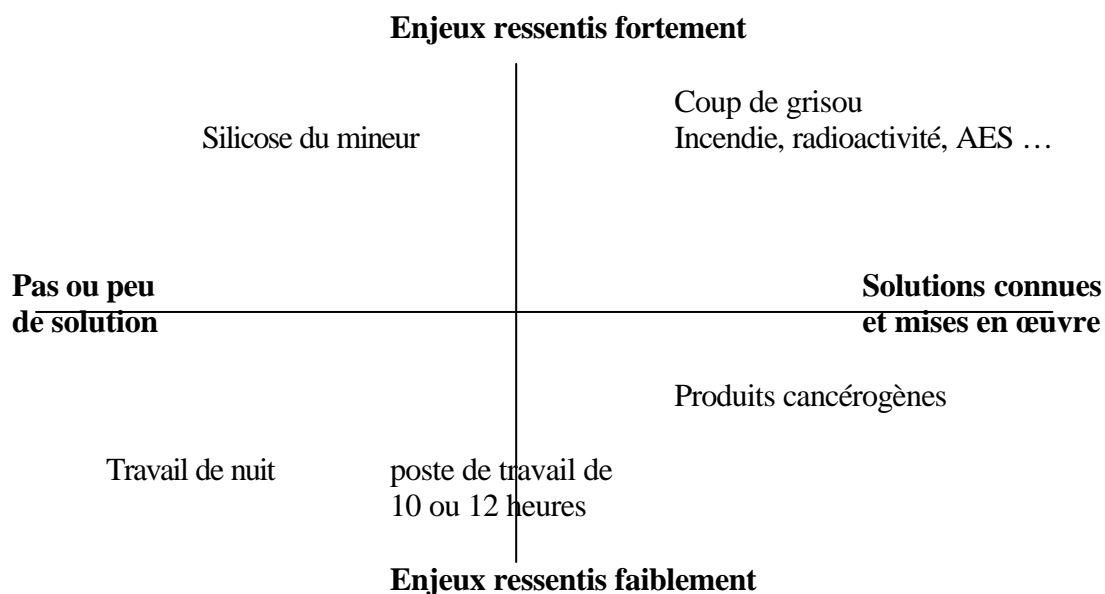
L'initiation de la « charge mentale » est aussi un processus long, qui souvent n'aboutit que par la mise à disposition d'une capacité à construire une solution (expert ...). Il est tout d'abord nécessaire que certaines personnes, en interne, perçoivent le problème et ses enjeux et qu'elles aient la capacité d'engager la « construction du risque ». Pour cela, la pratique montre qu'il est utile voire indispensable de s'appuyer sur une expertise externe, plus légitime, comme celle de l'ANACT, d'un analyste ou d'un psychologue du travail. Celle-ci permet de mettre le problème en mots et donc de le valider. La construction du risque est, dans ce cas, rendue plus difficile par la faiblesse des points d'appuis réglementaires.

Hors de notre terrain de recherche, le cas de la silicose des mineurs de charbon est illustratif. Dans cette activité, deux risques principaux existent : l'explosion de gaz (« coup de grisou ») et l'exposition aux poussières de silice qui peuvent provoquer la silicose. Les deux risques bénéficiaient du même niveau de connaissances et leur perception chez les mineurs était forte. La différence était que le premier possédait des solutions ce qui en a fait un risque « inacceptable ». Le second, très difficile à prévenir, a fait l'objet d'une certaine résignation et a été socialement répertorié comme « risque du métier ». Il causera de ce fait un nombre de décès très supérieur au premier.

Marié²¹⁹ s'émeut ainsi que ce soit « *dans une grande indifférence (sociale, politique, médiatique) que plus de 100 000 salariés des mines sont morts de silicose au 20^{ème} siècle* ». Il rajoute d'ailleurs que « *c'est sans troubler la bonne conscience environnementale qu'aujourd'hui, 120 000 salariés du secteur du traitement et recyclage des déchets travaillent dans des conditions souvent scandaleuses.* » On peut tenter d'expliquer cette dernière affirmation par l'hypothèse que les enjeux dominants soient l'activité de l'entreprise et l'emploi pour les salariés. Par ailleurs les solutions se construisent en même temps que l'activité se développe.

Dans cette logique, il est aujourd'hui couramment admis qu'il n'existe pas de « risque du métier » mais des métiers dont on a pas encore maîtrisé les risques. La perception des enjeux et la connaissance de solutions conditionnent les stratégies d'actions. La figure 4 en constitue une illustration.

Figure 4 : La relation entre la perception des enjeux et la connaissance de solutions



²¹⁹ Marié J-L, Revue de l'INRS : « Réalité prévention », numéro 3, janvier 2004.

3.2.2) L'évaluation à priori des risques : un processus de construction

Venons-en à la deuxième composante de la gestion des risques : son évaluation dont nous considérons qu'elle correspond à un processus de construction / rationalisation.

Nous avons distingué les évaluations des risques a priori et a posteriori par rapport à la survenue d'un dommage. Ces deux formes ne sont pas sans lien puisqu'elles se nourrissent réciproquement. L'analyse a posteriori est toutefois plus simple car circonscrite au risque ayant provoqué le dommage. L'analyse a priori s'intéresse elle à un objet plus virtuel dont la rationalisation n'est pas sans lien avec les perspectives d'actions qu'elles soient préventives, curatives ou adaptatives.

Les approches historiques, scientifiques et empiriques sont convergentes pour considérer le risque comme un objet à construire. Le risque n'existe que s'il a été construit sur des bases politiques, juridiques, scientifiques, sociales et économiques. Cette construction est soit empirique soit organisée et méthodique.

Ainsi, pour évoquer la place de l'évaluation des risques, il faut bien l'observer. Elle se cache quelquefois là où on ne l'attend pas et n'est pas toujours là où on l'attend ou on le prétend.

Pour l'appréhender, il faut partir des pratiques réelles et chercher à en comprendre le processus de rationalisation et la transition qu'elle introduit entre l'événement déclencheur et la solution.

Comme pour l'initiation, analysons les modalités d'évaluation dans nos trois pratiques.

Construction ascendante

En construction ascendante, l'analyse du risque se fait sous la forme d'une évaluation / validation souvent assez simple. L'analyse des modalités d'exposition se fait par les salariés puis plus formellement par les personnes ressources, experts et médecin du travail. Elle se résume souvent à une caractérisation du risque par la validation des problèmes posés. Elle est faite par des personnes ressources, davantage positionnées sur un registre fonctionnel que hiérarchique. Ces personnes ont un statut d'expert.

Le médecin du travail a, dans ce cadre, un rôle et un statut particulier. Il est à l'écoute des salariés et assume ainsi une fonction de veille. Il fait remonter les problèmes en s'appuyant davantage sur la relation de confiance qu'il aura su tisser que sur son indépendance (donc plus conseiller qu'expert). N'étant pas juge et partie, il bénéficie de marges de manœuvre

supérieures dans l'expression des problèmes et il intervient peu dans la définition des solutions et rarement dans leur mise en œuvre.

De plus, on constate dans les exemples exprimés au paragraphe 2.1.2 que l'expression du problème comporte le plus souvent la solution (« *dans le couloir du sous-sol, le personnel du service de désinfection souhaiterait disposer d'un point d'eau* » - dans la cuisine, « *le sol de la salle de plonge est, en partie, inondé. Une canalisation est endommagée périodiquement par la pose brutale des plats en attente de lavage. Des dispositifs de rangement seraient nécessaires.* »). Dès lors il ne manque plus que la validation / décision pour enclencher la mise en œuvre.

Construction descendante

En construction descendante, la construction du risque se fait généralement en comparaison à la norme. Le risque n'existe que si la situation n'est pas conforme à celle-ci. La méthode de construction est donc de type « audit » et requiert une bonne connaissance de la règle.

L'expertise est quelquefois un mode de construction du risque descendant. Elle peut être réalisée par un expert interne (généralement le médecin du travail) ou externe (organisme de contrôle technique ou organisme agréés pour les expertises CHSCT).

Construction combinée

L'évaluation des risques en mode combiné est sans doute la plus aboutie et celle qui correspond le mieux à notre référentiel. Pour être combinée, la construction doit être méthodique, analytique et conjointe. Nous avons déjà longuement développé cette idée.

3.2.3) Règles et prescription : un système de légitimité régulé sous contrainte.

Les deux premières composantes de la gestion nous ont permis d'identifier et de caractériser le problème posé. La phase suivante, indissociable des deux premières, est la prescription c'est-à-dire la construction des solutions (propositions et décisions). Là aussi, deux types de savoirs sont mobilisés : constitués en externe ou construits en interne.

Parmi les savoirs « constitués » les règles jouent en matière de SST un rôle important tant ce champ est particulièrement normé. La prescription est le fruit d'un processus de régulation qui fonctionne sous contrainte autour de règles endogènes et/ou exogènes. Le mode de régulation en déterminera le poids respectif.

Un prescrit externe fort, comme pour la radioprotection, entraînera plutôt une prescription technico-réglementaire de type expert. Elle impose en effet la présence d'une personne ressources (PCR) qui apporte des savoirs « constitués ». A contrario, les conditions de travail font l'objet d'un prescrit faible voire nul ; l'initiation repose alors sur la perception du problème par les salariés. Son évaluation et ses prescriptions requièrent le développement de savoirs « construits ».

L'usage de la règle est clair, il peut être double : déclencher l'action et éventuellement la structurer. Dans les deux cas, la condition indispensable à sa mise en œuvre est qu'elle s'inscrive dans un système de légitimité (Lauffer, 1993) donné ou construit. La règle est plus ou moins donnée ou construite, elle est par contre toujours adaptée. Les trois niveaux de règles rencontrés l'illustrent bien : - le prescrit externe (droit, norme, expertise ...) - le prescrit interne (consignes, règlement interne, équipements, organisation, ...) - et la construction de règles au niveau des collectifs de travail. En matière de prévention comme ailleurs, les règles sont donc hétéronomes, autonomes, ou bien relèvent d'une forme d'autonomie régulée associant l'hétéronome et l'autonome. Selon leur mode de construction et d'adaptation elles seront considérées tantôt comme une ressource, tantôt comme une contrainte.

Nous avons déjà évoqué l'évolution de la prescription exogène dans laquelle il revient à l'Etat de fixer les objectifs à atteindre et aux acteurs économiques et sociaux d'en fixer les modalités de mise en œuvre au niveau de la branche ou de l'entreprise.

Concernant la branche des établissements étudiés, nous avons identifié plusieurs régulateurs externes : - la tutelle ministérielle qui adapte quelquefois le droit général - le secteur spécifique qui agit notamment sur la convention collective et enfin - l'expertise collective que peut aborder un organisme comme le GERES.

Analysons maintenant la prescription dans les établissements étudiés.

§ 1. La prescription dans les établissements étudiés

Dans les entreprises étudiées, la gestion se fait rarement sur un registre binaire, en tout ou rien, mais plutôt sur la base d'un ajustement entre les enjeux (l'importance perçue du problème) et le coût de sa solution en jouant sur trois registres principaux : le choix du type de solution (technique, organisationnelle ou humaine), le niveau de sa mise en œuvre et la temporalité de l'action.

Les directions des quatre établissements ont généralement la volonté de donner des suites aux problèmes soulevés. Pour la prévention des AES par exemple, la plupart ont décidé d'acquérir du matériel plus cher parce que plus sûr. C'est également le cas pour l'acquisition de lits à hauteur réglable qui améliorent les conditions de travail des salariés et le confort du malade. On est bien là dans une logique de gestion où la gravité du risque potentiel et les enjeux qui lui sont associés justifient l'engagement de moyens supplémentaires.

Par ailleurs, on sait que plus les représentants du personnel ont contribué à définir la règle, plus ils participent à sa mise en œuvre et plus ils sont exigeants pour que le personnel la respecte. Dans un CHSCT, suite à l'analyse d'un accident du travail, un représentant du personnel a proposé comme mesure de prévention d'aller rappeler à la victime les mesures de prévention. Le président lui a suggéré que le prochain accident du même type toucherait sans doute un autre salarié et qu'il fallait sans doute envisager des mesures plus générales. Le représentant du personnel a insisté en indiquant qu'il y avait des « *récidivistes* ». Il a été soutenu par ses collègues. On notera d'ailleurs que dans leur propos, les représentants des salariés insistent beaucoup plus que la direction sur la « faute » ou le coupable non respect des consignes par les salariés. Certains estiment cohérente l'attitude des médecins qui ne respectent pas les règles de prévention et, en contrepartie, ne déclarent pas leurs accidents.

La prescription se construit en deux temps : - l'expression de solutions par les salariés ou les personnes ressources - et la prise de décisions par la direction avec un niveau de délégation variable aux responsables hiérarchiques ou fonctionnels. Plus le niveau du président le permet, plus elles sont prises en CHSCT.

Logiquement, les pratiques d'évaluation et de gestion influent sur le mode prescription.

La **construction ascendante** part de l'activité réelle, de manière autonome et empirique. La prescription est alors essentiellement curative et ascendante. Ce sont donc les salariés qui prescrivent ou en sont à l'origine.

La définition des actions de prévention est ainsi variable selon les établissements. Si elle est l'affaire exclusive des experts dans certains, elle est plus majoritairement partagée dans d'autres.

Elle relève plus d'éléments conjoncturels (dysfonctionnement d'une installation, caractéristiques des locaux ...) que d'une évaluation des risques approfondie. Ceci contribue sans doute à expliquer le fait que les quatre établissements, bien que confrontés aux même

risques, ne se fixent pas les mêmes priorités. Elle se concrétise plus par une juxtaposition de cas particuliers que par une logique de programmation globale et prospective.

L'expression du problème, quand il est facilement perceptible, contient souvent l'énoncé de la solution ; la décision ne dépend plus alors que de sa facilité de mise en œuvre. Quand le problème est plus difficilement perceptible son « initiation » est plus complexe, de même que la prescription de la solution.

La **construction descendante** part de la règle ou de connaissances expertes. Quand il s'agit de règle la solution est, là aussi, souvent contenue dans l'énoncé du problème.

Quand il s'agit de l'expertise, soit elle contient la solution au problème, soit c'est l'expert qui la possède.

La prescription dépend donc des éléments exogènes de la construction du droit ou du savoir (politique, scientifique, juridique et social). Selon les cas, elle sera plutôt curative ou préventive, substantielle ou procédurale.

En **construction combinée**, la prescription est davantage conjointe. Elle sera d'ailleurs plus facilement conjointe qu'elle aura été conjointement initiée.

§ 2. Mode de gestion et mode de prescription

Nous avons vu au chapitre 2 que si les caractéristiques des risques pèsent sur les pratiques de construction, les modes de gestion influent également. Nous venons de montrer que les pratiques structurent la prescription. On peut donc dire que mode et pratique de gestion préfigurent la prescription. Tout d'abord en contribuant à la délimitation de l'objet de la gestion et donc de la prescription.

La prescription externe : atouts et limites

Le prescrit externe émane de plusieurs sources : - le code du travail qui définit des règles générales applicables à l'ensemble des entreprises - le ministère de la santé et la sécurité sociale qui définissent des règles plus adaptées aux établissements de soins et par ailleurs des règles de fonctionnement et de financement de ces établissements. Nous avons montré que ces deux types d'approche n'étaient pas dissociables.

Il importe de rappeler à ce stade que, dans le domaine de la Santé-Sécurité au Travail où les règles jouent un rôle important, le niveau central de prescription (législateur, ministère du travail, organismes de normalisation ...) définit bien plus que des règles générales de

contenu²²⁰ : il prescrit de nombreuses exigences substantielles et, de plus en plus, des règles de procédure. Ainsi, la partie santé-sécurité du code du travail est un mélange d'obligations de moyens (substantiels et procéduraux) et d'obligations de résultats.

Dès lors, la mise en œuvre de la règle est quelquefois délicate.

Dans les établissements étudiés, le prescrit externe n'est porté par l'inspection du travail que quand cette dernière participe physiquement au CHSCT ou quand elle est interrogée par celui-ci. Le prescrit externe est apporté et porté essentiellement par les personnes ressources auxquelles la direction donne généralement les moyens d'information et de formation. Il peut également être apporté et porté par les représentants du personnel, notamment suite à la formation obligatoire des membres de CHSCT.

Bien que la règle soit une composante importante de la SST, le recours au prescrit externe est globalement hétérogène. Si certains textes sont considérés comme une obligation, d'autres relèveraient davantage d'une gestion en « bon père de famille » que d'une obligation. Pour les représentants du personnel c'est avant tout un levier et, pour les personnes ressources, une justification de certaines de leurs actions.

La littérature en la matière converge vers l'idée que les agents sociaux obéissent à la règle quand l'intérêt à lui obéir l'emporte sur l'intérêt à lui désobéir (Weber). La règle ne s'applique vraiment que si elle trouve sa légitimité, la « *contrainte ne suffit pas, il faut l'adhésion : c'est la légitimité* » (Reynaud J.-D., 1989, p 51). Reynaud considère ainsi que la règle ne s'applique que dans certaines conditions et qu'elle est souvent un objectif plutôt qu'une obligation. Nous verrons dans notre troisième partie en quoi le CHSCT contribue à la régulation.

Bourdieu décrit l'habitus comme ayant partie liée avec le flou et le vague mais précise que « *cette part d'indétermination, d'ouverture, d'incertitude, est ce qui fait qu'on ne peut s'en remettre complètement à lui dans les situations critiques dangereuses. On peut poser en loi générale que plus la situation est dangereuse, plus la pratique tend à être codifiée. Le degré de codification varie comme le degré de risque.* » Il propose comme définition transculturelle de l'excellence en la matière que c'est le « *fait de savoir jouer avec la règle du jeu jusqu'aux limites, voire jusqu'à la transgression, tout en restant en règle.* » (Bourdieu, 1983).

²²⁰ L'énoncé des neuf « principes généraux de prévention » (article L 230-2 du code du travail) qui constituent le référentiel d'analyse et d'actions des préventeurs institutionnels montre bien la nécessité de construire leurs modalités « opérationnelles » de mise en œuvre : - éviter les risques - évaluer les risques qui ne peuvent pas être évités - combattre les risques à la source - adapter le travail à l'homme - prendre en compte l'évolution de la technique - remplacer ce qui est dangereux par ce qui l'est moins - planifier la prévention - privilégier les protections collectives - donner des instructions appropriées aux salariés.

Dejours (1993) insiste lui, sur l'importance des liens de coopération en tant que « règles de travail » construites par les agents d'un collectif pour faire face à ce qui n'est pas adapté ou pas donné par l'organisation prescrite du travail.

Quant les conditions de régulation interne ne sont pas réunies, l'intervention de l'inspecteur du travail devient utile voire indispensable, sachant que cette intervention peut prendre plusieurs formes. Ce constat confirme la thèse de Jean-Daniel Reynaud selon qui, le fait de confier la tâche de faire respecter la règle à un corps spécialisé (l'inspection du travail pour ce qui nous concerne) lui donne davantage de poids mais aussi durcit la règle en la rendant moins susceptible d'être renégociée.

La forme intermédiaire, pratiquée dans un établissement où l'inspecteur du travail ne vient pas aux réunions mais est très régulièrement sollicité téléphoniquement par les représentants du personnel, illustre bien l'articulation entre les acteurs et les « *forces d'appel / rappel et savoirs investis* » évoquée par Schwartz et Trinquet (2001).

Le jeu de la prescription interne

On trouve le prescrit interne à deux niveaux. Il est limité et peu formalisé et s'exprime surtout sous forme de conventions informelles, au niveau global des établissements. En revanche, au niveau des services, il est très formalisé sous forme de procédures qui influent sur l'activité, en étant intégré aux protocoles de soins notamment. La qualité de la concertation n'est, semble-t-il, pas la même au niveau des services que ce qu'elle peut être au niveau de l'ensemble de chaque établissement.

Ce prescrit, tel qu'il nous a été présenté par la plupart des salariés, paraît assez proche de ce que l'on trouve dans les grandes entreprises en matière de qualité, c'est-à-dire des procédures plus ou moins accessibles et appropriées. Il faut toutefois noter que, compte tenu des actes pratiqués et de la qualification du personnel, il existe un bon niveau de respect des règles de l'art qui peuvent différer des procédures.

La construction et l'expression du prescrit interne

Le prescrit interne se situe à l'interface entre l'imposition hétéronome et l'autonomie régulée. Pour le salarié, il pourra se traduire aux deux extrêmes soit par un renforcement du prescrit externe, donc hétéronome, soit par la construction d'une régulation autonome donnant à

l'entreprise en général et au salarié en particulier la capacité d'adaptation des règles y compris internes.

Plusieurs exemples illustrent les différents modes d'usage du prescrit externe et leurs transcriptions en prescrit interne.

Ainsi, concernant le tabagisme, dans plusieurs établissements ce problème est réapparu chez le personnel. Les directions souhaitent généralement le régler par une application stricte des textes réglementaires en privilégiant l'interdiction. Les représentants du personnel au CHSCT ne souhaitent pas « cautionner » ce type de décision et souhaitent que d'autres solutions soient privilégiées (locaux spécifiques ...). L'établissement B fait toutefois exception à cette règle. Le CHSCT est prêt à cautionner des mesures strictes de la direction. On peut sans doute, y voir un souci de cohérence des représentants du personnel, très revendicatifs et contraignants vis-à-vis de la direction et, de ce fait, ils sont davantage prêts à accepter des mesures contraignantes pour le personnel. La question du tabagisme sur les lieux de travail illustre bien l'approche sociale du risque et de sa gestion.

Le deuxième exemple concerne le temps alloué au médecin du travail qui relève lui aussi d'une approche normative. Ainsi, celui-ci a été augmenté dans deux établissements en s'appuyant sur la réglementation plutôt que sur la définition des besoins.

Le troisième exemple se situe dans l'un établissement D. Lors de la formation de certains de ces membres, le CHSCT a appris que la préparation des médicaments anti-cancéreux devait se faire à la pharmacie centrale, dans un équipement assurant la protection des salariés, et non dans les services de soins. Cela a donné lieu à une forte revendication qui a été satisfaite par des mesures organisationnelles.

Plus généralement, les connaissances acquises au cours des formations relèvent essentiellement du prescrit externe comme l'obligation de formalisation du programme d'actions, des règles de manipulation de certains produits ...

L'un des champs où la règle connaît le plus de difficultés à être légitimée concerne les sous-traitants et les précaires. Ceci est sans doute lié aux enjeux des représentants du personnel qui préfèrent s'occuper des problèmes de leurs mandants que sont les salariés de leur propre entreprise.

En résumé, concernant les jeux avec la règle, certains éléments du prescrit externe sont plus un objectif qu'une obligation. Chacun joue avec la règle : celle-ci peut être considérée comme incontournable ou comme un vague objectif. La règle doit être légitimée pour être appliquée. La présence de l'inspecteur est souhaitée quand une régulation est nécessaire sinon elle ne l'est pas. Enfin, le prescrit interne relève essentiellement de notes de service et de procédures, qui sont peu connues, par contre il est sans doute intégré dans les savoir-faire.

Cette analyse relative à l'usage de la règle montre que régulation juridique et régulation sociale sont des modes de régulation complémentaires et indissociables.

Le prescrit externe ne se limite pas au droit qui lui-même ne se limite pas à la loi, moins que jamais aujourd'hui, face à la remise en cause actuelle du rôle régulateur de l'état (Chouraqui, 1991).

Le nécessaire développement du contractuel ne remet pas en cause le droit mais requiert de nouveaux équilibres, notamment juridiques, permettant flexibilité et cohésion sociale en positionnant autrement la légitimité de la règle juridique dans le tissu social et économique. Ces nouveaux équilibres à construire sont, toujours selon Chouraqui (1991), de nature à renforcer le rôle de tous les acteurs y compris de l'Etat.

Ce problème fait l'objet d'un important débat au sein de l'inspection du travail. Triomphe (cité par Gollac et Volkoff, 2000) parle d'un «*débat entre tenants du droit substantiel (qui fixe des obligations de fond) et du droit procédural (qui fournit plutôt des moyens de négociation).* »

La régulation fait l'objet d'approches différentes (Chevallier, 1995) selon les disciplines : théorie des organisations, économie, sociologie, sciences politiques, droit. La régulation est une fonction de préservation ou de développement dynamique d'un équilibre. Nous l'évoquerons en troisième partie en analysant la place qu'y occupe le CHSCT.

§ 3. La prescription de l'évaluation des risques

Même si notre recherche n'est pas centrée sur la mise en œuvre formelle de l'évaluation des risques, il est intéressant d'analyser les modalités de mise en œuvre de la réglementation relative à sa formalisation dans un « document unique ». Cela est en cours, dans les établissements étudiés, selon deux philosophies : - soit de rédiger ou faire rédiger un document permettant d'être en « règle » en collant à la lettre du texte, ce qui de l'avis des

établissements ne présente que très peu d'intérêts - soit de saisir cette opportunité pour développer certaines démarches, ce qui nourrit la stratégie de l'établissement, en laissant souvent de côté l'objectif du texte.

La légitimité de l'évaluation des risques reste encore très faible. Différentes motivations peuvent initier la démarche : - le respect de la réglementation (risque chimique, radioprotection ...) - une préoccupation managériale (entretiens d'évaluation) - le besoin cognitif de comprendre pour agir (AES) - la demande sociale (« charge mentale »). Ces motivations peuvent être liées et évolutives pour un même risque.

La démarche d'évaluation des risques et de formalisation de celle-ci ne peut se développer que si l'entreprise arrive à transformer cette obligation réglementaire en une opportunité en l'intégrant ainsi dans sa logique d'action. La direction de A a exprimé son scepticisme : « *le document unique n'a rien apporté à A, il y avait déjà ce qu'il fallait. Il faudrait que l'obligation soit outillée et que l'inspection du travail l'accompagne.* »

3.2.4) L'action organisée comme processus d'apprentissage de la régulation entre relations et savoirs

Dans ce paragraphe, nous analyserons simultanément les deux dernières composantes de la gestion que sont la mise en œuvre des prescriptions et l'apprentissage de la gestion. Nous les appréhenderons en terme d'action organisée : comme facteur d'articulation entre le particulier et le général puis comme facteur d'apprentissage.

Notre approche empirique conforte notre analyse théorique, à savoir que l'action organisée (ou collective) en matière de gestion des risques est bien un processus de construction conjointe des savoirs et des relations (Hatchuel). Cette construction repose sur un apprentissage collectif. La capacité à engager de tels apprentissages collectifs vient en premier lieu de la capacité à reconnaître les métaphysiques de l'action²²¹ et à en prévenir les dangers totalisateurs.

²²¹ Hatchuel considère que les métaphysiques de l'action collective sont indispensables aux collectifs qui se pensent éternels et naturels et qu'en revanche les entreprises ne survivent que parce qu'elles sont capables de renouveler leurs principes de gestion donc de remettre en cause la métaphysique de l'action. Cette mise en cause passe par une rationalisation de l'action. Celle-ci ne peut se faire que dans le cadre d'une logique collective, d'un apprentissage collectif et repose sur une conception généalogique de la rationalité, des organisations et des critères d'efficacité. Sa définition de la métaphysique de l'action est : toute théorie qui résume l'action collective à un principe (par exemple le profit, la stratégie) ou à un sujet (le chef, l'expert ...) totalisateur. Dans l'exemple du droit (nul n'est censé ignorer la loi), le citoyen est constitué en sujet totalisateur car il devrait connaître toute la loi sans que l'on sache comment.

Pour passer des métaphysiques de l'action à l'action elle-même, un processus de révision et d'apprentissage collectif est indispensable. C'est la tâche d'une théorie de l'action collective que d'étudier les conditions, les formes et les effets de ces apprentis sages.

La démarche repose sur des « *mythes rationnels*²²² » qui doivent être révisés et reconstruits dans des apprentissages collectifs.

Sur ce plan, le CHSCT apparaît comme un lieu adapté pour reconnaître les « *métaphysiques de l'action* » et peu de problèmes s'y posent sur ce registre tant le pragmatisme prime. Le débat, voire la controverse, se situe par contre sur le terrain des modalités de rationalisation.

Il s'agit, en effet et avant tout, de modifier les représentations qui déterminent une action collective et initient des processus d'apprentissages collectifs.

Hatchuel introduit ainsi la notion d'interaction outil / structure qui explicite l'intrication inévitable des outils de gestion et des formes de l'organisation. C'est, pour lui, dans la compréhension de ces interactions que se forment des apprentissages collectifs enrichissants.

Les conflits sont partie intégrante des processus d'apprentissages collectifs : le conflit est une modalité, parfois inévitable, pour se faire « connaître » donc imposer à autrui un apprentissage de ce que l'on est.

L'évaluation de l'action et la construction des apprentissages

Globalement, les actions menées sont peu évaluées. Elles font souvent l'objet d'un suivi (plus ou moins formalisé) relatif à l'avancement de leur mise en œuvre. Ceci est sans doute lié à la faible formalisation d'une politique générale. Ainsi, l'absence de tableau de bord précis est sans doute l'un des révélateurs du mode d'approche de la prévention. Ce type d'indicateurs ou d'outils de gestion n'a en effet d'intérêt que dans le cadre d'une stratégie globale, ce qui est peu le cas des établissements, sauf pour quelques cas comme quelquefois pour les accidents avec expositions au sang.

La capacité d'itération entre intégration et dénaturation est avant tout une affaire d'apprentissage. Les trois types de pratiques possèdent leurs formes d'apprentissage qui sont essentiellement dépendantes du mode de gestion et des spécificités des risques.

Les textes relatifs au management de la SST font de l'apprentissage une composante forte, en terme « d'amélioration continue ».

²²² Pour Hatchuel, la notion de « mythe rationnel » est le moteur de l'action collective.

Nous ne pouvons penser notre action qu'en opérant des réductions ou des restrictions qui nous permettent de décrire nos propres actions et d'apprendre d'autrui. Nous retrouvons ici la notion de « rationalisation » ; encore faut-il espérer que les restrictions que nous opérons soient compatibles avec les savoirs d'autrui et avec nos relations à autrui.

L'apprentissage de la **construction ascendante** est relativement simple puisqu'il consiste essentiellement à sensibiliser le personnel et à organiser les réseaux de remontée d'informations. L'un des enjeux forts de l'apprentissage est toutefois la satisfaction de la demande. Les salariés ne continueront à faire remonter leurs problèmes que si des réponses favorables leurs sont apportées. Ceci explique les enjeux du suivi des demandes pour certains CHSCT.

En **construction descendante**, l'apprentissage est, là aussi, relativement simple et repose sur la connaissance des règles, voire la disponibilité, d'une certaine expertise.

La **construction combinée** est certainement la démarche qui nécessite le plus haut niveau d'apprentissage. Il faut tout d'abord que les CHSCT aient fait l'apprentissage d'au moins l'un des autres modes. Le saut qualitatif est pour cela important.

Conclusion de la deuxième partie

Cette deuxième partie nous a permis de décrire l'approche du danger comme construction politique, sociale, scientifique, économique et juridique. Ces dimensions sont indissociables comme, par exemple, la rationalité scientifique et la rationalité sociale. La règle est souvent le reflet de l'articulation de ces dimensions et du poids accordé à chacune d'elles.

Comme toute construction, elle évolue au rythme de l'évolution de ses composantes. L'analyse historique montre bien que le risque apparaît lui aussi comme une construction sur laquelle pèsent les dimensions qui influent sur le danger et qui reposent fortement sur les relations et les savoirs des acteurs. Par exemple, selon le mode de gestion de l'établissement, ce ne sont pas les mêmes personnes qui interviennent, donc pas les mêmes savoirs ni les mêmes logiques et modes de construction.

Dans cette construction, plusieurs dimensions interviennent : - son objet - les régulations qui régissent sa gestion - et son apprentissage.

L'objet à construire est en permanente évolution. L'analyse historique en atteste, de même que les problèmes nouvellement exprimés, comme la santé et le bien-être au travail. La définition de l'objet de la gestion devient, en tant que tel, un enjeu de négociation. Par exemple, sur notre terrain de recherche nous avons observé la forte montée des questions de conditions de travail, entre 2000 et 2003, ceci en lien avec l'intensification du travail et la perte d'avantages sociaux.

Nous nous sommes ensuite interrogés sur l'impact de la spécificité des risques sur leur construction / rationalisation. Nous avons identifié deux déterminants. Le premier concerne le niveau de pré-construction du risque, en terme de savoirs, mais plus encore de transcription de ces savoirs dans le prescrit externe. Le second, lié au premier, concerne les modalités de construction des risques qui ne sont pas pré-construits et renvoie aux modes de gestion, donc de construction. Le mode de gestion va, en effet, influencer sur les porteurs de savoirs qui seront mobilisés, et donc sur le contenu de ces savoirs et l'articulation entre eux. Cette dernière renvoie aux relations entre acteurs et à leur apprentissage.

Un prescrit externe fort, c'est-à-dire une forte pré-construction, entraînera le recours aux savoirs « constitués », donc orientera vers une approche technico-réglementaire de type expert. Par contre, l'absence ou la faiblesse du prescrit externe rend plus difficile l'initiation qui repose alors sur la perception du problème par les salariés. Sa construction requiert donc

le développement de savoirs « construits » en interne, ce qui l'alourdit mais aussi permet une meilleure adaptation des matériaux aux problèmes posés.

Le mode de gestion influence, lui, plus particulièrement l'initiation et la construction. L'initiation en mode « gestionnaire » concernera des aspects plus facilement caractérisables. Dès lors, il n'est pas surprenant que les problèmes particuliers liés à l'environnement de travail soient les plus « construits ». Ils ne font pas l'objet d'un prescrit fort mais sont les plus perceptibles et, de plus, les salariés disposent généralement du savoir requis. Par ailleurs, leur traitement permet souvent de satisfaire rapidement la demande.

Chez les « managers » l'initiation est davantage conjointe. Elle en sera donc plus aisée mais aussi davantage orientée vers les sujets consensuels. Les risques moins consensuels ne pourront être initiés que sur un mode « ascendant » c'est-à-dire par la participation directe des salariés. La construction des « conditions de travail » à C en constitue un bon exemple.

Nous avons également pu montrer la réalité des apprentissages, tant en phase d'initiation que de construction, et leur spécificité selon le mode gestion.

Nous avons reconstitué trois formes de construction / rationalisation des risques, c'est-à-dire d'articulation entre savoirs et relations. A partir de la comparaison avec les trois formes de régulation (Reynaud), il nous semble utile d'insister sur deux aspects : une similitude et une différence.

La similitude repose sur deux idées : - les trois modes de régulation et de construction ne sont pas exclusifs l'un de l'autre mais complémentaires, plus particulièrement pour la phase d'initiation - la régulation conjointe, comme la construction combinée, joue un rôle très important pour la construction des solutions mais pour autant n'est pas spontanée et requiert un volontarisme fort et partagé.

La différence n'en est pas vraiment une. Nous partageons, en effet, l'avis de E et J.-D. Reynaud, selon lequel : « *les solutions comme les problèmes sont spécifiques.* » et que, pour les construire, il convient « *de partir des acteurs* » (Reynaud E et JD, 1994, p 238). Notre approche nous semble donc constituer davantage une traduction qu'une contradiction. Les mots ascendant, descendant et combiné sont plus représentatifs des logiques d'actions sur notre terrain. Deux hypothèses peuvent contribuer à l'expliquer : - la spécificité de l'objet « risque » - et l'approche centrée sur la participation représentative plutôt que directe qui modifie les statuts et les prérogatives, donc la contribution des acteurs. La participation directe s'inscrit dans une logique hiérarchique alors que dans la participation représentative les acteurs sont plus autonomes. Pour l'ensemble des acteurs, ceci nécessite de passer d'une

logique de coordination à une logique de coopération et repose sur d'autres formes de relations donc de régulations (Béret, 2002). Ainsi, dans le cadre du CHSCT, nous n'avons observé que très rarement de « régulation de contrôle » (imposée par les dirigeants) et pas davantage de « régulation autonome » de la part des représentants des salariés. Les constructions descendantes par les directions le sont généralement de manière contrainte par le droit (ou un prescrit externe comme l'accréditation qualité), sauf pour les dispositifs managériaux dont elles peuvent être à l'origine. Les représentants du personnel peuvent eux organiser une « initiation autonome » ce qui est le cas quand elle est contrainte, en s'appuyant notamment sur le droit.

Cette construction peut être analysé sous plusieurs angles. Le premier est constitué par ses quatre composantes que sont - le mode de gestion - les matériaux - les pratiques - les acteurs.

La gestion des risques apparaît bien comme une construction structurée et itérative entre : initiation, évaluation, prescription, action et apprentissage. Elle montre aussi le rôle fondamental des actions organisées comme processus d'apprentissage de la régulation entre relations et savoirs.

Les modes de gestion influencent plusieurs aspects : - La place des experts et des personnes ressources qui est plus aisée à occuper en mode « managers » qu'en « gestionnaires ». - L'initiation en mode « gestionnaire », compte tenu qu'elle est plus souvent contrainte et mobilise plus difficilement les experts (sauf dans le cas des experts CHSCT), va concerner des aspects plus facilement caractérisables. - L'apprentissage de l'initiation est réel mais différent dans les deux modes. Les « gestionnaires » (plus particulièrement B) ont développé une réelle capacité à mobiliser les outils procéduraux du droit (alerte, expertise ...). Chez les « managers » l'initiation est davantage conjointe. - L'apprentissage de la construction est également réel mais différent selon les deux modes. Dans le mode « managers » la construction est conjointe ce qui favorise l'apprentissage. Par contre, chez les « gestionnaires » la construction ascendante requiert de passer ensuite par une phase combinée pour définir les prescriptions, ce qui en freine l'apprentissage.

L'articulation de toutes ces dimensions est complexe mais sa prise en compte est nécessaire à la compréhension de la démarche de construction des risques et de son évolution.

Nous allons, dans la troisième partie, nous intéresser aux acteurs qui y contribuent.

Troisième partie

Les acteurs de la gestion des risques et la place du CHSCT dans la régulation et l'action

Nous avons, dans la première partie, présenté notre problématique et notre méthodologie de recherche. Nous y avons montré que le risque professionnel est une construction contextualisée.

Dans la seconde, sur la base d'une analyse théorique et empirique, nous venons de décrire les modalités de cette construction. Il en ressort que celle-ci est avant tout une affaire de rationalisation pour organiser la gestion.

Cette troisième et dernière partie va maintenant nous permettre d'aborder les acteurs de la gestion des risques, en traitant plus particulièrement de la place du CHSCT dans l'action et la régulation. Cette approche des acteurs nous conduira à explorer les deux éléments qui leurs sont indispensables : les matériaux et les relations. Les matériaux sont des savoirs « constitués » ou « construits » par les acteurs dont les relations vont du rapport de force à la régulation conjointe.

Nous aborderons les CHSCT en trois temps : leurs missions, leurs outils et leurs différentes formes de régulation.

Le premier chapitre, consacré aux modalités de fonctionnement du CHSCT, nous permettra de comprendre comment ses membres mettent en œuvre leurs missions, leurs moyens et construisent leurs indicateurs.

Dans le deuxième chapitre, nous présenterons leurs outils de construction et de gestion des risques et des actions.

Enfin, dans le troisième chapitre, nous décrirons la régulation et les relations entre acteurs dans le cadre du CHSCT et l'incidence qu'a sur celui-ci le mode de gestion des établissements.

Chapitre 1) Missions, moyens et indicateurs des CHSCT des établissements étudiés

1.1) Les missions et moyens des CHSCT étudiés

1.1.1) Les missions principales actuelles du CHSCT

1.1.2) Les moyens des CHSCT étudiés

§ 1. Les moyens matériels du CHSCT

§ 2. La formation des représentants du personnel.

§ 3. L'utilisation des crédits d'heures

§ 4. Le recours aux autres moyens réglementaires

1.2) Les indicateurs : les outils de gestion des résultats des établissements étudiés

1.2.1) Les composantes de la stratégie de gestion des résultats

§ 1. La politique de gestion

§ 2. Le mode de traitement des données

§ 3. La logique de déclaration

1.2.2) Le principal indicateur : les accidents du travail

1.2.3) Les autres indicateurs utilisés

§ 1. Les maladies professionnelles

§ 2. La dosimétrie radiologique

§ 3. L'absentéisme

1.2.4) Analyse comparative des outils de gestion des résultats

Chapitre 1) Missions, moyens et indicateurs des CHSCT des établissements étudiés

Nous avons retenu comme lieu d'analyse le CHSCT parce qu'il est le lieu de régulation de la gestion des risques dans l'entreprise.

Après l'avoir contextualisé en décrivant son évolution historique nous présenterons ses principales missions actuelles et leurs modalités de mise en œuvre dans les établissements étudiés. L'analyse de l'écart entre les pratiques et le prescrit réglementaire nous donnera déjà quelques informations sur leurs positionnements.

Nous nous intéresserons ensuite aux acteurs des CHSCT étudiés, à leurs contributions et à leurs régulations. Cette analyse nous amènera notamment à préciser l'impact de nos deux figures types des modes de gestion sur le fonctionnement du CHSCT.

1.1) Les missions et moyens des CHSCT étudiés

Les salariés considèrent aujourd'hui le CHSCT comme l'acteur de la prévention le plus efficace.

La littérature dont il fait l'objet est abondante dans le domaine historique et réglementaire ainsi que sur le plan descriptif de ses actions. Par contre, l'approche analytique de son fonctionnement est très faible y compris par rapport à d'autres institutions représentatives du personnel comme le comité d'entreprise. Ceci est sans doute lié au désintérêt social dont le risque professionnel a fait l'objet depuis plus de 20 ans, ainsi qu'à son caractère jugé très technico-réglementaire et laissant ainsi peu de place aux débats.

1.1.1) Les missions principales actuelles du CHSCT :

Globalement, le CHSCT « a pour mission de contribuer à la protection de la santé « physique et mentale » et de la sécurité des salariés, ainsi qu'à l'amélioration des conditions de travail ». « Il a également pour mission de veiller à l'observation des prescriptions législatives et réglementaires prises en ces matières »²²³.

Au regard de ces missions, le CHSCT dispose de divers moyens qui peuvent être mobilisés pour leur mise en œuvre.

Ses missions et moyens d'action sont résumés dans l'encadré ci-dessous.

Les quatre missions principales ou possibilité d'actions attribuées au CHSCT :

- **contrôle et enquête :** le comité a pour mission de veiller à l'observation des prescriptions législatives et réglementaires en matière de prévention. Pour cela, il « *procède, à intervalles réguliers, à des inspections dont la fréquence est au moins égale à celle des réunions ordinaires.* » Il doit par ailleurs procéder à des enquêtes, notamment en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle.
- **étude et proposition :** il est chargé de procéder à l'analyse des risques professionnels auxquels les salariés peuvent être exposés ainsi qu'à l'analyse des conditions de travail. Il « contribue à la promotion de la prévention des risques professionnels et suscite toute initiative qu'il estime utile dans cette perspective. Il peut proposer, à cet effet, des actions de prévention. Si l'employeur s'y refuse, il doit motiver sa décision. »
- **droit d'alerte :** une situation de danger grave et imminent constatée par un représentant du personnel au CHSCT peut entraîner une démarche d'alerte de l'employeur. Celui-ci, ou son représentant, doit obligatoirement procéder immédiatement à une enquête avec le membre du CHSCT qui a signalé le danger et prendre des mesures de prévention.
- **recours à un expert :** dans plusieurs circonstances (risque grave, modification importante des conditions d'hygiène, de sécurité ou des conditions de travail, ou introduction de nouvelles technologies), le comité peut faire appel à un expert agréé par le ministère chargé du travail¹.

Le CHSCT n'est implanté que dans trois quarts des entreprises qui y sont soumises²²⁴. Nous verrons ultérieurement comment le CHSCT met en œuvre ses missions et mobilise ses moyens. Pour synthétiser l'évolution et la situation actuelle des CHSCT, nous dirons qu'elle relève d'une double logique : augmenter les « moyens de pression » des salariés d'une part,

²²³ Extraits de l'article L 236-2 du code du travail

²²⁴ Les études de la DARES montrent qu'en France, les CHSCT (compte tenu qu'ils ne concernent que les entreprises de plus de 50 salariés) ne couvrent théoriquement qu'un tiers des salariés et environ 2 % des entreprises.

Il faut toutefois pondérer ces chiffres théoriques reposant sur les obligations réglementaires, en prenant en compte la réalité des implantations des CHSCT. Les études sur leur fonctionnement montrent que : - 27 % des entreprises soumises à l'obligation d'avoir un CHSCT ne la respectent pas (DARES, Premières synthèses, avril 2001). Dans ces cas là, l'expérience montre qu'un CHSCT imposé à l'employeur et sans le soutien des salariés a une durée de vie très courte - un tiers des CHSCT n'auraient qu'une existence formelle, avec un fonctionnement réduit au strict minimum réglementaire - et enfin, le dernier tiers fonctionnerait bien.

Par ailleurs, une enquête récente de la DARES (2000) montre en effet un net accroissement de la couverture syndicale dans les établissements de plus de 50 salariés (augmentation de 63% en 1992 à 72% en 1998). Plusieurs hypothèses explicatives peuvent être avancées : - la première est le desserrement de la pression liée à la crise économique - la seconde est l'accélération des concentrations et de l'absorption de nombreuses PME par des groupes ; la DARES considère que l'appartenance à un groupe renforce considérablement la probabilité de connaître une implantation syndicale - enfin, la négociation sur les 35 heures a sans doute conduit nombre de PME à faciliter ou même à encourager l'implantation de délégués syndicaux ou de salariés mandatés par un syndicat.

Ce progrès de la couverture syndicale s'accompagne d'une perception plus positive des employeurs à l'égard des syndicats. 46% considèrent en 1999 que « l'action syndicale est un stimulant dans la vie de l'entreprise, contre 42% en 1993. Inversement, les employeurs estimant que « les syndicats gênent le déroulement des activités de l'entreprise » sont passés de 31% à 28%. Cette évolution conforte la CFDT (ANACT 2000) dans sa perspective de resyndicalisation et de mise en place d'une relation plus équilibrée dans l'entreprise. Plusieurs auteurs notent actuellement une baisse de la conflictualité et de l'idéologie et un progrès des capacités de régulation autonome en entreprise.

maintenir le pouvoir de décision à l'employeur d'autre part. Nous verrons que l'articulation entre ces deux logiques est la clé du bon fonctionnement du CHSCT.

Les deux formes habituelles de participation des salariés : directe et représentative renvoient à la même finalité qui est la concertation par l'expression d'un avis individuel ou collectif.

Concernant la participation représentative, avant d'approfondir l'analyse des CHSCT, il nous paraît nécessaire de faire un petit détour pour montrer que d'autres formes d'implication des représentants des salariés ont existé en France ou existent encore à l'étranger. Leur caractéristique essentielle est la délégation d'autorité aux représentants du personnel pour intervenir en matière de prévention. Nous évoquerons deux exemples : le cas des « diables rouges » dans la réparation navale marseillaise des années 70, et qui n'a duré qu'à cette période. L'autre expérience en cours concerne les délégués des travailleurs à la santé et à la sécurité dans les petites entreprises suédoises. Ces deux expériences sont intéressantes car elles montrent que d'autres formes de contribution des salariés sont possibles. Ainsi, lors de la négociation dite de la « refondation sociale » au début des années 2000, ce type d'institution avait été proposé par la CFDT²²⁵. Même s'il a été refusé par les autres parties, cela montre qu'il n'est pas totalement irréaliste. Enfin, nous montrerons sur notre terrain de recherche que cette posture de représentants du personnel contribuant à la mise en œuvre de la politique de prévention, bénéficiant d'une légitimité, voire même d'une délégation de moyens et quelquefois d'autorité, n'est pas rare.

Nous empruntons la présentation des « diables rouges » à Trinquet (1996). Suite à plusieurs accidents très graves dans la réparation navale et aux mouvements sociaux qu'ils ont provoqués, la direction départementale du travail, avec des représentants des employeurs et des salariés (CGT), élabore un « règlement de sécurité particulier » adopté par toutes les parties. *« Mais une fois de plus, force est de constater qu'il ne suffit pas d'édicter des règles, aussi élaborées et pertinentes soient-elles ; encore faut-il donner les moyens de leur application effective. D'autant que les problèmes économiques jouent un rôle important dans toutes les décisions à prendre. Les délais pour réparer les navires sont très courts, et les horaires imposés aux salariés des plus contraignants. »* (Trinquet, 1996, p 271)

²²⁵ La CFDT n'a pas abandonné cette idée. Le rapport IGAS 2003 - 015 évoque (p 15) le fait que *« Quatre conseillers syndicaux de prévention ont été mis en place par la CFDT à titre expérimental depuis 2002. » ... « Leur rôle est de mobiliser les élus du personnel des petites entreprises pour qu'ils prennent leur responsabilité en matière de prévention, pour les aider à jouer un rôle d'entraînement dans la recherche de solutions ... » ... « Leur rôle essentiel est donc d'aider les salariés et les élus du personnel et créer une dynamique sociale par l'information, la prise de conscience de ces risques, l'analyse, l'orientation vers des formations adaptées, la recherche de solutions, le soutien et le suivi des actions avec des organismes de santé spécialisés. »*

De nouveaux accidents graves pointent les limites de la règle mais aussi de la direction, de la hiérarchie et du CHS pour la faire appliquer. Ils ont néanmoins accéléré la signature d'un accord prévoyant la désignation de permanents de sécurité « *désignés parmi les membres des comités d'hygiène et de sécurité* » pour assurer une mission « *d'éducation, de coordination et de contrôle de l'hygiène et de la sécurité* » des chantiers. Il est prévu que cette mission se développe « *conjointement avec la hiérarchie en vue de prendre toutes les décisions qui s'imposent.* »

Les trois points forts de la démarche sont : - le soutien de la direction²²⁶ et de la section syndicale CGT de la principale entreprise concernée - la légitimité reconnue à ces permanents de sécurité par les salariés - et les résultats obtenus qui, selon Trinquet, sont excellents.

Les difficultés internes seront très faibles et se limiteront à une partie de la hiérarchie. Par contre en externe, outre les armateurs, la démarche sera critiquée tant par le patronat que par la fédération nationale CGT qui considère cette expérience comme une « *collaboration de classe* »²²⁷.

Nous emprunterons à Frick et Walters (1998) les éléments relatifs aux délégués des travailleurs à la santé et à la sécurité dans les petites entreprises suédoises. Ce dispositif est mis en place dans le cadre d'accords nationaux. Il ne s'agit pas de salariés de l'entreprise mais de délégués désignés par un syndicat dès lors où celui-ci y compte au moins un membre, ce qui est fréquent compte tenu du taux élevé de syndicalisation. L'inspection du travail apporte une aide dans le règlement des désaccords entre les délégués et l'employeur concernant la sécurité. Pour les organisations syndicales, c'est un moyen de « *regagner le terrain perdu ces vingt dernières années avec la crise de la représentation syndicale et de s'affirmer dans un rôle nouveau* ».

En guise de conclusion de ce paragraphe 1.1 nous évoquerons ce que Chouraqui²²⁸ appelle « *la question délicate de l'opposition ou de la complémentarité des nouvelles formes de participation directe et des formes plus traditionnelles de participation représentative.* » Il établit que « *la qualité de la participation directe est fortement liée à la forme d'implication*

²²⁶ Selon le responsable de cette entreprise : « *Les patrons ont toujours peur des syndicats. Moi, j'ai pensé que c'était le seul moyen de mobiliser toute la maison, jusqu'à la base, pour la sécurité.* » D'autres employeurs sont plus réservés : « *En cas de conflit social, comment imaginer l'action de syndiqués CGT qui ont tout pouvoir pour faire stopper le chantier ?* » (p 284)

²²⁷ Un responsable local dira beaucoup plus tard « *C'était toute une époque ! Pour comprendre il faut se replacer dans le contexte d'alors.* » (p 285).

²²⁸ Chouraqui A. 1997. Vers un « modèle européen » de régulation de la participation directe ?

des représentants du personnel. Quand l'introduction de la participation se fait par négociation ou décision conjointe, la qualité est élevée dans 42 % des cas ; et ce taux est de plus en plus bas en cas de consultation (26 %), d'information (25 %) et surtout en cas de non-implication des représentants du personnel (17 %) ». Nous verrons effectivement que la participation directe évolue régulièrement alors que la participation représentative évolue peu, même si elle est hétérogène, en prenant diverses formes.

L'analyse plus approfondie du fonctionnement du CHSCT nous confirmera que, pour la mise en œuvre de ses missions, sa problématique centrale est l'articulation entre le pouvoir de décision de l'employeur, d'une part, et la capacité des salariés à influencer, d'autre part, tant par leurs savoirs sur le travail (participation directe) que par leur positionnement stratégique (participation représentative).

1.1.2) Les moyens des CHSCT étudiés

Evoquons, dans un premier temps, les moyens liés à son fonctionnement : ses moyens matériels, la formation des représentants du personnel, l'utilisation des crédits d'heures, et le recours aux moyens réglementaires.

§ 1. Les moyens matériels du CHSCT²²⁹

Le CHSCT est maintenant doté de la personnalité civile mais ne dispose pas de moyens financiers propres, comme c'est le cas pour le comité d'entreprise. Les moyens matériels dont il peut disposer dépendent donc autant de la volonté la direction (A et C) que de sa capacité revendicative en la matière (B). Il n'est pas surprenant que D soit le plus faiblement doté.

§ 2. La formation des représentants du personnel²³⁰

²²⁹ Les moyens matériels de chaque CHSCT

Etablissement A : le CHSCT de A bénéficie de certains moyens de fonctionnement : local (partagé avec le CE), armoire, bureautique ... Le secrétariat et la dactylographie des comptes-rendus de séances sont toutefois assurés par l'un des représentants du personnel et ne sont donc pas pris en charge par une secrétaire mise à disposition par la direction. La secrétaire du CHSCT regrette de ne pas pouvoir disposer d'un local spécifique.

Etablissements B et C: les CHSCT de B et de C sont correctement et les mieux dotés en moyens matériels ; local, bureautique, documentation ... Les comptes-rendus de réunions sont assurés par la DRH et repris ensuite par le secrétaire. Le CHSCT de C dispose en plus d'un espace sur le site intranet.

Etablissement D: le CHSCT de D est parmi les quatre établissements étudiés celui qui bénéficie des moyens de fonctionnement les plus faibles (absence de local, de bureautique ...). La direction a mis en place un secrétariat de séance à partir de septembre 2001 et a récemment doté le CHSCT d'un magnétophone pour l'enregistrement des séances et d'une armoire.

²³⁰ La formation des membres de CHSCT est un droit (cinq jours tous les quatre ans pour les entreprises de plus de 300 salariés). Elle est dispensée par des organismes agréés par le ministère en charge du travail. Son contenu

La formation des membres est reconnue comme un élément fondamental de leurs actions, de même que la qualité et la quantité des informations qu'ils reçoivent. Tous les CHSCT étudiés ont formé, au moins partiellement, leurs représentants du personnel²³¹.

Le ministère du travail a tenté de l'encadrer en élaborant un référentiel de formation, qui se heurte à une difficulté essentielle, la volonté des formateurs tant privés que syndicaux de préserver leur autonomie en la matière, plus particulièrement au niveau des formations syndicales. Les CHSCT peuvent choisir librement leur formateur et certains n'hésitent pas à discuter le contenu²³².

est encadré. La réglementation applicable aux représentants du personnel leur permet de pouvoir bénéficier d'autres accès à la formation.

²³¹ **La formation des représentants du personnel dans les quatre établissements étudiés**

Etablissement A: en 1996, 5 représentants du personnel sur 6 et le médecin du travail ont été formés. La formation de l'ensemble des membres du CHSCT a été renouvelée en janvier 2001.

Etablissement B: les représentants du personnel sont attachés à leur formation qui est régulièrement suivie et mise à jour. Parmi les quatre établissements, c'est celui où la formation obligatoire est la mieux suivie. Ce point est régulièrement évoqué en CHSCT (5 fois en 6 ans). Il est à noter le refus de la direction de financer certaines formations en invoquant des difficultés financières. L'absence de réactions de la part de l'inspecteur du travail laisse à penser que ce refus était conforme aux obligations qui régissent cette formation.

Etablissement C: il y a une dizaine d'années, 2 représentants de la CFDT ont participé à une action de formation (La preuve par 100) organisée par leur confédération. Elle consistait à former 100 sections syndicales du secteur de la santé à l'analyse des conditions de travail.

En 1998, 7 membres ont bénéficié d'une formation à « *l'arbre des causes* ».

Six représentants du personnel ont suivi, en 2003, une formation dont les modalités ont été largement et librement débattues au sein du CHSCT, y compris avec la direction.

Etablissement D: en décembre 2001, 3 représentants du personnel sur 6 ont suivi la formation obligatoire pour les membres de CHSCT. Ce type de formation, qui correspond à une obligation réglementaire, n'apparaît donc pas comme une priorité pour les représentants du personnel.

En 2003, la secrétaire nouvellement élue a suivi un stage à la CRAM spécifiquement consacré aux secrétaires de CHSCT. L'existence de ce type de formation est très rare et illustre la particularité de cette fonction.

²³² La définition du contenu de la dernière formation organisée pour le CHSCT de C est particulière par rapport aux autres établissements étudiés dans lesquels se sont les représentants syndicaux qui choisissent le formateur, le contenu étant lui prédéfini réglementairement. Ainsi, lors du CHSCT de janvier 2003, la formation des représentants du personnel au CHSCT fait l'objet d'un débat très libre. Le secrétaire indique que « *les formations sont multiples : fonctionnement CHSCT, missions CHSCT, étude et analyse AT et arbres des causes.* » Le président souhaite lui que soit « *donnée la priorité aux actions de méthodologie opérationnelle sur le terrain. En ce qui concerne l'organisation administrative, chaque syndicat peut faire l'information à ses élus.* » « *il signale que les élus doivent faire une demande auprès du secrétaire du CHSCT qui verra ensuite avec la DRH pour la mise en place.* »

La formation est mise en place en mai 2003. Le secrétaire s'occupe du recrutement des formés et la DRH du formateur. Deux autres aspects sont à noter: - la durée de la formation est limitée à 3 jours alors que la réglementation en prévoit 5 - et l'ancienne secrétaire regrette les modalités restrictives de recrutement des salariés devant participer au stage.

Sans entrer dans une analyse superficielle de la formation des membres de CHSCT, il est admis que compte tenu de la durée réglementairement fixée à cinq jours de ces formations, elles sont le plus souvent orientées vers des points de repère réglementaires plutôt procéduraux, voire quelquefois substantiels. Les acquis des salariés à l'issue de ces formations relèvent essentiellement du prescrit externe tel que l'obligation de formalisation du programme d'actions, des règles de manipulation de certains produits ... Cette formation n'est véritablement efficace que si elle est accompagnée par une information ou formation de perfectionnement.

Le prescrit externe constitue, en effet, un point d'appui pour les représentants du personnel et les personnes ressources pour justifier leurs demandes auprès de la direction. Il est utilisé de manière différente selon les centres et surtout selon les risques. Un CHSCT regrette la faiblesse de la circulation de certaines informations. Certains représentants du personnel évoquent leur incompetence et s'appuient beaucoup sur les compétences du secrétaire et du médecin du travail. Même le secrétaire du CHSCT reconnaît qu'il est préférable d'aller dans les services de soins avec le médecin du travail et que pour l'analyse des plans « *c'est hyper-technique et il faut s'y connaître* »... « *Pour l'analyse des procédures c'est pareil ; heureusement en général, elles sont travaillées avec les équipes* ».

§ 3. L'utilisation des crédits d'heures

Chaque représentant du personnel dispose de quinze heures de délégation par mois pour le CHSCT. Très rares sont les membres de CHSCT qui les utilisent en totalité²³³. Cette faiblesse de l'engagement est expliquée par les représentants du personnel par le fait que leur travail

²³³ **L'utilisation des crédits d'heures dans les quatre établissements étudiés**

Etablissement A : avant 2002, aucun membre du CHSCT n'utilisait la totalité de ses quinze heures de délégation par mois. Depuis 2002, les membres du CHSCT, aussi bien pour faciliter le travail dans le service dont ils dépendent que pour utiliser au mieux leurs heures de délégation, ont décidé de grouper celles-ci sur deux journées fixes par mois.

Etablissement B : alors que dans les autres établissements, les représentants du personnel déclarent ne pas pouvoir prendre leurs crédits d'heure faute d'être remplacés dans leur service, à B, les représentants des salariés déclarent avoir « *dépassé ce stade* ». Ils sont effectivement très actifs et, en plus de leur crédit d'heures, participent voire animent, des commissions décidées par le CHSCT.

Etablissement C : Avec B, C est le seul établissement où les représentants du personnel utilisent globalement leur crédit d'heures global, compte tenu du fait que le secrétaire bénéficie d'un mi-temps. Bien qu'en ayant la possibilité, les autres représentants ne les utilisent pas en totalité.

Etablissement D : globalement, les membres du CHSCT n'utilisent pas la totalité de leurs 15 heures de délégation par mois. Dans le bilan social, on constate une forte évolution de l'utilisation du crédit d'heures. Celle-ci est passée d'environ 100 heures en 1999, 2000 et 2001 à près de 350 heures en 2002 pour l'ensemble des représentants du personnel au CHSCT. Néanmoins, si l'on considère que chacun des 6 membres peut utiliser 15 heures par mois, cela fait plus de 1000 heures qu'ils pourraient utiliser. Il conviendra toutefois de savoir si toutes les heures prises sont déclarées, autrement dit si les chiffres du bilan social sont représentatifs de la réalité de l'activité des représentants du personnel.

doit être fait et que, soit ils le feront après leur action pour le CHSCT, soit il sera assuré par leurs collègues (« *on fait le CHSCT hors de nos heures de travail* »). Dans un seul des CHSCT (B), ils estiment qu'ils ont « *dépassé ce stade* » et prennent leurs heures de délégation. Ils en manquent même. Dans un établissement (C), le secrétaire bénéficie d'un mi-temps qu'il peut prendre, son service s'étant vu attribuer un mi-temps supplémentaire. Les autres membres de ce CHSCT ne prennent pas leurs heures en totalité.

Là aussi B et C se distinguent : le premier en étant en capacité de prendre le temps imparti à sa mission grâce à sa force revendicative et le second grâce au volontarisme de la direction.

§ 4. Le recours aux autres moyens réglementaires

Les CHSCT « managers » utilisent très peu les moyens réglementaires pour obtenir certaines connaissances ou actions. Par contre, ces procédures ont été mises en œuvre à plusieurs reprises par les CHSCT « gestionnaires ». La procédure « contentieuse » permet d'obtenir ce que la concertation n'a pas permis et traduit les lacunes des relations professionnelles. Le CHSCT n'ayant pas de budget lui permettant de financer l'intervention d'un expert prévue réglementairement, c'est l'employeur qui doit la prendre en charge. Ceci l'amène souvent à en contester l'opportunité et le choix.

Nous venons de poser le décor des CHSCT étudiés, introduisons maintenant leurs outils de gestion des résultats.

1.2) Les indicateurs : les outils de gestion des résultats des établissements étudiés

Dans ce paragraphe, nous distinguerons ce que nous appellerons les « outils de gestion de la prévention » des indicateurs de résultats. Les deux sont différents tout en étant intimement liés. Par « outils de gestion » nous entendons toutes démarches ou outils, formels ou informels permettant de structurer l'activité du CHSCT. Ainsi par exemple, un compte rendu de réunion sera considéré comme tel puisqu'il permet de suivre les actions en cours notamment l'utilisation du droit d'alerte. La mise en place de « missions » ou « commissions » du CHSCT permet également de structurer certaines actions.

De manière générale, les outils et les modes de gestion des risques conditionnent la qualité des indicateurs. Par exemple, l'absence de tableau de bord précis est l'un des révélateurs du mode d'approche de la prévention. Ce type d'indicateurs n'a en effet d'intérêt que dans le

cadre d'une stratégie globale, ce qui est peu le cas des établissements étudiés. Ils mobilisent peu de moyens pour disposer d'indicateurs très fins. La réalisation d'une étude («mission», expertise ...) a alors pour première fonction de fournir une analyse et des indicateurs sur le problème soulevé.

Les actions menées font l'objet d'un suivi (plus ou moins formalisé) des moyens mis en œuvre beaucoup plus que d'une évaluation des résultats obtenus. Les outils de gestion des actions sont donc plus développés que ceux relatifs à la gestion des résultats.

Ceci est sans doute lié à la faible formalisation d'une politique globale, d'une part, et à la difficulté d'évaluer les actions de prévention, d'autre part.

Compte tenu de la faible finesse des indicateurs disponibles²³⁴ et de la difficulté à établir une relation exclusive entre une action et un effet, il n'a pas été possible de mettre en relation un mode d'action avec ses indicateurs d'efficacité.

1.2.1) Les composantes de la stratégie de gestion des résultats :

Si l'organisation de la prévention est claire, les indicateurs d'efficacité le sont beaucoup moins. Plusieurs éléments influent sur leur qualité : la politique de prévention, le mode de traitement des données et la logique de déclaration, et enfin les relations professionnelles.

Ils peuvent comme pour certains d'entre eux être à la fois un outil de gestion des risques et des résultats.

§ 1. La politique de gestion

Elle conditionne la qualité des indicateurs. L'absence de tableau de bord précis est l'un des révélateurs du mode d'approche des risques. Ce type d'indicateurs ou d'outils de gestion n'a en effet d'intérêt que dans le cadre d'une stratégie globale, ce qui est peu le cas dans les établissements étudiés, sauf pour quelques cas comme les accidents avec expositions au sang. Ils mobilisent peu de moyens pour disposer d'indicateurs très fins.

²³⁴ A titre indicatif, on notera que pour l'ensemble des établissements de soins français, le taux de fréquence est de 22,12 et le taux de gravité de 1,21 alors que la moyenne pour les trois établissements pour lesquels nous disposons d'informations fiables est de 19,39 pour le taux de fréquence et de 0,64 pour le taux de gravité. On compte en moyenne une à deux maladies professionnelles par an et par établissement. Elles sont peu étudiées en CHSCT.

§ 2. Le mode de traitement des données

Le principal indicateur utilisé est le nombre d'accidents du travail avec une forme de quantification hétérogène ce qui complexifie la comparaison, voire la rend impossible, sauf à reconstruire les données. Le nombre d'accidents est diversement géré, certains établissements comptabilisent séparément les accidents du travail, d'autres mélangent accidents du travail et accidents de trajet.

§ 3. La logique de déclaration

Plusieurs éléments agissent sur le niveau de déclaration des accidents du travail. Les principaux sont la pression que la direction met sur les salariés pour qu'ils déclarent ou ne déclarent pas les accidents et la volonté des salariés à réaliser cette déclaration.

Concernant ce dernier aspect, les facilités données aux salariés et leur volontarisme influe sur le niveau de déclaration. Par exemple, il est notable que les médecins déclarent moins les accidents que les autres salariés. La déclaration d'un accident dépend également du caractère plus ou moins pénalisant de la blessure dans l'exercice du travail.

Les politiques de rationalisation des dépenses ont également un impact. En effet, pour les grandes entreprises comme les établissements étudiés, la sécurité sociale leur demande le remboursement du coût réel de leurs accidents du travail et maladies professionnelles. Cela les entraîne à gérer ces déclarations en triant celles qui doivent être transmises à la sécurité sociale et celles pour lesquelles les victimes peuvent faire l'objet de soins en interne, avec inscription sur le registre d'infirmerie.

Concernant la pression que peut exercer un établissement pour favoriser les déclarations, le cas des AES est intéressant à analyser.

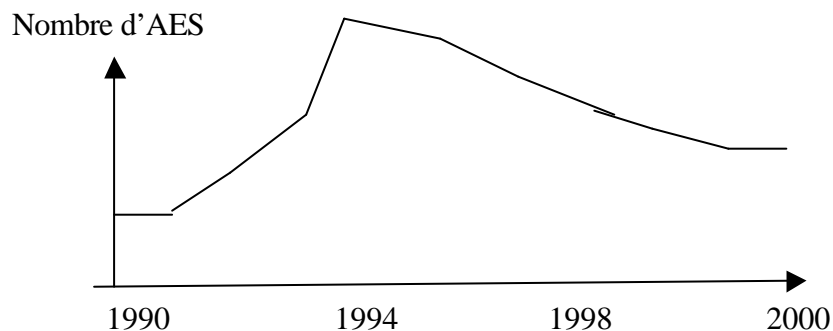
Pour les AES en effet, à l'instigation de la Direction Générale de la Santé, des politiques de prévention sont mises en place, qui nécessitent des indicateurs. L'évolution de ceux-ci est toutefois très dépendante de la stratégie de déclarations et de prévention mise en place.

L'hôpital Bichât - Claude Bernard à Paris fait figure de pionnier en France dans la prévention des AES. La figure ci-dessous illustre l'évolution du nombre des AES comptabilisés. *« La mise en place d'une politique de prévention (formation et information du personnel, implantation de matériel de sécurité, diffusion d'un protocole de conduite à tenir en cas d'accident) à partir de 1991 s'est traduite par une augmentation des AES déclarés probablement du fait d'une sensibilisation progressive du personnel à l'importance de la déclaration (137 AES en 1990, 418 en 1994), masquant un impact éventuel des mesures de prévention. Depuis 1994, le recueil est assez exhaustif (malgré une sous-déclaration nette*

chez les médecins) et l'analyse plus précise permet de suivre l'évolution des principaux mécanismes des AES. On constate une décroissance régulière du nombre total d'AES : 312 déclarés en 1998, 262 en 1999 et 252 en 2000, soit une réduction de 40% depuis 1994²³⁵. »

La courbe ci-dessous représente l'évolution classique des accidents avec exposition au sang : progression due à la sensibilisation puis diminution induite par les effets de la prévention.

Figure 5 : Courbe de l'évolution habituelle des AES



Une analyse détaillée de ces accidents permet d'émettre des hypothèses sur l'effet des stratégies de prévention mise en œuvre. S'il n'est pas possible de rattacher un effet à une cause unique, il est néanmoins possible d'établir un bon niveau de corrélation entre certaines mesures de prévention et la baisse de certains types d'AES.

Il est possible d'établir une corrélation entre une action de prévention et l'évolution d'un indicateur dès lors que l'on se donne les moyens d'une analyse très approfondie. Concernant les AES à Bichât, la prévention a été construite sur la base d'une évaluation des risques, à la fois analytique concernant l'activité réelle de travail et descriptive sur le plan quantitatif. L'approche quantitative permet d'orienter l'action vers certains actes. L'analyse du travail permet de comprendre les modalités d'exposition au risque.

1.2.2) Le principal indicateur : les accidents du travail

Le tableau ci-dessous indique quelques indicateurs en matière d'accidents du travail et d'accident avec exposition au sang dans les quatre établissements étudiés.

Ces quelques éléments montrent que les indicateurs d'efficacité sont à manipuler avec de grandes précautions. Il nous est apparu, de ce fait, préférable de renoncer à mettre en relation une action et un indicateur de son efficacité. Nous nous sommes attachés à analyser de

²³⁵ Groupe hospitalier Bichât - Claude Bernard. La lettre du CLIN. Numéro 14. Décembre 1999, et Les accidents exposant au sang (AES) à Bichât - Claude Bernard en 2000, par D. Abitboul, I. Lolom et L. Henric.

manière compréhensive et comparative les pratiques des centres en matière de prévention des risques.

Tableau 15 : Evolution de quelques indicateurs* de résultats des établissements étudiés

	Eta- blisse- ments	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Taux de fréquence	A	17,9	7,91	12,21	17,96	28,52	26,66	13,07	14,36	15,14	20,82	19,45	
	B							44,55*		52,08**			
	C		18,06	18,6	18,57	21,72	27,9	32,97	31,88	38,6			
	D					7,64	10,88	17,10	11,94	8,8*	11,5*		
Taux de gravité	A	0,5	0,28	0,62	0,84	1,19	0,81	0,43	0,42	0,44	0,87	0,98	
	B									1,39			
	C		0,895	0,425	0,77	0,70	0,65	0,86	1,18	1,21			
	D					0,13	0,75	0,42	0,31	0,08*	0,19*		
Taux de cotisation Sécurité Sociale	A	Les établissements se sont vus				1,7	1,8	1,79	2,11	2,08	1,78	1,36	1,34
	B	appliquer le même taux				1,7	1,8	1,86	1,82	2,74	2,63		
	C	jusqu'en 1998. A partir de				1,7	1,8	1,58	1,58	1,53	1,46		
	D	1999 le taux est individualisé.				1,7	1,8	1,01	1,21	1,49	1,50	1,35	1,18
AES	A	18	31	26	28	30	25	36 / 3,8 %	34 / 3,6 %	42	32	37	
	B					22	21	34 / 6,6 %	42 / 8 %	35	45		
	C				54	46	36	47 / 6,3 %	46 / 5,5 %	41	34		
	D			23	28	21	9	18 / 3,2 %	28 / 4,6 %	19	30		

* Le caractère incomplet de ce tableau est lié à la difficulté d'obtenir les indicateurs.

** Estimation

C a des taux d'accidents particuliers comparativement aux autres établissements. B est celui qui présente les taux les plus élevés. C a un taux de fréquence élevé qui pourrait refléter une politique d'incitation à la déclaration, son taux de gravité est également important, quant à son taux de cotisation, il se situe au-dessous du taux collectif de la branche et plutôt dans la partie basse parmi les quatre établissements étudiés.

Les établissements ont été gérés en taux collectif jusqu'en 1998 inclus. Ceci explique qu'ils aient le même taux de cotisations jusqu'à cette date.

Voyons maintenant quelles sont les spécificités qualitatives et quantitatives de chaque établissement.

Analyse qualitative et quantitative des accidents du travail dans chaque établissement

Etablissement A

Les années 1997 et 1998 sont particulières, compte tenu des mouvements sociaux qui ont marqué les établissements. Certains émettent l'hypothèse qu'ils pourraient être en relation avec l'évolution de certains indicateurs. Celui qui a le plus fortement évolué au cours de ces deux années est l'absentéisme, y compris pour accident de travail, qui toutefois ne représente que de 7 % à 10 % de l'absentéisme. L'absentéisme total a progressé de 21 % de 1996 à 1997, pour rester stable en 1998. Il a baissé ensuite de 23 % en 1999, pour se stabiliser ensuite, avec toutefois une légère hausse de 4 % de 1999 à 2002. Au cours de ces deux années (1997 et 1998) les taux de fréquence et de gravité des accidents de travail ont augmenté (+ 60 %) et surtout ont été divisés par deux en 1999. Ces taux se sont ensuite stabilisés pour augmenter fortement en 2002 (+ 37% pour la fréquence et + 98 % pour la gravité).

A a donc vu, en 1997 et 1998, augmenter ses coûts dits de "prévoyance". La direction a engagé une lutte contre cet absentéisme : pression sur les agents, contrôle à domicile, jour de carence, licenciements pour absences répétées et injustifiées Ce type de démarche, accompagné socialement, n'est apparemment pas contesté par les organisations syndicales, qui souhaitent être des « *partenaires pour la maîtrise des absences* ».

On notera que 1997 et 1998 constituent deux années particulières, avec une forte augmentation des taux de fréquence et de gravité par rapport à 1996. En 1999, ces taux sont toutefois divisés par deux.

Pour expliquer l'évolution des chiffres de A, la première hypothèse (soutenue par plusieurs personnes) pour expliquer la hausse des accidents en 1997 et 1998, est que ce sont les mouvements sociaux qui ont accompagné la renégociation de la convention collective. 1999 et 2000 ont vu une forte baisse, y compris en matière d'absentéisme. Ces deux indicateurs sont ensuite partis simultanément à la hausse. Les hypothèses explicatives qui peuvent être avancées sont d'une part l'apaisement social lié à l'arrivée de la RTT, avec un renforcement du contrôle de l'absentéisme, et ensuite les effets cumulés d'une intensification du travail et d'un relâchement du contrôle des absences.

Le parallélisme de l'évolution de la fréquence et de la gravité conforte l'hypothèse du rôle du contrôle des arrêts qui en limite tant le nombre, donc la fréquence, que la durée, donc la gravité.

L'analyse comparative par rapport aux autres établissements est complexe compte tenu des écarts très importants. L'hypothèse d'un lien avec la qualité de la prévention n'est pas à exclure mais possède une pertinence limitée. L'hypothèse la plus crédible est le lien avec une stratégie d'incitation à la déclaration des accidents comme pour l'établissement C ou un processus de contrôle des déclarations (D). L'établissement A serait lui dans une logique de prévention associée à un suivi des déclarations.

Au-delà des quatre établissements étudiés, A possède des taux d'accidents en dessous de la moyenne pour ce type d'entreprise.

Etablissement B

Concernant les accidents du travail, selon les données partielles en notre possession, B est l'établissement pour lequel les différents taux sont les plus élevés, qu'il s'agisse de la fréquence, de la gravité ou de la cotisation à la sécurité sociale. Nous ne pouvons toutefois en déduire que la prévention y est plus mauvaise qu'ailleurs. On peut par contre noter d'une part une incitation syndicale à la déclaration et l'absence de démarche au niveau de la direction pour freiner celle-ci. Cette logique de déclaration peut expliquer pour partie ces résultats mais l'absence de politique structurée et ancienne concernant les deux aspects les plus accidentogènes que sont les AES et la manutention l'expliquent sans doute aussi.

Etablissement C

En 2000, le CHSCT prend conscience du taux élevé d'accidents du travail d'une part après avoir été alerté par la CRAM et d'autre part en ayant constaté que certains accidents provoquent un absentéisme important. La gestion administrative et financière des résultats par la CRAM peut donc constituer un outil de gestion favorisant l'alerte.

Selon la CRAM, le taux collectif de cotisation de la branche professionnelle à laquelle appartient C est de 1,8 % alors que le taux propre de C en 2001 est de 1,46 %. Cette différence lui permet de réaliser une économie d'environ 85 000 euros. Le DGA précise que l'approche financière n'a jamais été l'objectif premier de C. *« Il précise que le taux de cotisation n'a même pas été dans les esprits car cela aurait pu « polluer » les actions. Les AES, qui pourtant n'engendrent pas d'arrêt de travail, sont un risque suffisamment important pour que quelque chose soit fait. Il est inacceptable que des soignants soient mis dans des situations à risques. » « C'est une vraie préoccupation que de ne pas exposer les collaborateurs à des accidents de travail. »*

Le représentant de la CRAM précise que *« c'est tout à l'honneur de C »* car *« ce n'est malheureusement pas la préoccupation de toutes les entreprises. »*

C a un taux de fréquence élevé qui pourrait refléter une politique d'incitation à la déclaration, son taux de gravité est également important ; par contre son taux de cotisation se situe au-dessous du taux collectif de la branche et dans la partie basse parmi les quatre établissements étudiés.

Certaines personnes expliquent l'augmentation des taux en 1998, 1999 et 2000 par les évolutions statutaires : *« quand ça va mal, les gens déclarent plus d'accidents. »*

Concernant les AES, C a longtemps présenté l'un des plus forts taux, avec B. Nous y voyons plusieurs hypothèses explicatives. Le fait que B et C favorisent la déclaration des accidents, sans aucun système de contrôle, et surtout que C n'ait engagé sa démarche que depuis quelques années. On sait qu'en phase initiale, ce type de démarche produit une augmentation du nombre d'AES déclarés. La politique de prévention des AES, mise en place à partir de 2000, a permis à C de revenir au meilleur niveau, celui de A (qui lui, fort de ses succès précédents, avait relâché ses efforts) à partir de 2001, récompensant ainsi les efforts engagés.

En janvier 2002, C est conscient que la sensibilisation provoque une augmentation des déclarations. Le président du CHSCT pense qu'un effort est à faire au niveau des médecins : *« le nombre de déclarations d'AT des médecins augmentera pendant la période de sensibilisation, et lorsqu'il descendra, cela voudra dire que la partie est gagnée. »*

Etablissement D

Le nombre d'accidents du travail constitue un indicateur peu utilisé. On note une augmentation de 1997 à 1999 du taux de fréquence, puis une baisse en 2000. Les chiffres stagnent ensuite à ce niveau, très bas, en 2001 et 2002. La gravité, elle, décroît plus particulièrement en 2001. Sur la base des données en notre possession, il apparaît que D est l'établissement qui compte le plus faible taux d'accidents du travail. La qualité de la prévention sur le lieu de travail peut-elle l'expliquer ? ou la stratégie de gestion de certains indicateurs. Par exemple, la direction demande aux cadres de procéder à une enquête à la suite de chaque accident de travail déclaré. Ce type de démarche contribue à limiter le nombre de

déclarations. De plus, D a confié à une société spécialisée²³⁶ la charge d'essayer de réduire le taux de cotisation accident du travail auprès de la CRAM. Néanmoins, nous ne sommes pas en capacité d'indiquer si cette pratique a une incidence sur la déclaration des accidents du travail.

Par ailleurs, plusieurs personnes évoquent la sous-déclaration des AES.

1.2.3) Les autres indicateurs utilisés :

§ 1. Les maladies professionnelles

L'approche des maladies professionnelles est similaire dans les quatre établissements. Elles y sont peu nombreuses, en moyenne une à deux par an. Elles apparaissent dans le bilan de l'hygiène, de la sécurité et des conditions de travail et dans celui du médecin du travail mais sont très peu, voire pas du tout étudiées en CHSCT. Ceci est surprenant puisqu'elles sont représentatives des problèmes rencontrés²³⁷. Pour expliquer cela, nous formulons l'hypothèse que la maladie est liée, comme l'accident à des dimensions techniques, humaines et organisationnelles, mais qu'elle est davantage personnalisée que l'accident (appréhendé statistiquement) et peut être très grave. La direction, comme les représentants du personnel n'a pas intérêt à explorer des problèmes qui pourraient mettre en cause la responsabilité de la direction ou du salarié. Leur traitement est donc « discrétionnaire » et généralement pris en charge par le médecin du travail qui dispose pour cela à la fois de l'expertise et de l'obligation de préserver le « secret médical ».

§ 2. La dosimétrie radiologique

La dosimétrie radiologique est très peu présentée et débattue en CHSCT. Nous évoquerons les deux formes d'indicateurs possibles. Le plus simple, le moins cher et le plus ancien réglementairement est le « dosifilm ». Celui qui se met en place actuellement, sur la base

²³⁶ Dans le numéro 6 / 2003 de son journal à l'attention de ses adhérents, cette société (Y) explique ainsi sa démarche : « Chaque année, Y étudie les dossiers, imputés « compte-employeur » et qui auront un fort impact sur le calcul du prochain taux AT notifié à l'entreprise. Après audit des pièces (aspects juridiques et médicaux du dossier) et accord de l'employeur sur ses préconisations d'actions, Y mandate des experts - avocats et médecins, pour représenter et défendre les intérêts de son client devant les instances et juridictions compétentes. »

²³⁷ Elles correspondent aux risques classiques dans ce type d'entreprise : - affection chronique du rachis lombaire provoquée par la manutention de charges lourdes avec sciatique par hernie discale - affection péri-articulaire provoquée par certains gestes et postures de travail - hépatites - allergie au latex - eczéma allergique - problème cardiaque - asthme - un établissement nous a signalé un problème de leucoses peut-être lié au formol.

d'une obligation réglementaire récente, est le « dosimètre opérationnel²³⁸ ».

Les résultats des dosifilms sont diversement présentés au CHSCT, par la personne compétente en radioprotection (A et B), par le médecin du travail (C) ou par le secrétaire du CHSCT (D). On peut expliquer cette diversité par l'approche experte de la radioprotection et par la confiance réelle ou contrainte que les représentants du personnel lui accordent, mais aussi par l'absence des personnes ressources au CHSCT (C et D).

La dosimétrie opérationnelle a été mise en place depuis longtemps dans l'industrie nucléaire qui, pour les sites les plus avancés, en a fait un véritable outil de prévention. Dans les établissements de soins, elle apparaît encore davantage comme une contrainte. Certaines directions expliquent la lenteur de sa mise en place par l'évolution des structures en charge du problème et par le retard pris dans la publication des textes réglementaires.

§ 3. L'absentéisme

L'absentéisme est un indicateur de plus en plus suivi car il constitue un indicateur qui peut mettre en évidence les effets des conditions de travail en général et de l'intensification du travail en particulier. Il semble en effet que, compte tenu de l'intensification du travail et du vieillissement des salariés, cela contribue à augmenter l'absentéisme pour arrêt maladie.

1.2.4) Analyse comparative des outils de gestion des résultats

Nous avons montré que les outils de gestion des résultats sont davantage le reflet de leur mode propre de gestion que de l'efficacité des actions menées. Les indicateurs quantitatifs sont très liés à la stratégie de gestion des risques, mais aussi de déclaration (incitation ou restriction). Ils sont donc peu utilisés comme outils de gestion des risques, sauf pour ceux qui font l'objet d'une action organisée. Ils font alors l'objet d'études analytiques pour pouvoir fournir des éléments plus qualitatifs.

Certaines stratégies de gestion des risques (AES, fiches de signalement d'incidents ...) induisent systématiquement, en phase initiale, une détérioration des indicateurs de résultats.

²³⁸ La principale différence entre le dosifilm et le dosimètre est que le premier est analysé mensuellement. Son résultat représente donc la globalité de l'exposition sur cette période, sans qu'il soit possible de distinguer une exposition spécifique. En cas d'exposition, il est donc difficile de mettre celle-ci en relation avec une activité particulière. Le dosimètre présente l'avantage de pouvoir connaître le résultat à tout instant. Il permet donc une analyse beaucoup plus fine des expositions et leur mise en relation avec les tâches réalisées. Sa mise en œuvre est plus lourde, ainsi que son coût, mais aussi plus efficace.

Globalement, la qualité des indicateurs de résultats est faible et il nous a été difficile de les reconstituer. Les chiffres indiqués peuvent être différents selon les documents de référence (bilan social, bilan CHSCT, rapport de la médecine du travail ...).

Etant intimement liés à la stratégie d'action et de déclaration, ils n'existent et sont exploitables et exploités que s'ils servent la stratégie du CHSCT comme cela peut être le cas pour les AES, l'absentéisme

En résumé, les établissements ont une faible culture de l'évaluation des résultats sauf pour les actions organisées dont on notera l'intérêt en matière d'apprentissage. Ils sont beaucoup plus dans une logique de moyens mis en œuvre et donc de suivi de ceux-ci.

Chapitre 2) Les outils de construction et de gestion des risques dans les établissements étudiés

2.1) Les réunions des CHSCT : approche quantitative et qualitative

2.1.1) L'organisation des réunions

2.1.2) L'ordre du jour des réunions

2.1.3) Approche qualitative des CHSCT : les méthodes de travail et les points traités

2.2) Les outils d'analyse rétrospective : la faiblesse de l'approche a posteriori

2.2.1) Les accidents du travail et les maladies professionnelles

2.1.2) Les fiches de signalement d'incidents

2.3) Les outils d'analyse prospective : la construction des problèmes particuliers ou généraux : outils et méthodes

2.3.1) Les visites

2.3.2) Les études à l'initiative de la direction

2.3.3) Les études à l'initiative des représentants du personnel : alerte, expertise, commission ...

2.3.4) Les études décidées conjointement

2.3.5) Les rapports des organismes de contrôle

2.4) La démarche d'évaluation des risques : initiation et résultats dans les quatre établissements - entre « jourdainisme » et réglementarisme

2.4.1) La démarche d'évaluation des risques : état des lieux

2.4.2) L'initiation de la formalisation de l'évaluation des risques dans un « document unique »

2.4.3) La mise en œuvre de cette formalisation

2.5) Les outils de programmation des actions

2.5.1) Bilan et programme d'actions du CHSCT : une logique de programmation variable

2.5.2) Les outils de gestion du médecin du travail

2.5.3) Les outils d'intervention sur la technique : la rénovation des locaux et / ou réorganisation du travail

2.4.4) Les outils d'intervention sur la dimension humaine : la formation des salariés

Chapitre 2) Les outils de construction et de gestion des risques dans les établissements étudiés

Les outils de gestion des risques sont difficilement dissociables des spécificités du contexte et des risques eux-mêmes. Il nous paraît néanmoins utile de les décrire pour en présenter la typologie en quatre grandes familles : - les réunions du CHSCT qui constituent à la fois un lieu de régulation mais aussi, notamment par ses comptes rendus, un outil de gestion - les outils rétrospectifs qui fournissent des informations sur les incidents, les accidents, les maladies professionnelles, l'absentéisme, la perception des salariés sur leurs problèmes ... - les outils d'analyse prospective contribuant à la construction des problèmes - et enfin les outils de programmation, beaucoup plus prospectifs, mais construits sur la base des informations fournies par les deux familles précédentes.

Pour notre recherche, l'intérêt méthodologique de ce chapitre est d'appréhender notre objet par ses outils de construction dont certains sont des outils de gestion.

2.1.) Les réunions des CHSCT : approche quantitative et qualitative

2.1.1) L'organisation des réunions

Le minimum réglementaire de quatre réunions par an est respecté dans tous les cas. Les deux « managers » (A et C) ont, depuis quelques années, un rythme moyen annuel de six réunions ordinaires du CHSCT, alors que pour les « gestionnaires » (B et D) il se situe à environ quatre. Néanmoins, comme pour d'autres aspects du fonctionnement du CHSCT, si le nombre de réunions²³⁹ a été fixé « conjointement » à six pour les premiers, dans les seconds, les représentants du personnel, en application du code du travail, ont réussi à imposer des réunions extraordinaires ou des commissions de travail, voire même des expertises externes. Le nombre de réunions du CHSCT n'est donc qu'un indicateur formel qui ne prend pas en compte le travail formel et informel réalisé dans un autre cadre. Globalement, les « volumes »

²³⁹ Quantitativement le nombre de réunions du CHSCT de D est limité au minimum réglementaire de quatre réunions par an. La direction a refusé au précédent CHSCT de passer à un rythme de six réunions par an. Celui-ci a toutefois provoqué deux réunions exceptionnelles dans le cadre de procédures de « danger grave et imminent ». Il a également « voté des missions » qui l'ont amené à traiter de certains problèmes en dehors des réunions ordinaires. On peut voir une forme d'évolution dans le fait que, depuis le début de l'année 2003, des « commissions intermédiaires » ont été instituées pour traiter certains aspects entre les réunions plénières du CHSCT. Ainsi, si le nombre de réunions a bien été limité à quatre en 1999, il a été porté à cinq en 2000 et 2001, puis à sept en 2002. Pour 2003, compte tenu de la mise en place de groupes de travail, ce nombre a encore augmenté tout en étant difficile à chiffrer. On peut toutefois estimer qu'il a doublé en cinq ans.

de réunions des quatre établissements apparaissent relativement proches mais la qualité de celles-ci diffèrent.

2.1.2) L'ordre du jour des réunions

Le nombre de réunions des CHSCT est souvent le reflet de leur activité et donc de l'intérêt que leurs acteurs portent à l'institution. Le nombre de points inscrits à l'ordre du jour varie de une huitaine à une cinquantaine. Cette grande variabilité traduit des dynamiques d'actions et de formalisation très différentes. La durée des réunions est une autre variable. Pour les « managers », des réunions plus fréquentes et moins difficiles permettent d'en réduire la durée alors que pour les « gestionnaires » les réunions moins nombreuses et plus conflictuelles sont inévitablement plus longues et apparaissent alors comme fastidieuses à certains participants.

L'ordre du jour est fixé conformément au texte. Le secrétaire, de manière plus ou moins concertée avec les autres représentants du personnel, fait une proposition à la direction. Celle-ci le valide systématiquement, éventuellement et rarement en rajoutant une question qu'elle souhaite voir traiter.

Le nombre de points inscrits à l'ordre du jour illustre également le mode de fonctionnement des CHSCT. Il convient de distinguer les « points inscrits à l'ordre du jour », qui concernent généralement une approche plus large et approfondie d'un problème, des « questions diverses » qui abordent et traitent plutôt un cas particulier. Les deux « managers » ont un nombre de point à l'ordre du jour proche (7,5 et 9,6). C y traite toutefois davantage de « questions diverses », ce qui selon nous peut s'expliquer par une capacité plus limitée à régler ce type de problèmes particuliers entre deux réunions. Les deux « gestionnaires » divergent sur ce point. Les représentants du personnel de B ont une forte capacité à faire émerger les problèmes, ce qui les conduit à inscrire en moyenne 21 points à l'ordre du jour. Ceux de D n'ont pas cette aptitude (9 points en moyenne).

2.1.3) Approche qualitative des CHSCT : les méthodes de travail et les points traités

Sur le plan qualitatif, le fonctionnement du CHSCT des « managers » ne pose pas de problèmes majeurs. Il est donc rarement évoqué, si ce n'est pour définir des dates de réunions, méthodes de travail, ...

Le fonctionnement des CHSCT « gestionnaires » est plus complexe. Les réunions, moins nombreuses, sont plus longues et difficiles. La direction est plutôt dans une logique de rétention d'information et les représentants du personnel dans le formalisme.

Le premier point traité en CHSCT concerne, classiquement, l'approbation du compte rendu de la réunion précédente. Ayant été préalablement validé par le président et par le secrétaire, il est généralement adopté en l'état ou à quelques détails de forme près, sans difficulté.

Les aspects qualitatifs et quantitatifs relatifs aux questions traitées en CHSCT sont développés en annexe 4. Nous les approfondirons ultérieurement. Aussi, nous ne les évoquerons ici que pour les contextualiser.

L'aspect le plus fréquemment traité concerne ce que nous appellerons « les risques particuliers liés à l'environnement de travail ». Viennent ensuite, depuis quelques années seulement de manière aussi importante, les problèmes liés à la charge mentale et aux conditions de travail.

Arrivent ensuite des risques tels que la radioactivité, l'incendie, les AES, la manutention, les risques chimiques et cancérigènes, les autres risques : les agents biologiques, les entreprises extérieures, le travail sur écran ... D'autres thèmes viennent après, à un niveau moindre²⁴⁰.

2.2) Les outils d'analyse rétrospective : la faiblesse de l'approche a posteriori

L'analyse rétrospective repose sur deux types de problèmes (les accidents du travail et les maladies professionnelles) et sur le signalement des incidents.

2.2.1) Les accidents du travail et les maladies professionnelles

L'approche des risques a posteriori, c'est-à-dire après accident du travail ou maladie professionnelle est peu mobilisée. Les « managers » comme les « gestionnaires » sont au même niveau. Il est assez surprenant que deux établissements (B²⁴¹ et C) n'aient

²⁴⁰ Par ordre décroissant on peut identifier : - les études de postes de travail et de matériel - les fiches de suivi d'incidents dans les deux établissements qui essaient de les exploiter en matière de risques professionnels (B et C) - l'étude de rapport d'organisme de contrôle et de courriers de l'inspecteur du travail (surtout à B qui est l'un des rares établissements auquel l'inspecteur du travail adresse par écrit ses demandes, ses courriers y sont systématiquement analysés) - l'élaboration et le suivi des demandes de contrats locaux d'amélioration des conditions de travail - la formation des membres du CHSCT - l'étude de documents et consignes internes - l'accréditation - qualité, le bilan social ou un diagnostic social - les problèmes de reclassement du personnel - des enquêtes d'opinions auprès des patients ou des salariés - des entretiens d'évaluation (A).

²⁴¹ Il faudra une intervention formelle de l'inspecteur du travail de B, en novembre 2002, pour que la direction respecte cette obligation élémentaire.

communication des déclarations que depuis récemment, en infraction avec la réglementation. Les directions arguaient une préoccupation de confidentialité par rapport à la victime. Les deux autres établissements en font surtout une analyse statistique, plus que clinique. Les maladies professionnelles sont très rarement évoquées. La faiblesse de cette approche a posteriori peut avoir plusieurs origines : - le manque de formation pour l'appréhender - le fait que l'analyse d'un accident ou d'une maladie puisse mettre en cause l'organisation du travail ou la faute d'un salarié - concernant les maladies professionnelles, l'analyse est renvoyée à un expert, le médecin du travail.

Pour l'ensemble des établissements, c'est très rarement l'indicateur qui alerte mais plutôt la construction d'une politique qui amène à suivre attentivement un indicateur. C constitue une exception. Il a en effet été alerté, en mai 2000, par la CRAM qui lui a fait part d'un « *clignotant d'aggravation compte tenu de ses résultats enregistrés sur l'année 1999* ». Le CHSCT décidera alors de mettre en place une commission accidents de travail, notamment sur la motivation de l'importance des jours d'arrêt liés à des manipulations de malades. Ce groupe de travail identifiera quatre priorités et prévoira des actions : - AES (formation, sensibilisation, analyse) - manutention (formation) - chutes, surtout sur sol mouillé après lavage (formation, protocole de lavage et achat de balise pour signaler les zones en cours de nettoyage) - brûlures (formation et action sur le matériel).

Cela montre qu'un outil de gestion²⁴² des résultats peut initier des outils de gestion des risques, ce qui n'est ni systématique, ni fréquent, ni toujours souhaitable. La gestion des résultats peut en effet être source de « pollution » dans la gestion des risques quand elle prend le pas sur la mise en œuvre des solutions.

2.1.2) Les fiches de signalement d'incidents

Dans le cadre de la démarche d'accréditation qualité, il est demandé aux établissements de mettre en place des fiches de signalement d'incidents. Leur objectif est classique en matière de qualité : pour améliorer la performance en la matière, il faut connaître les dysfonctionnements. Pour cela des fiches de signalement sont mises en place.

Deux établissements ne les utilisent pas en CHSCT (A et D), soit parce qu'elles ne sont pas encore mises en place, soit parce que l'établissement n'y voit pas d'intérêt.

²⁴² Il faut toutefois noter que cet outil de gestion n'est pas un outil de l'établissement mais d'un acteur public externe (CRAM). Au sein de A c'est toutefois l'évolution de l'indicateur interne relatif aux AES qui a motivé la réactivation de la gestion de ce risque. Ceci confirme le lien entre indicateurs et politiques d'actions.

Au sein de B, elles ne sont pas suffisamment exploitées pour constituer un véritable outil de travail et de gestion. Le bilan pour l'année 2000 indique que 600 fiches ont été enregistrées et que 1 % traitaient des « risques corporels ».

L'établissement C est celui qui s'investit le plus dans cette logique. Ce n'est pas surprenant puisque c'est celui qui s'est engagé le plus tôt dans la démarche qualité et pour lequel ce type d'outil correspond le mieux à sa stratégie générale en matière de qualité mais aussi de management. Elles font ressortir deux types d'actions : correctives et préventives, selon l'origine du problème.

Trois aspects méritent d'être évoqués. La déclaration des incidents ne peut fonctionner que si les salariés ont la certitude qu'ils ne risquent pas de sanctions, cela requiert donc une relation de confiance dans la direction²⁴³ ou dans les organisations syndicales, comme à C et à B qui sont les deux établissements qui utilisent le plus cet outil.

Le deuxième aspect est lié au fait que si cet outil constitue un bon outil de management, il touche assez peu à la gestion des risques professionnels²⁴⁴. Un représentant du personnel s'interroge sur la finalité en matière d'amélioration des conditions de travail, le président répond que les actions engagées sont pour l'essentiel à « *destination des patients* ».

Le troisième aspect est lié au fait que ce sont surtout les médecins et les infirmières qui déclarent²⁴⁵ des incidents.

Même si la direction était très mobilisée sur cette question, et que cette démarche correspondait bien à ses souhaits, il faut évoquer le rôle de l'assureur « *qui nous a proposé de passer une convention avec lui pour qu'on mette en place cet outil et que derrière on voit notre prime d'assurance réduite, et c'est ce qui se passe. On a eu la réduction de notre prime du fait qu'on avait mis en place la fiche incident et qu'on gérait nos fiches facilement.* »

²⁴³ Bien qu'elles soient anonymes, le secrétaire indiquera en CHSCT de C que « *des pressions sont exercées sur les personnes qui déclarent les incidents.* » En mars 2001, le bilan de l'année 2000 est tiré et il est convenu de resensibiliser l'encadrement sur la nécessité d'établir ces fiches. La secrétaire ajoute « *qu'il faut que les personnes désirant faire une déclaration ne soit pas stoppées dans leur démarche.* »

²⁴⁴ Concernant le bilan 2000 de C, sur près de 500 fiches renseignées, 7 % ont été transmises au CHSCT, 12 % au médecin du travail et 24 % au responsable de la sécurité. Le fait que le médecin du travail soit destinataire de plus de fiches que le CHSCT montre que tous les problèmes ne passent pas par ce dernier et que culturellement l'établissement préfère traiter de certains problèmes directement avec les techniciens compétents. 13 fiches concernaient des problèmes de SST (3 absences de balisage, 1 blessure avec élément sous pression, 2 chocs avec objet, 1 contact avec liquide dangereux, 4 coupures non AES, 1 émanation de produit irritant, 1 risque électrique.

²⁴⁵ Selon un représentant du personnel : « *les analyses montrent un faible taux d'AS et d'ASH qui déclarent des incidents.* » Ce représentant « *signale que ce personnel a peut être peur des répercussions qu'il pourrait y avoir et n'ose pas forcément faire une fiche incident.* »

Le président indique que « *à travers le suivi du projet d'établissement et le fonctionnement de la cellule qualité, il a été possible de mettre en place un grand nombre d'indicateurs. Il faut maintenant arriver à les recueillir et à les synthétiser afin d'avoir un vrai outil de monitoring à diffuser.* »

Il faut toutefois resituer cette fiche dans son contexte. Ainsi, dans certains cas, il est fait obligation de remplir la fiche pour que le problème soit pris en compte. Dans d'autres cas, un dysfonctionnement peut entraîner soit une réticence, soit un intérêt à la déclaration. Notons que globalement ces fiches concernent très peu les risques professionnels.

L'intérêt majeur de ce système est de faire émerger les problèmes pour mieux les gérer car « *on ne gère que ce que l'on connaît* ».

2.3) Les outils d'analyse prospective : la construction des problèmes particuliers ou généraux - outils et méthodes

2.3.1) Les visites

Les visites du CHSCT qui devraient être un mode privilégié d'identification des risques sont diversement pratiquées. Un établissement en fait très peu tandis qu'un autre en a une pratique méthodique. On peut distinguer trois types de visites : Les visites programmées de manière relativement systématique qui sont très rarement des inspections ou des analyses de la réalité mais correspondent plutôt à des rencontres d'écoute et de dialogue. Elles permettent d'avoir un échange avec les salariés, même si celui-ci est réduit du fait de leur manque de disponibilité. Les visites beaucoup plus ponctuelles qui viennent en réponse à des problèmes soulevés, pour les analyser et/ou les valider. Les visites qui concernent l'aménagement ou le réaménagement des locaux avant leur remise en service.

L'organisation de visites par les quatre CHSCT

Etablissement A

Elles constituent un mode d'approche des risques de plus en plus privilégié et font l'objet d'une organisation structurée. Elles figurent à 80 % des ordres du jour, en abordant la programmation et surtout les comptes rendus des visites des services. Elles ont évolué quantitativement et qualitativement depuis le changement de majorité syndicale et surtout de secrétaire. Au cours de notre entretien la précédente secrétaire a considéré que pour elle, compte tenu de son activité de cadre infirmier qui l'amenait à être très présente dans les services, les visites du CHSCT lui servaient davantage à valider les problèmes recueillis par ailleurs. Les visites étaient donc plus courtes. La nouvelle secrétaire, technicienne de laboratoire, connaît moins bien les problèmes des services soignants et son activité ainsi que son statut hiérarchique ne l'amènent pas à circuler autant dans l'institut. Pour elle, les visites du CHSCT sont donc le moment privilégié de recueil de l'avis du personnel et d'analyse des problèmes. Les visites sont donc plus longues et plus basées sur l'écoute des salariés. Bien que le CHSCT ait été vigilant dans le choix des horaires de visites, le personnel d'encadrement était le plus à même de se rendre disponible et était donc l'interlocuteur privilégié. Pour combler cette lacune et renforcer la qualité du dialogue avec le personnel, le CHSCT organise maintenant des rendez-vous avec le personnel dans les services. Celui-ci est présent en plus grand nombre et « *les échanges se font dans une atmosphère plus agréable.* »

Etablissement B

Les visites et autres formes de contact avec les salariés sont des modes d'intervention privilégiés des représentants du personnel. Ces visites peuvent être formelles, c'est-à-dire organisées par le CHSCT et avec compte rendu en son sein, ou, pour la majorité, informelles dans le cadre d'un contact direct les salariés.

Le fonctionnement des commissions peut donner lieu à visites (commission planning), de même que la mise à disposition de documents donne lieu à consultation de ceux-ci en dehors des réunions.

Etablissement C

Des visites sont organisées régulièrement, sans toutefois faire l'objet d'une programmation systématique. Les visites sont en effet, plutôt initiées par les problèmes soulevés ou le réaménagement de locaux. Il faut en distinguer deux types : les visites très formelles qui sont peu nombreuses, comparativement aux autres établissements (environ quatre par an) et les visites informelles beaucoup plus fréquentes qui permettent un contact direct avec les salariés, pour des visites générales ou particulières. Les visites formelles présentent l'avantage d'associer tous les membres du CHSCT qui peuvent s'y joindre mais « *lorsqu'il y a la direction, ce qui est souvent le cas, la parole est moins libre* ». Inversement les visites informelles ne permettent pas d'engager un travail avec la direction. Tout l'art du secrétaire est donc de bien adapter le mode de visite à la situation à traiter.

Etablissement D

Au début de la période analysée, l'organisation de visites n'apparaissait pas comme un moyen privilégié d'analyse des risques. Depuis 2003, une volonté de systématiser l'organisation de visites plus nombreuses et méthodiques est mise en œuvre.

Un représentant du personnel explique que « *les réseaux sont plus efficaces que les visites, la visite permet de discuter sur place avec la direction concrètement du problème que le réseau fait remonter.* » La remontée des problèmes se fait par le personnel plus qu'ils ne sont détectés au cours des rares visites.

2.3.2) Les études à l'initiative de la direction

Ce sont essentiellement les établissements « managers » qui prennent l'initiative de certaines études. Nous en évoquerons trois.

La première a été réalisée par A. Elle est représentative de la façon dont cet établissement s'est approprié la démarche d'évaluation des risques, en l'intégrant dans les entretiens annuels d'évaluation. Ainsi pour l'évaluation des salariés, pour l'année 2001 et le début de l'année 2002, la direction a intégré dans les entretiens d'évaluation²⁴⁶ un item relatif aux problèmes du personnel en matière de conditions de travail. Cet outil permet de recenser les problèmes

²⁴⁶ C'était la première fois que la dimension conditions de travail était intégrée dans le cadre des entretiens d'évaluation. Cette initiative de la direction s'inscrit dans une volonté non seulement d'identifier les problèmes à traiter en la matière mais aussi d'impliquer les cadres sur cette question. Sur environ 1000 salariés, cet item a été renseigné 238 fois. Il semble que certains cadres n'aient pas encore intégré cette dimension et que le directeur ait pris du retard pour l'évaluation des médecins. Au cours de la réunion du CHSCT du 16 septembre 2002, la direction a indiqué que deux tiers des demandes exprimées avaient été traitées.

exprimés par le personnel et de les faire remonter par la hiérarchie, en l’impliquant ainsi dans la démarche de gestion des risques.

Tableau 16 : Etablissement A - Problèmes de conditions de travail exprimés par les salariés lors des entretiens d’évaluation

Objet de la demande d’amélioration des conditions de travail		Nombre	%	Nombre	%
Technique	Locaux de travail (espace, température ...), vestiaires	68	26	127	49
	Outillage et matériel	37	14		
	Informatique	22	8		
Personnel	Problèmes d’effectif	33	12	45	17
	Développement des connaissances, charge mentale, aménagement de poste, considération, suivi médical, ...	12	4,5		
Organisation	Aménagement des horaires, planning	12	4,5	51	19
	Répartition des tâches, organisation de la coopération et de la communication	39	15		
Environnement	Communication et relation interne	29	11	40	15
	Communication et relation externe	7	3		
	Autre : sécurité pour les gardes du week-end ...	4	2		
TOTAL*		263	100	263	100

* Le nombre total d’items classés (263) est supérieur au nombre d’items formulés par le personnel (238) compte tenu du fait que certains d’entre eux ont été classés sous deux items. Par exemple la demande de « meilleure organisation et plus de consultation entre les secrétaires » a été classée dans « répartition des tâches et organisation de la coopération » et dans « communication et relation interne ».

Si l’on analyse le tableau ci-dessus sur les quatre items principaux : aspect technique, personnel, organisationnel ou environnemental, on constate que les aspects techniques occupent la moitié des demandes et que les trois autres aspects se partagent à niveau équivalent les autres demandes. Par contre, en rentrant dans le détail, les préoccupations principales sont les locaux (26 %), la répartition des tâches et la coopération (15 %), le matériel (14 %), les effectifs (12 %) et enfin la communication et les relations internes (11%).

La deuxième étude a également été réalisée par A qui a effectué une enquête²⁴⁷ d’opinion interne auprès du personnel en 2002. 84 % des répondants pensent que l’établissement prend des mesures totalement ou suffisamment adaptées pour limiter les risques d’accident et de maladie, et donc 16 % qu’il ne les prend pas. Ces derniers expliquent leur position par des problèmes d’effectif ou de surcharge de travail, de manque d’information sur la contamination des patients, de matériels. 77 % des salariés ont ainsi des conditions de travail qui leur

²⁴⁷ Une société extérieure a ainsi adressé 1000 questionnaires et en a recueilli et traité 297.

conviennent. 12,5 % des salariés trouvent que leurs conditions de travail s'améliorent, tandis que pour 44 % elles ne changent pas, et pour 43,5 % elles se dégradent. La planification des congés est difficile voire très difficile pour la moitié des salariés.

Le travail plaît néanmoins à 94 % des salariés et les résultats de cette enquête confirment l'idée généralement exprimée lors de nos entretiens qui est que la demande sociale est faible en matière de risques professionnels, qui néanmoins sont exprimés sous d'autres formes.

Les dysfonctionnements sur lesquels il convient d'agir en priorité, selon cette étude, sont le manque de personnel (36 %), les problèmes de communication (13 %), la mauvaise organisation (9 %), les plannings (9 %), le matériel (5 %).

Les trois modes de recueil²⁴⁸ de l'information sur les priorités des salariés sont convergents, à l'exception des problèmes techniques qui ressortent beaucoup plus dans l'entretien d'évaluation. Cela est peut être dû au fait que se sont les plus faciles à exprimer à la hiérarchie. Les questions d'effectifs et d'organisation sont très présentes, beaucoup plus qu'elles ne sont traitées au CHSCT.

Lors du CHSCT de février 2003, le secrétaire du CHSCT conclura : « *Nos visites d'établissement révèlent un malaise plus important. Par ailleurs, le risque des dorso-lombalgies n'a pas été signalé ni en cuisine, ni en imagerie médicale alors que de tels accidents du travail ont été enregistrés.* »

La troisième étude a été réalisée par B en 2001 un diagnostic social, qui s'inscrivait dans le projet social de l'établissement et a fait ressortir « *six éléments majeurs cités par les groupes métiers. - 1) le manque de personnel - 2) les 32 heures : une satisfaction pour les personnels (globalement 80 % des salariés sont satisfaits) mais des effets négatifs ; des transmissions internes mal assurées, des difficultés à se réunir en équipe, la gestion du temps difficile à assurer, le sentiment de travailler en fonction des horaires et non des tâches à effectuer, la mémoire de l'entreprise est partie (par les salariés les plus anciens qui n'ont pas voulu signer l'avenant) - 3) un manque d'écoute et d'attention portée au personnel - 4) des problèmes organisationnels importants qui perturbent le fonctionnement des services et impactent directement le climat social - 5) peu de revendications sur le niveau de rémunération mais sur la politique salariale (évolution des salaires, BIC) - 6) des lacunes en matière de transmission d'information et de communication.* »²⁴⁹

²⁴⁸ Les entretiens que nous avons réalisés, les entretiens d'évaluation du personnel et l'étude d'opinion.

²⁴⁹ Extrait du compte rendu du CHSCT du 22 novembre 2001.

2.3.3) Les études sur l'initiative des représentants du personnel : alerte, expertise, commission ...

Il est important de remarquer que les organisations syndicales utilisent peu la réglementation sur un mode descendant. Peut-être y voient-elles une source de contraintes pas forcément adaptées ni opportunes pour les salariés. Certaines règles procédurales le sont toutefois mobilisées fortement comme l'expertise, les missions du CHSCT ... Il faut préciser que la formation des membres du CHSCT repose fortement sur ses missions, donc plutôt sur les règles de procédure que sur l'approche substantielle des risques.

Les deux établissements qui utilisent le plus ces procédures sont logiquement les « gestionnaires ». L'utilisation des possibilités réglementaires du CHSCT en matière de droit d'alerte, d'expertise, de missions qu'ils décident ... constitue des leviers importants qui ont permis au CHSCT d'obtenir des résultats intéressants et de bons outils de gestion.

Nous en citerons ci-dessous quelques exemples.

Le secrétaire²⁵⁰ du CHSCT de B a « *utilisé son droit de retrait concernant un ouvrier effectuant un terrassement dans le vide sanitaire sous la pharmacie et derrière les appareils de radiothérapie.* » Il a adressé un courrier au directeur « *pour l'informer de cette situation avec copie au préfet et à l'inspecteur du travail.* »

Toujours au sein de B, l'utilisation par les représentants du personnel de la procédure d'expertise à laquelle ils peuvent faire appel se développe fortement en 2002. Au CHSCT de juin, le recours à cette procédure est évoqué pour trois dossiers.

Le service X présente des risques importants de bruit et de température très élevée. Les représentants du personnel indiquent alors qu'ils feront procéder à une expertise, « *si une décision de la direction ne tend pas à remédier rapidement à ces soucis* ». Cette position sera, à nouveau, formulée en octobre 2002. Quelques améliorations seront apportées.

Dans le service Y, le problème posé concerne des émanations de produits toxiques. L'ensemble des acteurs concernés interviendra sur ce grave problème (représentants du personnel, inspecteur du travail, médecin du travail, direction ...). Sur plainte des salariés et du CHSCT, la direction a commandité une double expertise de la CRAM et d'un organisme

²⁵⁰ Les comptes rendus de CHSCT de B ne font état de sa mise en œuvre qu'une seule fois (décembre 2002). Le secrétaire du CHSCT indique que l'extension d'un bâtiment ayant été entreprise sans que les documents requis ni le plan de prévention ne lui aient été remis. Après cette alerte, les mesures requises ont alors immédiatement été prises et les travaux ont pu reprendre normalement. Le président du CHSCT indique que « *le droit de retrait que le secrétaire a exercé pourrait éventuellement se contester. Mais qu'il n'y aurait pas de polémiques là-dessus.* »

agréé pour cela. Cette expertise, n'entrera donc pas dans la procédure «d'expertise CHSCT» puisque la direction l'a devancé. Elle conclura à une insuffisance du système de ventilation à laquelle la direction s'engagera à remédier rapidement. Le CHSCT prend alors *« acte des travaux envisagés par la direction dans le service Y pour la fin septembre 2002 et, en conséquence, décide de surseoir à la mise en œuvre d'une mesure d'expertise. »* Au CHSCT suivant (octobre 2002) le bilan des travaux montre que les problèmes urgents ont été réglés ou que leur solution a été programmée.

Le troisième dossier concerne le service Z et a été évoqué à plusieurs reprises sans que des solutions soient apportées aux problèmes notamment de température élevée, de poussières, d'humidité. Un représentant du personnel *« insiste sur la difficulté qu'ont les salariés du service à travailler avec ces conditions de travail et avec l'absence de prise en considération concrète de leurs problèmes (régulièrement évoqués en CHSCT). La décision des membres de nommer un expert n'est due qu'au fait que personne à ce jour n'a pu quantifier ni qualifier les particules en suspension dans l'air, ni expliquer les phénomènes de picotements ou de gorge sèche vécus par les salariés du service, ni apporter une solution. »* Le CHSCT conclut qu'à défaut de mise en œuvre rapide des solutions annoncées par la direction, *« le comité prendra toutes les dispositions d'expertise et de contraintes administratives à ce sujet. »*

Au CHSCT d'octobre 2002, les représentants du personnel et le médecin du travail rappellent les problèmes (*« humidité aggravée, poussière, température, luminosité, danger des rayonnages, gaz d'échappement »*). Le CHSCT renvoie au prochain comité l'étude du recours à l'expertise.

Ce dossier est à nouveau évoqué au CHSCT de décembre 2002. Pour le président, *« ce service est inconfortable, mais pas dangereux. » « Il pense qu'on peut encore améliorer sensiblement les conditions de travail. »* Il précise que *« la nomination d'un expert doit être motivée par un danger grave et imminent. »* Et comme tous les problèmes posés n'en sont pas, il en conclut que *« la nomination d'un expert ne solutionnera pas l'ensemble des problèmes relevés dans le service Z. »* Il indique que *« On doit pouvoir améliorer les choses si on prend le problème de manière moins passionnée »* et que *« la direction prend l'engagement de régler le problème du chauffage, de l'éclairage et de la ventilation pour le premier trimestre 2003. »*

Après une suspension de séance, les représentants du personnel prennent note de cet engagement et nommeront *« un expert uniquement pour la résistance de la dalle. Au cas où les engagements de la direction ne seraient pas tenus, la mission d'expertise au niveau du service Z serait élargie. »* Le président répond : *« C'est une solution de sagesse à laquelle la direction s'associe par principe de précaution. »*

Outre les problèmes «physiques» mis en avant, le médecin du travail insistera sur le stress du personnel et un représentant du personnel évoque le fait que les salariés de ce service « *sont des laissés-pour-compte.* » La réunion du CHSCT de janvier 2003 sera exclusivement consacrée à ce problème. Il y apparaît que la direction a pris l'initiative de mandater un bureau de contrôle technique pour étudier la charge au sol. Celle-ci apparaît beaucoup trop importante et la direction convient qu'il faut la réduire. Les représentants du personnel souhaitent eux un rapport complet et votent à l'unanimité la décision de solliciter un expert « CHSCT » agréé par le ministère du travail. Sans attendre le résultat de cette expertise, la direction décide d'alléger la dalle des 2/3 de son poids. En octobre 2003, le CHSCT va visiter le service Z. Tous les engagements de la direction n'ont pas été tenus (« *Suite à la canicule de cet été, l'air était quasiment irrespirable dans les locaux de Z sans aération spécifique et en milieu poussiéreux.* »). Les représentants du personnel demandent à ce que le travail et les compétences du personnel de ce service soient mieux reconnus par un reclassement après une formation spécifique. Le président s'engage à étudier ce dossier.

On voit là le lien étroit entre risque et reconnaissance du travail dans la perception des problèmes.

D a mis en œuvre une procédure d'expertise concernant l'évaluation de la charge physique et mentale de travail. Nous l'avons évoqué dans la deuxième partie (paragraphe 2.3.2 § 1).

Outre le droit d'alerte et l'expertise, les CHSCT peuvent réaliser des missions d'étude et d'enquête. La commission « linge » créée par B en est une qu'il est intéressant d'analyser. Le problème des tenues de travail apparaît dans le compte rendu du CHSCT de juin 2000 : « *De gros problèmes de dotation et de rotation des tenues se font ressentir par l'ensemble du personnel et sont confirmés par le questionnaire remis et analysé.* » La société qui assure cette prestation ne donne pas satisfaction, mais il est difficile d'agir sur elle compte tenu de sa situation de monopole. La création de la commission « linge » est décidée lors du CHSCT d'octobre 2000. Elle « *veillerait au bon fonctionnement des rotations de tenues, ferait des propositions pour éviter le transport de germes (prendre les repas au self en civil) et étudierait des solutions alternatives* » au prestataire actuel.

Au CHSCT de janvier 2001, un premier point est fait et le CHSCT approuve le questionnaire destiné au personnel et mandate l'un de ses membres pour « *établir un constat sur l'actuelle gestion du linge, organiser des visites de buanderie lingerie hospitalières publique et privée et formuler des propositions d'amélioration.* » Le bilan du questionnaire est présenté au

CHSCT de mai 2001, 50 % des salariés y ont répondu et ont exprimé précisément leurs attentes.

Le CHSCT de janvier 2002 « met en évidence les actuels dysfonctionnements de la prestation « linge ». Il demande, en attendant le changement de prestataire, de faire respecter le cahier des charges en ce qui concerne la qualité du nettoyage des blouses et du nombre de tenues attribuées au personnel. » En juin 2002, il apparaît que la direction a pris en compte ce problème, et en octobre 2002, le président annonce qu'une réunion est prévue sur ce point avec le centre hospitalier local. Les représentants du personnel auront ainsi contribué à l'initiation et à la construction du problème et des solutions.

Au sein de D, le dossier «chimiothérapies» a marqué les esprits et fortement contribué à «l'apprentissage collectif» des différents acteurs. Les représentants du personnel sont tous d'accord pour dire qu'il faut œuvrer de manière revendicative, pour poser les problèmes, et de manière constructive, pour les régler. La direction a fait le constat qu'il est plus efficace de traiter les problèmes en séances ordinaires plutôt que d'y être contraint en réunion extraordinaire. Les premières réunions de l'année 2003 montrent une évolution dans le fonctionnement du CHSCT. Même si elle doit encore être confirmée, on peut s'interroger pour savoir si elle serait plutôt due : - à l'apprentissage évoqué précédemment et à l'évolution de la direction et des représentants du personnel - à l'arrivée d'un nouveau médecin du travail qui positionne le débat davantage sur son expertise - à l'insistance de l'inspecteur du travail - ou à une autre évolution conjoncturelle.

Si certains considèrent que « les choses reviennent souvent à l'identique d'une réunion à l'autre », le secrétaire général considère lui que, notamment grâce au « plan de prévention », les problèmes se règlent plus facilement maintenant.

Même si des difficultés subsistent entre les composantes syndicales, certains évoquent la nécessité d'améliorer le travail en équipe entre tous les représentants du personnel.

2.3.4) Les études décidées conjointement

Les études décidées et construites conjointement nécessitent une qualité de régulation que l'on trouve essentiellement dans les CHSCT « managers ». C'est plus particulièrement vrai pour C dans lequel les représentants du personnel sont davantage participatifs. Ainsi, depuis quelques années, la création de commissions est un outil de gestion de plus en plus utilisé. Plusieurs ont ainsi été créés : AES, AT ...

Toujours à C, d'autres modes de travail sont mobilisés à un niveau beaucoup plus limité comme le reclassement du personnel. Le débat suscité par cette question est d'ailleurs intéressant puisqu'il oppose deux approches : - le secrétaire du CHSCT qui considère que le CHSCT doit être impliqué dans ces démarches - alors que le DRH considère que c'est un problème particulier qui peut relever d'une certaine confidentialité dans certains cas et que l'enjeu pour le CHSCT n'est pas d'y être associé mais que le problème soit bien traité par la DRH, le médecin du travail et le chef de service concerné. Ceci montre que la définition du contenu et du périmètre de la régulation conjointe relève d'une négociation permanente, même chez les « managers ».

2.3.5) Les rapports des organismes de contrôle

Les établissements font régulièrement l'objet de contrôles par des organismes techniques pour différents types d'installations ou de risques (électricité, extincteurs, ascenseurs, radioprotection ...). Ces contrôles sont gérés par les services techniques. Leurs rapports sont régulièrement mis à disposition des représentants du personnel et apparemment très peu exploités par eux. Le prescrit réglementaire intervient très peu comme outil de gestion, tant sur le plan substantiel que procédural. Nous émettrons l'hypothèse que cela est imputable à la technicité requise dont ne disposent pas les représentants du personnel, et qui de ce fait en laisse la responsabilité aux personnes ressources.

2.4) La démarche d'évaluation des risques: initiation et résultats dans les quatre établissements - entre « jourdainisme » et réglementarisme

2.4.1) La démarche d'évaluation des risques : état des lieux

La démarche d'évaluation des risques est difficile à analyser. Elle peut être là où on ne l'attend pas et ne pas être là où elle devrait ou prétend être. Nous retiendrons comme définition, celle proposée par le ministère en charge du travail : *« l'évaluation des risques se définit comme le fait d'appréhender les risques créés pour la santé et la sécurité des travailleurs, dans tous les aspects du travail », « elle constitue un véritable travail d'analyse des modalités d'exposition des salariés à des dangers ou à des facteurs de risques. »* Elle comporte deux étapes : l'identification des dangers et l'analyse des risques.

Ainsi, sur notre terrain de recherche, différentes méthodes mises en œuvre par les CHSCT constituent une évaluation des risques, sans s'inscrire dans la logique réglementaire. Rappelons que le droit du travail a introduit l'obligation d'évaluer les risques en 1991 et celle de la formaliser sous la forme d'un «document unique» en 2001. Il faut donc distinguer trois approches de l'évaluation : - celle qui est menée de manière intuitive, sans référence au droit ; ce sont des pratiques des établissements qui bien que n'en portant pas le nom, constituent bien une évaluation des risques - celle qui est menée parce que le droit la prescrit de manière procédurale, voire substantielle - et enfin la formalisation de l'évaluation.

Dans les établissements étudiés la première forme la plus pratiquée est intuitive. Chacun évalue les risques comme M Jourdain²⁵¹ faisait de la prose. En cela, l'approche «jourdainiste» est la plus complexe à analyser puisqu'elle est intégrée au processus cognitif des salariés. Elle peut être spontanément organisée, comme l'écoute et le dialogue avec les salariés. Elle peut aussi s'inscrire dans la mise en œuvre de démarches bénéficiant d'un cadre réglementaire comme les visites du CHSCT, l'analyse de rapports de contrôle ou d'autres documents. Généralement ce type de démarches n'est pas qualifié «d'évaluation des risques» et pourtant constitue bien une telle démarche.

Ainsi, si l'approche intuitive de l'évaluation des risques est très répandue, l'approche réglementaire l'est beaucoup moins.

Il n'est pas surprenant, mais notoire de constater que se sont les deux «gestionnaires» qui la pratiquent le plus. Plusieurs hypothèses peuvent être évoquées pour l'expliquer : - le caractère moins réglementariste des «managers» - le fait qu'ils disposent d'autres outils - et surtout, qu'ils ne voient que très rarement l'inspecteur du travail alors que c'est essentiellement par lui que la démarche arrive dans les entreprises. Il est intéressant de noter que les deux établissements les plus en retard sont les deux «managers» alors que cette démarche est censée contribuer au management des risques ! Le plus en avance est D, c'est-à-dire le plus gestionnaire et le plus en retard est C, c'est-à-dire celui qui développe la logique la plus managériale. La présence ou l'absence de l'inspecteur du travail n'est pas étrangère à cette situation, surtout si l'on rajoute le cas de A pour lequel les inspecteurs du travail ont prescrit cette démarche.

²⁵¹ Nous appellerons «Jourdainiste» cette approche cognitive intégrée de l'évaluation des risques. C'est sans doute la plus efficace dès lors qu'elle est bien structurée ; c'est pourquoi il est souvent nécessaire de la «dénaturer» pour mieux la construire et l'intégrer.

Ainsi, le nombre de fois où cette démarche a été inscrite à l'ordre du jour du CHSCT est très faible.

En fait cette logique procédurale n'a pas encore trouvé de sens pour les acteurs, tout comme la programmation des actions du CHSCT qui est évoquée mais très peu formalisée²⁵².

L'approche globale et généralisée connaît des difficultés à se mettre en place et à être formalisée, mais parallèlement des démarches plus ciblées et opérationnalisées voient le jour sur la base d'une contrainte réglementaire ou d'un volontarisme. Nous évoquerons quelques actions, sans être exhaustif.

Les AES font l'objet depuis longtemps d'un travail analytique et formalisé selon les besoins propres à l'action. La mise en place de la dosimétrie opérationnelle en matière de radioprotection nécessitera une évaluation préalable des risques et contribuera ensuite à nourrir celle-ci.

Au sein de A, suite au travail précédemment réalisé et aux réunions d'information organisées par l'inspecteur du travail, le médecin du travail et une personne ressource ont engagé un travail d'inventaire des produits chimiques et cancérogènes, et d'étude des postes de travail. Au cours du CHSCT, le plan d'action sur les risques chimiques est évoqué (recensement des produits, analyse des modalités d'exposition, élaboration d'une fiche de poste ...). Pour la direction, « *c'est comparable à la dosimétrie opérationnelle sans l'informatique, donc très contraignant.* » La personne ressource insiste sur la nécessité de demander de l'aide aux « référents » et de refaire le travail tous les ans.

Nous avons également montré que la « charge mentale » fait l'objet d'une évaluation qui se structure régulièrement.

Présentons maintenant les modalités de formalisation de l'évaluation des risques dans le « document unique » prévu par la réglementation. Nous les décrivons en deux temps : la phase d'initiation et la phase de mise en œuvre.

²⁵² Pour l'établissement C, le bilan annuel de l'hygiène, de la sécurité et des conditions de travail établi par la DRH, comme son nom l'indique, est plus proche d'un extrait du bilan social que d'un programme d'actions. Dans ce bilan, les prévisions d'actions sont exprimées sommairement ; ainsi, pour 2001, il indiquait : « *formation à la manutention, poursuite de la formation sécurité incendie, poursuite de la formation SST (et recyclage des sessions précédentes), formation des nouveaux salariés à l'hygiène, et formation aux fluides médicaux.* » Pour 2002, les « prévisions » sont plus complètes : *DATR, hygiène pour les nouveaux embauchés, incendie, les gestes d'urgence (interne), prévention des AT / lombalgies (non soignants), port de charges (cuisine /magasin), procédure et mode opératoire de nettoyage de désinfection, sauveteur secouriste du travail + recyclage, et formation aux fluides médicaux (manudétenteur).* »

2.4.2) L'initiation de la formalisation de l'évaluation des risques dans un « document unique »

La mise en place du document unique d'évaluation des risques peut être résumée en deux idées : d'une part, une obligation réglementaire et d'autre part une contrainte dont les acteurs internes ne voient pas l'intérêt, tant au niveau de la direction que des représentants du personnel. Il faut dire que ce prescrit externe n'a pas été accompagné, ni en terme de pédagogie, ni d'outillage. Il pose en fait deux questions relatives à l'intérêt de pratiquer l'évaluation des risques et de la formaliser.

Il est intéressant de décrire les prémices pour chaque établissement car ils résument bien le contexte général et l'approche spécifique à cette question.

Etablissement A

C'est l'inspecteur du travail d'alors qui a été l'instigateur de l'évaluation des risques. Il commence par une demande écrite, en 1996, ciblée sur la manutention et plus particulièrement en cas d'accident. En 1997 il élargit sa demande par courrier, à l'évaluation des risques liés à la charge mentale, au risque chimique et à la manutention.

Il faudra attendre 1998 pour que le CHSCT évoque un projet pour l'évaluation des risques en collaboration avec les médecins et les cadres en essayant de définir les risques encourus au travers des incidents survenus. Le bilan de l'hygiène, de la sécurité et des conditions de travail pour 1998 évoquera le « *projet de définition de tous les postes de travail de A et également de procéder à l'identification des risques professionnels pour chaque fiche de poste. Ce recensement qui mérite probablement d'être affiné par le médecin du travail et complété par les travaux menés dans le cadre du projet de gestion prévisionnelle des risques est un pas important qui permet : - le repérage et le suivi des emplois à risques - l'information des nouveaux embauchés - un meilleur ciblage des actions de formation ou d'équipements - une information plus précise des partenaires sociaux et de la médecine du travail.* »

Les enjeux de la démarche qui sera engagée paraissent ainsi bien posés.

Un premier état d'avancement sera présenté en 1999, et permettra de dégager quatre groupes principaux de risques professionnels : risques infectieux, chimiques, AES et manutention. Deux autres thèmes reviennent souvent dans les débats : le risque lié aux rayonnements ionisants et la charge mentale. L'objectif opérationnel apparaît clairement : « *cibler les risques et les emplois pour lesquels un plan de prévention devra se mettre en place.* »

En 2000, le dispositif n'a plus de cheville ouvrière, l'ancienne secrétaire qui assumait jusqu'alors ce rôle ne siégeant plus au CHSCT. Pour compenser cette absence, cette année verra une « redistribution » des rôles entre les acteurs. Le secrétaire général adjoint prendra davantage de place, de même que le médecin du travail et certains cadres. Chacun opérant en fonction de ses compétences, des outils dont il dispose et de ses préoccupations. Le médecin du travail indiquera par exemple, dans sa « fiche d'entreprise » datée de mars 2001, que le recensement des produits a commencé le 5 février 2001.

Le décret de novembre 2001 déclenchera le processus d'élaboration du « document unique ».

Etablissement B

Au sein de B, c'est aussi l'inspecteur du travail qui demandera, en 1999, à ce qu'une démarche d'évaluation des risques soit engagée, notamment sur la base d'un guide élaboré avec les organisations professionnelles des établissements de soins privés. Il confirme cette demande par courrier, en rappelant l'obligation légale : *« Comme indiqué lors de la réunion du CHSCT, votre obligation légale en matière d'évaluation des risques (article L 230-2 du code du travail) doit déboucher sur la mise en œuvre de mesures de prévention après y avoir associé le médecin du travail et le CHSCT. »* ... *« Lors de la prochaine réunion de votre CHSCT je vous demanderai de mettre à l'ordre du jour cette question afin d'organiser en concertation avec l'ensemble des acteurs la démarche d'évaluation à partir d'un risque identifié. »*

En janvier 2001 le CHSCT envisage de s'engager dans l'étude des postes des salariés travaillant sur écran (en référence au décret du 14 mai 1991). Le secrétaire du CHSCT rappelle que la direction est tenue par ce texte de faire une évaluation des risques du travail sur écran et d'apporter des améliorations. Le CHSCT *« mandate son secrétaire pour mener à bien le projet de création de la commission « ergonomie » »*. Au CHSCT de mai 2001 trois représentants du personnel se déclarent prêt à y participer si une possibilité d'élargissement des heures de délégation leur était octroyée (5 heures/mois). Le DRH en informera le conseil de direction. Faute d'une réponse satisfaisante, cette commission ne sera pas créée.

Etablissement C

Compte tenu de l'absence de l'inspecteur du travail au CHSCT, il n'y aura pas de prémices à C. Une exception est toutefois à noter. Elle passe également par l'inspecteur du travail qui, ayant été sollicité par les représentants du personnel pour des problèmes de sécurité dans un laboratoire commun avec un autre établissement, avait prescrit une étude approfondie de la situation pour laquelle la direction avait mandaté un consultant extérieur.

Etablissements D

Dès 1996, l'inspecteur du travail a demandé à D de réaliser une évaluation des risques. Tout d'abord sur des risques spécifiques : risque biologique (1996), manutention (1999), radioprotection (2003).

En 1999, l'inspecteur du travail *« demande le bilan annuel 1998 et le projet 1999. Les entreprises doivent travailler en faisant des évaluations des risques. Que ces documents ne soient pas prêts est significatif d'un état d'esprit culturel. Le travail doit être établi par objectifs. »* Le secrétaire général reconnaît *« qu'une évolution doit se faire dans ce sens. Nous allons y œuvrer. »* Le compte rendu de la réunion du CHSCT de septembre 1999 retranscrit la demande de l'inspecteur du travail pour *« que D entreprenne une évaluation des risques, risque par risque. Il demande qu'en l'an 2000 cette évaluation globale soit faite avec l'aide des trois responsables radio compétents, l'infirmière en hygiène hospitalière et le médecin du travail. Il rappelle qu'il s'agit d'une démarche complexe mais obligatoire et indispensable. Pour le prochain CHSCT, il demande que soit indiquée la démarche entreprise. »*

Le secrétaire général indiquera en mars 2000 que le plan n'est pas finalisé et que *« la priorité est de répondre à toutes les parties relatives à l'ANAES. »*, donc à l'accréditation.

En mai 2000, le secrétaire général s'étonne *« de la nécessité de produire un document écrit sur cette question. »*. L'inspecteur du travail confirme *« la nouveauté et la complexité de la démarche, qui inclut aussi une évaluation des risques potentiels et des problèmes risquant de survenir à long terme. Il y a un existant avec des responsables (ex : CLIN) mais il manque des personnes compétentes pour gérer les différents risques. »* Le secrétaire général *« s'inquiète du travail que représente ce document et propose à court terme de faire un plan. »*

A la réunion suivante, en septembre 2000, le secrétaire général présente un *«premier travail de base qui consiste à recenser tous les risques. Il l'a montré à tous les responsables hiérarchiques et le présente avec une interrogation quant à la suite de la démarche. »*

L'inspecteur du travail *«estime qu'il s'agit là d'une première approche. Certains risques comme l'incendie ou l'électricité sont bien maîtrisés. Il insiste sur l'importance des risques chimiques cancérigènes qui sont moins visibles mais pour lesquels il faut anticiper pour la santé future des salariés. »*

L'exposé des prémices permet de situer le contexte général dans lequel cette démarche arrive.

Elle apparaît comme un cadre imposé par le droit et porté par l'inspection du travail. Une exception toutefois puisque au sein de A, si c'est bien l'inspecteur du travail qui a initié la démarche, elle a ensuite été portée par le secrétaire du CHSCT qui n'a pas vu son mandat renouvelé. Ceci conforte l'importance des acteurs.

Voyons maintenant, toujours pour chaque établissement les modalités d'élaboration du « document unique ».

2.4.3) La mise en œuvre de cette formalisation

Les modalités d'élaboration du « document unique » dans chaque établissement

Établissement A

Conformément à ses préoccupations « légalistes » la direction engage le processus et présente au CHSCT, en février 2002, une étudiante stagiaire *« pour faire une évaluation des risques professionnels dans l'entreprise ainsi que nous en fait obligation la réglementation. »*

Le CHSCT de juin 2002 résume bien la gestion de ce dossier. La direction présente le rapport établi par la stagiaire. Elle invite ensuite à prévoir une séance de travail avec le CHSCT et se voit opposer une réponse négative. Le débat de fond qui suit éclaire les positions de chacun. La direction exprime sa faible motivation pour cette démarche. Le président du CHSCT indiquant que *« la législation est abondante et s'applique à tous. L'obligation légale ne nous apporte pas grand chose. »* Ce qui peut être analysé ainsi : nous sommes légalistes donc nous remplissons notre obligation mais comme cela ne n'est pas productif, nous le faisons à minima en confiant ce travail à une stagiaire.

La position dominante chez les représentants du personnel est qu'ils considèrent que c'est avant tout une obligation de la direction et que la démarche présente peu d'intérêt : *« ce document obligatoire donnera un canevas en cas d'AT. Sinon, c'est un gros inventaire sans intérêt particulier et la répercussion sur le personnel sera nulle et sans profit. L'intérêt auprès des différents personnels est de savoir éviter les risques afin d'exploiter la cartographie. Il convient d'améliorer la cartographie pour éviter les AT. »*

Il est intéressant de noter la différence d'analyse entre deux formalités imposées par la réglementation : - le programme annuel d'actions - et le document d'évaluation des risques. Le premier paraît constituer un outil de gestion utile voire indispensable à tous, à un degré moindre toutefois pour la direction. La formalisation concernant les risques n'est pas perçue avec le même intérêt. On peut émettre l'hypothèse que la formalisation du programme d'actions, à l'initiative des représentants du personnel, constitue pour eux un levier pour forcer la direction à formaliser sa politique et à agir. Les représentants du personnel ne voient pas aujourd'hui le même intérêt opérationnel au « document unique ».

Cette cartographie est, à nouveau, évoquée lors du CHSCT de février 2003. La direction précise d'une part qu'elle a été « élaborée avec l'aide d'une stagiaire ... elle a le mérite d'exister. » et d'autre part que « la vision doit être affinée pour arriver à un document déclaratif avec l'aide d'un groupe de travail du CHSCT ? »

La philosophie est toujours la même : l'obligation réglementaire est satisfaite en terme de « déclaration » des risques. On pointe néanmoins, de la part de la direction un souci de faire vivre le document mais elle a pour cela besoin du CHSCT qui s'y refuse.

La cartographie des risques est présentée dans le bilan 2002 qui suggère une méthodologie d'évolution : « Elle identifie, par unité, l'ensemble des situations à risques et propose une échelle de ces risques, autour de la fréquence d'apparition du risque et de son niveau de maîtrise. Le document ainsi constitué répond à l'obligation légale, telle qu'elle était formulée, dans un délai court et sur un format encore peu directif. Cette première approche doit à la fois être consolidée et enrichie. La consolidation devra impliquer les cadres des unités dans un processus de validation et de mise à jour de la typologie et niveaux de risques ainsi identifiés. La consolidation ainsi validée devra permettre de donner une vue synthétique et opérationnelle au document ainsi constitué. L'enrichissement procédera de travaux plus complexes portant sur un risque donné, en fixant des priorités d'action. Ainsi, la cartographie des risques chimiques, identifiés comme étant probablement les moins maîtrisés à ce jour devra venir compléter le document unique en 2003. » Cette présentation méthodologique introduit la nécessité d'une approche risque par risque. En effet, un constat s'impose : si le « document unique d'évaluation des risques » a des difficultés à se mettre en place, d'autres initiatives concourant à la même finalité sont développées et c'est l'articulation entre les deux qui est à construire.

Etablissement B

En juin 2002, l'inspecteur du travail rappelle par courrier l'obligation pour B d'évaluer ses risques et de consigner cette évaluation dans un document écrit, son courrier de juillet 1999 étant resté sans suite. La date limite réglementaire (novembre 2002) pour réaliser ce travail est rappelée.

Ce dossier est évoqué pour la première fois au CHSCT d'octobre 2002. Le premier comité de pilotage de cette évaluation est prévu fin octobre. Il comprendra la direction et quelques personnes ressources, quelques membres du CHSCT et un consultant externe en charge de fournir la démarche et des outils de recueil des informations par poste et/ou par métier. Ce recueil sera effectué par des binômes de salariés. L'inspecteur du travail insiste sur l'importance d'associer pleinement le CHSCT à l'évaluation des risques.

L'inspecteur du travail confirme ses attentes par courrier en novembre 2002 en y intégrant l'évaluation spécifique des risques chimiques et cancérogènes. Concernant ce risque, il insiste sur la nécessité de limiter le risque et de l'évaluer.

Au CHSCT de décembre 2002, il est indiqué qu'une première réunion du comité de pilotage a permis d'arrêter la démarche générale. Les binômes devant réaliser l'évaluation ne seront constitués, sur la base de salariés volontaires, qu'en janvier 2003 puis ils devront recevoir une formation.

Le président du CHSCT indique qu'à la demande de l'inspecteur du travail, il a lancé une enquête sur les risques chimiques. Les représentants du personnel regrettent le « caractère unilatéral de cette initiative ». Ils souhaitent que « l'évaluation des risques professionnels se fasse en associant à toutes les étapes du processus le personnel et le comité et que l'objectif de la production du premier document unique finalisé pour avril 2003 soit tenu. »

L'évaluation des risques est à nouveau évoquée au CHSCT d'avril 2003. « Les binômes composés de salariés volontaires finalisent la collecte des informations pour répertorier et classer les risques. »

Un débat a lieu sur les suites qui seront données aux évaluations des binômes.

Au CHSCT de juillet, le document n'a pu être transmis car il manque encore quelques fiches. 22 salariés ont été associés au travail que le président juge « *constructif et exhaustif* ». Chacun souhaite pouvoir disposer du document rapidement pour pouvoir, avant la fin de l'année, prioriser les mesures de prévention en fonction des risques en présence.

Au CHSCT d'octobre 2003, le président indique que le consultant remettra le document finalisé au comité de pilotage du 20 novembre 2003. De l'avis général, celui-ci devra permettre « *d'orienter le CHSCT sur les priorités à l'égard de la prévention.* »

Etablissement C

Au sein de C, l'histoire de cette élaboration sous contrainte peut être résumée en quelques épisodes. Le premier se passe au CHSCT de novembre 2002, c'est-à-dire à la date à laquelle le document aurait déjà dû être élaboré. Faute d'avoir été initié préalablement cette élaboration aura sans doute trouvé son origine dans la communication dont cette échéance a fait l'objet. Le président pose alors le problème en terme de contrainte réglementaire, en indiquant que : « *Il y a des contraintes par rapport à un décret de novembre 2001 sur l'évaluation des risques professionnels. Il a été suivi d'un décret d'application d'avril 2002.* » Une première réunion a eu lieu entre la direction, le DRH, la cellule qualité, le médecin du travail et le secrétaire du CHSCT « *afin de savoir comment encadrer cette évaluation.* » Un appel d'offres a été lancé pour sélectionner un organisme à même d'accompagner la démarche.

Au CHSCT de mars 2003, le président indique que trois propositions sont arrivées en réponse à l'appel d'offres et que le choix sera fait par le secrétaire général, le médecin du travail, le secrétaire du CHSCT et un membre de la cellule qualité.

Au CHSCT de mai 2003 le président « *rappelle qu'un décret de novembre 2002 concernant la prévention des risques au travail prévoit une poursuite pénale de l'employeur ne respectant pas la législation.* » Le choix de l'organisme qui va accompagner la démarche a été fait. En interne, un demi-poste est prévu en 2003, complété d'un temps plein, en 2004, pour gérer les risques professionnels.

Au CHSCT de septembre 2003, le président informe qu'il y a eu « *une création de poste par rapport aux obligations légales de registre unique. Ce poste est rattaché à la DG au niveau fonctionnel et à la cellule qualité au niveau opérationnel.* » Il y avait deux candidats et c'est le secrétaire du CHSCT qui a été retenu et a pris ses fonctions à partir de septembre 2003. Le travail va donc pouvoir commencer avec le consultant retenu pour cela. « *Il y a au total 850 postes répartis en 51 groupes de familles à étudier.* »

Au CHSCT de janvier 2004, la question du recensement des produits chimiques est à nouveau évoquée. Le président indique que cette question sera intégrée à la prestation de l'organisme qui accompagnera l'élaboration du « document unique d'évaluation des risques » (DUER). Ainsi désigné comme pilote de ce dispositif, le secrétaire du CHSCT a élaboré un document intitulé : « *la gestion des risques professionnels à C* ». Le programme de travail devrait s'étaler sur 2 ans en 2004 et 2005. Ce document présente l'intérêt d'évoquer l'évaluation des risques, non pas comme une obligation réglementaire, mais comme une démarche devant permettre de prendre les mesures nécessaires pour assurer la SST par prévention, information et formation. Pour lui, « *La démarche de prévention des risques professionnels s'inscrit dans un processus dynamique. Cette démarche évalue a priori les risques auxquels sont exposés les travailleurs. Elle vise à accroître la protection de la santé des salariés, ainsi qu'à améliorer les conditions de travail au sein de l'entreprise. De fait, la démarche de prévention contribue aussi à l'amélioration de la performance générale de l'entreprise, du point de vue social et économique.* »

L'approche repose sur le découpage de C en 27 groupes correspondants à son organigramme. La première phase, terminée, a permis de définir la méthode. La deuxième, en cours, devrait permettre de recueillir les informations dans les services. La troisième phase devrait permettre de hiérarchiser les priorités.

La particularité de C est double : c'est le dernier des quatre établissements à avoir engagé la démarche et, c'est le seul à l'avoir confiée au secrétaire du CHSCT alors que dans les autres établissements les représentants du personnel sont plutôt réticents à y participer.

Etablissement D

En juin 2001, un groupe de travail est créé pour compléter et approfondir l'évaluation des risques. Un cadre est chargé de l'animer et de coordonner les groupes de travail mis en place. Sa première réunion aura lieu en juillet. La réunion du CHSCT du 28 septembre 2001 est constructive car elle permet l'approbation de la méthode et du groupe de travail compétent, ouvert au CHSCT.

La réunion du 21 décembre 2001 permet de progresser sur le choix des priorités et la méthode, mais sans conclure, les représentants de la CGT indiquant qu'il ne faut pas mélanger le CHSCT avec le groupe analyse des risques.

Il se pose également les questions de la compétence des personnes impliquées dans le groupe et de la charge de travail que représente l'analyse de tous les risques sur tous les postes de travail. Pour «*fédérer tout le monde sur la méthodologie* », l'inspecteur du travail propose que D sollicite l'ARACT. Un représentant de cette structure est invité à la réunion suivante, le 29 mars 2002. Le CHSCT convient de faire appel à ses services en laissant le groupe interne en «stand-by», le secrétaire général s'engageant à ce que D *suive «la méthodologie et le calendrier proposés, et donnera les moyens au CHSCT* ». Un représentant de la CGT pointe l'inefficacité d'un groupe interne et propose de s'inscrire dans le groupe proposé par l'ARACT.

A la réunion suivante, en juillet 2002, le secrétaire général «*formule le vœu d'une politique de co-management du risque parce qu'elle garantit le succès des actions menées.* » Deux consultants proposés par l'ARACT ont été rencontrés par le CHSCT. L'un d'eux convient à tous les participants sauf aux représentants de la CGT qui «*souhaitent attendre un troisième consultant pour se prononcer* ». Le secrétaire général recontactera l'ARACT pour avoir de nouveaux noms.

En septembre 2002, le débat reprend, le secrétaire général souhaitant poursuivre avec les consultants proposés par l'ARACT et la majorité CGT soutenant «*la présence du cabinet qui a contacté le CHSCT.* » Les autres organisations syndicales sont soit favorables, soit «*non dérangées* » par cette proposition. Le secrétaire général décide alors que «*dans ce cas, nous annulons toute démarche avec l'ARACT. Je considère ce vote comme l'expression d'un refus de confiance de collaborer, nous ne pouvons pas avec cet état d'esprit travailler ensemble. Nous vous soumettrons notre propre travail.* » Ce à quoi la CGT réplique : «*non, on ne vous fait pas confiance ; nous voulons un organisme qui ne soit pas proposé par la direction.* »

Le secrétaire général souhaitant respecter le délai réglementaire fixé en novembre 2002, annule alors les rendez-vous pris pour auditionner les consultants : «*Nous ne voulons plus perdre de temps ; la direction n'a plus qu'un mois avant novembre.* » La précédente secrétaire du CHSCT (CFDT) conclut ce point de l'ordre du jour en indiquant : «*Quand j'étais secrétaire du CHSCT, on parlait déjà de prévention des risques, mais rien n'a bougé.* »

Il semble que la démarche engagée pour obtenir l'accréditation qualité ait également motivé la direction à accélérer le processus, les experts-visiteurs de l'ANAES devant visiter D en janvier 2003.

Le document unique d'évaluation des risques est présenté au CHSCT de novembre 2002.

Il est très conséquent et représente un important travail. Il est organisé par service. Pour cela l'établissement a été divisé en 27 «unités de travail». Dans chaque service, 6 familles de risques sont étudiées (physiques, chimiques, biologiques, psychosociaux, liés aux situations de co-activité, et enfin liés à des situations professionnelles ou à des pratiques de travail). Pour chaque risque, et dans chaque unité de travail, l'évaluation des risques est codifiée par l'un des items suivants : risque inexistant ou négligeable, risque existant et maîtrisé, risque existant et nécessitant des actions correctives, et enfin, risque actuellement non mesurable nécessitant un complément de recherche). Des commentaires complètent quelquefois cette analyse. Des actions correctives sont également mentionnées pour être mises en œuvre de manière immédiate ou différée.

Une mise à jour régulière est prévue pour en faire, selon l'animateur du groupe de travail, «*un document complet et vivant*».

Chacun convient que le point faible de ce document est que la démarche n'a pas suffisamment associé les salariés et le CHSCT. Il est prévu que le CHSCT s'organisera pour cela. En fin de cette réunion du CHSCT, l'inspecteur du travail pointera à nouveau le fait que «*le CHSCT fonctionne très mal.*»

En mars 2003, le CHSCT a changé de majorité et de secrétaire. Une réunion spécifique du CHSCT est programmée en mai pour travailler sur le document. Il est également convenu d'échelonner la mise à jour des 27 fiches par «*unités de travail*» sur trois ans, en visitant neuf unités par an. Le CHSCT du mois de mai permet d'affiner la méthode tout en notant la nécessité de mieux associer les salariés. Un appel au volontariat sera lancé pour cela.

L'enjeu pour ce document est de dépasser le stade de contrainte réglementaire pour devenir un véritable outil de gestion des risques.

La situation actuelle de la formalisation de l'évaluation des risques peut être résumée rapidement.

Pour A, le document d'évaluation des risques en est resté à une approche formelle (rapport d'une stagiaire présenté en juin 2002) et sa forme actuelle ne lui permet pas encore d'être un bon outil de gestion. Direction et représentants du personnel sont peu motivés pour qu'il le devienne.

La première version du document «unique» de B a été présenté en fin d'année 2003, soit avec un an de retard. Il a été élaboré avec l'appui d'un prestataire extérieur, ce qui a permis de mieux structurer le contenu mais en a sans doute restreint l'appropriation.

L'établissement C vient de définir sa méthode d'élaboration dont l'aboutissement est prévu pour la fin de l'année 2004, soit deux ans après la date limite fixée réglementairement. La démarche sera accompagnée par un prestataire et pilotée par le secrétaire du CHSCT.

Enfin, concernant D, le document d'évaluation des risques a été rédigé avec l'aide d'un prestataire extérieur dans les délais mais sans le CHSCT, en s'appuyant sur un référent par service «*quelquefois désigné volontaire*» donc avec une faible implication du personnel. La direction et le CHSCT se proposent néanmoins d'associer davantage les salariés et les cadres

concernés dans une mise à jour régulière. Il pourrait alors devenir un véritable outil de gestion.

2.5) Les outils de programmation des actions

Plusieurs outils de programmation existent. Ils s'inscrivent soit dans une obligation réglementaire (programme annuel du CHSCT, rapport du médecin du travail ...), soit dans le fonctionnement normal des établissements (programmation des investissements : locaux, équipements ...).

2.5.1) Bilan et programme d'actions du CHSCT : une logique de programmation variable

L'établissement d'un bilan et l'élaboration d'un programme est une obligation réglementaire diversement appliquée.

La logique de programmation des CHSCT étudiés

Etablissement A

Le bilan et le programme annuel sont réalisés de manière régulière et constituent un outil de gestion structurant pour le CHSCT, même si la direction n'était pas convaincue de son intérêt : « *car les problèmes sont toujours les mêmes, et il faut poursuivre les actions.* » Il constitue pour les représentants du personnel un levier pour formaliser les actions et en vérifier la réalisation.

Etablissement B

Le mode de fonctionnement du CHSCT et la logique de concertation contrainte qui y règne, même si certaines démarches peuvent se situer dans une logique de cogestion (contrat local d'amélioration des conditions de travail), ne favorisent pas la construction de bilans et de programmes annuels. Les rares actions programmées (dosimétrie opérationnelle ...) apparaissent néanmoins comme des éléments structurants de l'activité du CHSCT, sans pouvoir constituer de véritables outils de gestion. Le document élaboré à la demande²⁵³ de l'inspecteur du travail est resté sans suite, donc n'est approprié ni par la direction, ni par les représentants du personnel comme cela a pu être le cas dans l'établissement A. On peut émettre deux hypothèses explicatives : - le fait que les représentants du personnel préfèrent traiter les problèmes émanant des salariés, plutôt que ceux émanant du code du travail - et le fait qu'ils disposent d'autres moyens pour construire un rapport de force avec la direction. Le droit apparaît comme étant au service des revendications des salariés, mais ne devant pas interférer avec celles-ci.

²⁵³ L'inspecteur du travail a exprimé en mars 2000 une demande écrite rappelant l'obligation faite à l'employeur de présenter annuellement au CHSCT : - un bilan de la situation en matière d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail - et un programme annuel de prévention. En réponse à cette demande, la direction a présenté au CHSCT, en juin 2000, un document intitulé « *rapport relatif à la prévention* ». Ce document essentiellement compilatoire reprenait des éléments extraits du bilan social ou de rapports réalisés par la personne compétente en radioprotection et le médecin du travail, sans proposer de programme d'actions.

Etablissement C

Le bilan et le programme²⁵⁴ annuel pourraient constituer un bon outil de gestion mais ils sont peu utilisés comme tel. Le bilan annuel, même s'il ne comporte pas de programme détaillé, possède le double avantage : de présenter le bilan des actions de l'année passée et de donner la prévision des travaux pour l'année suivante. Ceci pourrait permettre de travailler en amont sur ces dossiers ce qui est très rarement fait. Ce « *bilan* » indique quelques « *prévisions* » d'actions dont l'expression est trop sommaire pour constituer un véritable programme.

Etablissement D

Les bilans et programmes annuels sont très partiels, établis tardivement et peu discutés sur le fond en CHSCT. Ils n'apparaissent pas comme des éléments structurants de l'activité du CHSCT. Ils ne constituent donc pas un outil de gestion pour le CHSCT ni pour la direction.

Chez les «managers» on trouve les deux extrêmes. Les représentants du personnel de A²⁵⁵ en ont fait une exigence forte en terme de programmation et d'outil de gestion structurant. Par contre, à C l'aspect bilan est privilégié au détriment de la programmation qui y est plus aléatoire. Il est évoqué formellement une fois par an en tant qu'outil de gestion des résultats, sans constituer un outil de gestion des risques.

Parmi les établissements « gestionnaires », la programmation des actions est pour le moins faible voire nulle. Cela tient sans doute d'une part à l'absence de volontarisme de la direction et, d'autre part, à l'approche des problèmes par le particulier, des représentants du personnel. On peut toutefois atténuer ce constat par le travail de suivi des dossiers qui constitue une forme de programmation du traitement des problèmes particuliers à court terme, alors qu'une programmation permettrait de travailler sur le moyen terme.

La similitude entre « managers » et « gestionnaires » est que pour que cet outil soit utilisé, il faut que deux conditions soient réunies : - une prescription de l'inspecteur du travail, - et surtout la demande des représentants du personnel pour asseoir sa légitimité. L'analyse de l'attitude des représentants du personnel à son égard montre en effet que ce type d'outils ne peut survivre à la demande de l'inspecteur que s'ils y trouvent un intérêt.

²⁵⁴ Les orientations pour 2002 sont : - la prévention des lombalgies plus particulièrement dans les unités de soins - la prévention au niveau des chutes – une campagne de sensibilisation pour l'arrêt du tabac.

Au CHSCT de mai 2003, est présenté le bilan 2002 et le programme 2003 : au bilan : 12 réunions dont 4 visites ; formation lombalgies ; visites dans les services où le personnel se plaint de ses conditions de travail ou de problèmes relationnels ; tabac ; AES ; suivi de l'aménagement des postes de travail ; article dans TS ; site du CHSCT ; participation au CLIN ; rencontre avec P. Sotty ; contact avec ANACT. Les objectifs pour 2003 sont : étude des postes en radiothérapie avec l'ANACT ; poursuite campagne arrêt du tabac ; implication du CHSCT dans le dossier de la prévention des risques professionnels ; implication dans l'action contre l'absentéisme.

²⁵⁵ Le bilan du CHSCT, et surtout la programmation des actions de prévention, ont fait l'objet d'un contentieux en 2000 entre la nouvelle majorité et la direction. Ce point a été évoqué à quatre reprises en cinq ans, de 95 à 99, et quatre fois en 18 mois, de début 2000 à mi 2001. Ce renforcement du formalisme est donc bien réel, et était nécessaire de l'avis même de l'ancienne secrétaire.

2.5.2) Les outils de gestion du médecin du travail

Réglementairement, le médecin du travail doit élaborer des documents dont certains présentent toutes les qualités pour constituer de bons outils de gestion. Ils ne sont pas toujours présentés au CHSCT et surtout, quand ils le sont, ils sont très peu exploités. L'analyse quantitative des ordres du jour du CHSCT montre que la médecine du travail a été plus souvent évoquée dans l'établissement qui a connu les plus de difficultés en la matière (D). Dans les trois autres, il s'agissait surtout d'évoquer son activité (rapport annuel d'activité, programme d'actions, fiche d'entreprise, fonctionnement du service ...).

Cette faible appropriation de ses outils freine le volontarisme du médecin qui limite sa production documentaire à ceux, voire à celui qui est considéré comme indispensable, le rapport d'activité.

Par exemple, pour l'établissement A, dans son rapport d'activité 2000 le médecin du travail indique le nombre de salariés soumis à une surveillance médicale particulière (583 expositions aux risques biologiques, 220 aux agents cancérigènes, 165 aux radiations ionisantes, 116 au travail sur écran, 103 au travail de nuit, 58 aux produits chimiques ...). Ce type d'informations n'est pas exploité en CHSCT. Par exemple l'exposition à des agents cancérigènes arrive en deuxième position sans faire l'objet d'actions de prévention. Le travail de nuit n'est jamais évoqué, non pas que cela n'ait pas d'impact sur la santé, mais sans doute parce qu'il n'y a pas de solution. La construction d'une articulation avec le «document unique d'évaluation des risques» n'a pas vraiment été cherchée et n'a donc pas été trouvée.

Le rapport annuel de la médecine du travail de C est un outil de gestion intéressant pour le médecin du travail et pourrait l'être aussi pour le CHSCT, il comporte notamment beaucoup d'informations relatives aux expositions professionnelles.

Concernant la fiche d'entreprise, le problème est identique. Le médecin du travail de A indiquera dans son bilan 2000, que la fiche d'entreprise date de 1990 et que sa mise à jour a commencé en 2000. Finalement, sa mise à jour ne sera finalisée qu'en mars 2001 ce qui représente une mise à jour tous les onze ans, alors qu'elle devrait l'être chaque année.

Ainsi, dans les trois établissements qui ont connu un fonctionnement normal de la médecine du travail, les documents qu'elle a produit, pourtant très complets, ne font pas l'objet d'une analyse globale. Comme nous l'avons déjà évoqué, nous pouvons émettre plusieurs hypothèses explicatives : - la confiance dont bénéficie le médecin du travail - la difficulté pour les représentants du personnel de discuter de l'activité d'un expert - l'inadéquation entre le prescrit réglementaire et le besoin des entreprises (CHSCT et médecins du travail).

La confiance est un élément important dans l'exercice de cette activité et conduit souvent le CHSCT à s'en remettre aux choix stratégiques du médecin. Nous avons d'ailleurs montré que, a contrario, quand la confiance n'existe pas comme à D avant le changement de médecin, les orientations du médecin peuvent être contestées. Toujours à D, il est intéressant de noter que le nouveau médecin du travail, pour rétablir la confiance compte tenu du contexte conflictuel, va surtout chercher à s'appuyer sur son indépendance, tant par rapport à la direction qu'à l'égard des représentants du personnel. Dès lors on comprend mieux les difficultés d'intégration des outils du médecin du travail dans ceux de l'entreprise, la position du médecin oscillant entre confiance et indépendance, entre conseiller et expert. Le médecin du travail « conseiller » étant plus enclin à mettre en cohérence, voire à inscrire son activité dans celle du CHSCT, alors que le médecin du travail « expert » privilégiera son indépendance et le parallélisme des actions plutôt que l'intégration. La qualité des relations professionnelles a donc un impact fondamental sur son positionnement. De bonnes relations permettront une meilleure confiance et donc un meilleur taux de participation du médecin aux CHSCT, comme cela est le cas pour les « managers » par rapport aux « gestionnaires ».

Comme pour les autres personnes ressources, il est difficile pour une direction et pour les représentants du personnel de critiquer l'activité d'un expert, compte tenu de son niveau de connaissances.

Enfin, il est frappant de constater l'inadéquation entre le prescrit réglementaire et le besoin des entreprises. L'intérêt d'un prescrit réglementaire apparaît clairement, par exemple pour le calcul du temps de travail du médecin du travail. Il est en effet surprenant de constater que, bien que faisant l'objet d'un jugement favorable, ni la direction ni les représentants du personnel n'ont exprimé la nécessité d'augmenter son temps de travail. Il aura fallu l'application du droit pour l'augmenter. On peut y voir la contrepartie de l'indépendance grâce à laquelle le médecin peut gérer son activité comme il l'entend mais doit aussi assumer seul ce type de difficultés. L'absence de capacité de construction sociale dans les entreprises rend nécessaire le prescrit externe en la matière, mais pointe aussi sa désuétude. Tout d'abord, comme pour tout cadre, il est très difficile de raisonner pour le médecin en terme d'horaire de travail. L'analyse des quatre établissements montre bien que le temps théorique de travail est dépassé dans la pratique. Ensuite, les moyens et modalités d'exercice de la médecine du travail devraient pouvoir être plus fortement négociés au niveau de chaque entreprise. Toutefois, la régulation sociale de certains aspects est complexe comme l'illustre la difficulté de négocier la périodicité des visites de médecine du travail qui n'est jamais évoquée sur notre terrain.

2.5.3) Les outils d'intervention sur la technique : la rénovation des locaux et / ou réorganisation du travail

La gestion des risques gagne en efficacité à être intégrée dans la gestion de l'entreprise en général. La programmation de réaménagement des locaux et/ou de l'organisation du travail constitue un bon moment pour cette intégration. Là aussi on note une différence importante entre nos deux familles d'établissements. Les « managers » ont plutôt tendance à penser que la contribution directe ou représentative du personnel permet d'optimiser l'investissement et, en conséquence, faciliterons cette implication. Pour les « gestionnaires », l'intervention du personnel dans ces projets est davantage considérée comme une source de revendications donc de problèmes supplémentaires, et ils chercheront à la restreindre autant que possible.

Nous avons identifié plusieurs difficultés pour que le programme d'investissement puisse être un outil de gestion des risques du CHSCT²⁵⁶.

Nous venons d'évoquer la première qui est la transmission de l'information et le volontarisme de la direction.

La seconde touche à la compétence du CHSCT sur deux registres : - ses savoirs relatifs au travail - et ses connaissances technico-réglementaires. Les premiers renvoient à l'articulation entre la participation directe et la participation représentative. Les seconds font référence à l'expertise des représentants du personnel ou des personnes ressources qui peuvent être mobilisées.

La troisième concerne la méthode et plus particulièrement le moment optimum où le projet est suffisamment avancé pour être présenté, sans l'être trop pour préserver des marges d'évolutions

Le cas de C est illustratif. La programmation des travaux pourrait être un outil intéressant puisqu'elle est élaborée de manière prévisionnelle pour l'année suivante. Elle est toutefois difficile à mobiliser, pour plusieurs raisons : - le nombre d'opérations qui ne rend pas possible l'analyse de toutes les actions - la technicité des dossiers et donc les compétences requises, même avec la contribution directe des salariés - le fait que souvent, suite à l'évolution des projets, ce qui est réalisé n'a pas grand chose à voir avec le plan sur lequel le CHSCT a travaillé. Ces difficultés sont assez dissuasives et font que ce type de démarches est peu mis en œuvre.

²⁵⁶ Par exemple, la direction de D développe une politique d'acquisition de lits à hauteur réglable. Sa continuité a permis de faire progresser la prévention en matière de manutention, mais aussi le confort des malades. Cette stratégie est motivée par la nécessité de renouveler le matériel en choisissant une qualité qui profite au malade et aux soignants.

2.5.4) Les outils d'intervention sur la dimension humaine : la formation des salariés

Le clivage est là-aussi important entre « managers » et « gestionnaires ». La conception des premiers considère d'une part au niveau des directions que le salarié est une ressource qu'il faut développer et, d'autre part, au niveau des représentants du personnel que participations directe et représentative ne sont incompatibles mais complémentaires. La formation à la prévention des risques y est donc un mode de gestion plus développé que chez les « gestionnaires ». Chez ces derniers, les directions, pour les raisons évoquées précédemment ne sont pas motrices dans ce type de démarches, pas davantage que les représentants du personnel. On peut en effet comprendre que dans le cadre de relations difficiles, les représentants du personnel hésitent à conforter la participation directe des salariés. La formation et l'information du personnel en matière de santé-sécurité au travail sont très limitées et peu évoquées au CHSCT de B. Le seul risque qui fasse l'objet d'une action suivie en la matière est l'incendie, sur l'initiative de la direction, compte tenu de ses responsabilités en la matière.

Dans les deux établissements « managers », la formation du personnel est traitée régulièrement par les comités pour lesquels cette forme d'action est importante. La plus fréquente est le travail d'information et de formation du personnel (AES, manutention, incendie ...). Il touche un nombre croissant de salariés (environ 500 ces dernières années).

Chapitre 3) Les acteurs et leur régulation au sein des CHSCT étudiés : une affaire de savoir et de relations

3.1) Les acteurs des CHSCT étudiés

3.1.1) Un pilotage à deux : le président et le secrétaire

§ 1. Le président

§ 2. Le secrétaire

3.1.2) Le médecin du travail

§ 1. La médecine du travail en général : surveillance, veille et alerte

§ 2. La médecine du travail dans les établissements étudiés

3.1.3) Les interventions et le positionnement des inspecteurs du travail dans les établissements étudiés

3.1.4) Le positionnement des autres acteurs

§ 1. Les personnes ressources

§ 2. La CRAM

3.2) Les acteurs et leurs savoirs constitués et / ou construits

3.2.1) Les savoirs « donnés » ou « constitués »

3.2.2) Les savoirs « construits »

3.3) Les acteurs et leurs relations : du rapport de force à la régulation conjointe

3.3.1) Analyse de la régulation entre acteurs dans chaque établissement

§ 1. Etablissement A : une régulation en « bon père de famille »

§ 2. Etablissement B : une régulation sous contrainte

§ 3. Etablissement C : une régulation « managériale »

§ 4. Etablissement D : une régulation à minima

3.3.2) Analyse transversale : la régulation entre acteurs des CHSCT

§ 1. La logique de fonctionnement des CHSCT

§ 2. Les acteurs : approche quantitative, contributions et articulation des acteurs

§ 3. Les modes d'actions.

3.4) Gestion et régulation : le CHSCT comme composante d'ensemble régulateur ; une affaire de relations et de savoirs

3.4.1) Quelques points de repères théoriques

3.4.2) Gestion et régulation par la participation directe des salariés

3.4.3) La dialectique entre évaluation et gestion des risques

3.4.4) Le concept et les composantes de la gestion de la prévention : perception, représentations, régulation, conventions, expertise ...

3.4.5) Les règles juridiques et conventionnelles : régulation et conventions

3.4.6) Gestion et régulation : le CHSCT comme composante d'ensemble régulateur ; une affaire de relations et de savoirs

Chapitre 3) Les acteurs : savoirs et relations au sein des CHSCT étudiés

Parmi les difficultés rencontrées au cours de la construction des risques, certaines relèvent d'un problème de savoir et d'autres de relation.

Nous avons déjà montré la pertinence, en matière de risques professionnels, du concept développé par Hatchuel relatif à l'inséparabilité des savoirs et des relations. Dans la même logique nous dirons que si les problèmes ne peuvent pas toujours être imputés, spécifiquement à l'un ou à l'autre de ces deux opérateurs de l'action, par contre, la solution réside bien dans la qualité de l'articulation des deux.

Nous détaillerons la contribution que l'ergologie (Schwartz (2003)) apporte avec son dispositif à trois pôles et sa dialectique entre les - « *savoirs disponibles* » - les « *savoirs investis dans l'activité* » - « *les exigences éthico-épistémologiques* » ... « *support de la coopération féconde* » des deux autres pôles (Schwartz, 2003, p 263).

Nous évoquerons donc dans ce chapitre les savoirs, que nous nommerons « construits » et « constitués », comme matériaux de construction. Ceci en lien étroit, non seulement avec les acteurs qui les portent ou les construisent, mais aussi avec le lieu de « co-construction » qu'est ou que peut être le CHSCT. Nous considérerons comme indissociable savoir et relation entre acteurs.

Ce chapitre sera donc constitué de trois paragraphes qui traiteront : des acteurs, de leurs savoirs et de leurs relations.

3.1) Les acteurs des CHSCT étudiés

Analysons donc maintenant les différents acteurs du CHSCT (président, secrétaire, médecin du travail, inspecteur du travail, personnes ressources ...) en identifiant pour chacun ses missions et ses façons de les mettre en œuvre.

3.1.1) Un pilotage à deux : le président et le secrétaire

§ 1. Le président.

Le CHSCT est présidé par un représentant de l'employeur.

Voyons ses caractéristiques, pour chaque établissement, en faisant l'hypothèse que le choix du président est indicatif de la stratégie de l'employeur.

Les modalités d'exercice de la présidence du CHSCT dans les quatre établissements étudiés

Etablissement A

Le directeur ne participe que très rarement aux réunions du CHSCT, le secrétaire général est délégué pour cela. L'engagement de la direction en matière de prévention est réel, mais plus dans une logique de réponse aux problèmes soulevés par le CHSCT que d'anticipation de ceux-ci. Elle a la volonté d'optimiser l'utilisation des ressources humaines.

Les inspecteurs du travail successifs ainsi que le nouveau CHSCT ont demandé un engagement plus fort de la direction, ceci a entraîné selon elle « *que les projets viennent davantage de la direction en fonction de ses préoccupations propres, parfois financières.* »

En fait, l'ancienne secrétaire, en tant que cadre infirmier, et compte tenu de ses compétences, bénéficiait d'une forte délégation pour la définition des objectifs du CHSCT.

La direction, quelle que soit la qualité des débats, garde toujours la responsabilité des décisions et de leurs mises en œuvre. Sa relation au droit est très pragmatique et s'inscrit dans une analyse de sa légitimité et de sa nécessaire adaptation aux spécificités de A.

Etablissement B

La présidence effective du CHSCT est assurée par le DRH. Il assume de fait une forme de « *sous-traitance du dialogue social* » en assumant « *la guéguerre, en première ligne, entre direction et syndicats* ». Le DRH fait partie de l'équipe de direction et assure ainsi le relais avec celle-ci pour « *l'arbitrage* » et la prise de décisions.

De l'avis général, cette forme d'approche a permis d'améliorer la situation par rapport à ce qui se passait avant 1997 quand le CHSCT était très conflictuel.

Aujourd'hui, on peut davantage parler d'un jeu de rôle qui fonctionne à la satisfaction générale. Le secrétaire y trouve un lieu pour construire et exprimer une stratégie revendicative. Le DRH joue le rôle de relais et la direction peut décider à sa guise, mais néanmoins sous la pression, des suites à donner.

Le nouveau directeur participera à une réunion, en juin 2002. Le secrétaire *s'étonnera* « *qu'il y ait deux représentants de la direction présents à la réunion* » et en profitera surtout pour rappeler la revendication du CHSCT à participer au CLIN et « *l'actuel refus de la direction* » a y faire participer un membre du CHSCT. L'inspecteur du travail sollicité comme arbitre se positionnera plutôt comme médiateur en indiquant que « *le directeur ou son représentant doivent donner des réponses motivées aux questions abordées à l'ordre du jour.* »

La préoccupation de la direction pour la gestion des ressources humaines a progressé ces dernières années, mais elle n'en reste pas moins faible et l'on peut parler d'une gestion sous contrainte par le biais d'un dialogue sous contrainte sociale.

Cette relation est aujourd'hui stabilisée avec un secrétaire du CHSCT comme animateur et un DRH comme bouclier et courroie de transmission. La direction quant à elle garde toujours la responsabilité des décisions et de leurs mises en œuvre.

Il est à noter que le nouveau secrétaire général a participé à trois réunions du CHSCT sur quatre en 2003, en tant que président délégué. Est-ce pour déplacer le front de la discussion avec les représentants syndicaux notamment dans un moment de renforcement du poids des revendications par la mise en œuvre de procédures d'expertise par les représentants du personnel ?

Etablissement C

Le directeur général adjoint a longtemps présidé le CHSCT dans une logique managériale. Le secrétaire général lui a succédé, en septembre 2002, dans la même logique. Celle-ci repose sur un volontarisme de la direction en matière de gestion des ressources humaines considérées comme la principale ressource et le principal poste d'optimisation de la gestion.

La direction garde la maîtrise des décisions mais insiste sur la nécessité d'avoir des organisations syndicales actives pour faire remonter les problèmes : *« c'est bénéfique pour tout le monde. »*

Les acteurs reconnaissent le rôle important du directeur général adjoint qui aurait *« donné une impulsion positive, à partir de 1998, après le départ de l'ancienne équipe. »* Il a une conception positive des syndicats car pour lui il est *« nécessaire d'avoir un contre pouvoir »* et pour cela, il faut des organisations syndicales représentatives. *« Il faut faire remonter les problèmes car les problèmes non résolus vont finir par éclater un jour ou l'autre. »* Selon lui, cela passe par une meilleure visibilité du CHSCT, ce qui requiert de donner du temps à ses membres. Pour une direction, *« empêcher de discuter crée des opposants »*. *« Dans cette logique, la réserve des syndicats c'est la peur d'être « acheté », il faut donc leur donner une certaine liberté d'action. »*

Pour lui, l'intérêt que le CHSCT soit présidé par un directeur est que cela contribue à donner la cohérence globale aux actions et à l'intégration de la gestion des ressources humaines dans la gestion de l'établissement : *« un gestionnaire qui ne fait pas de gestion des ressources humaines n'est pas un bon gestionnaire car elles représentent 70 % du budget. »*

La posture de la direction est donc très claire. Son volontarisme repose sur deux dimensions ; - sa stratégie globale - et la capacité du directeur général adjoint à développer ce que certains à C appellent *« un management participatif »* qui caractérise le fonctionnement actuel du CHSCT.

Etablissement D

Le directeur a assuré relativement régulièrement la présidence du CHSCT en 1998, 1999 et 2000, puis n'a été présent qu'à deux réunions extraordinaires en 2001 et 2002. Il a repris sa participation en 2003. Cette période d'absence du CHSCT correspond globalement avec la période durant laquelle le secrétariat du CHSCT a été assuré par la CGT.

La présidence du CHSCT repose donc sur le secrétaire général qui y est toujours présent. L'absence du directeur (et de personnes ressources) l'amène à jouer tous les rôles, ce qui n'est pas propice à la bonne réalisation de chacun d'eux. Il ne peut donc pas jouer le rôle « distancié » d'un régulateur entre le personnel et les personnes ressources puisqu'il représente lui-même ces dernières. Ceci contribue à renforcer la nécessité du régulateur externe qu'est l'inspecteur du travail.

Globalement, la préoccupation de la direction pour les relations professionnelles en général et la gestion des risques est limitée. Elle est très attentiste et perçoit la participation représentative du personnel davantage comme une contrainte que comme une ressource en terme de dialogue social. La participation directe des salariés est variable selon les services, mais jugée globalement insuffisante par les représentants du personnel.

La direction, quelle que soit la qualité des débats, garde toujours la responsabilité des décisions et de leur mise en œuvre. Elle connaît néanmoins actuellement une difficulté avec la procédure d'expertise pour laquelle c'est le CHSCT qui décide et l'employeur qui finance.

Caractérisation du positionnement du président

Après avoir décrit le mode d'exercice de cette fonction dans chacun des quatre établissements étudiés, caractérisons plus globalement le positionnement du président.

Tableau 17 : analyse comparative de l'exercice de la présidence des CHSCT étudiés

	A	B	C	D
Niveau hiérarchique	Secrétaire général	DRH	Directeur adjoint puis secrétaire général	Secrétaire général
Niveau de délégation	Délégation totale de la part d'un directeur volontariste	Faible	Délégation totale de la part d'un directeur volontariste	Délégation limitée de la part d'un directeur peu volontariste
Niveau de décisions prises	Le président décide en CHSCT, et ne réfère au comité de direction que pour les décisions stratégiques	Le président assure le relais entre le CHSCT et le comité de direction	Le président décide en CHSCT, et ne réfère au comité de direction que pour les décisions stratégiques	Le président assume seul beaucoup d'aspects, avec un pouvoir de décision limité
Engagement de la direction en matière de prévention	+++ Volontarisme gestionnaire	+ Très faible volontarisme Gestion à minima	+++ Apport pour les salariés et pour la qualité des soins	+ Très faible volontarisme Gestion à minima

Globalement, cette analyse détaillée puis comparative nous permet de constater plusieurs aspects. Tout d'abord le lien fort entre le volontarisme de la direction et le niveau hiérarchique du président ainsi que son niveau de délégation.

Le statut professionnel du président influe sur le mode de fonctionnement du CHSCT. Plus celui-ci est élevé, meilleur est le fonctionnement. La fonction du directeur, qui exerce également une activité médicale, peut également influencer à la fois sur les spécialités médico-scientifique, donc les risques, et sur les choix des priorités d'actions. Par exemple, un directeur, par ailleurs radiothérapeute, serait plus attaché à une bonne prise en compte de la radioprotection.

On constate que dans les quatre établissements, la présidence effective du CHSCT n'est pas assurée par le directeur, comme peuvent l'être fréquemment le comité d'entreprise ou les réunions avec les délégués du personnel. Elle est ainsi effectivement assurée par le directeur adjoint, le secrétaire général ou le DRH. Il faut toutefois être vigilant sur le fait que le positionnement hiérarchique n'est pas suffisant pour caractériser le niveau de délégation qui, à fonction équivalente, est variable d'un établissement à l'autre. Les relations entre la direction et les IRP connaissent deux situations extrêmes. D'une part, les directions qui y voient

essentiellement une contrainte, et donc peu d'intérêt. Dans ce cas, le directeur limite sa participation aux instances qu'il juge plus stratégiques qui sont pour lui, par ordre décroissant : le comité d'entreprise et les délégués du personnel. D'autre part, à l'autre extrême, on trouve un établissement qui développe, outre un projet social, ce que l'on pourrait appeler une politique de type « qualité totale ». Pour assurer la remontée des problèmes en matière de risques professionnels, la direction s'appuie sur des fiches "incidents" et sur le CHSCT. Dans ce cas, la présidence en a été longtemps assurée par le directeur adjoint.

Dans les établissements « managers » (A et C), le niveau hiérarchique du président, son niveau de délégation et donc sa capacité de prise de décisions sont plus élevés que dans les « gestionnaires » (B et D), ce qui traduit un engagement plus fort des directions en matière de gestion des ressources humaines.

§ 2. Le secrétaire.

En contrepartie de la présidence, la fonction de secrétaire est assurée par un représentant du personnel. Cette fonction est stratégique. Il oriente en effet l'activité du CHSCT aussi bien en terme de méthode que d'actions concrètes. Il régule également de nombreux aspects de fonctionnement avec la direction ou avec certaines personnes ressources et décide du mode plus ou moins formel ou informel du traitement des problèmes. Il doit savoir exprimer informellement certains problèmes entre deux réunions du CHSCT afin de faciliter leur règlement et ne pas encombrer l'ordre du jour. A contrario il doit maintenir à l'ordre du jour ceux qui « méritent » de l'être. Il dispose pour cela d'une grande liberté de fonctionnement puisqu'il peut assumer ses responsabilités de manière très collective dans certains cas et très individuelle dans d'autres. Même si l'ensemble des organisations syndicales présentes au CHSCT contribuent à son fonctionnement, le poids du syndicat majoritaire est marqué, renforçant encore le rôle du secrétaire qui en est issu. Il faut d'ailleurs noter que si certains se mettent en retrait c'est soit pour ne pas le gêner dans sa mission, soit par difficulté à y contribuer.

Son activité professionnelle influe également sur l'activité du CHSCT et sur la connaissance du secrétaire par le personnel. Selon son activité, il sera en effet amené à circuler plus ou moins dans l'établissement et à connaître plus ou moins bien les différents « métiers ».

L'expérience est importante pour s'acquitter au mieux de cette mission. Malgré ce rôle important, il ne bénéficie pas de formation particulière. Celle-ci n'est pas prévue par la réglementation.

Les conditions de son élection influent sur sa légitimité. Ainsi, un secrétaire élu à l'unanimité, quel que soit l'établissement, sera plus légitime et appuyé par les autres représentants du personnel. Par contre, un secrétaire élu plus difficilement, peut être soumis à une opposition syndicale.

Analysons les modalités d'exercice de cette fonction, dans les quatre établissements étudiés.

Etablissement A

Le secrétariat du CHSCT a été assuré en 1992 et 1993 par la CGT, puis durant trois mandats, de 1994 à 1999, par la CFDT et enfin depuis 2000 à nouveau par la CGT. Comme celui du président, le rôle du secrétaire du CHSCT apparaît primordial pour son fonctionnement. En effet, la fonction de cadre infirmier supérieur permettait à l'ancienne secrétaire du CHSCT (CFDT) d'intégrer cette mission dans ses fonctions. Elle était ainsi porteuse de cette préoccupation auprès des différentes composantes décisionnelles et pouvait régler, de manière informelle, certains problèmes. Ceci comportait néanmoins un risque de confusion et de personnalisation de la fonction. La nouvelle secrétaire (CGT), technicienne de laboratoire, conçoit sa mission de manière plus classique sur le plan de la méthode : d'une part, approfondir au cours des visites l'échange avec le personnel pour être en capacité de poser les problèmes et, d'autre part, responsabiliser davantage la direction pour les régler, voire les anticiper.

Etablissement B

Durant la période de six années (de 1998 à 2003) que nous avons étudiée, le secrétariat du CHSCT a été occupé par la même personne qui d'ailleurs était préalablement membre du CHSCT. Elle a donc une longue expérience et s'est construit au cours du temps une compétence certaine tant en terme de connaissances technico-réglementaires que de stratégie d'actions.

La stratégie se situe sur deux registres : la cohérence syndicale et la remontée des problèmes, pour construire les revendications. La cohérence syndicale est assurée par un travail collectif important au sein du syndicat majoritaire, la CGT, et par une bonne articulation avec les autres organisations dont, plus particulièrement aujourd'hui, FO et, à un degré moindre, la CGC.

Le CHSCT de B est le seul à avoir désigné deux puis trois secrétaires adjoints. Ceci traduit bien ce travail collectif et intersyndical et permet l'association plus forte des autres membres, un plus grand partage du travail et des responsabilités et donne plus de visibilité à l'implication de FO aux cotés de la CGT.

Dans ce contexte, le secrétaire est toujours élu à l'unanimité.

La remontée des problèmes se fait par les réseaux constitués au fil du temps par les représentants du personnel qui néanmoins privilégient leurs réseaux de proximité en exprimant majoritairement les problèmes rencontrés dans leur propre service.

Etablissement C

Durant la période étudiée (1999 – 2003), la fonction de secrétaire a été occupée par un représentant de la CFDT jusqu'à l'automne 2000, puis par un représentant de la CGT.

La période « CFDT » que nous avons étudiée est trop courte pour nous permettre d'en tirer des conclusions générales hormis, d'une part, qu'il ne nous apparaît pas de modifications majeures dans la méthode de travail. Par contre et d'autre part, les conflits sociaux liés à la CCN et à la RTT ont donné une majorité forte à la CGT.

Des interventions tant de la CFDT que de la CGT en 2000 ainsi que la volonté de la direction de progresser sur le registre des relations professionnelles ne sont sans doute pas étrangères à l'attribution par la direction, à compter d'avril 2001, d'un mi-temps avec remplacement dans leur service, pour les secrétariats du CE et du CHSCT. Il est toutefois à noter que pour la mise en place de l'accréditation, le secrétaire (CFDT) avait déjà bénéficié d'une décharge de son travail en étant détaché 1 an à temps plein.

Les représentants du personnel étant issus de la CGT et de FO éliront et rééliront le secrétaire à l'unanimité ce qui confortera sa position. Au CHSCT de mai 2001, il indique qu'il a obtenu un mi-temps avec remplacement dans son service et qu'il va entreprendre une démarche plus régulière en collaboration avec le médecin du travail.

La logique du secrétaire actuel est claire : *« On n'est pas dans une logique de contestation pure et dure, nous on travaille pas comme ça, il faut prendre en compte le contexte, au niveau local, c'est avec les gens qu'on travaille » « On voit que les gens viennent à nous et adhèrent facilement et sont avec nous, c'est la façon dont on se rend compte qu'on peut avoir un impact. » « Je pense que le CHSCT est quand même basé sur la communication et sur la présence. » « J'essaie de voir les choses déjà sur le terrain et si on peut les négocier dans la sympathie et dans le calme, autant le faire. On arrive à de meilleurs résultats. » « Je mets donc le paquet sur la façon d'agir, de me présenter et d'être sur le terrain. » « Je ne m'appuie pas trop sur la réglementation. Je vais d'abord voir ou on m'appelle et je fais l'état des lieux de ce qui se passe. » « Le secrétaire c'est un peu le pivot entre les salariés et la direction. L'intérêt de la direction c'est aussi d'avoir des gens qui l'informent sur les problèmes concrets car sinon, il n'y a pas toujours quelqu'un qui les fait remonter. » « Je ne peux pas tout régler, il y a le légal, et puis après il y a ce qu'on peut faire sur place, avec les interlocuteurs qu'on a en face. »*

Le secrétaire travaille beaucoup avec le médecin du travail : *« Quand il y a un problème de fatigue morale ou physique, parce qu'il y a quand même beaucoup de pression psychologique, ça va tout de suite à la médecine du travail²⁵⁷ » « L'intérêt d'aller dans les services avec le médecin du travail : ça me fait une approche différente dans les soins qui n'est pas facile à aborder quand on n'est pas du domaine. D'abord ça me fait connaître, et puis c'est bien parce que le médecin du travail est beaucoup plus technique que moi, j'arrive à comprendre le pourquoi du comment. »* En contre partie : *« Quand le médecin du travail n'arrive pas à faire passer quelques choses, on en parle et par le biais quelquefois du CHSCT, on peut par exemple mettre le problème à son ordre du jour. »*

En résumé, le secrétaire joue un rôle actif de pivot. Il porte beaucoup de choses et les autres représentants du personnel se reposent beaucoup sur lui. Son action dépasse le CHSCT puisqu'il est également trésorier du CE et secrétaire de la section CGT de C, ce qui lui permet d'avoir une vision globale de son fonctionnement.

²⁵⁷ Certains appelleraient le service de médecine du travail : « Le bureau des pleurs. »

Établissement D

Pour le secrétariat du CHSCT, il faut distinguer quatre périodes correspondant aux quatre mandats étudiés. L'évolution de majorité syndicale est à mettre en relation avec les contentieux relatifs à la nouvelle convention collective et à la RTT.

Le premier mandat étudié (1997 et 1998) a vu la CFDT bénéficier d'une vraie majorité et donc d'une assise stable.

Au cours du deuxième (1999 et 2000), la CFDT a gardé le secrétariat mais au «*bénéfice de l'âge*». L'hétérogénéité des représentants du personnel et l'expression non concertée de positions divergentes ont affaibli la position du secrétaire en rendant plus difficile l'exercice de la fonction stratégique qui est normalement la sienne.

Le troisième mandat (2001 et 2002) voit la CGT disposer d'une majorité stable qui lui permet d'engager un travail collectif structuré marquant le poids du syndicat majoritaire.

Enfin, le quatrième mandat a débuté en 2003, en confiant le secrétariat du comité à la CFDT.

Si les secrétaires «*CFDT*» exercent leur mandat de manière plus participative, ils se heurtent également aux réticences de la direction à voir le CHSCT jouer pleinement son rôle. Ceci est particulièrement vrai pour ce qui concerne la communication d'informations. Cette situation réduit la capacité du secrétaire, quelle que soit son appartenance syndicale, à contribuer à la régulation des relations entre la direction et les représentants du personnel et à traiter entre deux réunions certains problèmes mineurs qui, de l'avis général, peuvent alourdir voire encombrer les réunions.

Les représentants du personnel fonctionnent en équipes, mais isolément par syndicats qui travaillent difficilement ensemble. Cela serait dû à des stratégies différentes mais aussi à des difficultés relationnelles interpersonnelles. La CGT a une conception plus politique et revendicative en partant et posant des problèmes plus généraux (charge de travail, chimiothérapies ...), alors que la CFDT serait sur un registre plus technique et participatif, en partant plutôt des problèmes particuliers et en essayant de généraliser les solutions. En comparaison avec les trois autres établissements étudiés, nous pouvons dire que cette différence entre un mode d'approche par le particulier ou le général renvoie moins à l'étiquette syndicale qu'aux personnes et à leur organisation concrète. Certains considèrent que les problèmes doivent être abordés uniquement dans leurs spécificités techniques, alors que d'autres privilégient une approche plus stratégique.

Pour la nouvelle secrétaire, «*être représentant du personnel au CHSCT c'est un «*métier*», pour lequel elle estime avoir besoin de conseillers comme l'inspecteur et le médecin du travail.*

Concernant la participation des salariés, elle est faible, et la direction privilégie la participation directe plutôt que représentative, et qui plus est des cadres, dans un certain nombre de groupes de travail dont le CLIN n'est qu'un exemple.

Les quatre établissements présentent quatre situations différentes.

Au niveau du secrétaire, l'établissement A a connu une évolution forte, qui n'a pas eu d'incidence majeure compte tenu du volontarisme de la direction.

Concernant B, il faut noter la forte stabilité syndicale, puisque c'est le seul établissement dans lequel la majorité syndicale (CGT) est stable depuis longtemps. Le fait que le secrétaire soit élu à l'unanimité, conforte sa position. Nous verrons que cela permet la construction d'une approche syndicale forte.

Comme pour A, la majorité syndicale de C est passée de la CFDT avant la nouvelle CCN, à la CGT ensuite. Le portage syndical y est moins fort et le point de vue des représentants du personnel est essentiellement porté par le secrétaire. Cela est compensé par le volontarisme de la direction qui lui a octroyé un mi-temps.

Enfin, au sein de D, nous avons vu que la position syndicale a changé à chaque mandat, ce qui ne contribue pas à conforter le secrétaire, dans un contexte syndical hétérogène et avec un volontarisme faible de la direction.

Notre échantillon de quatre entreprises ne nous permet pas de dégager une typologie syndicale, même si la CFDT apparaît plus participative et la CGT plus revendicative. La grande diversité des secrétaires « CGT » montre que deux éléments priment : le pragmatisme et la capacité, très variable, des représentants du personnel à développer une véritable stratégie.

3.1.2) Le médecin du travail

§ 1. La médecine du travail en général : surveillance, veille et alerte

Plusieurs débats conceptuels questionnent le positionnement de la médecine du travail : l'articulation sélection (aptitude) / prévention, l'orientation de la mission plutôt vers l'évaluation ou la gestion des risques, la posture d'expert ou de conseiller et enfin la question de l'indépendance qui est récurrente.

Les médecins du travail se trouvent bien seuls pour traiter de toutes ces questions, d'une part pour les raisons évoquées précédemment relatives aux difficultés d'accord au niveau national, mais aussi du fait de la carence des commissions de contrôle des services²⁵⁸ dans lesquelles les représentants du personnel n'occupent que très peu les places qui leurs reviennent.

L'étude réalisée par Sandret et coll (2002), relative aux problèmes d'aptitude, identifie deux postures dominantes du médecin du travail : conseiller ou expert. Le conseiller privilégierait la relation avec le salarié et analyserait son aptitude de manière très concertée avec lui et avec l'employeur. L'expert, lui, se référerait davantage aux savoirs qu'au point de vue du salarié et de l'employeur.

Pour eux, « *les dirigeants de l'entreprise, reconnaissent au médecin du travail un rôle social utile aux objectifs économiques, dans la mesure où il exerce, auprès de la direction, un rôle*

²⁵⁸ Comme leur nom l'indique, ces commissions (comportant des représentants des organisations syndicales de salariés, en plus des représentants des employeurs qui dirigent le service) doivent contrôler le bon fonctionnement du service. Néanmoins, l'IGAS regrette qu'elles soient « *bien souvent des organisations fantômes.* » (IGAS, 2003, p 138).

technique d'expert, de conseil et d'alerte et auprès des salariés, une fonction sociale de régulateur et de modérateur. » (Sandret et coll, 2002).

Le ministère en charge du travail pointe une autre difficulté de la médecine du travail qui est son fonctionnement sur un registre médico-médical, privilégiant « *le médical au sens le plus clinique du terme par rapport à l'interaction entre la clinique, la visite et l'action en milieu de travail qui peut être source de prévention primaire, qui touche aux choix d'organisation du travail, qui se fonde sur la connaissance des postes*²⁵⁹. »

Dômont (1999) ne dit pas autre chose en concluant son livre par une question : « *N'a-t-on pas organisé une démarche trop médicalisée et insuffisamment proche des opérateurs à leur poste pour que cette médecine puisse répondre à l'attente, non plus uniquement de réparation, mais de prévention des maladies professionnelles ?* »

La position des organisations patronales en matière d'aptitude illustre bien leur conception de la médecine du travail. Les employeurs privilégient la fonction de sélection, de veille et d'alerte permettant de recruter et de maintenir à leur poste des salariés aptes à assumer leur fonction et à préserver leur santé. Les organisations syndicales insistent davantage sur l'adaptation du poste de travail au salarié.

Le rapport annuel de l'IGAS illustre bien ce débat : « *Cette « aptitude » que le médecin du travail évalue, s'apparente au fond à une estimation de la prédisposition au risque d'indemnisation. Elle est davantage un vestige de la médecine légale qu'un véritable outil de prévention et correspond à la fonction fondamentalement assurantielle de la médecine du travail. Le certificat d'aptitude est ressenti comme un permis de travail pour le salarié, comme une garantie assurantielle pour l'employeur.* » (IGAS, 2003, p 134)

L'évolution du système bien que limité aux aspects structurels est néanmoins chaotiques pour deux raisons : le manque de portage politique et social et un fonctionnement corporatiste de l'institution. Ce manque de portage politique et social n'est pas spécifique à la médecine du travail, mais concerne l'ensemble de la prévention, nous l'avons déjà exposé et nous pourrions l'illustrer davantage²⁶⁰.

²⁵⁹ Intervention de J. Marimbert, alors directeur des relations du travail au ministère chargé du travail, lors du séminaire «Evaluation des risques et logiques d'intervention» organisé par l'Institut National du Travail (INTEFP) à Marcy l'Etoile le 10 juin 1998.

²⁶⁰ Brun F. et Boisnel M. (alors en charge de ces questions au ministère du travail) indiquent (INRS : Document pour le Médecin du Travail n°39, 3^e trimestre 1989) que le décret du 14 mars 1986 permet au système français de médecine du travail de poursuivre son évolution vers un contenu plus effectif et plus pratique, une indépendance renforcée du médecin, un meilleur contrôle des salariés et l'amorce de conceptions nouvelles en matière de prévention : il entre dans une ère mouvementée. Les représentants des employeurs en demanderont l'annulation au conseil d'état. Celui-ci rejettera en tous points ce recours. Toutefois, « dans ce climat incertain », marqué de contestations vives, l'application des dispositions du texte de 1986 sera suspendue jusqu'au 1^{er} janvier 1989.

Le débat sur l'indépendance du médecin du travail est lui aussi révélateur des tensions dans la profession. Si l'on considère comme Hatchuel que l'action possède deux opérateurs inséparables, le savoir et la relation, nous pouvons dire que les médecins du travail s'appuyant davantage sur le savoir insisteront sur l'indépendance, limiteront leur mission à l'évaluation des risques, tout cela sur une posture d'expert. Alors que ceux qui privilégient la relation parleront plutôt de confiance, s'impliqueront plus dans la gestion, dans un rôle de conseiller. Cette typologie est bien évidemment réductrice, en effet, comme nous l'indique la sociologie des professions, la réalité de la profession est composée d'une multitude de « segments²⁶¹ ».

L'IGAS (2003, p 134) considère que la « *médecine du travail française se trouve à un carrefour où elle va devoir choisir entre deux voies divergentes : l'une traditionnelle, fondée davantage sur l'approche médicale individuelle de l'individu et le traitement illusoirement égalitaire de tous les salariés ; la seconde, plus proche du modèle anglo - saxon, et plus tournée vers un mode d'action collectif et ciblé, vers la santé au travail plutôt que vers l'aptitude au travail.* » « *La complexification des risques professionnels et l'accroissement des exigences de sécurité et de prévention commandent une approche pluridisciplinaire envers laquelle les employeurs, pour des raisons économiques, les organisations syndicales, fidèles à leur pragmatisme en matière de risques professionnels, et les médecins du travail eux-mêmes, dans un réflexe conservatiste, se montrent réticents.* » (IGAS, 2003, p 137).

La France est l'un des rares pays à avoir autant misé sur la médecine du travail et à avoir une telle couverture des salariés par celle-ci, ce qui ne manque pas de susciter des difficultés au niveau de la construction européenne. Ainsi la médecine du travail ne peut pas s'appuyer sur l'évolution du droit européen pour mener ses nécessaires évolutions.

L'année 2004 aura permis de formaliser certaines évolutions fortes de la médecine du travail. Cela va dans le sens d'une meilleure transposition du cadre européen donné par la directive de

²⁶¹ L'une des rares études françaises (Piotet et coll 1996) qui a étudié ces professions ou ces métiers pointe un certain nombre de constats. Nous indiquons en italique et entre parenthèses, les chiffres au 1^{er} janvier 2002, issus de « Conditions de travail – Bilan 2002 », Ministère des affaires Sociales et de la Solidarité. L'exercice de la médecine du travail en service autonome est très différente de la médecine en service interentreprises, ne serait-ce que d'un point de vue quantitatif : 1700 salariés à suivre par médecin en autonome (*pour 1713 aujourd'hui*), contre près de 3000 en interentreprises (*entre 2689 et 2909 actuellement, selon que le service soit professionnel ou interprofessionnel*). C'est une profession féminine à 63% (66%), d'âge moyen 45 ans (« *La structure démographique particulière et défavorable est une donnée essentielle* ». En effet le vieillissement de la population des médecins du travail, qui ne peut que renforcer leur pénurie actuelle, constitue l'une des données essentielles de l'évolution de la médecine du travail.), travaillant à 53 % à temps partiel, en service interentreprises dans 73% des cas. Ils hiérarchisent ainsi leur rôle : conseiller les entreprises (76%), informer les salariés de leurs droits (49%), convaincre les entreprises (47%), informer l'entreprise sur la législation (43%), faire appliquer la législation (16%), la moduler en fonction du contexte (39%). La principale difficulté évoquée concerne le manque de temps pour la visite des lieux de travail. Leurs principaux atouts sont pour eux : le contact avec les salariés (45 %), la neutralité (38 %), l'indépendance technique (36 %) et le contact avec l'employeur (22 %). 22 % estiment qu'ils n'ont aucune utilité, 74% un peu et 4 % beaucoup.

1989. Le cadre réglementaire est stabilisé mais les modalités concrètes de mise en œuvre ne le sont pas encore. Les divergences importantes qui apparaissent, tant dans l'analyse de ces textes que dans leur déclinaison opérationnelle, ne permettent pas aujourd'hui d'en prévoir les implications et conséquences réelles.

§ 2. La médecine du travail dans les établissements étudiés.

Commençons par décrire les modalités d'exercice de l'activité de médecin du travail dans les établissements étudiés dont il est membre de droit du CHSCT.

Etablissement A

L'établissement a connu des difficultés pour stabiliser sa médecine du travail qui a vu un certain turn-over sur le poste. Il semble que cette situation se soit stabilisée avec l'augmentation du temps médical et l'arrivée d'un nouveau médecin.

En effet, dès 1992 le médecin du travail se plaint du manque de temps et de moyens et, en 1999, trois médecins du travail se succéderont dans la même année.

En mai 2000, dans son rapport d'activité pour l'année 1999, le médecin du travail indique « *qu'il est urgent d'augmenter le temps du médecin du travail et de sa secrétaire afin de permettre : la saisie des dossiers, l'accueil pour les AES, l'action en milieu de travail et une connaissance plus approfondie des postes.* »

Le temps de travail du médecin évoluera par étapes. Dans son bilan 2000, le médecin du travail indique que le temps qu'il consacre « *au milieu de travail* » est correct mais se fait au détriment des visites médicales. De fait celles-ci n'ont pas un rythme annuel.

A la demande de l'inspecteur du travail qui insiste sur la nécessité d'une visite annuelle pour le personnel, la direction portera ce temps à 80 % de même que pour la secrétaire. Ce temps est supérieur au niveau prévu par la réglementation et montre la volonté de la direction à développer une activité qui donne satisfaction.

Au CHSCT de juin 2003, le médecin du travail signalera toutefois que seulement « *70 % du personnel a été vu en consultation de médecine du travail dont 30 % de médecins.* » Malgré ces difficultés, la médecine du travail bénéficie d'un jugement globalement favorable de la part des membres du CHSCT. Ceux-ci caractérisent la plus-value du médecin du travail de manière homogène. Ils priorisent la fonction de veille et d'alerte (sur des situations personnelles ou collectives). Arrivent ensuite, mais loin derrière, des missions comme des aménagements de postes, l'expertise, la participation à certaines actions ... Le médecin du travail est ainsi positionné par tous les acteurs comme assurant une fonction de veille et d'alerte, sur la base des remontées des salariés qu'il doit expertiser, plutôt que de visites spontanées dans les services.

Cette posture particulière amène le médecin du travail à privilégier les trois activités qui font consensus, tant auprès de la direction que du personnel : les visites médicales, la veille voire la validation sur les problèmes qui lui sont présentés par les salariés et la participation à des études et à des actions de prévention. Entre autres actions, le médecin du travail régule l'intervention d'un psychologue du travail, suit les déclarations d'AES et procède à leurs études Il doit trouver un équilibre entre l'évaluation de la santé des salariés, l'évaluation des risques et sa contribution à des actions de prévention, ces trois activités étant complémentaires.

Etablissement B

Dans un contexte où la logique revendicative domine, il est difficile au médecin du travail d'occuper sa place au risque de paraître privilégier une partie plutôt que l'autre.

En six années, le fonctionnement de la médecine du travail a été mis à l'ordre du jour du CHSCT une dizaine de fois, essentiellement pour évoquer les rapports rédigés par le médecin du travail (rapport annuel technique, rapport annuel administratif et financier, fiche d'entreprise mise à jour en mars 2002). Ces documents pourtant détaillés n'ont pratiquement jamais donné lieu à débat et personne ne s'en est emparé pour structurer une action. L'activité du médecin n'est pas discutée. Pourtant certains aspects pourraient l'être comme le taux de visites périodiques annuelles. Le rapport 2001 fait en effet apparaître un effectif attribué au premier janvier de 614 et un nombre de visites médicales annuelles de 352, alors que la visite est réglementairement obligatoire sauf accord d'entreprise, ce qui n'est pas le cas.

Les moyens affectés à la médecine du travail sont limités au niveau du temps de travail du médecin, d'une assistante à mi-temps et de l'absence d'infirmière du travail, les prélèvements et les soins étant assurés par d'autres services.

Le médecin du travail apparaît donc comme assurant son activité de base mais peu impliqué dans la politique de l'établissement et peu sollicité par ses acteurs, tant au niveau de la direction que des représentants du personnel.

Parmi les quatre établissements étudiés, le médecin du travail de B est celui qui bénéficie du temps de travail le plus faible. Il aura fallu le renouvellement de l'agrément du service pour que la DRTEFP demande une augmentation de 30% de ce temps. Cette augmentation n'avait préalablement été demandée par personne, ni par les représentants du personnel, ni par la direction et pas davantage par le médecin lui-même. L'insuffisance de temps ne lui permettait pas de réaliser les visites annuelles. Il était donc amené à gérer cette situation sans qu'elle soit exposée et traitée en CHSCT. Sans doute n'y avait-il pas la relation de confiance requise pour évoquer des questions touchant à sa propre activité.

Le médecin du travail rédige chaque année un rapport sur les AES sans pour autant s'impliquer fortement dans leur prévention. Il a mis à jour sa fiche d'entreprise qui malheureusement n'a pas trouvé d'écho au sein du CHSCT.

Etablissement C

Le service de médecine du travail de C est le mieux doté des quatre établissements en secrétaire et infirmière, ces deux personnes étant à mi-temps, alors qu'aucun des autres établissements ne dispose d'une infirmière du travail. Par contre, le temps de travail du médecin du travail, malgré une augmentation récente, est proportionnellement le plus faible des quatre. Comme pour les trois autres établissements c'est l'application du droit du travail lors de l'agrément du service, qui a permis son augmentation récente, liée à l'augmentation importante des effectifs en 2000.

Le médecin du travail, qui occupe cette fonction depuis 15 ans, est fortement positionné dans la politique de C, tant au niveau de la direction que du CHSCT, que d'autres structures. Il apparaît comme un « fil conducteur » entre certains acteurs.

Au cours des réunions, la médecine du travail a été évoquée à huit reprises, essentiellement pour permettre au médecin du travail de présenter son rapport d'activité, sans que celui-ci fasse l'objet d'un réel débat.

Son activité est très structurée et l'on peut identifier trois types de démarches : - les visites cliniques - la réponse aux problèmes posés le plus souvent par les salariés et quelquefois aux sollicitations de la direction - et les actions programmées à son initiative ou à celle du CHSCT.

Le temps de travail dont il dispose ne lui permet pas d'accomplir toutes ses missions. Il est donc amené à établir des priorités. Son choix est de réduire la partie clinique de son activité, au profit du « tiers-temps technique », c'est-à-dire de l'approche des risques par les situations de travail. Ainsi, le taux de visites périodiques par rapport à l'obligation annuelle varie entre 44 % en 2000 et 66 % en 1999 et 2001. Le taux plus faible en 2000 s'explique sans doute par le nombre de recrutements, donc de visites d'embauche, plus importants. Le médecin insiste par ailleurs sur l'intérêt des visites de pré - reprise, surtout après arrêt de travail long, pour adapter éventuellement le poste. Ce taux de visites est l'un des plus faibles des quatre établissements étudiés. Il anticipe l'évolution réglementaire actuelle qui prévoit d'augmenter le temps entre deux visites systématiques.

Concernant le traitement des problèmes, en réponse aux demandes ponctuelles, sa contribution est double : - valider le risque qui lui est exposé - assurer le relais auprès des acteurs en capacité de mettre en œuvre les solutions, généralement en leur proposant des « principes d'actions ». Par exemple, en réponse à une demande relative à l'ergonomie d'un poste de travail, il l'a étudié et proposé de l'aménager, pour rendre réglables certaines positions de travail ; la modification du poste a été réalisée par les services techniques. La direction essaie de prendre en compte les avis du médecin du travail ; ainsi en 1999, sur 18 propositions d'aménagements de poste, 10 ont été suivies d'effets.

Parmi les autres dossiers ponctuels qu'il doit traiter, figure l'aménagement des locaux pour lequel le CHSCT et le médecin du travail doivent réglementairement être consultés préalablement à toute décision, afin que les postes de travail soient ergonomiques et aménagés dans de bonnes conditions. Son intervention est rendue difficile parce qu'il ne peut matériellement pas intervenir sur tous les dossiers mais, en tout état de cause, lorsqu'il intervient *« il faut que ce soit sur les plans définitifs. »* Nous verrons ultérieurement que si les plans sont correctement mis à sa disposition, il arrive fréquemment que la direction intègre des modifications substantielles sans l'en informer.

Concernant les actions programmées, elles se recoupent en partie avec celles du CHSCT. Parmi celles-ci on peut citer : - l'informatisation du service médical (2000, 2001, 2002) - AES : étude des accidents et du matériel et formation du personnel - étude sur les cytostatiques (2000, 2001, 2002) (en collaboration avec la pharmacie centrale qui assure la préparation des cytostatiques) - travail sur écran (2000, 2001, 2002, 2003) ; la moitié des visites de locaux a été consacrée, en 2001, à la visite des bureaux pour des problèmes de travail sur écran, pour les mêmes raisons que les années précédentes, posture et éclairage - risque chimique (2000) ; mise à jour de la fiche d'entreprise - risques biologiques en laboratoires (2001, 2002) - formation SST, jusqu'en 2002, en dehors de son temps de travail, mais que maintenant le médecin du travail ne peut plus assurer.

Le temps relativement important consacré au travail sur écran est surprenant par rapport à celui consacré aux services de soins, qui reste l'activité dominante. Est-ce le reflet de problèmes plus importants ou bien d'une plus grande difficulté du médecin du travail à intervenir sur le terrain médical ?

L'objectif de ce plan d'activité est régulièrement rappelé dans le bilan du médecin du travail : *« Chaque année la législation devient de plus en plus importante et détaillée. L'objectif du plan d'activité est d'essayer de dépister et par-là même de conseiller pour la correction des situations pouvant entraîner une altération de la santé du personnel. »*

En résumé, on peut dire que le médecin du travail bénéficie d'un très bon positionnement. Ceci est sans doute lié à ses qualités personnelles, mais aussi au contexte. Nous faisons en effet l'hypothèse que dans un contexte non conflictuel, il est plus aisé au médecin du travail de trouver sa place au sein du CHSCT. La forte relation de confiance peut expliquer en partie l'absence de débats sur son activité. Ceux-ci pourraient pourtant conforter son activité

concernant des aspects comme l'augmentation du temps, le choix des priorités, des questions de fond comme l'absence de contre-indications à l'exposition à des substances cancérigènes. Le faible positionnement du CHSCT sur ces questions peut aussi être interprété comme le fait qu'il considère que ces questions relèvent de la seule expertise du médecin à qui il revient de les traiter seul.

Etablissement D

La médecine du travail connaît à D des difficultés depuis de nombreuses années. Elles ont été évoquées à 24 reprises au cours des 33 réunions du CHSCT qui ont eu lieu entre le 25 janvier 1996 et 9 septembre 2003. Concernant les trois derniers médecins du travail, le premier aurait laissé la situation dans un état catastrophique²⁶². Le deuxième a été licencié en 2002. Le troisième actuellement en poste essaie d'exercer sa mission sur la base d'un passif lourd et d'un contexte difficile.

Nous n'évoquerons pas la situation du premier, trop lointaine. Concernant le second, nous trouvons dès 1997 traces de ses difficultés de fonctionnement et du fait qu'il ne répond pas aux attentes de la secrétaire du CHSCT qui lui rappelle que *« le tiers-temps est prévu pour que le médecin du travail fasse un travail au sein de l'entreprise. »*²⁶³ Le médecin du travail répond *« être limité sur ses horaires. »* Le problème est à nouveau évoqué le 4 juin 1997, la secrétaire y regrette encore l'absence de tiers-temps et le fait que le médecin du travail *« n'effectue pas les missions que lui confie le CHSCT »*. Il est convenu de faire établir un devis comparatif pour l'exercice de cette activité par un service externe à D. Les résultats de cette étude sont présentés en septembre et indiquent que la prestation assurée par un service extérieur coûterait moitié moins chère. Même si cette évaluation apparaît incomplète, il est néanmoins acquis, pour tous les membres du CHSCT, qu'à coût équivalent, D pourrait bénéficier d'une meilleure prestation.

On peut ainsi résumer la situation concernant les trois parties prenantes. La direction ne consacre pas les moyens qu'elle devrait. Plutôt que d'affecter un temps plein d'infirmière à la médecine du travail, comme cela est réglementairement obligatoire, elle considère que cette obligation est respectée par la mise à disposition d'infirmières dans les services qui assurent certaines des missions d'une infirmière en médecine du travail (prélèvements biologiques, premiers soins ...). Ces personnes n'assument toutefois pas certaines fonctions spécifiques, telles que l'assistance du médecin du travail (aide dans la gestion des dossiers, interventions sur le lieu de travail ...).

Concernant le travail de secrétariat, il est réalisé par une ancienne infirmière qui ne dispose pas de toutes les compétences requises en matière de secrétariat.

Il apparaît donc clairement que la direction ne met pas à la disposition de la médecine du travail les moyens adaptés.

Concernant les représentants du personnel, outre l'absence de tiers-temps et la non-réponse à leurs sollicitations, ils expriment un manque de confiance. Celui-ci est lié d'une part au fait qu'ils estiment que le médecin du travail est plus proche de la direction que d'eux-mêmes et, d'autre part, ils regrettent son manque d'implication.

Le médecin du travail, quant à lui, exerce également une fonction de médecin généraliste. Il exerce d'ailleurs la médecine du travail comme un médecin généraliste, c'est-à-dire en privilégiant les examens cliniques des salariés, au dépend de l'analyse des situations de

²⁶² L'inspecteur du travail dira au cours du CHSCT du 24 septembre 1997 que ce médecin *« a laissé le service inexistant, ce qui a été lourd à reprendre en charge. »* Un représentant du personnel considère même que le problème est ancien : *« Lors de mon recrutement avant 1980, la situation était déjà problématique. »*

²⁶³ CHSCT du 26 février 1997.

travail. Il indique d'ailleurs clairement au CHSCT qu'il ne considère pas ces sollicitations comme étant une priorité.

Il faut également noter la gestion difficile de ce dossier par le ministère du travail, la DRTEFP et le médecin inspecteur régional du travail. Le ministère ayant dans un premier temps, par mesure dérogatoire, accepté que le médecin du travail puisse concilier cette activité avec celle de médecin généraliste avant de se rétracter. Concernant son autorisation administrative de fonctionner délivrée par la DRTEFP, ce service aura fonctionné jusqu'en 2002 sans l'agrément qui aurait dû être renouvelé en 1999.

L'avancement du dossier se heurte, il est vrai, au refus de la direction, de créer notamment un poste d'infirmière du travail spécifiquement dédié à la médecine du travail. La direction s'interrogeant sur *« l'utilité qu'il y aurait à former une infirmière si le médecin du travail ne remplit pas ses fonctions. »*²⁶⁴

Au CHSCT de septembre 2000, la secrétaire (CFDT) plaide à nouveau pour une externalisation de la médecine du travail, estimant *« qu'une médecine interne a pour inconvénient une grande dépendance du médecin vis-à-vis de la direction du centre. Avec une médecine externe ce problème est minimisé ... »*. La CGT est, quant à elle, *« favorable à une médecine du travail interne vu la taille de notre établissement mais pas avec ce médecin du travail. C'est une opposition officielle soutenue par l'ensemble des salariés qui trouve que le médecin ne fait pas son travail. »*²⁶⁵ La CGT explique également sa position par l'existence du contrat de travail à 100 heures qu'occupe alors le médecin du travail, en demandant que le médecin du travail réalise bien le volume d'heures prévu.

Cette divergence est confirmée au cours d'un comité d'entreprise en septembre 2001. Les questions posées, sans que la direction y réponde vraiment, sont : - quel temps sera accordé au médecin ? - y aura-t-il une infirmière spécifiquement affectée à la médecine du travail ? - le coût du dispositif sera-t-il plus élevé en interne ou en externe ?

La direction décide en décembre 2001 de se tourner vers un service extérieur. Le service contacté indique qu'il ne peut faire face. Selon le médecin du travail alors en poste *« aucun des 27 médecins du travail ne voulait venir à D en raison de sa renommée d'établissement difficile. »*²⁶⁶

Le débat sur l'organisation de la médecine du travail est conclu les 28 et 29 mars 2002 (réunions du comité d'entreprise puis du CHSCT), soit près de cinq ans après que cette question ait été posée en CHSCT. En substance, le service externe de médecine du travail s'est vu « forcer la main » par la DRTEFP pour prendre en charge D, sur la base d'un contrat de 60 heures pour le médecin du travail. La CGT et FO votent contre la convention proposée. La CFDT, tout en regrettant le coût proposé, *« prend note du fait que les 60 heures sont évolutives. »*

Le nouveau médecin du travail prend ses fonctions en avril 2002 et est confronté à un conflit avec la CGT dès le mois de novembre. Il lui est reproché d'avoir contribué au licenciement d'un salarié en lui ayant exprimé un avis *« d'inaptitude à tout poste »*. Il ne participera pas au CHSCT du 27 novembre *« du fait d'une forte demande de consultation d'une part, et au fait qu'elle a été blessée par le tract de la CGT d'autre part. »*²⁶⁷

La direction persiste toutefois dans l'idée de ne pas affecter une infirmière à la médecine du travail, mais de répartir cette charge sur différentes infirmières de l'établissement (21 mai 2003).

²⁶⁴ Intervention du secrétaire général au CHSCT du 28 septembre 2000.

²⁶⁵ Intervention au CHSCT du 29 juin 2001. Lors du CHSCT du 21 décembre 2001, la CGT exprimera plus précisément ses attentes : le budget pour un service externe ne doit pas être supérieur à un service interne ; pour 100 heures de médecin, un demi-poste d'infirmière et un demi-poste de secrétaire.

²⁶⁶ Intervention au CHSCT du 21 décembre 2001.

²⁶⁷ Intervention du secrétaire général au CHSCT du 27 novembre 2002.

Globalement, sur la période 1996 - 2003, le médecin du travail a été présent à 73 % des réunions ; ceci est lié aux difficultés de fonctionnement de la médecine du travail et représente un taux faible pour une entreprise de cette taille.

Concernant le temps de travail du médecin, il apparaît clairement que s'il est limité au minimum réglementaire, il ne permet pas l'exercice complet de cette activité et que le médecin doit réduire soit la périodicité des examens cliniques, soit le tiers-temps, soit le temps consacré aux autres entreprises. Il faut toutefois atténuer l'importance du temps théorique calculé qui n'a pas grand sens, le médecin du travail n'étant pas dans une logique de quantification de ses horaires réels de travail.

Il faut par ailleurs noter que d'autres centres connaissent des difficultés avec la médecine du travail, néanmoins beaucoup moins graves qu'à D.

La qualité de l'action du médecin du travail dépend beaucoup de la relation de confiance qui s'instaure plus ou moins entre lui, la direction, les cadres (le médecin travaille étroitement avec certains cadres qui sont pour lui de «bons conseillers»), les salariés et les représentants du personnel. La reconstruction de cette nécessaire confiance à D ne relève pas uniquement de l'action du médecin du travail mais aussi de celle de la direction et des représentants du personnel.

D'ores et déjà, le médecin du travail a engagé des études et des actions concrètes : étude toxicologique dans le laboratoire d'anatomopathologie, procédure AES, rédaction d'un rapport annuel, participation au CLIN et à la cellule de radiocompétence, réflexion sur la formation à la manutention ... Il a fait le choix de ne pas réaliser la fiche d'entreprise, considérant que ce n'est pas une priorité. Concernant le test du matériel sécurisé pour la protection contre les AES, après avoir été initié par le médecin du travail, il est devenu l'affaire d'une infirmière qui, du point de vue du médecin, est plus compétente que lui.

Il n'est toutefois pas impliqué dans l'expertise sur la charge mentale.

Il développe sa propre stratégie qui le place sur un registre d'expertise personnelle indépendante (il regrette néanmoins les difficultés d'accès à certaines formations) tant de la direction que des représentants du personnel. Dans son rapport d'activité 2002, il pointe toutefois la « *nécessité absolue d'une collaboration avec le CHSCT afin de mettre en place une action préventive vis-à-vis des risques professionnels.* » L'avenir dira si cette logique d'indépendance experte et active aura été la bonne stratégie pour reconstruire l'indispensable relation de confiance avec les deux composantes du CHSCT.

De cette présentation, il ressort clairement que l'exercice de la médecine du travail dans les établissements est hétérogène, quelquefois problématique, mais bénéficie d'un jugement globalement favorable, tant de la part des directions que des représentants du personnel.

Les difficultés tiennent sans doute à quatre aspects principaux : aux relations avec le corps médical, au statut « autonome » du service, au travail à temps partiel pour le médecin et à la faiblesse du temps octroyé. Ces difficultés ont amené un établissement à connaître récemment cinq médecins du travail en six ans et un autre vient de licencier le sien, avec l'accord du comité d'entreprise.

La médecine du travail est plus difficile à exercer dans un contexte médical qu'ailleurs dans la mesure où, comme salariés, les médecins ne sont pas les plus intéressés par la médecine du

travail. C'est par exemple eux qui ont le taux le plus faible de participation aux visites médicales périodiques. Le fait que le directeur soit un médecin influe sans doute aussi sur le positionnement de la médecine du travail.

Le statut « autonome » du service²⁶⁸ induit une organisation qui permet une meilleure intégration donc une meilleure connaissance de l'entreprise mais peut, selon les cas, réduire ou accroître son indépendance. L'établissement D, qui a récemment licencié son médecin du travail alors en service autonome, connaît actuellement d'autres difficultés avec son nouveau médecin du travail bien que celui-ci soit rattaché à un service interentreprises.

Cette activité occupe un temps partiel. Ceci convient à certains médecins mais pas à d'autres qui souhaitent disposer d'une rémunération complète, donc d'un travail à temps complet. Dès lors il devient nécessaire pour le médecin d'avoir un autre emploi, ce qui pose le problème de la gestion de l'équilibre entre les deux.

Même si le temps d'activité du médecin a été augmenté dans plusieurs établissements, à la demande de l'inspecteur du travail ou en application du droit du travail, il est trop faible pour permettre la réalisation de toutes les missions du médecin du travail. Notamment, le temps disponible ne permet généralement pas le respect du rythme annuel des visites périodiques.

La faiblesse du temps octroyé constitue, de l'avis général, la difficulté majeure pour les médecins du travail

Malgré ces difficultés, la médecine du travail bénéficie d'un jugement globalement favorable de la part des membres des CHSCT qui lui accordent une réelle plus-value, plus particulièrement pour la fonction de veille et d'alerte (sur des situations personnelles ou collectives).

Arrivent après cette fonction, mais loin derrière, des missions comme : des aménagements de postes, l'expertise, la participation à certaines actions. Le médecin du travail est ainsi positionné, par tous les acteurs, comme assurant une fonction de veille et d'alerte sur la base des remontées des salariés qu'il doit expertiser, plutôt que sur la base de visites spontanées dans les services.

Cette posture particulière amène le médecin du travail à privilégier les trois activités qui font consensus, tant par rapport à la direction que par rapport aux personnels : les visites médicales, la veille voire la validation sur les problèmes qui lui sont présentés par les salariés, et, dans certains établissements, une participation à des actions de prévention.

²⁶⁸ Un établissement vient toutefois d'opter pour un service de médecine du travail interentreprises. Il est toutefois trop tôt pour en analyser les avantages et les inconvénients.

Selon les médecins, ce positionnement repose pour beaucoup sur la relation de confiance qui se sera ou non instaurée. Ceci n'est possible que grâce à un apprentissage collectif de la relation qui permet la régulation, c'est-à-dire un système d'attentes et d'ententes réciproques sur les comportements de chacun. Quand celle-ci est forte, cela permet au médecin du travail d'engager des actions plus préventives. Quand celle-ci n'est pas partagée, cela conduit à des difficultés, voire à la rupture. Il sera utile de revenir ultérieurement sur la mise en œuvre de la fonction d'expert du médecin du travail. Celle-ci se réfère beaucoup à la norme. Toutefois, on note leur contribution dans des démarches globales donc davantage préventives. Cela a été le cas pour la prévention des AES.

On peut faire l'hypothèse que dans ces cas, plus l'action est globale, plus elle est analytique. Dès lors, elle mobilise davantage de connaissances médico-scientifiques et d'activité et devient de ce fait plus préventive. Les médecins rencontrés regrettent de ne pas avoir davantage de temps pour participer à ce type d'actions.

Par ailleurs, les médecins du travail ont engagé entre plusieurs établissements une étude pour la surveillance des expositions des salariés aux médicaments cytostatiques.

3.1.3) Les interventions et le positionnement des inspecteurs du travail dans les établissements étudiés

Comme le médecin du travail, l'inspecteur du travail est membre de droit du CHSCT et, ses modalités d'intervention ne sont pas homogènes.

Les modalités d'intervention des inspecteurs du travail dans les quatre établissements étudiés

Etablissement A

Il faut distinguer les trois inspecteurs qui se sont succédés. Le premier, jusqu'en 1998, avait inscrit A dans ses priorités et dans une action coordonnée régionale, ce qui l'a amené à être présent (5 réunions sur 12) et à pousser A sur la voie d'une approche globale déclinée sur certains risques. Son successeur considérera que cette entreprise n'est pas une priorité et se situe plus dans une posture de suivi à distance, de réponse aux sollicitations et de prescriptions réglementaires issues de ses rares participations au CHSCT (2 réunions sur 14). Enfin, le troisième inspecteur n'a jamais participé au CHSCT. Pour ces dernières années le taux de participation de l'inspecteur du travail au CHSCT est de l'ordre de 18 %. Même s'il est faible, ce taux est supérieur à la moyenne nationale (10 %). L'un des inspecteurs du travail explique sa faible participation par le fait que A n'est pas sa priorité parce qu'il a beaucoup plus de problèmes dans d'autres établissements similaires.

On constate que même s'il est peu présent, la stratégie de l'inspection du travail peut influencer sur le fonctionnement du CHSCT, notamment par le biais de contacts téléphoniques fréquents. L'inspecteur du travail assiste au CHSCT de mars 2001 et confirme par courrier l'avis développé en séance, en insistant plus particulièrement sur l'intervention d'entreprises

extérieures (prévention et suivi médical des salariés) et sur la nécessité d'une visite annuelle de médecine du travail pour le personnel.

Ce même inspecteur convie à une réunion d'information relative au risque chimique les membres de plusieurs CHSCT, dont ceux de A, dans un premier temps les représentants du personnel, et dans un deuxième temps les directions. Au cours de celle-ci l'inspecteur pointe le fait que « *il y a 10 fois plus de morts par cancer professionnel que par accident.* » Cette information insiste sur l'évaluation et la prévention de ce risque. Elle conduira A à intégrer ce thème dans ses priorités.

Pour la direction, « *compte tenu de l'inflation législative et réglementaire, on est de toute façon en retard sur quelque chose* », « *l'inspecteur du travail nous rappelle de temps en temps un texte, ça fait partie de sa mission, c'est plutôt positif.* »

Etablissement B

Entre 1998 et 2003, le taux moyen de participation de l'inspecteur du travail aux réunions est de 52%. Il faut toutefois noter que l'ancien inspecteur a participé de 1998 à 2002 à 65% des réunions, ce qui constitue une participation très importante, alors que le nouveau n'a participé à aucune des 4 réunions en 2003. Cette absence est d'ailleurs regrettée, y compris par la direction.

Outre sa présence aux réunions, le premier inspecteur a pratiqué de nombreux contrôles, et demandé par écrit certaines améliorations tant substantielles que procédurales. La stratégie du CHSCT relevant d'une logique ascendante de problèmes contingents, la seule possibilité d'exprimer un avis sur ces aspects est de les visualiser in situ. Il agit ainsi sur trois registres : - le substantiel en exprimant des demandes suite à ses contrôles ou aux réunions du CHSCT- le procédural en exprimant des demandes plus générales et méthodologiques comme celles touchant aux entreprises extérieures, à l'évaluation des risques ... - et enfin le médiateur dans les relations au sein du CHSCT. Son positionnement convient globalement aux acteurs, moins toutefois à la direction qui considère que son action apporte du « *grain à moudre* » venant nourrir voire étayer les revendications syndicales.

La grande compétence réglementaire du secrétaire du CHSCT réduit néanmoins son besoin d'appui en la matière.

Etablissement C

L'inspecteur du travail ne participe à aucune réunion du CHSCT, estimant qu'il a d'autres priorités. Les organisations syndicales ne sont pas en attente : « *On part du problème plutôt que de la réglementation, donc on a moins besoin de l'inspecteur du travail.* » Deux exceptions sont toutefois à noter. Au cours de la négociation sur la RTT, il a été sollicité par une organisation syndicale et par une autre organisation pour des problèmes importants dans un laboratoire. Ces derniers amèneront l'inspecteur à intervenir assez fortement. Il y a pointé des problèmes de sécurité importants, des problèmes d'organisation et des problèmes liés aux locaux. La direction de C s'attachera à donner satisfaction point par point aux problèmes soulevés. La secrétaire du CHSCT assurera ensuite des visites mensuelles pour suivre leur mise en œuvre.

Etablissement D

L'inspecteur du travail a assisté, depuis 1996, à 61 % des réunions ce qui représente un taux de présence très important. Outre sa présence aux réunions, il est régulièrement sollicité par téléphone. Sa stratégie repose sur une logique de régulation s'appuyant sur le code du travail. Il réalise très peu d'actions de contrôle dans le centre.

Son positionnement paraît convenir à la majorité des acteurs, la "conflictualité" du CHSCT augmentant la nécessité du régulateur externe qu'est l'inspecteur du travail.

Il insiste beaucoup plus sur la méthode de travail du CHSCT que sur des points substantiels du code du travail : organisation de la prévention, analyse des accidents du travail, évaluation des risques, fonctionnement de la médecine du travail ...

Les représentants du personnel pensent que sa présence «*améliore l'écoute de la direction qui n'applique que si elle y est obligée*». Pour cela il constitue pour eux «*un bon appui*», «*il recadre la loi*», il «*donne des informations et des conseils méthodologiques*», il «*améliore le dialogue*», il «*remet les choses à leur place, est un modérateur, un garde fou, un gardien de la loi*».

Certains regrettent toutefois les difficultés d'application du droit : «*Ca sert à quoi la loi si on peut s'asseoir dessus comme pour la médecine du travail*» Le secrétaire général considère lui aussi que «*l'inspecteur du travail est assidu et joue un rôle de modérateur et de constructeur au niveau des débats du CHSCT.*» «*Il apporte des informations sur les nouveaux textes.*» «*Il ne nous fait pas de cadeau, mais il a un esprit constructif.*»

Dans les CHSCT étudiés, les inspecteurs du travail participent à environ 50% des réunions alors que le taux moyen toutes entreprises confondues est inférieur à 10%²⁶⁹. Cette moyenne donne cependant une représentation erronée de leur participation car la réalité correspond plus à deux situations extrêmes : soit l'inspecteur est quasiment toujours présent, soit il est au contraire toujours absent. Dans les deux cas, son positionnement paraît convenir à la majorité des acteurs, qu'il soit présent ou absent, qu'il impulse des actions ou soit plutôt garant du droit. On peut mettre en relation sa présence avec la qualité des relations sociales et du fonctionnement du CHSCT : la «*conflictualité*» augmente la nécessité du régulateur externe qu'est l'inspecteur du travail. L'un des CHSCT concernés évoque, au-delà du rôle de régulateur, la fonction d'expert de l'inspecteur²⁷⁰. Du fait qu'il est membre de droit, il se doit de participer au CHSCT notamment pour aider celui-ci à assumer ses responsabilités.

Dans les deux cas, on note une forme d'accord entre la direction, les représentants du personnel et l'inspecteur du travail. Dans ce cas, il est présent et on voit que le mode de fonctionnement du CHSCT va infléchir sa contribution vers une approche substantielle ou procédurale.

Concernant les deux CHSCT, auxquels il participe très peu, il y a là aussi, nous semble-t-il «*accord*» même si dans l'un d'eux les représentants du personnel souhaiteraient une présence plus forte. On peut émettre l'hypothèse qu'elle est en relation avec la position de Reynaud : «*Confier la tâche de faire respecter la règle à un corps spécialisé c'est s'assurer que le*

²⁶⁹ Source : DRT. A Ravaut. Dans : La formation des représentants du personnel au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail : enjeux et orientations. La gazette sociale d'Ile de France. DRTEFP Ile de France. Numéro 46. Septembre 2002.

²⁷⁰ Concernant l'un des deux CHSCT auxquels l'inspecteur du travail participe très peu, les représentants du personnel souhaitant une présence plus forte, l'absence est compensée par des échanges téléphoniques réguliers.

corps social réagira plus sûrement à l'infraction mais c'est aussi durcir la règle en la rendant moins susceptible d'être renégociée. Déléguer à un tiers la défense de la règle c'est donc en partie la soustraire à la négociation. » (Reynaud JD, 1997, p 49).

On constate globalement que la stratégie de l'inspection du travail influe sur le fonctionnement du CHSCT et réciproquement.

L'important pour l'inspecteur du travail n'est pas d'être à toutes les réunions mais que le CHSCT sente son aide, notamment en matière de réglementation.

3.1.4) Le positionnement des autres acteurs

§ 1. Les personnes ressources

Par oppositions aux précédentes, les personnes ressources ne sont pas des membres de droit. Leur participation est plus nombreuse que dans les entreprises où il existe un service sécurité. Elles sont des spécialistes à qui il est demandé de siéger en raison de leur compétence. Elles sont souvent cadres et, à ce titre, doivent davantage chercher à régler des problèmes qu'à en poser. Tous ces spécialistes occupent d'autres fonctions, prépondérantes en temps, et donc souvent en niveau de préoccupation. Parmi ces spécialistes, deux existent dans tous les établissements étudiés : le physicien en charge de la radioprotection et le responsable des services techniques. D'autres peuvent exister et participer au CHSCT par exemple en étant en charge de la prévention des accidents avec exposition au sang (AES), de la manutention, de la qualité, de la manipulation des cytostatiques²⁷¹.

La participation de personnes ressources est considérée comme fondamentale dans les trois CHSCT qui la pratiquent.

Le fait de ne pas les y convier relève de la position des représentants syndicaux qui craignent sans doute d'être débordés par des personnes nombreuses et disposant de compétences certaines.

La contribution des personnes ressources dans chaque établissement

Etablissement A

Les personnes ressources participent au CHSCT en nombre important. Outre le secrétaire général qui préside les débats et assume la responsabilité de la politique menée, le secrétaire général adjoint assure la coordination opérationnelle des actions. Plusieurs personnes ressources apportent une forte contribution en matière : d'organisation des soins infirmiers, de prévention des AES et des dorso-lombalgies, de radioprotection, de relation avec le CLIN, de prise en compte des problèmes techniques, etc.

²⁷¹ Il conviendrait de rajouter le cas intéressant des personnes ressources qui sont syndiquées et qui participent au CHSCT, soit comme experts, soit comme représentants du personnel.

Etablissement B

La personne ressource la plus présente est le responsable des services techniques qui est toujours présent. Sa contribution paraît d'autant plus nécessaire que, comme nous le verrons ultérieurement, les problèmes évoqués en CHSCT touchent essentiellement aux locaux et à divers équipements techniques. Cela lui permet d'épauler le DRH, avec l'aval des représentants des salariés qui y trouvent un interlocuteur utile en terme d'informations indispensables aux échanges, même s'il ne prend en CHSCT que des décisions mineures, les autres étant renvoyées en comité de direction.

La deuxième personne ressources est la personne compétente en radioprotection. Son statut est un peu particulier puisqu'elle a siégé au CHSCT comme représentant de la CGC.

Deux autres personnes ressources sont systématiquement invitées : le responsable du service stérilisation et le cadre hygiéniste. Ils y participent beaucoup plus occasionnellement.

Comparativement aux quatre centres, on peut faire ressortir quelques éléments

- B est le seul établissement dont le CHSCT est présidé par le DRH, les autres l'étant par le secrétaire général.
- il accueille un nombre moyen de personnes ressources, dans les domaines où elles existent
- le taux de participation du médecin du travail à 67 % est le plus faible des quatre établissements
- c'est l'un des deux établissements qui voit la plus forte présence de l'inspecteur du travail.
- la logique syndicale y est la plus forte, grâce notamment au travail collectif et à la cohérence de ses acteurs

Par rapport aux établissements relevant du mode « manager », la logique relationnelle complexifie le positionnement du médecin du travail dont le rôle apparaît moins fort que dans les établissements A et C. Les représentants du personnel jouent un rôle très fort en matière d'identification et de caractérisation des risques, notamment dans le cadre des commissions que les représentants des salariés décident de mettre en place ou des procédures d'expertise qu'ils projettent ou mettent réellement en œuvre.

Comme pour le médecin du travail, le positionnement des personnes ressources est délicat. Elles apparaissent moins dans l'identification et la caractérisation des risques, mais plus dans la définition des solutions.

Etablissement C

Les deux personnes ressources les plus présentes au CHSCT sont un représentant de la DRH et de la cellule qualité. Le responsable des services techniques est beaucoup moins présent que dans les deux autres centres qui associent des personnes ressources à leurs travaux.

Il est surprenant de constater que la personne compétente en radioprotection n'assiste pratiquement jamais aux travaux du comité. Episodiquement, d'autres personnes y participent, en fonction des dossiers traités (infirmière générale ...).

Les liens avec le CLIN sont eux aussi très peu évoqués, ceci peut s'expliquer par le fait que le secrétaire, le médecin du travail et la direction en sont membres. De ce fait, ils voient sans doute peu d'intérêt à ré-évoquer des aspects déjà traités en CLIN. De plus celui-ci a une approche très technique et beaucoup plus centrée sur la santé des patients que sur celle des salariés.

Etablissement D

Le plus remarquable est l'absence quasi totale de personnes ressources. Cette situation relève d'un refus à la fois des représentants du personnel et de la direction. Les représentants du personnel craignent qu'une personne ressources, qui généralement aura un statut de cadre, soit le porte-parole de la direction et lui donne une voix de plus au CHSCT. La direction contribue également à cette situation. Notre analyse est qu'elle considère qu'il n'est pas opportun qu'un cadre consacre du temps à une activité peu productive. L'absence, voulue par la direction, de relation entre le CHSCT et le CLIN est révélatrice de sa conception que le CLIN est un lieu expert et productif alors que le CHSCT est un lieu revendicatif non ou peu productif et qu'il convient de ne pas mélanger les deux. De ce fait, personne n'est mandaté pour cela au sein du CHSCT, même si plusieurs personnes participent aux deux structures à des titres différents (personne qualifiée et représentant du personnel par exemple). Dans les trois autres établissements, la participation de personnes ressources est considérée comme fondamentale car elle permet de bénéficier de leur expertise et d'avoir des réponses rapides à certaines questions. A D, une forme de « jeu » s'est instituée entre la direction et les représentants du personnel qui amène chacun à dire qu'il est pour, tout en refusant la participation d'une personne proposée par l'autre. Cette situation est sans doute à mettre en relation avec le déficit de confiance qui existe entre les deux parties.

Les deux réunions extraordinaires n'ont associé les personnes compétentes que parce que leur présence était indispensable pour aborder des problèmes dont elles avaient la charge.

A partir de mai 2003, il a été acté que le responsable des services généraux en charge de la sécurité et de l'évaluation des risques serait régulièrement invité au CHSCT. Il a participé comme « invité » aux deux dernières réunions.

§ 2. La CRAM

Elle participe très rarement aux CHSCT, ce type d'établissements ne faisant pas partie de ses priorités²⁷². Elle vient cependant de se rapprocher de C, à l'occasion d'une approche globale de la prévention des accidents du travail. Sinon, elle se limite à répondre à des sollicitations rares, pour des interventions ponctuelles à caractère technique.

Par ailleurs, une des critiques faite à la CRAM est sa difficulté à appréhender les questions de conditions de travail qui constitueraient l'essentiel des problèmes rencontrés. Cette critique est sans doute aussi valable pour l'inspection du travail, qui y échappe pourtant, peut-être par sa capacité à peser sur l'aspect procédural, faute de toujours apporter une contribution substantielle. Par contre sa capacité à être un conseiller technique est appréciée.

²⁷² Participation de la CRAM aux CHSCT des quatre établissements

Etablissement A : la CRAM est venue début 2000 pour faire des prélèvements d'atmosphère concernant le plomb et en 2001 pour des mesures d'éclairage.

Etablissement B : la CRAM ne participe pas au CHSCT mais est intervenue à plusieurs reprises pour expertiser certains problèmes techniques.

Etablissement C : la CRAM a participé à deux réunions du CHSCT. Sa motivation initiale était les accidents du travail. Elle avait en effet attiré l'attention de C « sur le nombre d'accident du travail qui était très important et préconisait des actions à mettre en place pour palier au mieux à ces accidents. »

La CRAM est par ailleurs intervenue pour réaliser des mesures de produits chimiques dans l'atmosphère.

Etablissement D : on note une seule participation de la CRAM et de l'ARACT en huit ans.

3.2) Les acteurs et leurs savoirs constitués et / ou construits

Parmi les difficultés rencontrées au cours de la construction des risques, certaines relèvent d'un problème de savoir et d'autres de relation. Nous avons déjà montré la pertinence, en matière de risques professionnels, du concept développé par Hatchuel relatif à l'inséparabilité du savoir et des relations. Dans la même logique nous dirons que si les problèmes ne peuvent être imputés spécifiquement à l'un ou à l'autre, par contre la solution réside bien dans la qualité de l'articulation des deux.

Nous retiendrons, chez Schwartz (2003), l'idée de dispositif à trois pôles et leur dialectique.

Le premier pôle est celui des « *savoirs disponibles* » ... « *les « compétences » qu'on pourrait dire « disciplinaires »* » (Schwartz, 2003, p 261). Dans notre thèse, nous les nommons savoirs « constitués ».

Le deuxième pôle est celui « *des forces d'appel et de rappel* » et des « *savoirs investis dans l'activité* ». Elles « *ont besoin des compétences disciplinaires pour transformer leur monde* », mais aussi « *de tester le savoir de ces compétences disciplinaires en les renvoyant aux situations d'activité qui les valideront ou les interpellent à nouveau* ». Les « *savoirs investis* » renvoient à « *l'activité qui déborde les savoirs formalisés qui l'encadrent et prétendent l'anticiper - légitimement mais abusivement* » (Schwartz, 2003, p 263). Nous en retiendrons l'idée de processus itératif entre ces deux formes de savoirs, notamment pour asseoir leur légitimité. Pour notre part, nous évoquerons les savoirs « construits » par les acteurs du travail.

Enfin, le troisième pôle est « *celui des exigences éthico-épistémologiques* », pôle « *support de la coopération féconde des deux autres ?* » (Schwartz, 2003, p 263). Nous le traduirons dans notre travail par une exploration d'une part des relations entre les acteurs et, d'autre part, du fonctionnement du CHSCT et plus particulièrement de sa capacité à contribuer à la régulation entre acteurs.

Les matériaux de construction sont caractérisés par les savoirs sur les risques. Ceux-ci ont deux origines différentes, en lien avec le risque, le lieu et de mode de construction.

Ils sont ainsi de deux types : - les connaissances que nous appellerons « constituées » c'est-à-dire des « données » théoriques, académiques ou réglementaires comme la médecine, les sciences de l'ingénieur, le droit ... qui renvoient à l'expertise - les connaissances que nous appellerons « construites » dans l'entreprise et qui sont issues de la pratique des opérateurs, de

leur connaissance du travail réel et de l'expérience qu'ils en tirent. Ces deux formes de savoirs sont intimement liées, l'une se nourrit souvent de l'autre.

Les savoirs constituent l'une des composantes essentielles de la gestion des risques. Pour Beck (p 98) : « *Ecrire une sociologie politique et une théorie de la société du risque, c'est par définition écrire une sociologie du savoir, non pas une sociologie de la science, mais bien une sociologie de tous les mélanges, de tous les amalgames* ».

Notre approche empirique nous a montré que les savoirs les plus utilisés ne sont pas seulement ceux issus de la science mais aussi ceux issus du travail et de son expérience. Il est alors intéressant d'analyser l'articulation entre le « donné » et le « construit » que nous ne rapprochons pas comme nous l'avons indiqué précédemment à « l'objectif » et au « subjectif ». Sur le plan cognitif, ils sont soit issus de la « théorie » et renvoient à l'expertise, soit issus de la pratique et construits par les opérateurs. Nous verrons que la gestion des risques a besoin de ces deux types de savoirs qui ne sont pas des données acquises et figées mais des connaissances construites et évolutives dans le cadre d'un processus d'apprentissage. Pour Trinquet, la démarche est participative « *non pas sous la forme d'une concurrence ou d'une opposition, mais en complémentarité, en enrichissement mutuel, en tant que force d'appel et de rappel.* » (Trinquet, 1997, p 94).

3.2.1) Les savoirs « donnés » ou « constitués »

Certains risques peuvent être pré-construits et leurs savoirs afférents livrés prêts à l'usage : - les données scientifiques académiques (toxicologie, physiologie, médecine, sciences de l'ingénieur ...) sur le danger - l'expertise sur le risque - et aussi les règles substantielles ou procédurales, générales ou spécifiques à une branche. Nous les nommerons : savoirs « constitués » hors de l'entreprise.

Les savoirs « donnés » sont eux-mêmes le résultat d'une construction dont l'IGAS (2003) et le ministère en charge du travail notamment regrettent la faiblesse en matière de risques professionnels. Cela nous renvoie à la dimension « politique » de leur construction.

Cette approche politique de l'élaboration des savoirs « constitués » est d'autant plus fondamentale que ce sont eux qui aboutissent aux prescriptions en les structurant. Il peut y avoir des règles sans données stabilisées en application du principe de précaution (cas des chimiothérapies) mais il existe rarement des données sans prescription en application du principe de prévention. Le cas du GERES est en cela intéressant puisqu'il s'agit d'une structure experte de branche en matière d'analyse des dangers, des risques et des solutions. Il

construit son expertise en partant d'analyse du terrain (études d'accidents, de matériel ...). Il est dirigé par des cadres (chefs de service hospitalier ...) et associe de nombreux opérateurs à ses travaux, dans le cadre d'une participation directe. On peut parler là d'une forme de régulation par l'expertise. Cette expertise n'est généralement pas rationalisée, en terme de prescription, par le GERES qui n'a pas cette compétence, mais soit au niveau national par le ministère de la santé, soit au niveau des entreprises par celles qui se réfèrent à ses travaux²⁷³. Le passage de la connaissance à sa mise en œuvre n'est pourtant pas si simple s'il ne passe pas par la règle. Ainsi, les connaissances théoriques, les démonstrations cognitives relatives aux risques sont très peu mobilisées au sein du CHSCT. Cela tient sans doute au fait qu'elles sont soit intégrées aux règles et prises en compte comme telles, soit elles ne le sont pas car les personnes ressources qui possèdent ces connaissances ne les mobilisent pas, préférant mobiliser celles intégrées aux règles comme levier d'action. En tant que cadre, leur mission est de régler les problèmes sans en créer. Il leur est alors plus facile de justifier une demande par une règle que par une démonstration cognitive. Les représentants du personnel possèdent peu ce type de connaissances, sauf quand ils sont également personnes ressources. Ce double statut est alors très constructif.

3.2.2) Les savoirs « construits »

Nous distinguerons ainsi le risque qui ne peut pas être pré-construit car partiellement ou totalement contingent (environnement matériel, organisation du travail, activité réelle, expérience ...). Ce risque est construit par l'analyse du contexte dans lequel se déroule l'activité de travail (dangers matériels liés à l'environnement ...) et la compréhension des modalités d'exposition aux dangers. La construction du risque repose alors sur la construction des savoirs qui vont le caractériser. Nous parlerons, dans ce cas, de savoirs « construits » par les acteurs de l'entreprise.

Hatchuel²⁷⁴ évoque trois types de savoirs qui permettent d'agir en construisant les problèmes et les solutions : le savoir-faire, le savoir-comprendre et le savoir-combiner.

Le savoir-faire est un savoir partagé qui permet que les « *interlocuteurs partagent la même vision immédiatement disponible du réel* » (p 89). Il permet « *un confinement du processus d'action et la construction de séquences quasi linéaires où le savoir n'est que le passage*

²⁷³ Quand ses études montrent que le port de gants réduit la probabilité de contamination en cas de piqûres la prescription relative à l'obligation du port de gants trouve sa légitimité.

²⁷⁴ Les citations de A Hatchuel, dans ce paragraphe, sont extraites de son intervention au séminaire « Le travail collectif dans l'industrie à risque » (Actes, sous la direction de B. Maggi et V. Lagrange, publiés par Octarès Editions, 2002). Nous n'indiquerons donc que la page.

d'une cause à un effet. » (p 89). Selon Hatchuel, la quasi-totalité des règles « *s'expriment par des savoirs de ce type qui pourtant ne sont pas adéquats aux situations pour lesquelles le confinement de l'action n'est pas possible.* » (p 89). Nous retrouvons ce type de savoir plus particulièrement dans les démarches descendantes.

Le savoir-comprendre se manifeste, lui, plus particulièrement « *lorsque les interlocuteurs ont des difficultés de compréhension, la construction d'inférences est nécessaire, et il faut remonter des effets aux causes. Un bon exemple de situation caractérisée par ce type de savoir est celle du dépannage. De même, le retour d'expérience n'est que la construction collective d'inférences. Dans ces cas il apparaît clairement qu'on n'a jamais action sans connaissance, ni connaissance sans action.* » (p 90). Le processus de construction ascendant mobilise fortement ce type de savoir.

Enfin, le savoir-combiner concerne des situations dans lesquelles « *on ne peut pas envisager une direction unique d'interprétation : la cause et l'effet sont symétriques, dans ce sens que les moyens et les fins s'intervertissent sans arrêt. Faire un plan, construire une stratégie, en sont des exemples d'action combinatoire.* » (p 90).

Cette typologie correspond bien à nos constats de terrain et a des conséquences importantes.

Les savoir-faire qui correspondent en grande partie à ce que nous avons appelé les savoirs « constitués » ne suffisent pas pour structurer l'action collective, compte tenu du fait qu'il n'est pas possible de confiner l'action à la technique ou à l'homme. Dans un contexte complexe et rapidement évolutif, « *le savoir comprendre et le savoir combiner sont toujours largement présents et de plus en plus nécessaires dans les transformations actuelles de l'action collective.* » « *Cette typologie confirme que les relations entre acteurs ne peuvent être séparées de leur savoir* » et que « *la construction des savoirs ne se produit que par les interactions que chaque acteur peut construire avec autrui.* » (p 90).

Une autre caractéristique des savoirs est leur limite qui peut rendre plus complexe la rationalisation d'une obligation générale. Celle-ci requiert en effet de pouvoir définir un objectif rationnel, en terme de seuils par exemple. On constate d'ailleurs que le prescrit externe est clair et précis quand on dispose des savoirs « constitués » pour le faire. Sinon, et a contrario, la nécessité de construire le risque et les savoirs nécessaires rend plus aléatoire le prescrit externe. Celui-ci est alors très faible, comme c'est le cas pour les conditions de travail. La difficulté majeure se situe toutefois dans les cas où le savoir « constitué » n'existe

pas et où la construction de savoir est très limitée, comme c'est le cas pour les produits cancérogènes.

La SST a besoin de ces deux types de savoirs dont chaque acteur est porteur, à des niveaux différents et complémentaires. La régulation entre acteurs organise cette complémentarité.

Les savoirs ne sont donc pas des données acquises et figées, mais des connaissances construites et évolutives dans le cadre d'un processus d'apprentissage. Ils ont ainsi besoin, pour se construire et nourrir les relations et les actions, de traducteurs (Callon, 1986) ou de passeurs qui sont soit des « pairs », soit des « experts ». L'articulation entre les savoirs des acteurs institutionnels, plutôt normatifs (expertise technico-réglementaire et/ou médicale) et ceux des acteurs de l'entreprise reposant sur leurs connaissances du travail réel, renvoie à la légitimité qu'ils ont ou non dans l'entreprise. Le droit apparaît rarement comme un élément structurant, mais plutôt comme une contrainte ou un levier d'actions s'il peut contribuer à donner satisfaction à l'acteur qui l'utilise.

Les savoirs « donnés » ou « construits » ne reposent pas uniquement sur des bases objectives. Les « données » sont largement influencées par la logique politique de construction des risques, et les enjeux de leurs acteurs. Les « construits » dépendent eux aussi des enjeux des acteurs ainsi que de leur représentation et perception des risques. Le sentiment de « contrôlabilité » du risque, c'est-à-dire l'existence de solutions, en est par exemple un élément important (Peretti-Wattel, 2000).

Le matériel de construction / rationalisation : « donné », « construit » ou « adapté »

Les pratiques sont très rarement données et donc le plus souvent construites. Cela pointe l'importance de l'apprentissage collectif car des pratiques ne peuvent être développées par un groupe que s'il dispose d'une représentation de la situation partagée par ceux qui ont à réaliser le même objectif et qui est élaborée pour servir la réalisation de cet objectif. *Le « référentiel opératif commun »*, pour reprendre l'expression de Leplat et De Terssac, a trois caractéristiques : il est opératif au sens où il est construit pour servir la préparation et la réalisation de l'action projetée ; il est donc éphémère et transitoire. Il est ensuite élaboré en commun par ceux qui sont impliqués dans la préparation et la réalisation de l'action. Enfin, il est élaboré par une mise en commun des compétences de chacun. Cette mise en commun nécessite un minimum de représentations communes de la part des acteurs de la prévention.

Selon Peretti-Wattel, cette forme d'approche renvoie à la construction sociale du risque.

Il donne l'exemple d'une entreprise de fabrication de céramique : les ouvriers « exclus » se sentent très vulnérables face aux risques. Ils se plaignent plus souvent de problèmes de santé, alors même qu'ils sont moins exposés qu'un autre groupe plus valorisé qui développe plutôt un sentiment d'invulnérabilité.

La perception d'un risque peut être considérée comme le produit d'un jugement de gravité et d'un jugement de fréquence. Ce dernier a un impact relativement faible sur la crainte déclarée. Ceci est particulièrement vrai, dans les établissements hospitaliers, pour les accidents avec exposition au sang. Le risque qui apparaît le plus grave (le SIDA) est privilégié par rapport au risque le plus fréquent (les hépatites). Objectivement, ce sont néanmoins les hépatites qui causent le plus de décès. Heureusement, dans ce cas, ce sont les mêmes règles de prévention qui s'appliquent.

Beck insiste sur l'impossibilité de parler de savoirs sur les risques, sans évoquer leur perception ou représentation²⁷⁵.

Si chacun d'entre nous tend à se sentir moins en danger que les autres, parce qu'il s'estime plus à même de faire face, de contrôler la menace, cette propension s'avère plus ou moins marquée selon les situations considérées. Elle dépendrait en fait de la contrôlabilité des menaces. Pour la déterminer, l'utilisation de certaines connaissances est requise. Cela introduit la nécessaire cohabitation profane / expert, déjà évoquée. Les notions d'expert et de profane sont à rapprocher des concepts développés par Schwartz et Trinquet (2001). L'expert est

²⁷⁵ Beck (1986) en fait longuement la démonstration, en indiquant notamment que dans les situations de risque, c'est la conscience (le savoir) qui détermine l'être. « *Ce qui est déterminant, c'est le type de savoir, en l'occurrence l'absence d'expérience personnelle, et l'intensité de la dépendance par rapport au savoir qui englobe toutes les dimensions de la définition du risque.* » (p 95) ... « *Ainsi, dans les situations de menace, les choses de la vie quotidienne peuvent presque du jour au lendemain se transformer en « chevaux de Troie » dont surgissent les dangers, et avec eux les experts du risque qui annoncent ce qu'il faut craindre et ce qu'il ne faut pas craindre sans pour autant cesser de se quereller. Les personnes concernées n'ont même plus la liberté de décider si elles veulent ou non leur demander conseil. Ce ne sont plus les personnes exposées qui recherchent les experts, mais les experts eux-mêmes qui choisissent les personnes exposées.* » (p 96) ... « *La science constate l'existence des risques et la population prend conscience des risques. Les décalages entre ces deux positions donnent la mesure de l'irrationalité et de l'hostilité à la technique. Cette partition du monde entre initiés et profanes implique également une certaine représentation de l'opinion publique.* » ... « *quant à la distinction entre constatation scientifique (rationnelle) de l'existence du risque et perception (irrational) du risque, elle aussi bouleverse le rôle joué par la rationalité scientifique et sociale dans l'apparition d'une prise de conscience civilisationnelle de ce qu'est le risque.* » (p 105) ... « *en fin de compte, tant que l'on considère que savoir signifie faire l'expérience consciente de quelque chose, alors personne ne peut rien savoir des risques.* » (p 132) ... « *l'une des caractéristiques des risques est que l'exposition au risque peut impliquer l'absence de prise de conscience : plus le danger est grand, plus il est vraisemblable qu'on le nie, qu'on le banalise.....les risques naissent au sein du savoir, et peuvent donc, dans ce savoir, être minimisés, grossis, voire tout bonnement refoulés de la surface de la conscience.* » (p 136) ... « *on pourrait formuler les choses autrement : dès lors que les gens ressentent les risques comme réels, ils sont réels.* » (p 141).

porteur de connaissances scientifiques, techniques et réglementaires, et le profane de sa connaissance de l'activité de travail et de son expérience. Ces deux acteurs ne sont pas «*en concurrence ou en opposition, mais en complémentarité, en enrichissement mutuel, en tant que force d'appel / rappel et savoirs investis* » (Schwartz et Trinquet, 2001, p. 242)

La perception du risque

Pour de nombreux auteurs comme Perreti-Wattel (2000), plusieurs critères interviendraient dans la perception du risque. Il en irait ainsi de leur contrôlabilité et de leur évaluateur, l'estimation du risque pour soi s'avérant presque toujours inférieure à l'estimation du risque pour autrui, avec un écart croissant en fonction de la contrôlabilité.

Les observations dans les établissements confirment que le risque est bien une construction sociale contextualisée dans la mesure où sa perception et la façon de le traiter reposent sur les connaissances mais aussi sur les représentations qu'en ont les acteurs. Ainsi, la pratique des établissements montre qu'il existerait une relation entre la possibilité de rendre un risque « objectivable » (température, manutention ...), et son approche à partir du travail réel plutôt qu'à partir d'une norme technique ou sociale : un risque fortement objectivable serait plus appréhendé à partir de l'activité réelle, alors qu'un risque faiblement objectivable (difficilement détectable et potentiel comme la radioactivité, les produits cancérigènes, les agents biologiques, la charge mentale ...) le serait plus à partir de normes juridiques ou sociales.

Par ailleurs, dans les établissements étudiés, l'approche des risques n'est pas la même selon ses savoirs, son statut (médecin, infirmière, aide-soignante ...) et la reconnaissance de son activité (Douglas).

Acteurs et savoirs

L'une des spécificités de la prévention, notamment par rapport aux autres institutions représentatives du personnel, est son fort besoin en connaissance et en expertise. Nous venons d'évoquer l'importance des savoirs « constitués » et / ou « construits » pour caractériser les risques.

Il n'est pas possible d'évoquer les savoirs sans analyser les acteurs qui en sont porteurs et la perception / représentation qu'ils en ont et qui pèse sur leur mise en œuvre. En effet, l'une des difficultés d'articulation entre, par exemple, les savoirs des acteurs institutionnels et ceux des

acteurs de l'entreprise, tient au fait que les premiers sont plutôt normatifs (expertise technico-réglementaire et/ou médicale) alors que les seconds reposent davantage sur la connaissance du travail réel.

Etudions maintenant le lien entre ces savoirs et les acteurs. Nous avons déjà indiqué le fait que les experts sont davantage porteurs des savoirs « constitués » et les salariés, des savoirs « construits » dont ils contribuent d'ailleurs à la construction, ces deux formes de savoirs étant interactives, de même que leurs acteurs qui peuvent être les mêmes.

Il peut néanmoins exister des difficultés de compréhension entre ces deux types d'acteurs et de savoirs. Le savoir « constitué » peut permettre d'avoir une bonne représentation du risque abstrait, difficilement perceptible. Dans ce cas, le seuil proposé par la norme devient un point de repère "objectif". Cette forme d'incompréhension est particulièrement constatée dans le domaine de la radioprotection. Une bonne relation entre ces deux registres de connaissance nécessite, en effet, un apprentissage. Celui-ci passe par une confrontation des deux formes de savoirs, ce qui requiert un lieu de confrontation. Sa réussite est largement conditionnée par la méthode d'approche. Nous avons montré que le mode gestionnaire favorise la présence des différents acteurs et donc leurs échanges.

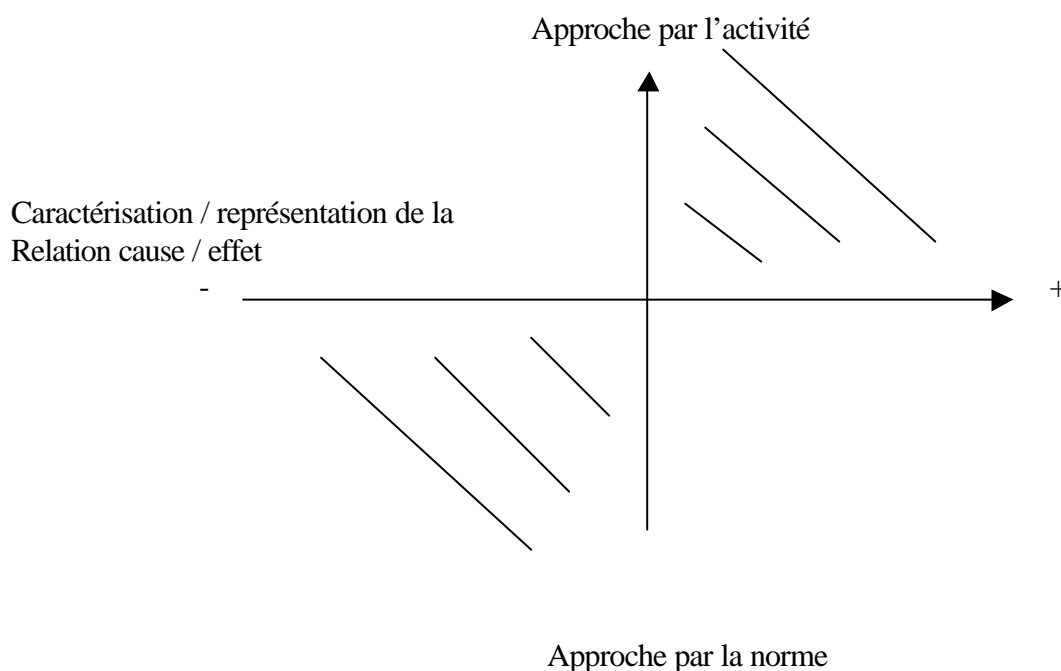
Cette articulation passe par une participation directe des salariés aux actions. Celle-ci n'est pas contradictoire avec la participation représentative qu'est le CHSCT. Au contraire, cette forme est indispensable et son efficacité est liée à la qualité de la relation entre ces deux formes de participation.

La figure 6 ci-dessous illustre l'idée que plus le risque est facile à caractériser plus les acteurs se réfèrent à l'activité ; le principal acteur est alors l'opérateur. Plus le risque est difficile à construire, plus les acteurs se réfèrent à la norme. Les experts sont alors davantage mobilisés.

Par ailleurs, plus l'action est globale et plus elle est analytique. Elle mobilise alors davantage de connaissances médico-scientifique et de l'activité et, dès lors, devient plus préventive.

Tout comme les acteurs qui en sont porteurs, ces deux formes de savoirs ne peuvent être résumées à une opposition théorie / pratique dans laquelle le savoir « constitué » serait objectif et abstrait et le savoir « construit » serait subjectif et concret.

Figure 6 : Les relations entre mode d'approche et caractérisation du danger.



Dans la pratique, il conviendrait plutôt de parler de complémentarité entre des compétences différentes (Schwartz et Trinquet, 2001). Cette différence, perçue comme une complémentarité est susceptible de devenir une opportunité en permettant une régulation conjointe, ou en contribuant à celle-ci.

3.3) Les acteurs et leurs relations : du rapport de force à la régulation conjointe

En considérant « *qu'il y a dans une organisation plusieurs sources possibles de régulation, plusieurs sources de pouvoir légitime ou ayant vocation à la légitimité* », nous partirons « *des acteurs, de leur différenciation, de leur affirmation et de l'aménagement qu'ils font de leurs rapports* » (E et JD Reynaud, 1994, p 237).

Nous commencerons donc ce paragraphe par la présentation des données empiriques relatives aux établissements étudiés (§ 3.3.1). Après les avoir évoqués séparément, nous les analyserons de manière transversale (§ 3.3.2) en nous attachant à trois dimensions : la logique de fonctionnement, les acteurs (présence, savoirs, enjeux, stratégie et contribution) et les modes d'actions.

3.3.1) Analyse de la régulation entre acteurs dans chaque établissement

§ 1. Etablissement A : une régulation en « bon père de famille »

La logique de fonctionnement du CHSCT

La concurrence locale impose à la direction de A d'utiliser au mieux sa ressource première qui est son personnel. Elle a adopté pour cela le mode de relations professionnelles qui lui paraît le mieux adapté, c'est-à-dire une forme de régulation qui recherche la participation des représentants du personnel pour tendre vers une co-construction. La nouvelle majorité syndicale, même si elle est moins participative que la précédente, articule de plus en plus revendication et participation. Cette forme de contribution est d'ailleurs indispensable à l'apprentissage des démarches qui, s'ils n'y sont pas associés, échappent aux représentants du personnel. Revendication et participation ne paraissent donc pas contradictoires mais complémentaires pour construire des revendications opérationnelles dans une participation revendicative. Globalement la qualité des relations professionnelles influence directement sur le mode d'expression des problèmes et de construction du risque. Ces relations relèvent de trois logiques : - celle de la direction (quelle importance donnée aux ressources humaines et quel type de management pratiqué), - celle des représentants du personnel (quel type de participation et quelle homogénéité des stratégies) - et enfin celle concernant les relations entre ces deux parties (opposition, revendication, coopération, collaboration ...). De ces relations découlent à la fois la capacité du président du CHSCT à bien réguler le mode de gestion, mais aussi celle du secrétaire à jouer son rôle de pivot avec la direction, notamment en donnant de la cohérence aux positions des différents représentants du personnel. De la qualité de ces relations dépend également la qualité de l'apprentissage.

Ce type de relations permet la participation active de nombreuses personnes ressources. On voit là, la traduction concrète du concept selon lequel l'action collective repose sur deux opérateurs inséparables : le savoir et la relation. Il ne peut y avoir de savoir sans relation : la présence régulière des personnes ressources aux CHSCT contribue, par la relation qu'elles établissent ainsi, à légitimer leurs savoirs et aussi à nourrir la relation. Il ne peut y avoir de relation sans échange de savoir. Il n'est pas surprenant que le savoir le plus difficilement approprié par le CHSCT soit celui relatif à la radioprotection ; l'expert du sujet est celui qui y participe le moins.

Le contexte de A et ses jeux d'acteurs favorisent l'apprentissage de démarches, qui elles-mêmes permettent la construction des risques et de leur prévention.

La logique de fonctionnement du CHSCT est claire. La direction, qui n'a pas mis en place de service de prévention spécifiquement attaché à cette tâche, considère que le CHSCT est le lieu d'expression des problèmes et la « clé de voûte » du système de prévention. Elle se déclare elle-même attentiste pour l'expression des problèmes mais volontariste pour les résoudre dans une logique plus pragmatique et empirique que soucieuse de respecter une réglementation.

Cette conception, même si elle n'est pas totalement partagée par les représentants du personnel, permet au CHSCT de faire émerger les problèmes : - par les représentants du personnel, notamment à l'issue des visites - par les personnes techniquement qualifiées, essentiellement sur la base du respect ou de l'évolution du prescrit externe - par le médecin du travail, sur la base des résultats des visites médicales, de ses visites des lieux de travail ou sur la base d'axes de travail qu'il juge prioritaires - exceptionnellement à certaines périodes par l'inspection du travail.

Les personnes techniquement qualifiées sont chargées de proposer et de suivre la mise en œuvre des solutions retenues.

Certains représentants du personnel se voient confier des missions opérationnelles. Le deuxième inspecteur du travail considère que cela pose problème. Il l'a exprimé au cours de la première réunion de CHSCT à laquelle il a participé le 31 mars 1998. Le compte rendu du CHSCT rapporte ainsi ses propos : « *Le CHSCT assume des charges qui sont plus du domaine de l'employeur que du CHSCT. La direction est responsable légalement de la formation du personnel à la sécurité et ne doit pas attendre que le CHSCT la sollicite pour régler les problèmes.* » Le secrétaire général, président du CHSCT, se félicite lui « *du rôle moteur du CHSCT et du travail en commun réalisé avec la direction. Le fait que l'initiative vienne souvent du CHSCT doit être vu comme un élément très positif et révèle une parfaite motivation des membres du CHSCT et de la direction pour régler les différents problèmes.* » Cette prise de position de l'inspecteur aura d'ailleurs choqué, tant la secrétaire que le président du CHSCT. La secrétaire du CHSCT explique sa logique participative par le fait qu'elle pense que pour être efficace « *Une réflexion doit avoir lieu entre partenaires sociaux et direction* » ... « *dire que ça serait la direction qui propose et puis après, les partenaires sociaux suivent ou ne suivent pas, je n'ai jamais eu le sentiment que ça pourrait marcher* »²⁷⁶. Au cours de notre entretien, de juin 2001, le secrétaire général confirmera son point de vue de 1998, en se disant « *choqué* » que tous les inspecteurs du travail qui se sont succédés ne soient pas convaincus du bien fondé de cette démarche participative.

La nouvelle majorité syndicale (CGT, FO et SUD), dès sa prise de fonction, a toutefois souhaité atténuer ce mode de fonctionnement du CHSCT en demandant d'une part une plus forte implication de la direction, avec une plus grande distinction entre la fonction de représentant du personnel et celle de personne ressource. D'autre part, elle a souhaité davantage de formalisme dans la définition et le suivi du programme annuel de prévention.

Cette demande a été exprimée très solennellement lors du premier CHSCT du nouveau mandat, en mars 2000, sous la forme d'une motion écrite²⁷⁷ : la nouvelle majorité a ainsi précisé ses intentions : faire un état des lieux, systématiser les visites, étudier les plans des futures installations, poursuivre et développer les grands axes de prévention (AES, manutention ...), étudier la charge mentale, collaborer avec le CLIN et le médecin du travail, « *L'idée directrice est d'être une source de propositions, en s'appuyant sur les enquêtes et lors de consultations avec la direction. Cette concertation avec la direction ne peut être efficace que si elle a lieu avant toute prise de décision importante concernant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail du personnel lors des restructurations et nouveaux aménagements.* » Ceci lui permet, par rapport à la direction, de se démarquer du positionnement plus participatif de la précédente majorité CFDT.

Au CHSCT de juin 2000, l'opposition entre la direction et l'intersyndicale se confirme, et marque un clivage syndical puisque les deux représentants de la CFDT votent pour le programme proposé par la direction, alors que les quatre représentants de l'intersyndicale votent contre. La secrétaire du CHSCT fait alors remarquer que « *pendant des années, le CHSCT a fonctionné sans programme d'actions.* ». La réponse du président est : « *Tirez les conséquences que vous voudrez. Par rapport au code du travail, je me sens à l'aise.* »

²⁷⁶ Entretien du 11 juin 2001.

²⁷⁷ « *Les élus CHSCT attendront le recadrage qui sera fait en fonction des éléments apportés par le bilan social 99 et le bilan CHSCT 99. Ils attendront également de connaître les moyens financiers permettant de mener à bien ce projet, pour formuler un avis. Mais dès maintenant, nous souhaitons nous prononcer par un vote sur les propositions des responsables d'actions désignés par la direction. Ces responsables sont placés sous la tutelle de la direction et il nous paraît anormal qu'un membre élu du CHSCT mène une action auprès des personnels en étant juge et partie. Nous demandons à la direction de reconsidérer la nomination des responsables du projet qui est présenté, en tenant compte de cette remarque.* » Le secrétaire général estime pour sa part « *que la désignation de la représentante du personnel en ce qui concerne les AES se justifie car elle est formée depuis cinq ans sur ce thème et possède une grande expérience. Il considère qu'on est dans la configuration « juge et partie » dans l'autre sens.* »

Les tensions entre représentants du personnel sont réelles et il est surprenant de noter dans le compte rendu du CHSCT d'octobre 2000 : « *Mise au vote pour le déménagement : favorable à l'unanimité : 2 voix pour la CFDT, 4 voix pour l'intersyndicale.* » On retrouve la même formulation dans le PV de la réunion suivante. A cette époque là, même quant on est d'accord entre représentants du personnel, on ne mélange pas les voix.

En octobre 2000, la demande de Contrat Local pour l'Amélioration des Conditions de travail (CLAC) permet d'adopter et de formaliser conjointement certains axes de travail²⁷⁸.

En janvier 2002, dans son bilan de fin de mandat, le CHSCT considère que le « *programme 2000-2001 a été appliqué. Nous attendons le projet 2002-2003.* » Le secrétaire du CHSCT verra son mandat renouvelé à l'unanimité. Les tensions entre les syndicats se sont donc apaisées. Par contre, dans ce même CHSCT la divergence avec la direction, concernant le rôle du CHSCT réapparaît. Concernant la formation des médecins aux AES, le secrétaire général considère que si la personne ressource est un pair des infirmières, elle ne l'est pas des médecins. Il demande « *Que le CHSCT prenne des initiatives!* ». Un représentant du personnel lui répond que « *ce n'est pas son rôle quoiqu'on ne se désintéresse pas du sujet, mais c'est la responsabilité de l'employeur ; c'est à lui et pas au CHSCT, d'inciter les formations aux médecins.* » Pour le secrétaire général « *c'est une vieille polémique. Si le CHSCT a des propositions à faire, autant les adopter.* »

Le débat est à nouveau effleuré en juin, lorsque la direction sollicite une séance de travail avec le CHSCT sur la « *cartographie des risques* ». La réponse d'un représentant du personnel est synthétique : « *non* ». Le secrétaire du CHSCT sera néanmoins associé à cette démarche pour laquelle il conviendra que « *le CHSCT a été l'aiguillon mais pas un membre actif* ».

Le programme d'actions prioritaires 2003 est à nouveau adopté à l'unanimité²⁷⁹.

En résumé, les discours sur le CHSCT sont relativement homogènes ; le volontarisme de la direction, pour régler les problèmes soulevés par le CHSCT est reconnu. Le désaccord majeur, qui s'amoinde néanmoins, concerne la conception du rôle du CHSCT souhaité très participatif par la direction, comme lieu de construction de la politique de prévention et plutôt conçu comme un lieu d'expression des revendications et de consultation par la nouvelle majorité syndicale. Cette divergence constitue la principale différence entre nos deux établissements « managers » puisque, au sein de C, les représentants du personnel acceptent la logique participative proposée par la direction.

Globalement le mode de fonctionnement du CHSCT n'a pas fondamentalement évolué si ce n'est l'augmentation du formalisme qui, de l'avis même de l'ancienne secrétaire, est une bonne chose. Avant c'était la secrétaire qui élaborait le projet de programme d'actions, maintenant c'est la direction mais sur la base de la réflexion menée en CHSCT. La direction assume davantage la prise en charge directe de certains dossiers. La secrétaire est de plus en plus associée à la vie de la prévention en général et du CHSCT en particulier. L'élaboration du programme d'actions relève bien d'une construction conjointe dans laquelle chacun apporte une contribution spécifique. La stabilisation de la médecine du travail depuis 2000 lui permet d'apporter une plus forte contribution et d'être le troisième acteur important du CHSCT avec le président et le secrétaire.

Si l'on distingue les mots clés permettant de caractériser le fonctionnement d'un CHSCT : revendication, information, consultation, négociation et participation, nous dirions que les mots qui décrivent le mieux le CHSCT de A sont information, consultation et participation.

²⁷⁸ Prévention des AES et des dorso-lombalgies, traitement de la charge mentale, mise en place de la dosimétrie opérationnelle, achats d'équipements pour favoriser l'ergonomie des postes de travail et amélioration des conditions de stationnement du personnel.

²⁷⁹ Risques chimiques, dorso-lombalgie, AES, charge mentale, incendie, radioprotection et conditions de travail.

Les acteurs du CHSCT : contributions et articulation

La présidence du CHSCT est effectivement assurée par le secrétaire général et non par le directeur qui délègue cette fonction. L'aspect inhabituel est le nombre presque équivalent de représentants du personnel et d'autres participants. Cette composition relève d'une stratégie, voulue ou acceptée par tous les participants, qui est de pouvoir bénéficier des compétences utiles pour optimiser l'efficacité du comité en posant les problèmes et en construisant les solutions²⁸⁰. Elle renforce le CHSCT comme lieu de construction de la politique de prévention, que la direction souhaite « *apolitique ; le CHSCT, ce n'est pas le CE ni les DP .* »

Une analyse comparative sommaire concernant les acteurs du CHSCT conduit aux constats suivants : - A est l'établissement qui compte la participation la plus forte de sa direction qui est représentée par deux personnes à chaque réunion - c'est le CHSCT qui accueille le plus grand nombre de personnes ressources : quatre par réunion, en plus des représentants de la direction - enfin c'est l'un des deux établissements qui voient la plus faible présence de l'inspecteur du travail, ces dernières années. Cela s'explique par la qualité des actions menées et des relations sociales qui ne nécessitent pas de régulateur externe. Le prescrit externe, porté par l'inspecteur du travail, a néanmoins permis quelques progrès (augmentation du temps du médecin du travail, prévention des risques chimiques et cancérigènes ...).

Les modalités d'action

Le droit est aujourd'hui davantage un élément déclencheur de certaines démarches qu'un élément structurant de leur mise en œuvre. On peut voir là, le double effet d'une part du traitement de certains risques disposant d'un prescrit externe nul ou faible, et d'autre part de l'apprentissage de la prévention qui rend moins nécessaire ce point d'appui et permet une approche plus cognitive. La direction plaide d'ailleurs son légalisme, tout en veillant à adapter les modalités de mise en œuvre du droit à ses spécificités et modes de gestion. Les représentants du personnel utilisent peu ce levier d'action.

Cette approche plus cognitive que normative requiert une forte capacité de portage et d'expertise. Ainsi, l'étude à A montre l'intérêt d'une expertise interne ou externe pour caractériser, voire traiter les problèmes : médecine du travail, personnes ressources et autres experts. L'usage de l'expertise suppose toutefois une bonne régulation entre savoir et relation. Celle-ci est obtenue grâce à une bonne participation des personnes ressources au CHSCT.

Concernant le prescrit interne, nous l'avons peu exploré compte tenu du fait qu'il est élaboré surtout dans les services. La co-construction ou la validation par le CHSCT de certaines consignes amène les représentants du personnel à devenir des prescripteurs, ou co-prescripteurs. Ils ont ensuite le souci de voir ces consignes respectées. On notera d'ailleurs que dans leur propos, les représentants des salariés insistent beaucoup plus sur la «faute», ou le coupable non-respect des consignes par les salariés, que la direction.

²⁸⁰ Le secrétaire du CHSCT pense que « *la participation régulière au CHSCT de personnes compétentes et pointues dans leur spécialité est indispensable (l'inspecteur du travail, un responsable des services techniques, un représentant de la CRAM, le médecin du travail, l'assistante sociale, un cadre infirmier, un membre de la direction ...). Quand ces compétences sont réunies, les erreurs d'informations, les mauvaises interprétations sont évitées, les solutions aux problèmes plus facilement trouvées et les décisions d'actions prises plus rapidement.* »

§ 2. Etablissement B : une régulation sous contrainte

La logique de fonctionnement du CHSCT

Le contexte de B, privilégiant la complémentarité à la concurrence, induit de la part de la direction, une préoccupation faible pour la gestion des ressources humaines. En compensation, les acteurs syndicaux ont comblé ce manque. Le « *fait syndical* » y est donc fort et induit une vraie gestion des risques, mais sous contrainte syndicale.

Celle-ci repose sur une stratégie orientée vers la satisfaction des revendications des salariés, donc sur des pratiques ascendantes. Elles donnent la priorité aux risques contingents, avec construction du risque, soit au cas par cas quand cela est pertinent, ou de manière plus générale quand cela est nécessaire. Le prescrit externe est peu, voire pas, mobilisé pour identifier un problème mais uniquement pour caractériser un risque voire étayer une revendication. Les constructions ascendantes sont donc dominantes et les constructions descendantes beaucoup plus rares (évaluation des risques, dosimétrie opérationnelle ...).

Les constructions combinées, comme par exemple la mise en place de commissions, sont surtout recherchées par le CHSCT pour construire les solutions.

Les deux aspects les plus caractéristiques sont, d'une part la capacité à créer le rapport de force permettant de faire résoudre les problèmes des salariés (touchant plutôt à leur environnement proche du travail) et, d'autre part, la faiblesse de l'approche de certains risques²⁸¹ peu portés par les salariés et pour lesquels il n'existe pas de personnes ressources (AES, charge mentale, manutention ...). La priorité va en effet aux risques les plus facilement perceptibles, sauf pour ceux qui font l'objet d'un prescrit fort et de l'obligation d'avoir une personne ressource (radioprotection).

Les démarches mises en œuvre ne sont pas dénommées évaluation des risques mais en constituent bien, au sens de démarche de rationalisation.

Par contre les démarches apparaissent moins comme des mythes rationnels puisque dans les démarches ascendantes, la plupart du temps, les risques ne sont pas virtuels mais avérés.

Le secrétaire est un acteur central. Il n'a pas comme à C une décharge officielle mais les mandats syndicaux qu'il occupe l'amènent à y consacrer une part importante de son activité et sa légitimité lui permet de bénéficier d'une liberté d'action certaine. De plus, la forte cohérence entre les élus CGT siégeant dans les différentes institutions représentatives du personnel, les amène à mutualiser les temps d'analyse, de même qu'elle leur permet de moins segmenter les revendications. Par exemple, il est notable mais inhabituel de voir le CHSCT se préoccuper de sujets comme la rémunération voire la stratégie de l'entreprise, domaine relevant de la compétence du CE ou des DP.

Les acteurs du CHSCT : contributions et articulation

Les deux acteurs centraux du CHSCT sont le DRH qui le préside et le secrétaire qui en est le véritable animateur.

Le nombre de participants se situe dans la moyenne, environ 12 par réunion. Les participants y sont relativement stables. La direction est représentée par 1,2 personne à chaque réunion compte tenu de la présence systématique du DRH et de quelques participations du directeur et du nouveau secrétaire général. Les représentants des salariés sont environ sept par réunion. La présence de l'inspecteur du travail est plus forte que la moyenne, alors que celle du médecin du travail se situe au-dessous de celle-ci.

²⁸¹ Il est surprenant de constater la faiblesse de l'approche de certains risques comme la manutention (quatre fois), les risques biologiques (quatre fois), et ceux liés à l'utilisation de médicaments cytostatiques (deux fois). On peut tenter de l'expliquer par l'absence de personne ressource (manutention) ou par le traitement du problème en d'autres lieux.

Les personnes ressources sont plus de deux en moyenne à chaque réunion. Ainsi, le troisième acteur qui apporte une contribution importante à tous les CHSCT est le responsable des services techniques, compte tenu du fait que la majorité des problèmes abordés relèvent de sa compétence (aménagement de locaux, travaux ...). L'autre personne ressource active est la personne compétente en radioprotection. Elle a la particularité d'avoir représenté la CGC au CHSCT. Elle y participe maintenant de manière plus occasionnelle en tant que personne ressource en matière de radioprotection.

La principale différence entre ce CHSCT et les trois autres est qu'il est composé presque exclusivement d'hommes alors que l'établissement, comme les autres, emploie plus de 70% de femmes.

Le CHSCT est bien l'instance de débat sur la politique, avec une phase amont et une phase aval. En amont, les représentants du personnel ont une réelle capacité à faire remonter les problèmes contingents que rencontrent les salariés. En aval, le comité de direction décide des suites à donner aux injonctions du CHSCT qui, de fait, est peu un lieu de concertation et de confrontation mais plutôt de mise en forme des revendications qui seront ensuite présentées par le DRH à la direction et feront l'objet de décisions de sa part.

L'homogénéité et la stabilité des représentants du personnel au sein du CHSCT, quelle que soit leur appartenance syndicale n'est pas la moindre de leur force.

La direction est peu volontariste en matière de prévention et agit très rarement par anticipation alors que les organisations syndicales le sont fortement et ont la capacité de construire une stratégie revendicative.

La logique des deux parties repose sur la gestion du rapport de force pour lequel les représentants du personnel possèdent une longueur d'avance, notamment par leur savoir-faire construit sur la base d'un apprentissage collectif dépassant le cadre de la CGT.

Dans cette relation particulière, l'inspecteur joue un rôle de régulateur salué par les deux parties.

La médecine du travail assume son activité de base, sans véritablement faire l'objet d'un plébiscite. Il aura fallu notamment le renouvellement de l'agrément du service pour que la DRTEFP demande une augmentation du temps de travail du médecin. De fait, et compte tenu du contexte conflictuel particulier, il a des difficultés à trouver sa place. Cela ne contribue d'ailleurs pas à renforcer l'action du CHSCT, ni la prévention en général.

Comme nous l'avons indiqué précédemment, les relations entre la direction et les représentants du personnel et donc le dialogue social, sont jugées par tous les acteurs comme étant « *difficiles et intenses* ».

Le CHSCT apparaît ainsi comme le lieu de formalisation des revendications des salariés, via leurs représentants. A partir de 2001, la quasi-totalité des points inscrits à l'ordre du jour seront conclus par l'expression d'une délibération dont la forme est la suivante²⁸² : « *Le CHSCT, après en avoir délibéré, mandate son secrétaire pour participer à l'élaboration du protocole AES et prendre toutes initiatives pour contribuer à la réduction du nombre d'AES.* »... « *Le CHSCT, après en avoir délibéré, mandate son secrétaire pour participer à la mise en œuvre des mesures de contrôle, et réclame un système d'extraction-ventilation aux normes des locaux à pollution spécifique ainsi que la réduction des émanations et le renforcement des mesures de prévention dans ce service.* » ... « *Le CHSCT, après en avoir délibéré, demande à la direction en application de l'article L 230-2 du code du travail une étude vis-à-vis de la charge de travail dans les services de soins et mandate monsieur E de convoquer la commission « planning » composée de messieurs A, B, C, D, E, pour établir un état des lieux et de formuler des propositions.* »

²⁸² Extraits du compte rendu de la réunion du 30 janvier 2001.

Ce mode de fonctionnement permet aux organisations syndicales et plus particulièrement à la CGT, de construire des revendications fortes. Le CHSCT est ainsi devenu une « ligne de front » sur laquelle il y a peu d'affrontements puisque le DRH y est seul du côté de la direction et qu'il n'y « livre pas bataille » ; il enregistre les revendications pour les transmettre ensuite à la direction. Il y a là une forme de convention, au sens d'accord, d'une part au niveau général entre la direction et les organisations syndicales et d'autre part au niveau particulier entre le DRH et le secrétaire du CHSCT. De fait, dans cette convention, chacun joue sa partition. Les organisations syndicales entretiennent le rapport de force, notamment en utilisant la procédure d'expertise. La direction gère ce rapport, en l'utilisant même quelquefois auprès de sa tutelle, pour obtenir des moyens supplémentaires.

Elle ne souhaite toutefois pas que ce mode de fonctionnement s'instaure au sein du CLIN, en refusant d'y voir participer le CHSCT. Si elle a accepté sa participation au comité de pilotage de l'accréditation c'est sans doute parce qu'elle en assurait la maîtrise et que le comité d'accréditation n'aurait pas compris voire accepté que le CHSCT en soit exclu.

Ce type de relations présente certains avantages, en ayant permis le règlement de certains problèmes. Il présente aussi des inconvénients. L'absence de volontarisme de la direction est un frein à l'amélioration des conditions de travail. Le très grand formalisme des réunions du CHSCT et de son mode de fonctionnement l'alourdit fortement. Ce climat conflictuel ne favorise pas l'implication voire l'émergence des personnes ressources.

Comme nous l'avons déjà exprimé, la stratégie syndicale est essentiellement ascendante, et quelquefois combinée, quand la solution au problème posé ne peut pas être particulière mais ne peut reposer que sur une stratégie générale (planning, linge ...).

Le mot qui décrit le mieux le CHSCT de B est revendication, dans une logique de construction structurée par les représentants du personnel. On peut parler de revendications construites voire constructives ou de constructions d'actions revendicatives. C'est ce qui donne leur légitimité et donc leur force aux représentants du personnel.

Le processus de rationalisation comporte toujours les cinq étapes présentées dans notre deuxième partie.

L'initiation est quasiment toujours le fait des salariés pour les pratiques ascendantes et combinées, et le fait du prescrit externe pour les démarches descendantes. Concernant les démarches combinées, quand elles sont initiées par une démarche ascendante, les représentants du personnel y jouent un rôle moteur alors que quand elles sont initiées par le prescrit externe, elles sont considérées comme l'affaire de la direction et des personnes ressources qui en ont la charge.

L'évaluation des risques est plus ou moins poussée. Dans le cas des pratiques ascendantes, elle est très limitée puisqu'il s'agit, pour les représentants du personnel, de répondre aux préoccupations des salariés qui ne peuvent pas ou ne doivent pas être hiérarchisées. Dans le cas des démarches combinées, l'évaluation peut être très poussée en mobilisant des experts.

Dans le cas des pratiques descendantes, la prise en compte de l'activité est réelle (radioprotection, évaluation des risques). La difficulté peut venir d'un désaccord entre une approche experte et le souci de satisfaire les revendications des salariés. Le débat relatif à la dotation des brancardiers en dosimètre, illustre bien l'écart qu'il peut y avoir entre une approche experte qui conclut à l'inutilité de cet équipement et la demande des salariés.

La gestion du prescrit externe est particulière concernant le fonctionnement du CHSCT. Les représentants du personnel en font un usage extensif (cf droit d'alerte évoqué précédemment, le fait de traiter de questions relevant d'une autre IRP ...) qui s'équilibre avec les entraves de la direction (refus de transmettre les déclarations d'accident du travail ...). Il y a là un jeu subtil où l'enjeu majeur paraît être le maintien des positions de chacun.

Les représentants du personnel sont plus « suiveurs » que « moteurs » dans la démarche de formalisation de l'évaluation des risques. Dans la même logique, à B la nécessité de prendre en compte les questions de santé apparaît plus faiblement. Nous retiendrons comme hypothèse explicative l'idée que le CHSCT fonctionnant essentiellement sur un mode ascendant, ces logiques, qui n'émanent pas des salariés, y sont peu traitées.

Le travail réalisé dans le cadre des différentes commissions peut être considéré comme une démarche d'évaluation des risques donnant un poids fort aux salariés dans l'évaluation et la prescription. La prescription est bien issue de l'articulation entre savoir et relation, mais en mobilisant davantage les savoirs « construits » que « constitués ».

L'évaluation des risques, plus particulièrement quand elle s'inscrit dans une démarche combinée, relève bien d'un processus de légitimation juridique, sociale et experte de la prescription.

Compte tenu des relations professionnelles à B, la revendication sociale est considérée comme la plus légitime. La direction n'étant pas dans une logique de réappropriation de l'approche des risques professionnels, elle n'est pas dans une perspective de développement de l'approche juridique ou experte, mais plutôt dans une logique de stabilisation de la « ligne de front ».

L'évaluation des risques est peu mise en relation avec la règle : la conduite à tenir en cas d'AES a été mise en œuvre sans évaluation des risques, la mise en œuvre de la dosimétrie opérationnelle a fait l'objet d'une évaluation des risques, mais qui a associé essentiellement la personne compétente, sans que les membres du CHSCT y soient associés. Ceci les amène sans doute, à vouloir y prendre une place en demandant avec insistance la dotation des brancardiers qui est devenue un point de fixation.

L'élaboration du document unique d'évaluation des risques n'est pas saisie comme une opportunité pour faire d'une contrainte une ressource, mais plutôt comme une contrainte par la direction et une interrogation pour les représentants du personnel.

Il faut noter que les représentants du personnel ne sont pas dans une logique ou une posture syndicale politique mais au contraire dans une logique stratégique et pragmatique qui lui donne, sans doute, sa force tant auprès du personnel que de la direction.

La construction ascendante étant dominante, la **prescription** des solutions en est d'autant plus facilitée qu'elle est souvent contenue dans l'évaluation des risques. Par contre sa construction est plus complexe dans le cas d'une approche combinée ou descendante.

Pour les prescriptions « ascendantes », le savoir mobilisé est celui des salariés qui peut être exploité grâce à la relation forte avec les représentants du personnel.

Au sein de B, on ne peut pas dire que les démarches d'analyse des risques déplacent les lieux et les acteurs de la prescription car la régulation y était déjà fortement sociale. Les trois acteurs de la prescription restent les mêmes. Les principaux sont les opérateurs et essentiellement les salariés ; les experts sont peu prescripteurs, sauf pour la mise en œuvre d'un prescrit externe (dosimétrie opérationnelle, conduite à tenir en cas d'AES ...) et les contrôleurs sont plus utilisés pour étayer les revendications. Le droit et l'expertise n'apparaissent pas comme susceptibles d'imposer des actions aux salariés, mais comme outil venant étayer leurs revendications. La stratégie syndicale apparaît plutôt comme défensive par rapport à des velléités intrusives de prescription émanant du prescrit externe. L'évaluation des

risques est donc avant tout une régulation sociale, étayée par des contributions juridiques et expertes.

Le CHSCT de B arrive bien à concilier contrôle, concertation et prescription. Il ne pratique pas de contrôle, mais une concertation forte avec les salariés et faible avec la direction. Les prescriptions qu'il porte sont celles émanant du personnel, ce qui ne risque pas de le mettre en porte-à-faux avec lui.

Passer de la sécurité à la santé et aux conditions de travail est par contre l'une des grandes difficultés du CHSCT de B qui, s'il arrive à prendre en compte sécurité et conditions de travail, n'arrive pas à avoir une approche large des questions de santé au travail. Sa faible ouverture sur l'expertise « constituée » en est sans doute à l'origine, de même que la difficulté à prendre en compte la contribution du médecin du travail. Sa difficulté à faire fonctionner ses commissions « ergonomie » et « AES » l'illustre bien.

L'articulation entre le particulier et le général n'est pas recherchée quand le problème peut faire l'objet d'une solution spécifique voire quand l'approche générale pourrait compromettre la solution d'un problème particulier. Par exemple, le traitement des problèmes de températures élevées n'est jamais posé de manière générale mais uniquement ponctuelle. Le règlement global du problème n'aurait pas de solution technique et financière, alors qu'il est possible de le traiter au cas par cas. Par contre, les problèmes qui ne peuvent être solutionnés que globalement (linge, plannings ...) remontent du particulier au général.

L'articulation des acteurs internes et externes est claire et forte concernant l'inspecteur du travail. On notera toutefois que ses prescriptions substantielles trouvent un meilleur écho que ses prescriptions procédurales. Les premières se situent généralement en réponse à une sollicitation du CHSCT et viennent nourrir son action. Les secondes peuvent perturber la stratégie syndicale en introduisant d'autres formes d'approches que le mode ascendant et il n'est pas surprenant qu'elles soient moins appréciées. On citera, par exemple, la demande exprimée par l'inspecteur du travail en matière d'évaluation des risques qu'il a du re-exprimer trois ans plus tard, faute qu'elle ait été suivie d'effets.

Les **actions** ascendantes sont organisées mais essentiellement par les représentants du personnel. Les démarches descendantes sont peu appropriées par les représentants du personnel. Quant aux démarches combinées, elles ne peuvent fonctionner qu'à partir du moment où il y a co - construction avec la direction (cf linge, planning ...), c'est-à-dire que les représentants du personnel ont suffisamment construit le problème, voire créé le rapport de force pour que la direction accepte d'ouvrir une négociation.

Le CHSCT de B apparaît bien comme une composante d'ensemble régulateur. Tout d'abord il n'en est qu'une composante au sens où la régulation se passe en amont par la remontée des problèmes et en aval par les décisions de la direction. Il y a bien régulation en son sein.

Les relations professionnelles au sein de B se caractérisent bien par une logique de gestion sous contrainte. Par contre, la relation entre les représentants du personnel et les salariés s'inscrit dans une logique de management dans laquelle les salariés occupent une place active dans l'expression et la construction des solutions à leurs problèmes.

La longue expérience commune a permis de construire un **apprentissage** dans les relations et les pratiques qui contribuent sans doute à la qualité du fonctionnement actuel. En effet, parmi les sept membres du CHSCT ayant voix délibérative (le président et les six représentants du personnel) quatre, dont le président et le secrétaire, y siègent depuis plus de six ans. Cette gestion sous contrainte conduit à ce qu'il y ait gestion, c'est-à-dire traitement d'un nombre très conséquent de problèmes. Elle est, d'autre part, sous contrainte, et requiert le maintien permanent d'un rapport de force pour fonctionner.

§ 3. Etablissement C : une régulation « managériale »

La logique de fonctionnement du CHSCT

Le contexte fortement concurrentiel de C induit une préoccupation forte en matière de gestion des ressources humaines au niveau de la direction. Ce contexte et le volontarisme fort de la direction en matière de gestion des ressources humaines affaiblissent le portage syndical. Plus exactement, cela lui impose un grand pragmatisme pour prendre en compte cette situation. La direction et les syndicats privilégient ainsi le pragmatisme au légalisme.

La stratégie syndicale est très orientée vers la prise en compte des attentes des salariés et donc vers la satisfaction de leurs revendications. La pratique syndicale part donc des salariés dans une logique ascendante qui donne la priorité aux risques contingents. La CGT est consciente que sa majorité repose davantage sur sa capacité à faire résoudre les problèmes que sur une idéologie. C'est ce qui la conduit à développer une stratégie très pragmatique dans laquelle elle considère que sa responsabilité n'est pas uniquement de poser les problèmes, mais de faire en sorte qu'ils soient résolus. Pour cela, elle n'hésite pas à participer non seulement à la construction des solutions mais aussi à leur mise en œuvre. Elle incite la direction à traiter les problèmes posés dans une logique combinée, concrétisée par la mise en place de groupe de travail auquel participent la hiérarchie, le médecin du travail, des salariés et certains de leurs représentants.

Dans ce système, le secrétaire du CHSCT est un acteur central de la régulation.

Les acteurs du CHSCT : contributions et articulation

L'organisation de la prévention est semblable à celle des autres établissements, c'est-à-dire sans fonction spécifiquement affectée à cette tâche²⁸³. Les trois acteurs centraux en sont le président et le secrétaire du CHSCT ainsi que le médecin du travail.

La direction est volontariste en matière de prévention et le CHSCT est bien l'instance de concertation, de débat et de construction de la politique de gestion des risques. Celle-ci repose surtout sur la capacité des représentants du personnel à faire remonter les problèmes contingents que rencontrent les salariés. En tant que directeur général adjoint ou secrétaire général, et avec une délégation claire, le président est en capacité d'engager la direction sur la plupart des dossiers traités.

Le secrétaire du CHSCT, qui bénéficie d'un mi-temps pour cette fonction, peut développer une véritable stratégie et porter certaines actions. Néanmoins, le corollaire de ce temps attribué est que les autres représentants du personnel se reposent beaucoup sur lui. L'homogénéité du soutien qu'ils lui apportent le conforte toutefois dans son action.

Les actions menées et la qualité du dialogue social font que l'inspecteur du travail ne participe jamais au CHSCT.

Le nombre moyen de participants se situe dans la moyenne, environ 11 par réunion²⁸⁴.

Comparativement aux trois autres centres, on peut faire ressortir quelques éléments : - C est le seul établissement à avoir vu son CHSCT présidé par son directeur général adjoint, toujours accompagné du secrétaire général, ce qui n'est pas étranger avec l'impulsion stratégique donnée - c'est le seul à avoir donné autant de temps au secrétaire, même si le secrétaire du CHSCT de B bénéficie d'un temps conséquent qu'il prend plus qu'il ne lui est donné - il

²⁸³ La mise en place de la démarche d'évaluation des risques a toutefois amené la direction à renforcer son organisation puisqu'elle y a affecté un mi-temps pour 2003 et un temps plein pour 2004.

²⁸⁴ Les participants y sont relativement stables. La présence du médecin du travail est forte tant quantitativement que qualitativement. La direction (directeur général adjoint et secrétaire général) est représentée en moyenne par 1,5 personne à chaque réunion. Les représentants des salariés sont environ six par réunion. A noter que la CRAM a participé à plusieurs réunions ou actions du CHSCT, ce qui est rare. Les personnes ressources sont en moyenne environ 2,5 par réunion.

accueille un nombre moyen de personnes ressources, pour des contributions plus méthodologiques (DRH, qualité) que techniques (faible participation des services techniques, absence de la radioprotection ...) - avec A, c'est le centre qui connaît la contribution la plus active de la médecine du travail - et enfin, c'est le seul CHSCT auquel l'inspecteur du travail ne participe jamais.

La logique des représentants du personnel y est très pragmatique et coopérative. Le contexte concurrentiel local très fort renforce sans doute la volonté à agir mais ne contribue pas à renforcer l'activisme syndical des salariés. Cela réduit d'autant la capacité des organisations syndicales à construire un rapport de force et les incite d'avantage au pragmatisme. Ainsi, à plusieurs reprises, est évoqué l'incompréhension par certains salariés du rôle du CHSCT²⁸⁵.

Nous pouvons résumer ces relations par le volontarisme de la direction pour optimiser le fonctionnement de l'établissement et la qualité des soins. La direction inscrit donc ses relations avec les représentants du personnel dans une logique de concertation, sans rétention d'information. Les débats sont participatifs, avec souvent collaboration de gestion voire même cogestion. Un cadre pense toutefois que cette relation importante entre la direction et les organisations syndicales se fait au détriment de l'encadrement qui se sent un peu à l'écart. Dans ce contexte, un expert comme le médecin du travail peut plus facilement se positionner. L'activité du CHSCT est structurée avant tout sur la base des problèmes particuliers qui lui sont posés et, plus rarement, sur la base de programmes d'actions structurants. C'est sans doute la différence majeure avec l'autre établissement « manager » A, dans lequel à l'instigation des représentants du personnel une logique de programmation des actions beaucoup plus forte a été mise en place.

Ce volontarisme requiert néanmoins de la part des organisations syndicales un suivi attentif des procédures. Ainsi, le premier secrétaire (CFDT) a regretté, par écrit²⁸⁶ en avril 2000, que certaines procédures relatives au fonctionnement du CHSCT ne soient plus respectées. Cela concerne, plus particulièrement, l'information et la concertation des salariés. A la même période, en novembre 2000, l'Union départementale CGT « Santé et Action sociale » saisissait la direction de C pour évoquer les « *difficultés que rencontrait ou rencontre encore mme X (nouvelle secrétaire du CHSCT à partir de novembre 2000) dans le cadre de l'exercice de son activité syndicale.* »²⁸⁷

Le mi-temps de la secrétaire avec remplacement dans son service lui permet maintenant d'être un interlocuteur actif. Dans ce contexte, le CHSCT est vraiment le lieu d'élaboration de la politique en matière de gestion des risques. La direction garde toutefois la maîtrise des décisions et délègue certaines missions à la secrétaire du CHSCT qui récemment s'est vue confier la charge de piloter l'élaboration du document unique d'évaluation des risques.

Les relations étant harmonieuses au sein du CHSCT, et les représentants du personnel y trouvant une oreille attentive aux problèmes soulevés, il ne leur est pas utile de recourir aux moyens de pression (expertise, droit d'alerte, missions d'études ...) que leur offre le code du

²⁸⁵ Au cours du CHSCT de janvier 2004, le secrétaire du CHSCT regrettera de ne pas avoir été associé en amont sur un dossier. Le médecin du travail lui répondra « *qu'il s'agissait d'un souhait des salariés.* »

²⁸⁶ « *Le CHSCT n'est plus informé des déménagements de services, et encore moins des fermetures de services. Il ne l'est pas non plus lorsque des incidents ou des accidents se produisent à l'intérieur de l'établissement, pas plus lors de la modification de l'organisation du travail dans un service.* » « *Lors des différentes réunions, les mêmes questions reviennent souvent : elles concernent les conditions de travail. Le personnel paramédical et administratif peut-il espérer un jour être associé aux décisions prises par l'encadrement et le personnel médical ?* »

²⁸⁷ Ce courrier évoquait également la « *charge de travail importante qui s'accumule et que mme X doit intégrer en plus de son activité syndicale. Cela entraîne un retard dans le travail et une double activité pour mme X. Il serait souhaitable que vous envisagiez le remplacement de mme X lorsqu'elle est en activité syndicale, dans la mesure où le droit syndical est inscrit dans la convention.* »

travail pour être entendus. Le secrétaire peut concerter utilement le président sur les dossiers délicats et étudier avec lui la meilleure façon de traiter d'un problème, par exemple en l'inscrivant ou non formellement à l'ordre du jour du CHSCT ou en le traitant directement avec la hiérarchie.

La direction n'hésite d'ailleurs pas à aller au-delà des prérogatives du CHSCT en l'informant ou en le consultant sur des questions de fonctionnement ou de développement stratégique comme par exemple la création d'une « fédération de biologie inter-hospitalière », les modalités de tri du courrier, le projet médical ...

Au CHSCT de mai 2002, le secrétaire souligne la bonne interface entre la direction et lui. Le président souligne que « le bilan du CHSCT 2001 est plutôt positif. Et qu'il y a eu une bonne collaboration entre la direction et le CHSCT. Il insiste sur ce qu'a dit le secrétaire du CHSCT, à savoir que l'aspect prévention est fondamental. »

En juillet 2002, le directeur général adjoint annonce au CHSCT que c'est la dernière réunion qu'il préside. « *Il précise que c'est une instance qui lui est chère qu'il préside depuis plusieurs années. Des actions ont été menées dans un climat de confiance.* » ... » *Il estime qu'il y a eu deux temps : amélioration de l'existant avec le secrétaire CFDT²⁸⁸, et mise en place de plans de prévention avec le secrétaire CGT.* » Il déclare avoir « été frappé par la motivation et la maturité de tous qui se sont traduites par une collaboration sans affrontements idéologiques. » Il remercie plus particulièrement le secrétaire et le médecin du travail « qui s'investissent énormément dans le CHSCT ». « *Il espère avoir tenu son rôle au mieux durant toutes ces années en laissant la liberté d'agir, nécessaire à chacun²⁸⁹.* »

Fin 2002, lors de la réunion du CHSCT au cours de laquelle nous avons présenté la première restitution de notre recherche, le débat a beaucoup porté sur le caractère syndical ou non de l'approche des représentants du personnel. Le DRH exprimant l'idée que les membres du CE désignent des représentants « pour les compétences ou l'intérêt que chacun manifeste pour ce poste, et non pour son étiquette syndicale. C'est la définition de la loi. » Toujours selon le DRH, « il n'y a pas de clan au CHSCT, il n'y a plus de casquette syndicale et c'est ce qui fait fonctionner l'instance. »

Pour le secrétaire, « c'est la volonté de chacun de faire fonctionner le CHSCT en relation avec la médecine du travail. », et il précise « qu'il y a quand même une majorité syndicale qui a été élue par les salariés. » Le médecin du travail pense lui, qu'au niveau de la prévention, « il n'y a pas d'étiquette syndicale ; on traite avec le CHSCT dans sa globalité. »

Un comité mixte CE / CHSCT s'est tenu en mai 2003, concernant les « crédits de remplacement et d'absentéisme ». Le dossier qui doit être présenté à l'ARH a pour « vocation d'attaquer préventivement l'absentéisme ». « C a déjà un savoir-faire avec les formations contre les lombalgies et l'étude des AES. Reste à mener une réflexion sur des nouveaux dossiers de type étude de poste. Il a été étudié la possibilité de détacher le CHSCT sur ce dossier. » « Cette mission devrait être conjointe entre le CHSCT et un organisme extérieur : l'ANACT » « cette étude est une émanation du CHSCT ; à ce titre la mission est confiée au secrétaire du CHSCT en collaboration avec madame le médecin du travail. » Le mode de traitement de ce dossier confirme le positionnement très participatif du secrétaire du CHSCT.

²⁸⁸ Place particulière de la CFDT qui avait un membre en 2001 et 2002 peu présent. Depuis 2003, la CFDT ne siège plus au CHSCT comme membre mais comme représentant syndical et essaie de faire entendre sa voie par l'intermédiaire de l'ancienne secrétaire. Compte tenu du rapport de force très défavorable à la CFDT, et donc de la faiblesse de celle-ci, on ne peut pas parler de rivalité syndicale mais on peut néanmoins évoquer des divergences d'approche et de point de vue que la secrétaire en place doit gérer.

²⁸⁹ De l'avis de plusieurs acteurs ce « management participatif » avec responsabilisation des acteurs, donne une « grande puissance » de négociation. Durant la période « CFDT », il y avait moins de moyens ce qui n'a permis qu'une « amélioration de l'existant », sans engagement d'un programme fort. De nouvelles disponibilités ont permis d'attribuer un mi-temps au nouveau secrétaire du CHSCT (CGT).

Il révèle aussi les tensions qui peuvent exister entre représentants du personnel. L'ancienne secrétaire du CHSCT insiste en effet *« sur l'importance du nouveau dossier qui est l'étude des conditions de travail. Elle considère que les lombalgies et les AES sont de « vieux » dossiers et qu'il ne faut pas revenir dessus dans le cadre de l'enveloppe budgétaire. »*

La nouvelle secrétaire répond *« que les conditions de travail sont une priorité pour le CHSCT ; elle n'a en effet pas attendu la fin des crédits de remplacement pour contacter l'ANACT. »*

Le DRH indique que la direction va *« donner une mission précise au secrétaire du CHSCT. »*

Globalement l'ensemble des organisations syndicales est d'accord pour dire que le CHSCT travaille plus sur la conviction que sur la contrainte et ne souhaite pas interdire (cf le tabac). Il est considéré comme plutôt neutre syndicalement, ce qui a notamment contribué à renforcer sa crédibilité. Pour le secrétaire, *« ce qui fait la force de la CGT c'est qu'on a une image pas politique, c'est la personne qui est là dans l'entreprise, c'est les employés. » « Donc ils nous connaissent, ils savaient qu'on avait cette approche, qu'on discutait de telle façon. Ça convenait aux salariés, il faut continuer dans ce sens là parce qu'on a une image et un contact différent, et ça paye. »* Il souhaite d'ailleurs que l'image du CHSCT soit développée *« le CHSCT se doit de communiquer sur son travail de terrain »*. La mise en place d'un site internet s'inscrit dans cette logique et *« n'a pu être possible que grâce à une interface satisfaisante entre le CHSCT et la direction et les moyens mis à sa disposition. »*

Les modalités d'action

L'une de leurs principales caractéristiques est de très peu se référer aux prescrits externes. Ils sont aussi peu portés par la direction et les personnes ressources que par les représentants du personnel.

Elles reposent non pas sur la construction d'un rapport de force mais plutôt d'un compromis.

L'un de leurs points forts est de permettre une bonne appréhension des risques contingents, facilement identifiables. Leur principal point faible concerne les risques difficilement identifiables (cancérogènes, charge mentale ...) qui ne sont pas portés par une personne ressource. Le cas de la radioprotection est particulier par rapport aux trois autres établissements car la personne CR n'est pas motrice, donc ce risque est peu porté.

Les constructions ascendantes sont dominantes. Les constructions descendantes sont très rares dans une logique de « management participatif » de la direction qui ne souhaite pas imposer mais construire avec les salariés. A part quelques exceptions, les démarches descendantes soient deviennent combinées et se développent, soient n'aboutissent pas. Le cas de la formalisation du document unique d'évaluation des risques l'illustre bien puisque c'est le secrétaire du CHSCT qui est chargé de piloter ce dossier. La mise en place de la dosimétrie opérationnelle avance difficilement et le CHSCT y sera associé.

Les démarches mises en œuvre ne sont pas dénommées évaluation des risques. Pourtant elles constituent bien des processus de rationalisation puis de prescription.

Le processus de rationalisation est simple mais différent selon la pratique mise en œuvre.

En résumé, comme dans les autres établissements, l'approche ascendante est très dominante.

Les démarches descendantes sont moins rares que dans les autres établissements et contrairement aux autres, elles viennent rarement du prescrit réglementaire. On peut l'expliquer par plusieurs hypothèses : - l'absence de l'inspecteur du travail - l'absence au CHSCT de personnes ressources intervenant sur un sujet faisant l'objet d'un prescrit externe fort comme la radioprotection par exemple - et sans doute la logique managériale développée tant par la direction que par les représentants du personnel qui privilégient la construction des problèmes et des solutions en interne.

Les démarches descendantes sont avant tout construites sur la base de l'évolution des locaux. Ceci signifie tout d'abord que C est bien dans une dynamique d'évolution des locaux et de l'organisation du travail. Celle-ci trouve bien sûr sa raison d'être dans la nécessité de certaines rénovations, mais surtout dans la volonté de la direction d'optimiser l'outil de travail. On retrouve là l'impact du contexte concurrentiel et la volonté de la direction à évoluer, pour optimiser tant l'usage des ressources humaines que techniques et technologiques.

Ces actions de rénovation / réorganisation des locaux et des services peuvent rester uniquement descendantes si la concertation et la participation des salariés sont très faibles. Elles peuvent devenir combinées si la participation des salariés, tant directe que participative, est réelle.

L'initiation est pratiquement toujours le fait des salariés pour les pratiques ascendantes et combinées, et le fait du prescrit externe pour les démarches descendantes. Concernant les démarches combinées, qu'elles soient initiées par une démarche ascendante ou descendante (ce qui est très rare), la logique est de les traiter par une régulation conjointe.

La construction du problème et des solutions :

Dans le cas des pratiques ascendantes, l'évaluation / validation a déjà été faite par les représentants du personnel. Soit le problème posé est traité spécifiquement et la solution est généralement facile à construire, et souvent, c'est l'existence de la solution qui initie l'expression du problème. Dans ce cas, les problèmes ne sont pas hiérarchisables car non comparables. Soit le problème posé est traité plus globalement, et cela nécessite alors une approche combinée. Dans ce cas, la construction est plus complexe.

Comme à B, la prescription est immédiate dans le cas d'une approche ascendante (car souvent la solution est intégrée à l'énoncé de la question), par contre sa construction est plus complexe dans le cas d'une approche combinée ou descendante.

Les quatre composants de la rationalisation

Le mode de gestion paraît assez clair : il relève d'un management participatif laissant une grande marge de manœuvre aux représentants du personnel. Il y a convergence et non conflit d'intérêt entre direction et organisations syndicales.

Les **matériaux de construction** les plus utilisés sont ceux construits dans l'établissement. Les savoirs « donnés » sont peu utilisés car peu portés (absence de l'inspecteur du travail, de la personne compétente en radioprotection ...).

Le **matériel de construction** est avant tout un outillage méthodologique permettant d'une part de faire remonter les problèmes, puis pour les approches globales, la mise en place de groupe de travail permettant de rechercher une régulation conjointe.

Trois **acteurs** dominent dans le dispositif : le président du CHSCT qui en garde la maîtrise, le secrétaire qui le nourrit et en structure l'activité et enfin le médecin du travail qui y intervient comme expert et porteur de certaines actions.

Dans ce contexte où la direction gère le dispositif et les représentants du personnel sont dans une logique de collaboration, voire de cogestion, un expert comme le médecin du travail peut plus facilement se positionner, mais rarement sur des approches globales. L'activité du CHSCT est structurée avant tout sur la base des problèmes particuliers qui lui sont posés et plus rarement sur la base de programmes d'actions structurants. C'est sans doute la différence majeure avec l'autre établissement « manager » A dans lequel, à l'instigation des représentants du personnel, une logique de programmation des actions beaucoup plus forte a été mise en place.

L'articulation entre savoir et relation est plus aisée qu'à B, compte tenu de la bonne qualité des relations qui y règnent. Par contre les savoirs constitués sont peu mobilisés, pour plusieurs

raisons : - la faible présence de personnes ressources disposant de savoirs techniques - le fait que les personnes ressources présentes (qualité et DRH) s'appuient plus sur des logiques procédurales que substantielles. Le substantiel n'est donc nourri que par les savoirs construits par les salariés. De plus, contrairement à A, C n'a pas organisé de remontée des problèmes via la hiérarchie.

Une autre différence entre A, B et C est que dans A, les supports et la force de communication en direction du personnel, sont plutôt le fait de la direction alors qu'à B le poids syndical est beaucoup plus fort en la matière. Enfin à C, la communication est portée par le CHSCT qui apparaît comme un lieu de régulation conjointe entre la direction et les salariés.

La place du « document unique » réglementaire dans le processus de rationalisation est très faible à C, compte tenu du fait qu'il apparaît pour la direction davantage comme une contrainte que comme une ressource. Il faut noter l'implication active du secrétaire dans cette démarche dont l'avenir dira si elle a pu trouver la légitimité indispensable à sa pérennité.

Comme dans les autres établissements, à C la prise en compte des questions de santé est encore faible mais croissante.

Les acteurs de la prescription sont essentiellement les opérateurs et plus particulièrement les salariés, les experts sont peu prescripteurs sauf pour ce qui concerne le médecin du travail qui toutefois se situe plus sur le registre de l'alerte que de la prescription. La fonction contrôle est très réduite au CHSCT, qui notamment étudie peu les rapports des organismes de contrôle.

L'évaluation des risques est donc avant tout une régulation sociale, étayée essentiellement par des contributions expertes du médecin du travail.

L'évaluation des risques et l'évolution des modes de prescription :

Le travail réalisé dans le cadre des démarches ascendantes et combinées peut être considéré comme une démarche d'évaluation des risques, donnant un poids fort aux salariés dans l'évaluation et la prescription. La prescription est bien issue de l'articulation entre savoir et relation, entre « construits » et acteurs, plus qu'entre « données » et acteurs.

Si pour B l'évaluation des risques, plus particulièrement quand elle s'inscrit dans une démarche combinée, relève bien d'un processus de légitimation juridique, sociale et experte de la prescription, pour C la légitimation juridique et sociale est beaucoup plus faible.

L'évaluation des risques est peu mise en relation avec la règle. L'élaboration du document unique d'évaluation des risques n'est pas saisie comme une opportunité par la direction mais plutôt comme une contrainte.

La place du CHSCT dans la rationalisation du risque et la prescription de sa gestion

Concilier contrôle, concertation et prescription : le CHSCT de C ne pratique pas le contrôle. La concertation est forte avec les salariés et la direction quant à la prescription, elle émane du personnel pour l'ascendant, de la direction pour le descendant (cf les fiches de signalement d'incidents) et d'une régulation conjointe pour le combiné.

Passer de la sécurité à la santé et aux conditions de travail : c'est l'une des grandes difficultés du CHSCT de C comme des autres établissements. Sa faible ouverture sur l'expertise « constituée » en est sans doute à l'origine, de même que la difficulté à prendre en compte la contribution d'acteurs comme la CRAM, l'ANACT.

Le CHSCT comme composante d'ensemble régulateur :

Le CHSCT de C apparaît bien comme une composante d'ensemble régulateur. Tout d'abord il n'en est qu'une composante au sens où une partie de la régulation se passe en amont par la remontée des problèmes, et en aval par certaines décisions de la direction. Il y a bien régulation en son sein et l'on peut dire que l'approche « managers » permet aux deux établissements qui la pratiquent d'augmenter les capacités de régulation au sein du CHSCT.

§ 4. Etablissement D : une régulation à minima

La logique de fonctionnement du CHSCT

La situation est équivalente à celle de B, à l'importante exception près qui est la grande difficulté des organisations syndicales à construire une stratégie.

Les relations professionnelles très difficiles à D, ont un double impact. D'une part, elles renforcent la présence de l'inspecteur du travail, donc le poids du droit, et d'autre part, elles rendent plus complexe la mission des personnes ressources et d'un expert comme le médecin du travail. Il est d'ailleurs notoire que le précédent ait été licencié et que l'actuel se construise sa place, en prenant garde de se tenir à distance tant de la direction que des représentants du personnel. Ceci, au moins le temps de rétablir des relations normales de travail et de confiance.

De fait, D est l'établissement dans lequel les personnes ressources sont quasiment absentes du CHSCT.

Les acteurs du CHSCT : contributions et articulation

La participation des représentants du personnel y est équivalente aux autres centres. Elle y est toutefois plus hétérogène, ce qui ne permet pas de donner un rôle fort et central au secrétaire du CHSCT. Moins bien positionné, il est moins en capacité et sans doute aussi moins légitime pour traiter de manière informelle les problèmes entre les réunions avec la direction ou les personnes ressources.

Sur le plan quantitatif la participation au CHSCT a doublé entre 1996 et 2003, en passant progressivement de 5,5 à 11 personnes par réunions. Cette évolution est liée à une plus forte participation des représentants du personnel au CHSCT et des représentants syndicaux. Certains y voient l'impact de « *relations sociales du moyen âge* » qui, notamment en lien avec les mouvements sociaux liés à la CCN et à la RTT, amènent la direction « *à contribuer à la syndicalisation et à la mobilisation des salariés.* » Il faut noter par exemple que l'augmentation du nombre des participants au CHSCT ne s'est pas traduite par une participation plus forte de personnes ressources mais uniquement des représentants du personnel.

Une analyse comparative sommaire concernant les acteurs du CHSCT conduit aux constats suivants :

- D est l'établissement qui compte la participation la plus forte de son directeur, même si elle se limite à 39 % et si elle est irrégulière comme nous l'avons indiqué précédemment.
- c'est le seul CHSCT qui n'accueille pas de personnes ressources et qui sollicite aussi peu l'expertise de structures externes telles que la CRAM.
- le taux de participation du médecin du travail à 73 % est l'un des deux plus faible des quatre établissements
- enfin c'est l'un des établissements qui voit la plus forte présence de l'inspecteur du travail.

Le CHSCT est le lieu d'expression des problèmes qui sont ensuite traités avec les personnes compétentes par le secrétaire général.

Les tensions permanentes au sein du CHSCT l'amènent à être avant tout un lieu de confrontation qui néanmoins aborde beaucoup de problèmes. Ceux-ci n'étant que peu évoqués de manière informelle entre les réunions, leur traitement formel et souvent polémique au cours des réunions, rallongent d'autant celles-ci qui quelquefois prennent un caractère fastidieux pour leurs participants.

Le volontarisme de la direction étant faible, elle mène les actions à son rythme, quelquefois en parallèle du CHSCT. Elle ne souhaite pas, par exemple, augmenter le nombre de réunions du CHSCT en se limitant au minimum réglementaire. Depuis 2001, la CGT contourne toutefois

ce refus en « *votant des missions du CHSCT* » ou en posant certains problèmes par le biais de la procédure d'alerte en cas de danger grave et imminent. Cela se traduit bien par une augmentation du nombre de réunions du CHSCT qui plutôt que d'être « ordinaires » sont « extraordinaires ». Le cas des chimiothérapies montre qu'au cas par cas ce mode d'approche permet de régler certains problèmes de manière satisfaisante. L'ancienne secrétaire « CFDT » reconnaît d'ailleurs que la CGT a bien fait. « *Il y avait du laxisme, elles ont obtenu par la force ce qu'elles n'ont pas obtenu par la négociation* ».

La stratégie syndicale apparaît donc en deux temps. Tout d'abord, créer un rapport de force en utilisant les moyens proposés par le droit du travail, pour poser un problème et contraindre la direction à le mettre à l'ordre du jour. Travailler ensuite sur le fond, de manière plus participative pour étudier le problème et construire des solutions.

Concernant la réduction du temps de travail, il y avait une forte mobilisation des salariés et un levier réglementaire faible pour négocier la création d'emplois, c'est donc la grève qui a été utilisée pour créer un rapport de force. Pour la santé au travail, la motivation des salariés est moindre et le droit est plus contraignant. Les représentants du personnel peuvent davantage s'appuyer sur le droit pour créer le rapport de force.

Les mots qui décrivent le mieux le CHSCT de D sont consultation (volontaire ou contrainte) et revendication.

L'engagement faible de la direction en matière de prévention, son absence de volontarisme et sa gestion à minima de la prévention, d'une part, une stratégie fortement revendicative et peu participative des représentants du personnel, d'autre part, conduisent à des débats conflictuels au sein du CHSCT et à une qualité du dialogue social jugé « archaïque » par un certain nombre de participants.

Le fonctionnement du CHSCT pose problème depuis de nombreuses années. En 1998, la secrétaire s'en plaignait.

Au cours de la réunion du 29 juin 2001, un débat important traite du sujet. Les représentants du personnel, de manière unanime reprochant à la direction de ne pas communiquer les informations requises sur certains projets auxquels le CHSCT n'est pas associé. L'inspecteur du travail en conclut que « *le fonctionnement du CHSCT n'est pas adapté.* » Il demande par ailleurs à ce « *qu'un service de sécurité des salariés soit mis en place.* »

En juin 2001, le CHSCT pose par voie de « droit d'alerte » le problème des conditions de préparation des chimiothérapies le week-end. Il faut noter que ce problème trouvera une solution par une meilleure organisation des pratiques. Tant la direction que les représentants du personnel exprimeront leur satisfaction de ce résultat, tout en regrettant qu'il faille en passer par un conflit pour dialoguer.

En septembre 2001, le secrétaire général annonce que « *le CLIN a donné son accord pour accueillir un représentant du CHSCT dans ses réunions* » mais en septembre 2002 il apparaît que suite au désaccord du directeur, cette décision n'a pas été mise en œuvre.

Au cours de la réunion de décembre 2001, l'inspecteur du travail constate que « *en tant que membre extérieur, je peux dire que cette réunion est négative et déplorable. Pour améliorer la situation, on peut fixer des priorités et choisir un médiateur. Je vous conseille de contacter l'ARACT.* »

Ce fonctionnement conflictuel est illustré par la procédure d'alerte utilisée en janvier 2002 par le CHSCT à propos de la qualité bactériologique de l'eau. Dans le même ordre d'idée, en 2002, la direction propose de faire un compte rendu plus court pour pouvoir le diffuser plus facilement et se voit opposer un refus des représentants du personnel.

Le 27 novembre 2002, l'inspecteur du travail regrette à nouveau que *«le CHSCT fonctionne très mal, c'est anormal dans un établissement de 600 personnes. C'est un problème de fond. Je souhaite que le CHSCT puisse travailler plus efficacement.»*

Fin 2002, la majorité syndicale revient à la CFDT au sein du CHSCT qui voit la désignation d'un nouveau secrétaire. Même si l'inspecteur du travail regrette à nouveau en 2003 le mauvais fonctionnement du CHSCT, nous verrons que d'une part du fait du changement de personne, et d'autre part sans doute du fait de «l'apprentissage collectif» conduit entre direction et représentants du personnel, on note des évolutions dans les positions et la volonté exprimée par chacun.

D'ailleurs, au CHSCT du 24 mars 2003, la volonté de faire un bilan et un programme annuel est exprimée. La secrétaire du CHSCT propose des réunions ponctuelles entre les CHSCT pour *«cibler des sujets importants. Pour les commissions, elles auront lieu en fonction des besoins. Il faut prévoir de faire des sous-commissions dans la gestion des risques, ce qui a commencé à se faire aujourd'hui.»* Deux commissions ont été mises en place dans cet esprit.

Lors de la réunion du 21 mai 2003, le CHSCT invite le cadre en charge de l'évaluation des risques à participer régulièrement à ses réunions ; une organisation méthodique et systématique des visites de services est mise en place. L'inspecteur du travail réexprime toutefois l'idée que le *«CHSCT fonctionne mal parce qu'il est mal organisé ; il faut des commissions, ainsi qu'un renforcement du rôle du secrétaire, mais il y a un problème de temps. Les membres sont pris par d'autres activités.»*. *«Sur le problème des enquêtes d'accidents, je suis fort étonné que depuis des années, il n'y ait toujours pas d'enquête. J'ai formulé auprès du CHSCT ma demande de réflexion sur le fonctionnement ; les risques complexes du CRLC nécessitent plus de travail. Le fonctionnement du CHSCT doit être meilleur.»*

Le secrétaire général lui répond que *«avec le précédent CHSCT, les conflits empêchaient de travailler. Si le nouveau CHSCT est plus constructif, on ne sera pas à une heure près ; nous sommes ouverts, mais pas pour n'importe quoi. Il faut décrire les conditions.»*

Un représentant du personnel indique que *«les salariés ne peuvent pas prendre leurs heures de délégation parce qu'elles sont faites en heures supplémentaires. Ça ne peut pas durer.»*

Le secrétaire général répond que *«la direction est ouverte pour essayer de faciliter les choses pour récupérer les heures. Les problèmes tiennent plus à la personnalité de l'élu qu'au nombre d'heures à prendre.»* Les conditions posées par la direction sont donc claires ; elle accordera plus de facilités au CHSCT si celui est *«plus constructif»*.

Comme dans les autres établissements, les familles de risques à traiter sont nombreuses. Leur prévention ne fait pas l'objet d'une fonction spécifique mais d'une gestion décentralisée. Elle est orchestrée par le secrétaire général qui, même s'il en réfère au directeur pour les décisions importantes, doit gérer l'ensemble des dimensions politiques, stratégiques, techniques, financières, relationnelles ...

Le CHSCT est l'instance de concertation et quelquefois de construction de la politique de prévention. Nous montrerons le clivage qui existe au sein du CHSCT entre les représentants du personnel, avec la tendance *«CFDT»* qui est plus sur une logique participative, et la tendance *«CGT»*, davantage dans une logique revendicative. D'une part ces deux tendances cohabitant dans le CHSCT ne lui permettent pas d'exprimer un point de vue homogène des représentants du personnel, ce qui affaiblit leurs positions. D'autre part l'alternance de majorité conduit à l'alternance de certaines pratiques. Nous verrons que ces évolutions peuvent contribuer et favoriser l'apprentissage collectif au sein de cette instance. Quelle que soit la majorité en place, et même avec la plus participative, la direction a de grandes

difficultés à assurer un fonctionnement normal au CHSCT. La rétention d'information en constitue un exemple concret.

Contrairement aux autres établissements, les difficultés rencontrées par la médecine du travail ne lui ont pas permis de jouer son rôle de surveillance, de veille et d'alerte. Cela affaiblit tant l'organisation de la prévention en générale que le fonctionnement du CHSCT en particulier.

L'inspecteur du travail a pointé à plusieurs reprises « *le dysfonctionnement du CHSCT et demande à ce qu'un service de sécurité des salariés soit mis en place.* »²⁹⁰

La direction a d'ailleurs identifié en 2002 une fonction en matière de sécurité, confiée au responsable des services généraux. Il est à noter que cette fonction a pu être créée grâce aux emplois obtenus en compensation de la RTT. Le mouvement revendicatif aura donc permis aussi de faire évoluer la prise en charge de la prévention.

Concernant l'organisation de la prévention, la différence entre D et les trois autres établissements concerne le caractère plus décentralisé des actions conduites au niveau des services que certains qualifient de « *chapelles* ». Par exemple, il y a trois services qui utilisent la radioactivité. Ils possèdent chacun une personne radio - compétente qui aurait, chacune, sa façon de procéder. Pour la mise en place de la dosimétrie opérationnelle et coordonner la radioprotection, le directeur a mis en place une cellule de radiocompétence. Il a confié la gestion de la dosimétrie opérationnelle à une personne nouvellement recrutée notamment pour cela. Concernant certaines pratiques de soins et donc de prévention, il existe deux infirmières générales qui ont des pratiques différentes. Donc, les personnes ressources existent mais exercent leur activité au sein de leur service, avec peu de liens entre elles, et généralement de manière déconnectée du CHSCT et quelquefois même de la direction. Ceci présente l'avantage d'une meilleure intégration mais au moins deux inconvénients : la difficulté d'avoir d'une part une impulsion et une stratégie globale et d'autre part une approche transversale. L'exemple de la chimiothérapie est révélateur de cette difficulté. Le chef de service compétent est réputé avoir très bien organisé la protection des salariés de son service. Il s'est par contre beaucoup moins intéressé à la préparation des chimiothérapies hors de son service et c'est le problème qui a été soulevé par le CHSCT.

Comme les relations professionnelles, la stratégie de l'entreprise en matière de gestion des risques influe sur le devenir du document unique. En effet, celui-ci ne pourra vivre que s'il dépasse le stade de contrainte réglementaire pour devenir un véritable outil de gestion des risques. De cette stratégie, découlera aussi le type de démarches adoptées (combinées, descendantes ou ascendantes) pour articuler le particulier et le général, le préventif et le curatif.

L'expertise et la règle : l'étude à D montre l'intérêt d'une expertise interne ou externe pour caractériser les problèmes : médecine du travail, personnes ressources et autres experts. L'usage de l'expertise suppose toutefois une bonne articulation entre savoir et relation. C'est la qualité de cette articulation qui confère sa légitimité à l'expertise. La stratégie du médecin du travail cherchant à construire sa légitimité par une relation distanciée par rapport à la direction et aux salariés est intéressante. Permettra-t-elle de construire la confiance souhaitée. La règle de droit peut aussi être source d'expertise et un outil de régulation juridique quand elle ne peut être sociale. On voit bien qu'à D, le droit est une aide à la régulation sociale.

3.3.2) Analyse transversale : la régulation entre acteurs des CHSCT

Avant de rentrer dans l'analyse transversale et pour nous permettre son approfondissement, nous présenterons (tableau 18) la synthèse des éléments relatifs aux CHSCT étudiés, présentés au paragraphe précédent.

Tableau 18 : Synthèse des éléments relatifs aux CHSCT

Mode de gestion	Manager		Gestionnaire	
	A	C	B	D
Etablissements				
Caractérisation du mode de gestion	Management gestionnaire	Management participatif	Gestion sous contrainte syndicale	Gestion sous contrainte du droit
Temps alloué au médecin du travail	80 % ETP environ 110 heures	85 heures depuis le 1/1/2001, auparavant 75 h	55 heures	50 % ETP environ 70 heures
Effectif	950	950	600	630
Temps de travail du médecin du travail pour 100 salariés	11,6	8,9	9,2	11,1
Programme annuel d'action du CHSCT	+++	++	++	
Visites des lieux de travail par le CHSCT	+++ systématique	+ après travaux	+	
Nombre de réunions du CHSCT, par an	5 ou 6	6	4	4
Utilisation du crédit d'heures par le CHSCT	Non	Non, sauf secrétaire mi-temps	Oui	non
Poids de la logique syndicale dans l'approche des problèmes de SST	-	- Pragmatique	++ Revendicative stratégique	+ Revendicative
Fonction du secrétaire du CHSCT	Laborantine	Secrétaire	Informaticien	Infirmière
Information en CHSCT	+++	+++	++	++
Concertation en CHSCT	+++ volontaire	+++ volontaire	+ contrainte	+ contrainte
Collaboration de gestion	+	+++	+	
Cogestion		+		
Qualité des débats au sein du CHSCT	Participatif	Participatif	Revendicatif	Conflictuel
Qualité du dialogue social	+++	+++	- « difficile et intense »	- « archaïque »
Participation du CHSCT au CLIN	OUI informel	OUI secrétaire	NON	NON*

* Un cadre infirmier participe toutefois au CLIN et au CHSCT. Le médecin du travail ne participe au CLIN que ponctuellement pour les AES.

²⁹⁰ CHSCT du 29 juin 2001.

§ 1. Les logiques de fonctionnement des CHSCT

Nos différentes approches, notamment historique et empirique mettent, bien en relief les deux caractéristiques principales de la régulation entre les acteurs du CHSCT : maintenir le pouvoir de décision aux employeurs, tout en renforçant le pouvoir du CHSCT, donc celui des salariés.

Cette articulation, ou ce jeu de pouvoir, peut apparaître comme une injonction contradictoire. Dans les faits, les acteurs régulent leurs relations plus ou moins difficilement. Ces démarches convergent vers la nécessité d'une régulation conjointe mais divergent sur la façon d'y parvenir.

Ainsi dans nos établissements « managers », les directions sont en demande d'un « management participatif ». Celui-ci est mis en œuvre à C, alors que les représentants du personnel de A sont plus réservés. Ceci s'explique par le fait que l'acceptation de ce mode de management implique, en contrepartie, l'appropriation des contraintes internes et externes à l'établissement et la participation à leur gestion.

Chez les gestionnaires, la faiblesse du volontarisme de la direction induit la construction d'un rapport de force par les représentants du personnel dont l'ampleur dépend de leur aptitude à le construire.

Les modalités de communication en direction des salariés, en matière de risques professionnels, éclairent également les logiques de fonctionnement. Ainsi, les supports et la force de communication sont plutôt le fait de la direction à A, des représentants du personnel à B, conjoints à C et très limité à D.

La qualité de la régulation conditionne le fonctionnement du CHSCT. L'analyse des moyens mis en œuvre le montre bien. Ils sont plutôt donnés par la direction dans un cas et obtenus voire pris dans l'autre. Elle a également une influence sur la composition effective du CHSCT, et plus particulièrement sur le niveau de délégation du président, la présence du médecin du travail et la qualité de celle-ci, la présence de l'inspecteur du travail. Globalement on peut ainsi dire que les « managers » nomment un président ayant un plus grand niveau de délégation, que le médecin du travail y est davantage présent et qu'il est en capacité de mieux exprimer son expertise, alors que l'inspecteur du travail en est absent. Chez les « gestionnaires », l'instance bénéficie d'une moindre délégation ; les relations plus difficiles rendent plus complexe l'expression de l'expertise du médecin du travail et davantage nécessaire la régulation hétéronome par l'inspecteur du travail.

Le point commun entre les établissements est leur approche par le travail, plutôt que par le risque. La différence tient à l'implication du médecin du travail et des personnes ressources

d'une part, et à celle de l'inspecteur du travail d'autre part. Le poids respectif de ces approches induira un poids différent de l'expertise et du prescrit externe.

Ceci confirme bien le caractère indissociable des savoirs et des relations que nous allons explorer maintenant par les approches quantitative et qualitative de leurs contributions.

§ 2. Approches quantitative et qualitative des contributions des acteurs

Approche quantitative des participants aux CHSCT

Le tableau ci-dessous indique le niveau quantitatif de participation de chaque acteur, pour chaque établissement.

Tableau 19 : Approche quantitative des participants aux CHSCT

Mode de gestion	« manager »				« gestionnaire »			
	A		C		B		D	
Etablissements Participants								
Direction	1,9	Total	1,5	Total	1,2	Total	1,4	Total
Personnes ressources	3,7	5,6	2,5	4	2,3	3,5	0	1,4
Représentants des salariés	6,8		6,3		6,7		5,7	
Médecin du travail	0,92		0,9		0,7		0,7	
Inspecteur du travail	0,18		0		0,52		0,61	
CRAM	0		0,07		0		0,03	
Nombre moyen de participants	13,5		10,9		11,7		8,2	

Nous en tirons les constats et les hypothèses explicatives suivants :

Les deux établissements « managers » sont ceux pour lesquels le nombre de représentants de la direction et des personnes ressources est le plus élevé. Ceci peut être expliqué par le volontarisme de la direction et l'acceptation de leur présence par les représentants du personnel, ce qui confirme une bonne qualité de relations professionnelles. On peut dire que l'implication de la direction, et donc son impulsion, est en relation directe avec son intérêt pour le CHSCT.

Ils ont également le taux de participation du médecin du travail le plus élevé, qui au-delà de situations personnelles particulières, confirme que les experts internes se situent beaucoup plus facilement dans des relations professionnelles harmonieuses que difficiles voire conflictuelles. Le médecin du travail y est positionné sur une logique de veille, de validation et d'alerte qui recouvre toujours le volet curatif de son activité. Par contre, l'aspect préventif a besoin d'un contexte plus favorable pour s'exprimer dans le temps.

Les « gestionnaires » attirent par contre davantage l'inspecteur du travail, comme régulateur. La présence de l'inspection du travail est proportionnelle au besoin de régulation et/ou à la demande du CHSCT.

Enfin, plusieurs personnes ressources y contribuent moins en matière d'évaluation des risques qu'en terme de validation des problèmes qui y sont exprimés et de mise en œuvre des solutions.

La faiblesse du nombre de participants au CHSCT de D est représentative de ses difficultés de fonctionnement puisque même le nombre de représentants du personnel y est plus faible qu'ailleurs.

Approches qualitative des contributions des acteurs

L'articulation entre les experts extérieurs et les représentants de l'entreprise se pose à deux niveaux : la présence des experts extérieurs d'une part et les modalités de leur participation d'autre part. Cette dernière renvoie à la fois aux modes d'action de chacun et à la régulation entre acteurs.

On a vu que le CHSCT était un espace de parole sur le travail dans lequel les experts constituaient un bon moyen pour ne pas s'enliser dans le contentieux et pour rapprocher les points de vue en ouvrant des perspectives d'actions. Ils jouent également un rôle de pédagogues du droit, de la technique, de transferts d'expériences entre entreprises, de facilitateurs du dialogue social, de garde-fou : leur participation permet de trouver les relais internes indispensables dans l'entreprise. On peut a contrario mettre en relation, au sein de D la faiblesse de la contribution des personnes ressources et les relations sociales difficiles qui règnent au sein du CHSCT. La contribution de l'inspecteur du travail est intimement liée à sa capacité à légitimer ses prescriptions.

Tableau 20 : Niveau de mise en œuvre des quatre missions principales du CHSCT, dans chaque établissement

	Manager		Gestionnaire	
	A	C	B	D
Des moyens d'étude et de proposition	+++	+++	+++	+
Des moyens de contrôle et d'enquête	++	+	+	+
Des possibilités de recours à un expert			++	++
Un droit d'alerte			+	+

Les deux premières missions (étude, propositions, contrôle et enquête) sont mises en œuvre à des niveaux similaires mais selon des modalités différentes. Par contre, l’alerte et l’expertise ne sont utilisées que chez les « gestionnaires ». Cela est logique puisque se sont des procédures « contentieuses » qui n’ont pas de raison d’être dans une régulation plus conjointe.

Le ministère de l’emploi et de la solidarité souhaite faire évoluer le contenu de la formation obligatoire. L’objectif est d’une part, qu’elle soit moins centrée sur l’accident du travail et plus sur la santé et les conditions de travail, et d’autre part qu’elle soit plus méthodologique, notamment dans l’analyse du travail, non pour faire des membres des experts mais pour développer leur capacité de proposition et de dialogue avec la direction. Pour Gollac et Volkoff, « *il faut appuyer l’intervention des CHSCT, non sur un renforcement de consignes ou de contrôles, mais sur d’autres ressorts, ceux de la coopération, du débat à partir du travail lui-même, de la recherche de solutions concrètes [...]. La question posée est donc celle d’un espace social propice à une telle intervention.* » (Gollac et Volkoff, 2000, p 101).

Les acteurs des cinq étapes de la gestion

Même s’il est difficile de distinguer les contributions de chacun, le tableau ci-après tente de les schématiser, en synthétisant les éléments évoqués précédemment.

**Tableau 21 : les acteurs des cinq étapes de la gestion :
initiation, évaluation, prescription, action et apprentissage**

	Salariés	Représentants du personnel	Personnes ressources	Direction	Médecin du travail	Inspection du travail	CRAM
Initiation, identification des dangers	+++	+++	+		+	+	
Evaluation	+	+	+++		+++	+	+
Prescription	Proposition	+	+++	+	+		+
	Décision		+	+++			
Action		+	+++	+	+		
Evaluation des actions : apprentissage		+	+	+	+	+	

Ce tableau se passe de commentaires et montre la relation très forte qui existe entre toutes les phases, compte tenu du fait que le traitement du risque nécessite la mise en œuvre de ces cinq étapes et que cela requiert la contribution de tous les acteurs. Par exemple, l’initiation étant souvent le fait des salariés, celle-ci introduira la participation d’une personne ressource pour

la caractérisation du risque, l'élaboration et la mise en œuvre des solutions. Elle nécessitera également la contribution de la direction pour la décision et, à un niveau moindre, la construction des solutions et de l'action.

Les représentants du personnel sont eux aussi très présents dans l'initiation de la démarche, mais aussi dans la caractérisation des risques. Le mode « manager » facilite leur participation. Il est toutefois à noter que celle-ci dépend fortement de leur volontarisme et de leur aptitude.

Le médecin du travail joue principalement un rôle de conseiller dans la caractérisation des risques et moindrement dans l'identification des dangers et l'élaboration des solutions. Enfin, les interventions de l'inspecteur du travail se limitent à l'évaluation des actions et à l'analyse des risques.

Dans le cas des procédures contraintes par les représentants du personnel (expertise CHSCT, alerte ...), une forme de régulation conjointe est ensuite systématiquement recherchée pour construire la solution et la mettre en œuvre.

Dès lors on peut dire qu'évaluation et gestion sont indissociables.

Le bon fonctionnement du système repose donc sur l'articulation de ces étapes et sur le poids respectif donné aux trois fonctions (opérateurs, experts et contrôleurs) que le CHSCT doit réguler.

Cette démarche implique une plus forte participation des acteurs concernés, ce qui contribue à améliorer la régulation du processus et à donner plus de légitimité aux actions. Le nombre important de dimensions polysémiques et multiformes à prendre en compte conforte l'approche gestionnaire et renvoie à un système de légitimité basé sur le travail.

Les enjeux des salariés et leur travail constituent le système de légitimité primordial.

Des relations professionnelles consensuelles favorisent des contributions expertes et la construction conjointe, alors que des relations sociales plus difficiles réduisent le recours à l'expertise (si ce n'est externe) et développent davantage une régulation par la règle externe.

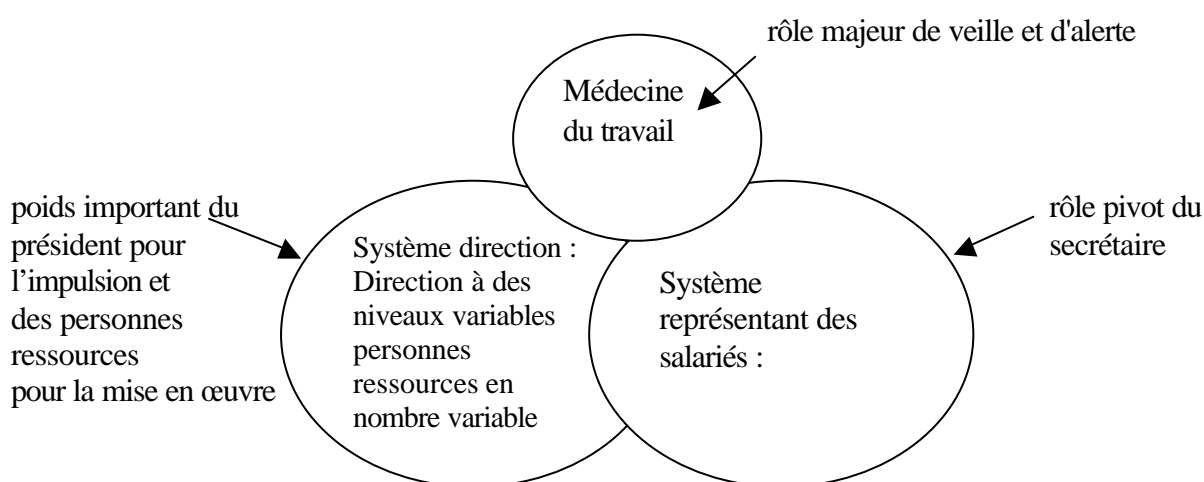
Il est aussi instructif d'analyser les différences entre les quatre établissements. Les figures ci-dessous résument le positionnement des différents acteurs aux CHSCT « manager » et « gestionnaire ». Il conviendrait de rajouter le cas intéressant des personnes ressources qui sont syndiquées, et réciproquement, des représentants du personnel par ailleurs personnes ressources.

L'articulation des acteurs dans les CHSCT « managers »

En substance, on peut dire que dans les deux établissements « manager », l'impulsion donnée par la direction contribue à la qualité des relations professionnelles. Celle-ci facilite la contribution des personnes ressources et du médecin du travail qui peuvent plus facilement s'y exprimer et mettre en œuvre leur fonction. L'inspecteur du travail y est moins nécessaire.

Le dialogue social est plutôt bon, avec des CHSCT qui fonctionnent de manière harmonieuse et participative entraînant des collaborations de gestion sur certaines actions. La figure ci-dessous illustre le positionnement des différents participants aux CHSCT « managers ».

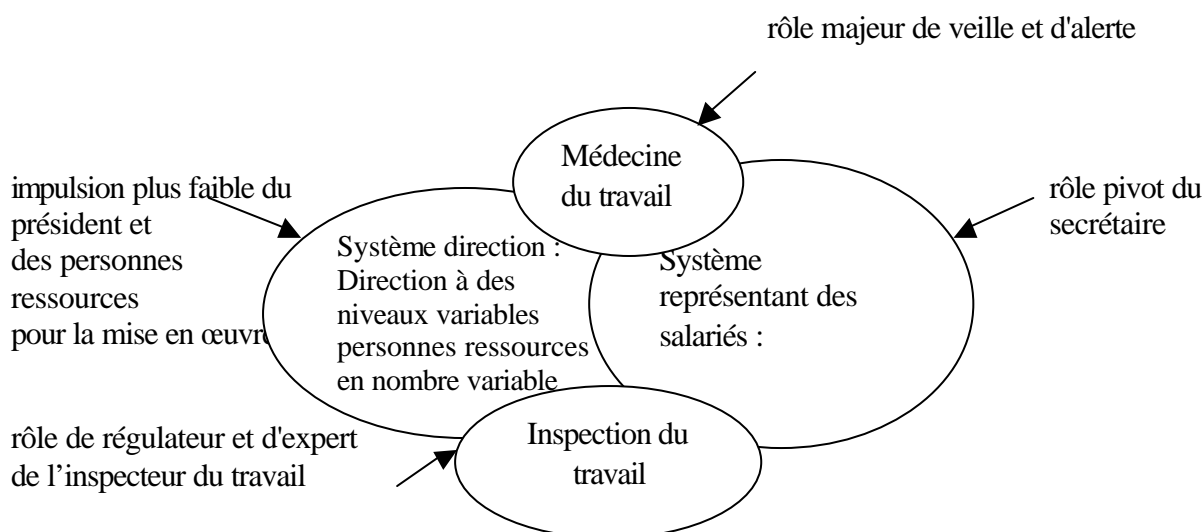
Figure 7 : Positionnement des différents participants aux CHSCT « managers ».



L'articulation des acteurs dans les CHSCT « gestionnaires »

La figure suivante, relatif aux CHSCT « gestionnaires », présente une grande différence avec le précédent avec une présence forte de l'inspection du travail.

Figure 8 : Positionnement des différents participants aux CHSCT « gestionnaires ».



Ainsi, a contrario, dans les établissements « gestionnaire » la faible impulsion de la direction renforce la conflictualité du CHSCT ce qui nécessite une présence plus forte de l'inspecteur du travail et rend plus difficile la contribution des experts. Les relations professionnelles sont plus difficiles avec des CHSCT plus conflictuels. Dans ce cas, la direction et les représentants du personnel qualifient ces relations avec les mêmes mots : « *archaïques* » ou « *difficiles et intenses* ».

Dans les deux cas le secrétaire joue un rôle « pivot » stratégique, soit pour organiser la concertation, la participation, les revendications, voire la construction du rapport de forces.

Toutefois, si l'on considère que le mode de fonctionnement d'un CHSCT peut être caractérisé par quatre niveaux de fonctionnement - information, concertation, collaboration de gestion et cogestion - on peut dire que pour les quatre établissements, le fonctionnement ne se limite pas à l'information et va exceptionnellement jusqu'à la cogestion. Il peut y avoir participation des représentants du personnel à la mise en œuvre des solutions. Dans la pratique, les débats se situent plutôt dans le registre de la concertation - contrainte ou volontaire - et peuvent aller jusqu'à la collaboration de gestion sachant que la direction, quelle que soit la qualité des débats, garde toujours la responsabilité des décisions et de leurs mises en œuvre

Dans les quatre établissements étudiés, la répartition des tâches entre les différentes institutions représentatives du personnel paraît plutôt conforme aux textes et donne satisfaction aux syndicats. Les sujets transversaux par contre ne sont pas traités comme tels. Ainsi, la négociation sur la RTT n'a été l'affaire que du CE. Quand le CHSCT a été associé cela n'a été que pour valider l'organisation des plannings de travail. L'approche transversale, ne peut se faire que séparément entre la direction et les organisations syndicales, dans lesquelles toutefois les préoccupations relatives aux conditions de travail ne sont pas prioritaires.

Pour les syndicats, il n'y a pas de hiérarchisation et de répartition stratégique entre les trois IRP. La ligne de clivage se situe plutôt dans le positionnement des représentants du personnel entre l'expression d'un point de vue syndical ou l'expression des problèmes de conditions de travail.

Le mode de gestion influe sur la participation des acteurs et donc sur les savoirs mobilisés. Nous avons ainsi montré que le mode « manager » favorise la contribution des experts et la

collaboration des salariés et de leurs représentants, alors que le mode « gestionnaire » renvoie davantage à la règle et rend plus conflictuelle la participation représentative, donc plus complexe la participation directe.

En nous référant à la position de Gollac et Volkoff (2000), nous dirons que le mode « managers » est plus propice à « *la coopération* », au « *débat à partir du travail lui-même* », à la « *recherche de solutions concrètes* ».

Ainsi, la qualité des relations professionnelles influe directement sur le mode d'expression des problèmes et de construction du risque. Ces relations relèvent de trois logiques : - celle de la direction (quelle importance donnée aux ressources humaines et quel type de management pratiqué) - celle des représentants du personnel (quel type de participation et quelle homogénéité des stratégies) - et enfin celle concernant les relations entre ces deux parties (opposition, revendication, collaboration ...). De ces relations découleront à la fois la capacité du président du CHSCT à bien réguler le mode de gestion mais aussi celle du secrétaire à jouer son rôle de pivot avec la direction, notamment en donnant de la cohérence aux positions des différents représentants du personnel. De la qualité de ces relations professionnelles naît la confiance indispensable. On voit là, la traduction concrète du concept selon lequel l'action collective repose sur deux opérateurs inséparables : le savoir et la relation. Il ne peut y avoir de savoir sans relation : on le voit dans le refus des représentants du personnel et de la direction à associer au CHSCT des personnes ressources dont chacun craint qu'elles ne portent que le discours voire le savoir de l'autre. Il n'y a pas non plus de relation sans savoir, le besoin pour les représentants du personnel de réaliser des études sous formes de missions ou d'expertise montre la nécessité d'un savoir sur le travail et ses risques pour engager une discussion et une relation. De la qualité des relations professionnelles dans l'entreprise dépendra la capacité d'articulation entre les participations directe et représentative des salariés. Enfin, le dialogue social a une incidence sur l'apprentissage collectif que les acteurs peuvent développer entre eux, même dans des relations au départ conflictuelles.

Dans l'approche qualitative des relations et contributions des acteurs, les intérêts peuvent être divergents ou convergents. Analysons quelques exemples.

Des intérêts divergents : les relations entre le CLIN²⁹¹ et le CHSCT

Là aussi, les relations entre le CLIN et le CHSCT marquent un clivage entre nos deux figures types. Pour les « managers » (A et C), la participation de représentants du CHSCT au CLIN est évidemment nécessaire. Elle ne pose pas de problèmes mais l'implication du CLIN en matière de risques pour les salariés est toutefois variable.

Chez les « gestionnaires », les relations entre le CLIN et le CHSCT sont limitées autant que possible par la direction qui ne souhaite pas que les relations difficiles au CHSCT soient déplacées dans cette instance à vocation plus technique voire experte, et de plus devant œuvrer essentiellement, voire uniquement, pour la santé des malades.

Des intérêts convergents : face à un risque grave ou à l'extérieur, les clivages s'estompent et on se « serre les coudes »

Plusieurs chantiers ne révèlent pas de distinctions entre « managers » et « gestionnaires ». Nous prendrons trois exemples pour les illustrer : l'acquisition de matériel sécurisé pour la prévention des AES, l'accréditation qualité et les demandes de subventions dans le cadre de contrats locaux pour l'amélioration des conditions de travail (CLAC).

L'acquisition de matériel sécurisé pour la prévention des AES, bien que présentant un surcoût significatif, a été acceptée par l'exemple des directions. Face à un risque grave et compte tenu des implications possibles en terme de santé mais aussi de responsabilité morale voire juridique, la nécessité d'acquisition de ce type de matériel ne fait pas débat. Ceci est sans doute lié à l'activité centrée sur la santé, mais aussi à la responsabilité morale voire juridique qui pourrait être engagée.

L'accréditation qualité a fait l'objet d'un rythme différent entre les établissements. Les managers se sont plus rapidement impliqués dans ce type de démarches. Par contre, dans les quatre établissements, l'expression est la même pour caractériser l'implication du personnel : « *pour l'accréditation, on s'est serré les coudes* ». Autrement dit, dans un contexte où il

²⁹¹ Le CLIN (comité de lutte contre les infections nosocomiales) est essentiellement préoccupé par les infections nosocomiales, c'est-à-dire la santé des malades. Il est généralement peu préoccupé par le risque infectieux auquel les salariés peuvent être exposés. Selon la configuration du CHSCT sa représentation au CLIN peut varier. Par exemple, pendant un temps, une infirmière hygiéniste participait au CLIN es qualité et au CHSCT en tant que représentante du personnel. Cette relation constructive entre le CLIN et le CHSCT de A, a permis au CLIN de prendre une position positive en matière de prévention des AES, en autorisant que le chariot sur lequel est fixé le container de récupération des aiguilles usagées puisse rentrer dans la chambre des malades. Ce dernier peut en effet être un vecteur de transfert d'agents infectieux d'une chambre à l'autre. Ceci amène la plupart des CLIN des autres établissements étudiés à refuser cet accès. La proximité immédiate de ce container est jugée fondamentale pour la prévention des AES, elle évite les tentations de recapuchonnage et autres gestes néfastes en matière de prévention, par le retrait immédiat de l'aiguille.

fallait montrer à l'extérieur sa capacité à garantir la qualité des soins dispensés, c'est l'esprit d'entreprise qui a pris le dessus. Toutes les directions salueront d'ailleurs l'implication du personnel ; celui-ci et ses représentants exprimeront un sentiment de satisfaction et de devoir accompli. Tous les représentants du personnel distingueront bien d'une part l'absolue nécessité de l'accréditation pour conforter, en externe, la position des établissements et d'autre part l'impact interne de cette démarche qui comporte selon les établissements et les situations des aspects positifs mais aussi, quelquefois, négatifs pour les conditions de travail.

Les demandes de contrat local pour l'amélioration des conditions de travail (CLAC) constituent en enjeu tel pour l'obtention d'une contribution budgétaire de la tutelle (ARH²⁹²) que, à une exception près²⁹³, direction et représentants du personnel font « front commun ». La difficulté rencontrée tient au fait que l'ARH souhaite privilégier des projets globaux, s'inscrivant dans une politique transversale. Il est d'ailleurs notoire que le premier établissement à avoir bénéficié de ce type de financement est A qui est celui qui possède la logique de programmation la plus ancienne même si elle n'a pas toujours été formalisée²⁹⁴.

L'expérience montre que le CLAC constitue un outil de gestion structurant puisqu'il nécessite une concertation forte et la construction d'un projet commun ainsi qu'un suivi conjoint de sa mise en œuvre.

²⁹² Il faut toutefois préciser que la tutelle exige que la demande soit co-signée entre la direction et les représentants du personnel, ce qui motive aussi fortement la nécessité d'une construction conjointe

²⁹³ Contrairement aux autres établissements qui ont obtenu des moyens financiers dans le cadre des contrats locaux pour l'amélioration des conditions de travail (CLAC), D n'a pas sollicité ce type d'aide spécifiquement pour la prévention, mais uniquement pour la formation des cadres au management. Cette absence de sollicitations, outre l'absence de volonté politique, est peut être à rapprocher de la faiblesse voire à l'absence de projets globaux adaptés à ce type de démarches dans l'établissement.

²⁹⁴ L'exemple de C est illustratif. Lors de sa première demande, C a obtenu un budget très faible. Ceci a fait dire à la direction que le dossier avait été mal préparé : « *Le dossier n'a pas été suffisamment étayé et la somme allouée en est le résultat* », « *Le CHSCT a été sollicité à plusieurs reprises, et sans résultat, un dossier a été monté tant bien que mal.* » Le dossier a en effet été préparé au moment du changement de majorité syndicale au CHSCT.

La deuxième demande de CLAC, en fin d'année 2001 a été beaucoup mieux travaillée, notamment avec le CHSCT, et a abouti à un projet reposant sur le constat que dans le contexte de la RTT, les déplacements des personnels soignants hors de leur unité, pour accompagner des patients ou transporter des équipements, prélèvements ou documents, provoquait une situation d'inorganisation. « *Cette étude a également démontré une importante perturbation dans l'organisation du travail et le respect de la planification des rendez-vous* » ... « *mettant en évidence les fortes contraintes physiques et psychiques des personnels au contact des patients, ainsi que l'insatisfaction de ceux-ci sur la pénibilité des temps d'attente lors de retard pris dans l'organisation et le suivi des rendez-vous.* » (Extrait du dossier CLAC de novembre 2001).

« *Il s'agit, par la mise en œuvre de fonctions centralisées au niveau du brancardage, des courses et également par une réorganisation de certaines tâches (livraisons de pharmacie, livraisons de chimiothérapies, etc...) de limiter : - le déplacement des soignants en dehors de leurs unités - le stress - la fatigue. Ainsi, cette réorganisation permettrait d'apporter plus de présence soignante auprès du patient hospitalisé, afin de lui garantir une meilleure prise en charge.* »

§ 3. Les modes d'actions.

Nous analyserons les différentes actions que les acteurs peuvent avoir à assumer sous deux angles. Le premier reposera sur la répartition des rôles entre opérateurs, experts et contrôleurs. Le second analysera la contribution des acteurs, lors des cinq étapes de la gestion.

Opérateurs / experts / contrôleurs

Si l'on considère, comme Hubert (2000), que la prévention doit reposer sur trois familles d'acteurs - les opérateurs (chef d'entreprise et salariés), des experts indépendants et une autorité de contrôle - il est intéressant d'analyser dans les établissements, leurs modalités de mise en œuvre.

Tableau 22 : les acteurs et les fonctions d'opérateurs, d'experts et de contrôle

Fonctions	OPERATEURS	EXPERTS	CONTROLE
Acteurs			
Direction	+++	+	+
Personne ressource	+++	++	+
Salariés	+++	+	+
Médecin du travail	+	+++	+
Inspecteur du travail		+	+++
CRAM		+++	+
Organismes de contrôle technique		+++	+++

A la lecture du tableau 22, on peut dire que dans nos cas, les opérateurs sont bien présents de même que les experts internes à l'entreprise tandis que le contrôle est moins présent, tantôt sur un mode substantiel et tantôt procédural. Le fait que l'inspection du travail ne soit pas toujours présente ne signifie pas que le respect du Code du travail n'est pas contrôlé. Il peut l'être par des organismes agréés (électricité, incendie ...) ou par des acteurs internes, notamment sur la base d'indications fournies par l'inspection du travail. Cela montre d'une part que les trois missions évoquées par Hubert sont indispensables, mais qu'il n'est pas possible de rattacher une mission à un acteur et un acteur à une mission. Par contre le CHSCT, en théorie, regroupe ou peut associer tous ces acteurs, donc toutes ces fonctions. Restent à optimiser les modalités d'articulation, de régulation entre eux. Les modes de gestion pèsent sur le poids donné à chaque fonction. Les deux associent les opérateurs mais de manière différente. Le mode « managers » donne davantage de poids à l'expertise, alors que le « gestionnaire » tend à s'appuyer davantage sur le contrôle.

Dans la démarche décrite précédemment, on constate qu'il est très difficile d'isoler ce qui relève de l'évaluation ou de la gestion et de rattacher une action à un acteur spécifique.

Les solutions relèvent de trois composantes de l'activité : technique, organisationnelle et humaine. La composante technique est souvent la plus coûteuse. Ce coût peut être accepté comme c'est le cas pour la prévention des AES. Il peut être refusé ou limité au minimum, en renvoyant la solution sur la dimension humaine (information, formation du personnel ...). Il peut aussi être différé dans le temps. C'est par exemple le cas pour les réaménagements de locaux qui peuvent être soit traités rapidement soit intégrés dans une programmation plus générale.

La composante organisationnelle peut être très simple ou très complexe.

Dans le cas d'un problème de manipulation des médicaments anticancéreux, il est apparu qu'il relevait essentiellement d'une bonne organisation. Pour mémoire, des salariés étaient amenés à préparer ce type de médicaments le week-end dans des lieux ne présentant pas des garanties optimales de protection. Ce problème a pu être réglé par une meilleure anticipation des traitements et une préparation, le vendredi dans l'équipement ad hoc, des médicaments à injecter le week-end.

La difficulté majeure actuellement dans la gestion de cette dimension organisationnelle est l'augmentation de la charge de travail et donc des contraintes de temps. Si une meilleure organisation peut permettre d'optimiser l'efficacité, la solution repose davantage sur les effectifs, donc sur un aspect budgétaire. L'approche de cette question repose pour beaucoup sur la qualité de l'analyse des charges de travail de chaque service, notamment au travers des « tricheries » au sens de Dejourn (2002) développées par les salariés pour adapter les procédures.

La dimension humaine est essentiellement vue en terme de formation et d'information. La question du reclassement des salariés, suite à une inaptitude liée ou non à un accident du travail, est de plus en plus évoquée. Le vieillissement de l'effectif est sans doute une composante lourde de ce dossier.

Pour toutes ces actions, une adéquation entre le niveau d'approfondissement et la temporalité de mise en œuvre est recherchée. La définition de l'ampleur et des modalités d'un programme d'information et de formation prend systématiquement en compte le nombre de salariés à former, la durée de la formation, les besoins de remplacement, le coût des formateurs internes ou externes, l'étalement des formations dans le temps ...

De la même manière, les investissements matériels sont programmés, comme par exemple, l'acquisition de lits à hauteur réglable dans laquelle tous les centres se sont engagés à des niveaux variables. S'ils améliorent les conditions de travail des salariés, ils améliorent aussi le confort des malades.

L'intégration de la prévention dans les évolutions techniques et médicales visant à améliorer les soins aux malades est un axe de travail important des établissements. Le personnel est plutôt associé aux réaménagements de services, le CHSCT un peu moins.

Avant de discuter davantage ces données empiriques, il est utile d'indiquer quelques points de repères théoriques.

En résumé, les logiques de fonctionnement des CHSCT sont marquées par le caractère central de la régulation en matière de gestion des risques. L'analyse historique et les pratiques actuelles mettent clairement en évidence le parcours d'intégration dans la gestion et dans une recherche de régulation conjointe.

L'analyse des données empiriques et théoriques conforte ce constat en mettant en exergue le rôle du CHSCT dans la régulation des savoirs et des relations, en faisant de lui une composante d'ensemble régulateur.

La gestion des risques apparaît bien comme une construction structurée et itérative entre : initiation, évaluation, prescription, action et apprentissage. Elle montre aussi le rôle fondamental des actions organisées comme processus d'apprentissage de l'articulation entre relations et savoirs. L'expertise interne ou externe est nécessaire pour caractériser les problèmes : médecine du travail, personnes ressources et autres experts. On distinguera toutefois deux types d'expertise, selon qu'elle sera mobilisée de manière conjointe, ou unilatérale. La demande conjointe facilite la contribution des experts alors que l'initiation unilatérale la complexifie, comme dans le cas d'intervention d'un «expert CHSCT». La règle de droit permet ainsi l'introduction d'une expertise. Elle agit comme un outil de régulation juridique quand elle ne peut être sociale.

3.4) Gestion et régulation : le CHSCT comme composante d'ensemble régulateur ; une affaire de relations et de savoirs

Pour Hubert (2000) et Peretti-Wattel (2000) le passage nécessaire par la notion de risques (qui peut être domestiqué, géré, mais pas anéanti) rend nécessaire son évaluation qui conforterait ou introduirait une logique de gestion des risques. L'avènement de la gestion du risque apparaît pour certains plutôt comme un signe de maturité que d'affaiblissement ou de régression. Il implique toutefois l'intrusion du politique et du social dans un domaine

jusqu'ici réservé aux seuls experts. En effet, tant qu'il s'agissait d'éliminer progressivement tous les risques, ceux-ci pouvaient travailler seuls. Mais si cet objectif est abandonné, s'il faut accepter les risques et même gérer des risques concurrents, cela nécessite de déterminer des seuils d'acceptabilité et des priorités entre les risques. Il s'agit là, de choix éminemment sociaux qui ne peuvent être occultés en tant que tel. Le risque peut alors être considéré comme une construction et son évaluation comme une convention.

La gestion du risque devient donc matière à débat. Ceci conduit à s'interroger sur les modalités d'organisation de la concertation et de la prise de décisions. Le droit du travail et l'activité de certains acteurs institutionnels sont souvent le reflet de cette régulation politico-sociale et juridique qui constitue un aspect important de notre recherche.

Que l'évaluation des risques implique l'intrusion d'une logique de gestion fait l'unanimité des auteurs. Une controverse forte apparaît, par contre, sur le fait de savoir si évaluation et gestion doivent être dissociées et notamment réalisées par des acteurs différents. Avant d'en débattre, précisons notre conception de la gestion des risques.

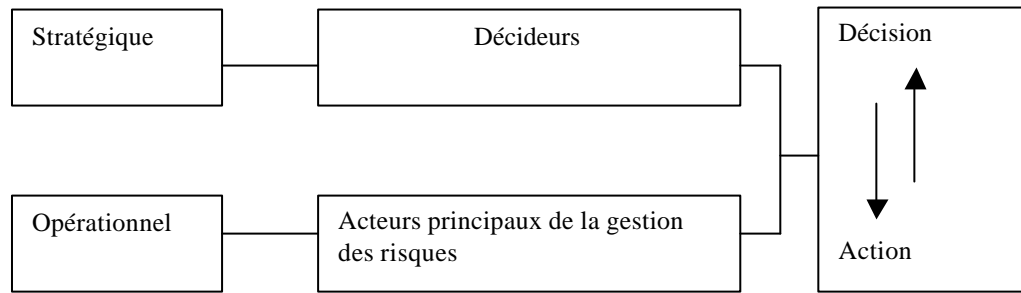
3.4.1) Quelques points de repères théoriques

La plus complète est certainement celle du BIT²⁹⁵ qui la conçoit comme un système intégrant les ingrédients classiques de la gestion : politique, organisation, planification, action, évaluation et correction de l'action.

La gestion des risques est définie par Gobeil²⁹⁶ comme un « *processus régulier, continu, coordonné et intégré à l'ensemble des systèmes et sous-systèmes de l'organisation qui permet l'identification, l'analyse, le contrôle et l'évaluation des risques et situations jugées à risque, qui ont causé ou auraient pu causer des dommages* ». « *Le concept de gestion se situe aux deux niveaux de l'organisation (stratégique et opérationnel) et en intègre à la fois les dimensions verticales et horizontales.* » Il est illustré par le schéma suivant (source Gobeil).

²⁹⁵ La définition du Bureau International du Travail (2001) est la suivante : « *Un système de gestion de la sécurité et de la santé au travail est un ensemble d'éléments liés ou interdépendants destinés à établir une politique et des objectifs de sécurité et de santé au travail, et à réaliser ces objectifs.* » (p 24) « *Le système de gestion de la sécurité et de la santé au travail doit prévoir les éléments essentiels : politique, organisation, planification et mise en œuvre, évaluation et action en vue de l'amélioration.* ». (p 7).

²⁹⁶ Gobeil M. La gestion des risques en milieu hospitalier. Revue Prévenir, n° 24, premier semestre 1993. Gobeil définit ainsi les objectifs ultimes de la gestion des risques : - réduire le nombre d'événements entraînant des conséquences fâcheuses - en prévenir l'incidence - diminuer les conséquences et la réalisation des risques et les coûts s'y rapportant - protéger les ressources de l'entreprise - assurer une meilleure gestion de l'information et de la communication - protéger la crédibilité de l'entreprise.



Ainsi, pour Gobeil, gérer les risques, c'est prévenir la réalisation des risques ou, s'ils se réalisent, réduire les conséquences et les pertes qui en résultent. Même si cela est regrettable d'un point de vue sanitaire, la gestion des risques n'est donc pas uniquement préventive.

Dans l'acception courante, l'expression « gestion du risque » peut recouvrir trois définitions différentes.

La plus restrictive assimile la gestion du risque à la préparation et la mise en œuvre des décisions faisant suite à son évaluation. Certains auteurs (Setbon ...) distinguent ainsi deux étapes dans l'approche du risque : son évaluation et sa gestion.

La deuxième considère que la gestion comprend toutes les étapes de la prévention (de l'évaluation des risques aux décisions et à leur mise en œuvre). Gestion et prévention deviennent alors synonymes. La définition donnée par la directive-cadre (1989) de la prévention (« ensemble des dispositions ou des mesures prises ou prévues à tous les stades de l'activité dans l'entreprise en vue d'éviter ou de diminuer les risques professionnels. ») préfigure un système de gestion, avec ses outils.

La troisième est la plus large. Elle englobe tous les modes possibles de traitement des risques (évaluation, accommodation, acceptation, correction, prévention, réparation des préjudices, rémunération de la prise de risque, programmation dans le temps du traitement du risque ...). Dans la pratique des entreprises, comme sur notre terrain de recherche, nous pouvons rencontrer l'ensemble de ces actions. C'est ce qui nous a amené à retenir cette dernière définition pour le mot gestion. Ceci en complexifie l'analyse mais la situe dans la réalité, même si certaines notions comme l'acceptation du risque est problématique sur le plan éthique²⁹⁷.

²⁹⁷ Par exemple, la norme NF EN 1050, relative à la sécurité des machines, définit le risque résiduel comme un « risque qui subsiste lorsque les mesures de sécurité ont été prises. ».

3.4.2) Gestion et régulation par la participation directe des salariés

En nous appuyant sur les travaux de Abord de Chatillon et de Vauclin, nous considérons que le traitement du risque est avant tout un problème de gestion et que celle-ci relève de l'articulation entre l'autonomie et le contrôle.

Pour gérer le risque, il convient donc de prendre en compte non seulement le risque, les acteurs et les représentations qu'ils en ont, mais aussi les conventions qu'ils construisent entre eux à son propos. Ces conventions reposent sur leurs représentations et leurs modes de régulation. Plusieurs auteurs, Vauclin (2000), Abord de Châtillon (1999) ... , font de la régulation une composante centrale de la « Santé-Sécurité au Travail ». Ils regrettent que la régulation de contrôle ou unilatérale constitue le mode de régulation très largement dominant.

Ces auteurs retiennent comme base d'analyse, les travaux de Dejours²⁹⁸ (2002) sur le facteur humain au travail qui repose sur deux conceptions de l'homme au travail : la défaillance et la ressource.

La conception de l'homme comme facteur de défaillance considère qu'il a une tendance naturelle à l'erreur et donc à l'accident. La démarche qu'induit cette conception « *est plutôt ordonnée par la référence à la notion de prescription et à celle de discipline, c'est-à-dire des normes strictement fonctionnelles, sans référence aux valeurs.* » (Dejours, 2002, p 9) La logique de contrôle apparaît donc clairement.

La conception de l'homme comme ressource permet de lui reconnaître « *une sur-fiabilité en deçà et au-delà de toute prescription* » et de « *lui laisser une plus large autonomie, notamment dans l'élaboration et dans l'application du prescrit de sécurité.* » (Dejours). La capacité de fiabilisation étant considérée comme ayant un lien avec le niveau d'autonomie, le mode de régulation privilégié est alors l'autonomie.

A l'intérieur de ces deux paradigmes, autonomie et contrôle apparaissent, tantôt l'un et tantôt l'autre, comme moteur de l'action collective en matière de sécurité au travail.

²⁹⁸ En s'appuyant sur l'analyse qu'en fait Vauclin, on pourrait résumer ainsi l'approche du facteur humain et de la psychodynamique, selon Dejours : « *Le point central de la psychodynamique est bien au départ l'existence d'un conflit entre organisation du travail et fonctionnement psychique* ». Les individus au travail ne sont pas « *passifs face aux contraintes organisationnelles.* » « *Il y a bien une résistance des sujets, qui se fait au prix d'une certaine souffrance, mais qui permet aussi de rendre les contraintes supportables. Cette résistance prend la forme de stratégies de défense, individuelles et collectives ...* » Ainsi l'objet d'étude n'est plus seulement la pathologie, « *mais la normalité par le biais des stratégies observables. Du coup, c'est la « normalité » du travail qui devient « l'énigme centrale de l'investigation et de l'analyse* ». Comment, en effet, les personnes soumises individuellement à de telles contraintes parviennent-elles à prendre part malgré tout au travail collectif ? » Dejours envisage « *un schéma d'équilibre psychique reposant sur trois grandes dimensions : la tâche, la souffrance et la reconnaissance aussi appelé aussi le triangle de la psychodynamique* » (Vauclin, 2000, p 71 à 75). C'est la reconnaissance, le plus souvent symbolique, qui « *subvertit la souffrance pour ouvrir l'accès à l'accomplissement de soi, à l'identité et au plaisir.* » (Dejours (1996) cité par Vauclin, 2000, p 75)

Le fait que l'autonomie dans le travail relève d'une régulation conjointe entre la hiérarchie et les opérateurs suppose une capacité de construction collective au niveau des opérateurs ainsi qu'une capacité de régulation entre ces collectifs et la hiérarchie. Apparaît alors la notion d'apprentissage collectif de la SST, tant au niveau de l'activité de travail que des relations entre opérateurs et hiérarchie. On pourrait parler alors d'un savoir-faire, et même de construction d'un savoir partagé qui contribuerait à faire évoluer les pratiques de prévention vers une régulation conjointe, en infléchissant ainsi le mode de prescription de la prévention.

De fait nous avons constaté, comme de nombreux auteurs (Abord de Chatillon et Vauclin (1999), Vauclin (2000) ...), que la régulation conjointe est plus efficiente que la régulation de contrôle néanmoins majoritaire et que, l'articulation entre contrôle et autonomie est complexe. La question est bien de savoir comment articuler ces trois formes de régulations. C'est bien là un objet et un enjeu de gestion.

De fait, *« il est devenu impossible de dissocier les risques professionnels encourus par les salariés des choix de gestion guidant et organisant le travail collectif »* (Vauclin, 2000, p 18).

Sur notre terrain de recherche, les bases de l'analyse sont différentes mais les conséquences sont équivalentes. En effet la conception des ressources humaines ne s'y pose pas en terme de défaillance ou de fiabilité mais de ressource centrale ou de variable d'ajustement. Notre perception de la conception du facteur humain, dans les établissements, pourrait se résumer à la conception de l'homme comme facteur de fiabilité faillible : *« Celui-ci est capable de faire varier son degré de contribution, de combler les implicites dans les instructions et d'élaborer de nouvelles procédures, notamment dans les situations de résolution de problèmes pour lesquelles des schémas d'exécution n'ont pas été élaborés ; il est capable aussi de coopération au sein d'un collectif et de mise en commun de ses compétences »* (J Leplat et G de Tersac, 1990, p 15).

L'approche comme « ressource centrale » est celle que l'on rencontre dans nos établissements « managers » et elle a pour conséquence de favoriser la régulation conjointe. Les « gestionnaires » sont davantage dans une logique de « variable d'ajustement ». Ceci a pour conséquence de contraindre davantage le positionnement des opérateurs.

Quelle que soit l'approche, les nombreuses études du secteur des établissements de soins montrent que les acteurs y ont une certaine autonomie dans l'organisation de leur activité, que la mise en place des procédures qualité n'aurait pas bouleversée.

On retrouve d'ailleurs cette évolution de la prescription dans bons nombres de secteurs professionnels pour lesquels l'objectif et les moyens pour l'atteindre sont fixés formellement alors que l'organisation fait l'objet d'une plus grande autonomie, d'une « prescription floue ». C'est d'ailleurs une difficulté d'articulation entre une instance représentative comme le CHSCT et la participation directe que représentent les collectifs de travail.

Le fonctionnement de ces collectifs de travail peut d'ailleurs être perturbé par des prescriptions. La régulation de contrôle approche en effet, souvent, le facteur humain sous l'angle de la défaillance ce qui revient à faire porter la responsabilité sur l'erreur « humaine ». Quand il y a négligence, il faut renforcer la vigilance pour contrer la routine. Le paradigme de la défaillance aboutit à une vision négative de l'homme au travail, considéré comme un agent de non-fiabilité qu'il faut donc contrôler. Son corollaire est une approche forte par le prescrit, autrement dit de la règle au travail et de son application. Il ne faut toutefois pas confondre logique de prescription et logique légaliste. Les spécialistes de « l'erreur humaine » considèrent d'ailleurs que celle-ci n'a de sens que comme écart aux procédures opératoires prescrites. Ceci interroge sur les modalités et les acteurs de la prescription. Nous avons vu que les représentants du personnel au CHSCT se trouvaient souvent dans une position de prescripteurs ou de caution de la prescription. Dans le cas où ils ont activement participé à la définition de la prescription, ils sont généralement plus exigeants sur la solidarité des salariés pour son respect.

3.4.3) La dialectique entre évaluation et gestion des risques

En se référant au domaine des risques technologiques - en matière radiologique, de protection de l'environnement, de sécurité alimentaire - Hubert et Setbon considèrent que l'évaluation des risques doit être dissociée de leur gestion. Dans le même esprit, l'IGAS (2003, p 337) indique que « *séparer l'évaluation du risque de sa gestion apparaît comme une priorité.* »

Une telle position induit plusieurs questions : quelle articulation entre les deux, comment et par qui ? Selon eux, l'évaluation doit reposer sur des critères objectifs alors que la gestion peut intégrer des éléments d'opportunité et relève de choix « politiques » dès lors que ceux-ci reposent sur une bonne évaluation des risques et font l'objet d'une transparence des décisions. Cette transparence doit reposer sur un espace de discussion.

Dans ce débat, une confusion nous apparaît entre le danger et le risque ou entre le risque « dénaturisable », c'est-à-dire analysable en dehors de son contexte, et celui qui ne l'est pas. Ainsi, dans le domaine professionnel, dissocier le fabricant d'une molécule chimique de celui

qui va en évaluer sa toxicité paraît relever de l'évidence. Dès lors que cette évaluation du danger aura été faite, l'analyse du risque auquel sera exposé le salarié manipulant le produit requiert une contribution des acteurs de cette exposition. Notre étude montre la place grandissante de l'expertise et nous amènera à formuler l'hypothèse que c'est un aspect insuffisamment exploité. Pour le renforcer, il paraît possible de s'appuyer sur l'idée du deuxième cercle de l'expertise proposée par Kourilsky et Viney, reprise par le Conseil Economique et Social, que nous avons présentée préalablement. On retrouve ce type de construction chez Callon et Setbon. Il s'agit du cercle de la traduction.

3.4.4) Le concept et les composantes de la gestion de la prévention : perception, représentations, régulation, conventions, expertise ...

La gestion des risques peut relever de différentes logiques. Le risque peut en effet être accepté, corrigé ou prévenu, dans ces différents cas, il peut être compensé et/ou réparé. Les notions d'acceptation, de correction et de prévention sont indissociables.

La construction et l'acceptation sociale du concept « le risque nul n'existe pas » montre une maturation de l'approche du risque mais ouvre la porte au risque résiduel accepté. En effet, le plus haut niveau de prévention laissera toujours un risque «résiduel» qui de fait sera accepté dès lors qu'il sera considéré comme acceptable.

De même, la distinction entre correction et prévention est artificielle. Certes, dans certaines situations de travail, il est possible d'organiser celui-ci de manière à soustraire le salarié au danger préalablement à toute exposition, alors que dans d'autres cas, c'est l'exposition au danger qui motive la correction du poste. La prévention appréhende le risque par l'amont, alors que la correction le traite par l'aval. La correction contribue à l'apprentissage de la prévention par les situations de référence d'exposition au danger sur lesquelles elle intervient.

Par ailleurs, le risque peut être compensé ou réparé. Compensé soit financièrement, soit par une soustraction au danger (méthode usuelle en radioprotection dite de la mise au « vert »), soit par d'autres modes. La réparation, elle, s'inscrit dans les processus assurantiels de la Sécurité Sociale, voire par la voie judiciaire, pénale ou civile.

Dans la pratique, la gestion des risques peut recouvrir plusieurs niveaux. La prévention qui évite l'exposition du salarié au danger ou facteur de risque. La correction, qui intervient pour modifier les modalités, voire supprimer l'exposition au risque. La compensation : par allongement des périodes de non-exposition, par rémunération de la prise de risques ...

Enfin, la réparation qui intervient après que le dommage ait été provoqué par le risque.

Il va sans dire que selon le niveau de prise en compte du risque, les pratiques seront très différentes.

Avant de rentrer dans l'analyse de ces éléments, nous rappellerons synthétiquement la définition que nous donnons à certains concepts : - le risque, c'est-à-dire la rencontre potentielle d'un salarié avec un danger (ou facteur de risque) est un objet virtuel relevant d'une construction sociale - son évaluation est davantage une convention contextualisée - cette convention construit et décrit le mode de gestion de l'évaluation et de la prévention. La gestion possède trois acceptions possibles. La plus restrictive assimile la gestion à la préparation et la mise en œuvre des décisions. Certains auteurs (Setbon ...) distinguent ainsi deux étapes dans l'approche du risque : son évaluation et sa gestion. La deuxième considère que la gestion comprend toutes les étapes de la prévention (de l'évaluation des risques, aux décisions et à leur mise en œuvre). Gestion et prévention deviennent alors synonymes. La troisième est la plus large. Elle englobe toutes les modes possibles de traitement des risques (évaluation, accommodation, acceptation, correction, prévention, réparation, rémunération, programmation ...). Dans la pratique des entreprises nous pouvons rencontrer l'ensemble de ces actions. C'est ce qui nous a amené à retenir cette dernière définition pour le mot gestion. Ceci en complexifie l'analyse mais la situe dans la réalité. Certaines notions comme l'acceptation du risque sont toutefois problématiques sur le plan éthique, mais plus encore de par la rhétorique qu'entraîne ces difficultés « éthiques ». On rentre là sur le champ des « métaphysiques de l'action ».

La gestion renvoie aux modes de régulation collectifs entre les acteurs. Au niveau de l'entreprise, nous avons montré que le CHSCT peut être cette instance de régulation. Mais, pour qu'il puisse être un ensemble régulateur, ou une composante de celui-ci, tel que défini par Chouraqui²⁹⁹, il doit posséder comme qualités de rapprocher règles et acteurs et donc organiser la complémentarité et l'articulation des modes aussi bien juridique que social. De même, il doit être capable d'associer au niveau central quelques règles générales de contenu à des règles de procédure qui confient l'essentiel de la régulation substantielle à une régulation décentralisée.

²⁹⁹ Pour Chouraqui: « *Un ensemble régulateur est un dispositif de régulation socio-juridique qui, en rapprochant règles et acteurs, organise la complémentarité et l'articulation des modes (juridique et social) et des niveaux de la régulation concernée : il associe, au niveau central, quelques règles générales de contenu et des règles de procédure qui confient l'essentiel de la régulation substantielle à une régulation décentralisée, négociée et/ou participative ; il comprend donc aussi, au(x) niveau(x) décentralisé(s), les règles complémentaires et leurs producteurs, acteurs délégués d'un pouvoir normatif.* » (Chouraqui, 1996, p 5)

3.4.5) Les règles juridiques et conventionnelles : régulations et conventions

Pour Chouraqui (1996), le nécessaire développement du contractuel ne remet pas en cause le droit mais requiert de nouveaux équilibres - notamment juridiques - permettant flexibilité et cohésion sociale, en positionnant autrement la légitimité de la règle juridique dans le tissu social et économique. Ces nouveaux équilibres à construire autour de la règle sont, toujours selon Chouraqui, de nature à renforcer le rôle de tous les acteurs y compris de l'état. Dans le domaine de la Santé-Sécurité au Travail, les règles jouent un rôle important, tant ce champ est normé, même s'il faut prendre en compte la volonté de certains acteurs de voir introduire par l'évaluation des risques davantage de flexibilité juridique. Toutefois, le niveau central de prescription (législateur, ministère du travail, organismes de normalisation ...) définit bien plus que des règles générales de contenu, il prescrit de nombreuses exigences substantielles et de plus en plus de règles de procédure. Ainsi, la partie santé-sécurité du Code du travail est un mélange d'obligations de moyens et d'obligations de résultats. Si l'on fait l'hypothèse que l'évaluation des risques requiert une réelle participation des salariés et que le seul mode possible de participation est l'ensemble réglementaire, alors l'évaluation des risques pose la question de la régulation « décentralisée » à laquelle peut contribuer le CHSCT, et celle de la nécessaire évolution de la prescription centralisée.

Dans cet esprit, il est possible de tirer quelques enseignements de l'échec du « comité permanent amiante » (CPA), comité qui avait pourtant soulevé l'enthousiasme lors de sa création³⁰⁰. Dans ce cas, une convention relativement consensuelle aura conduit à provoquer, selon l'Institut National de Veille Sanitaire, au minimum 50 000 morts. Les causes de cette catastrophe sont sans doute à rechercher dans les enjeux liés à l'attractivité industrielle du matériau qui a conduit à mettre au second plan les enjeux de santé. Dès lors, le CPA a constitué le lieu de régulation des deux données du problème : l'usage pour satisfaire la demande et le contrôle pour tenter de prévenir les risques. La régulation s'est avérée déséquilibrée tant sur le plan du concept « d'usage contrôlé » que sur celui du positionnement des acteurs dont on a trop mélangé les trois composantes, opérateurs, experts et contrôleurs. Cette apparente simplicité conceptuelle et l'absence de distinction du rôle de chaque acteur

³⁰⁰ Il faut rappeler que ce comité avait pour objectif de gérer le risque par un « usage contrôlé » de l'amiante en associant tous les acteurs concernés, des experts, des industriels de l'amiante aux représentants des salariés et des institutions.

n'ont pas permis la définition et la mise en œuvre de pratiques efficaces et montre les limites de certains modes de conventions.

La mise en œuvre de la règle est délicate. La littérature converge vers l'idée que les agents sociaux obéissent à la règle quand l'intérêt à lui obéir l'emporte sur l'intérêt à lui désobéir. Jean-Daniel Reynaud pense que « *confier la tâche de faire respecter la règle à un corps spécialisé, ce n'est pas seulement s'assurer que le corps social réagira plus vite et plus sûrement à l'infraction. C'est aussi durcir la règle en la rendant moins susceptible d'être renégociée.* » (Reynaud, 1989, p 51). Il en déduit que déléguer à un tiers la défense de la règle, ce n'est pas la soustraire à toute négociation, mais changer la nature de celle-ci. Il évoque la contrainte qui ne suffit pas, il faut l'adhésion pour construire la légitimité. Pour lui, il est en réalité admis que la règle ne s'applique que dans certaines conditions et qu'elle est souvent un objectif plutôt qu'une obligation.

Dejours (1993) insiste, lui, sur les « *liens de coopération* » en tant que « *« règles de travail » construites par les agents d'un collectif, pour faire face à ce qui n'est pas donné par l'organisation prescrite du travail.* » La construction de ces règles est délicate et « *s'appuie sur l'expérience* ». ... « *Pour que ces règles puissent être transmises entre les agents (afin de constituer en quelque sorte des principes communs à tous les membres du collectif en vue d'arbitrer entre les différentes modalités possibles d'ajustement de l'organisation du travail), il faut que les modes opératoires inventés par chaque agent puissent être connus par les autres ; qu'ils soient « visibles » ; que chacun fasse en sorte que les membres du collectif puissent connaître la façon dont l'autre « triche » avec l'organisation du travail.* » Cela nécessite une relation de confiance, qui doit reposer sur l'intercompréhension et un « *espace de discussion* ». Celui-ci « *est à la fois un espace de « parole » et un espace « d'écoute »* ». Toujours selon Dejours, la tricherie implique de prendre des risques vis à vis de l'ordre, de la discipline, voire de la légalité. La tricherie nécessite des efforts d'imagination et d'intelligence « *rusée* ». « *En d'autres termes la tricherie est une contribution du sujet à l'organisation du travail.* » (Dejours, 1993, p 41 à 47)

Si l'on considère, comme certains auteurs, que la capacité de gestion des risques par les opérateurs est proportionnelle à leur niveau d'autonomie, on perçoit la complexité de l'évaluation des risques.

3.4.6) Gestion et régulation : le CHSCT comme composante d'ensemble régulateur - une affaire de relations et de savoirs

Dans le domaine santé-sécurité, le niveau central définit bien plus que des règles générales de contenu, et peu de règles de procédure. On notera toutefois que la partie santé-sécurité du code du travail est un mélange d'obligations de moyens et d'obligations de résultats. Plusieurs textes réglementaires ne définissent que des « exigences essentielles » qui sont rarement des exigences procédurales, mais plutôt des généralités substantielles.

Ainsi, l'évaluation des risques requiert une réelle participation des acteurs de l'entreprise (employeurs, hiérarchie et salariés) et le seul mode possible de participation est l'ensemble régulateur. Dès lors l'évaluation des risques n'est possible que si le code du travail poursuit son évolution vers des règles substantielles générales et des règles de procédure. Un ajustement du droit et des pratiques des entreprises est nécessaire pour donner au CHSCT la capacité de contribuer au système de régulation. Il est pour cela indispensable de prendre en compte la volonté de certains acteurs de voir introduite par l'évaluation des risques davantage de flexibilité juridique, qui peut cacher la dureté des rapports de force.

Nous avons montré que selon le mode de gestion, la construction des risques pouvait être plus ou moins ascendante, descendante ou combinée. Des relations professionnelles « managériales » favorisent l'approche par l'expertise et donc permettent à des acteurs, comme le médecin du travail, d'être plus présents et d'optimiser leur contribution. Par contre, des relations « gestionnaires » renforcent la nécessité de régulation par la règle et mettent davantage en avant l'inspecteur et le droit du travail. Nous avons également fortement pointé l'importance des relations entre acteurs et mis en exergue le poids des savoirs.

Par son effet de rationalisation qui sera plus ou moins « juridique », « sociale » ou « experte », l'évaluation des risques contribuera à renforcer les pratiques choisies ou subies. Elle ne fera pas toujours évoluer le mode de régulation mais accentuera le « système de légitimité » dominant³⁰¹.

³⁰¹ Dab évoque ainsi Crozier et Friedberg et leur analyse stratégique des systèmes d'action, avec comme thèse centrale le fait que : « *Le décideur ne cherche pas l'optimum, la meilleure solution dans l'absolu, qui est de toute façon hors de sa portée, mais il cherche pourtant toujours une solution « rationnelle ». Quelle sera-t-elle ? La première solution qui répond aux critères de rationalité qui sont les siens. L'homme n'est pas un animal qui cherche l'optimisation, mais la satisfaction. Pour comprendre le choix d'une décision, il ne faut pas chercher à établir la meilleure solution rationnelle, puis essayer de comprendre les obstacles qui ont empêché le décideur de la découvrir ou de l'appliquer. Il faut définir les options qui s'offraient à lui séquentiellement du fait de la structuration du champ et analyser quels sont les critères qu'il utilisait consciemment ou inconsciemment pour accepter ou refuser ces options. Du point de vue normatif, cela signifie qu'au lieu de conseiller l'application de modèles scientifiques d'élaboration des choix on proposera d'améliorer les critères de satisfaction employés en tenant compte, certes, de ce qu'apporte comme cadre général le modèle rationnel, mais en travaillant sur les contraintes qui conditionnent ces critères.* » (Dab, dans Setbon - 2004 - p 8)

Notre analyse de terrain montre en effet que les enjeux des acteurs pèsent fortement sur leur stratégie. Celle-ci s'inscrit dans une recherche de rationalité plus que d'un optimum et influencera la légitimité et l'efficacité de la gestion des risques. Une telle vision renvoie à la régulation entre des exigences qui peuvent être contradictoires telles que la qualité des soins, le développement médical, le respect des enveloppes budgétaires, la concurrence, les préoccupations à l'égard des salariés, l'intensité et la technicité du travail ...

L'approche du CHSCT comme composante d'ensemble régulateur oblige à accorder une attention particulière à ses modalités de construction des actions collectives. Apparaît alors la notion d'apprentissage collectif de la SST, tant au niveau de l'activité de travail que du CHSCT. Cette notion renvoie à son tour aux notions relatives à l'apprentissage organisationnel et aux opérateurs de l'action que sont, inséparablement, le savoir et la relation (Hatchuel 2001). Ce type d'apprentissage repose sur les interactions entre outil de gestion et structure ou organisation. Il constitue la base de la régulation entre les acteurs.

Le fonctionnement du CHSCT est le reflet de l'état des relations et du dialogue social dans l'entreprise. Les démarches efficaces sont participatives et positionnent le CHSCT au cœur des projets sans en déposséder les autres acteurs de l'entreprise. A contrario, ses membres peuvent éprouver une certaine difficulté à se sentir investis d'un pouvoir de délégation et de représentation, compte tenu du fait qu'ils ne sont pas élus au suffrage direct et au fait que leur identité juridique n'existe que depuis 1982.

Il ne faut toutefois pas sous-estimer les attitudes antisyndicales de certains employeurs : brimades ou isolement du secrétaire du CHSCT, CHSCT accusé d'ingérence ... Au sein du CHSCT, l'employeur et les représentants des salariés peuvent en effet avoir des intérêts communs ou divergents.

Pour l'ANACT, les salariés qui participent au CHSCT ont « une double mission » : être acteurs de la prévention et représentants du personnel. Ces deux aspects ne sont pas toujours faciles à tenir. C'est en partant du travail réel que les représentants des salariés peuvent tenir ces deux positions. Le CHSCT n'est pas un contrôleur du respect des consignes mais doit se situer au carrefour de la prescription et des conditions de réalisation du travail. Dans les entreprises, le développement du prescriptif a complexifié sa mission.

En contribuant à la rationalisation des risques le CHSCT participe à la prescription des solutions. Il doit pour cela concilier contrôle, concertation et prescription que seule leur construction conjointe peut permettre. C'est ce que nous indique la littérature mais aussi les tentatives et les pratiques des établissements étudiés.

Ainsi, le CHSCT contribue fortement à la régulation. Il constitue une composante centrale du système de légitimité. L'une des difficultés de fonctionnement que rencontre le CHSCT (ANACT, 1997) est qu'il doit veiller au respect des prescriptions sans les imposer aux opérateurs. Pour cela, il doit être capable de comprendre les réticences éventuelles qu'elles peuvent susciter. Cette situation découle du fait que, de par la loi, le CHSCT veille à l'observation des prescriptions législatives et réglementaires tandis que, par ailleurs, il donne son avis sur le règlement intérieur et sur l'introduction de nouvelles consignes. Il se trouve, à ce titre, engagé dans une logique de prescription même s'il n'est pas spécifiquement prescripteur. S'ils n'y prennent garde, ses membres peuvent jouer le rôle de gendarme et se heurter à des difficultés avec les salariés.

Ainsi, c'est bien le CHSCT qui est en mesure de relever ce qui, dans certaines situations de travail, met le salarié en porte-à-faux vis-à-vis de la sécurité et le conduit, le plus souvent, à arbitrer en faveur du travail à réaliser au détriment de la prévention des risques. Dans ce cas, la spécificité du CHSCT est de vérifier la pertinence d'une consigne au regard du travail à réaliser. Il doit jouer le rôle d'instaurateur de débats entre concepteur et opérateur. Sa capacité à comprendre le travail est essentielle pour éviter de mettre en place des mesures renforçant les consignes. Si cette mission de contrôle doit être exercée avec doigté, le rôle consultatif, plus général en matière de conditions de travail, peut lui permettre de proposer des actions de prévention et de coopérer à leur préparation ainsi qu'à leur mise en œuvre. On voit donc que le mélange des missions de contrôle, de concertation et de propositions constitue une réelle ambiguïté.

Passer du particulier au général sans brûler d'étapes, constitue une autre gageure pour le CHSCT qui est au plus prêt des problèmes singuliers que posent les salariés. Il doit néanmoins être en capacité de saisir, au-delà du particulier, les problèmes généraux qui se posent au niveau de l'établissement, de l'entreprise ou de la branche professionnelle. Ce passage du local au général est un exercice difficile. Il nécessite une stratégie collective, indispensable au développement de la capacité du CHSCT à détecter rapidement les signes précurseurs. Ceci est un élément fondamental pour lui permettre d'assumer sa fonction de veille et sa capacité à contribuer efficacement à l'évaluation, donc à la gestion des risques.

Néanmoins, la capacité du CHSCT à exprimer le réel est conditionnée à la capacité de ses membres à lier des relations avec le salarié qui sont porteuses de ce savoir. Ceci confirme le lien indissociable entre savoir et relation mais aussi entre participation directe et participation représentative.

Conclusion de la troisième partie

Dans la deuxième partie nous avons montré que le traitement des risques professionnels est avant tout une affaire de gestion que le développement de l'évaluation des risques tend à rationaliser. Cela nécessite une action organisée pour la gestion des risques et son apprentissage, en s'appuyant sur les savoirs et les relations des acteurs.

Ces derniers ont constitué le cœur de cette troisième partie qui nous a permis de décrire leurs contributions.

Nous avons montré des différences importantes entre les quatre établissements dans trois domaines : - l'engagement des directions qui est en relation avec le contexte et le mode de management - le positionnement syndical, en lien avec le contexte et la capacité des représentants du personnel à construire une stratégie d'actions - et les logiques de programmation, variables selon les établissements et les risques.

Les différents modes de gestion sont avant tout une affaire contextualisée d'enjeux, de capacité et de relation entre les acteurs.

Les deux établissements « managers » disposent d'une plus grande capacité à construire des actions collectives voire même à déléguer certaines missions aux représentants du personnel.

A est davantage sur une logique « employeur » et C sur un registre « entrepreneur ».

Chez les « gestionnaires » la situation est beaucoup plus hétérogène et au niveau de B, on pourrait presque parler de management syndical ce qui montre que les managers ne sont pas uniquement au niveau des directions. Les représentants du personnel ont construit leur légitimité sur le système de gestion qu'ils ont su installer. D est un cas particulier compte tenu du très faible volontarisme de la direction et de la faible capacité syndicale à construire et à mettre en œuvre une stratégie.

Ces établissements ont évolué d'une gestion humaniste à une gestion rationalisatrice, managériale ou gestionnaire. Les « managers » tentent de construire et d'affirmer leur pouvoir par une rationalisation positiviste alors qu'elle est davantage subie chez les « gestionnaires ».

L'implication et la place des acteurs sont caractérisées par les régulations qu'ils ont construites et leurs évolutions. Elles articulent les trois types de fonctions indispensables à la gestion des risques : - opérateurs - experts - contrôleurs (Hubert, 2000). Les opérateurs (du directeur à l'ensemble des salariés) sont à la fois sources de décisions et d'actions, et par leur participation directe, ils apportent leurs connaissances construites du travail. Par leur participation représentative (CHSCT) ils assurent la régulation au niveau global de l'entreprise. Les experts apportent de plus en plus de compétences, plutôt en terme de

prescrits externes que de connaissances cognitives. Enfin, la place du contrôle externe et interne dépend de la capacité de régulation interne.

Il ressort très clairement de notre recherche que ces trois missions ne sont pas affectées systématiquement aux mêmes personnes, autrement dit qu'il n'y a pas d'association univoque entre une personne et une fonction. Par contre les trois missions correspondantes sont toujours présentes, parce qu'indispensables. Les modes de gestion et les régulations locales déterminent leur poids respectif et organisent leur répartition entre les acteurs.

Le mode « manager » facilite la régulation, donne plus de place aux experts et limite le besoin en fonction « contrôle », alors que le mode « gestionnaire » renforce le besoin et la réalisation d'une fonction contrôle, tant interne qu'externe, et restreint la contribution des experts, si ce n'est sur un mode quelquefois contraint par les représentants du personnel.

On peut parler d'un équilibre à niveau de régulation variable.

Ce niveau est fort dans le cas de C du fait du volontarisme de la direction et de la volonté des représentants du personnel de co-construire certaines actions. Il est satisfaisant mais plus faible à A compte tenu d'un moindre volontarisme des représentants des salariés. Il est particulier à B puisque étant essentiellement le fait des représentants du personnel. Enfin, D cumule la faiblesse du volontarisme de la direction et de la capacité de contribution des représentants des salariés.

Globalement, les enjeux des salariés et des directions pour la gestion des risques professionnels sont limités, ce qui induit le plus souvent un équilibre à « bas niveau de régulation » ou à un évitement construit. En cela il y a plus juxtaposition d'acteurs et d'actions que co-construction.

Ces enjeux pèsent fortement sur la participation tout comme le type de risque et le mode de gestion. La distinction entre participation directe et représentative des salariés est nécessaire pour analyser leurs contributions. La première permet l'expression des savoirs construits par les salariés au niveau de leur activité. La seconde assure la construction et le fonctionnement de la régulation entre les acteurs au niveau de l'entreprise.

Ces deux formes de contributions des salariés sont indissociables et contribuent à un système de régulation qui comporte des « sous-systèmes régulateurs ». Ces sous-systèmes ne sont pas des ensembles au sens mathématique du terme, c'est-à-dire fermés et limités, mais des entités ouvertes et interactives tant en interne qu'en externe. La régulation au niveau national général ou de la branche en particulier influe en effet sur la gestion des risques à l'intérieur de chaque entreprise.

Synthèse et perspectives

L'évaluation comme processus de construction des risques professionnels et de rationalisation de leur gestion : les pistes à explorer

Cette thèse s'inscrit dans notre parcours de formation et d'action qu'elle a fortement nourri.

L'épilogue de cet exercice, qui se poursuivra sous d'autres formes, n'est donc pas sa conclusion mais sa mise en perspectives.

Nous nous attacherons ici à faire la synthèse de nos résultats et surtout à tenter de dégager les prolongements possibles. L'intérêt de ce travail se mesurera en effet au niveau des suites qui lui seront ou non données, par nous ou par d'autres, tant en terme d'actions que de recherches.

Notre thèse apporte différentes contributions, qui confirment ou approfondissent les connaissances relatives à la gestion des risques professionnels. Notre principal résultat est sans doute d'aider à mieux caractériser la contribution de l'évaluation des risques professionnels à leur gestion dans l'entreprise. Nous avons ainsi décrit un processus articulant savoir et relation dont l'apprentissage est facilité quand il s'inscrit dans une action organisée. Les mots clés de cette thèse sont donc : construction, rationalisation, régulation, action et acteurs, savoir et relation.

L'évaluation des risques dans l'entreprise est impactée par son contexte et plus particulièrement par ses dimensions : - politiques, qui pèsent sur le prescrit externe - économiques, qui encadrent les marges de manœuvre - juridiques, qui fixent le niveau des obligations de moyens et de résultats - sociales, qui définissent notamment l'acceptabilité des risques - scientifiques qui éclairent la gestion des risques.

L'une de nos conclusions est que l'évaluation des risques et la logique procédurale qui la sous-tend ne conduit pas à l'anomie substantielle mais bien à un renforcement de la prescription. Même si l'accentuation actuelle de la responsabilité des acteurs peut la justifier en partie, l'hypothèse la plus crédible pour l'expliquer est le gain de légitimité qu'elle procure.

Les régulations sociales et expertes ne se substituent pas à la régulation juridique mais la complètent. L'approche substantielle associant à un danger une solution technico-réglementaire cohabite aujourd'hui dans l'entreprise, et dans le code du travail, avec une démarche de construction du risque et de prescription de ses modalités de gestion.

L'évaluation des risques promeut ainsi une nouvelle forme de régulation, c'est-à-dire de construction et de mise en œuvre des règles. Le traitement des risques apparaît alors bien comme une logique de gestion conduisant à rationaliser y compris les éléments d'opportunité, à les rendre davantage lisibles et transparents.

Elle n'apparaît pas comme une rupture ni un effet de mode. Elle s'inscrit dans la continuité de l'apprentissage de la gestion des risques, en permettant de prendre en compte l'élargissement de son champ à la santé et aux conditions de travail.

Sa place et son rôle dépendent certes de la qualité de la rationalisation des risques, mais surtout de la légitimité des prescriptions préventives, curatives ou adaptatives qui en seront issues.

Ces résultats nous amènent à proposer quelques pistes. Celles-ci s'inscrivent délibérément dans une perspective d'articulation et non d'opposition de concepts comme : - participation directe / participation représentative - régulation étatique / régulation sociale - règle substantielle / règle procédurale -

Nous les présenterons sous la forme de six propositions dont les thèmes centraux sont : - 1) la poursuite de recherches sur les modalités de mise en œuvre de l'évaluation des risques et plus particulièrement sur les rationalités et les systèmes de légitimité des acteurs - 2) la prise en compte du travail et de ses acteurs dans la gestion des risques, en renforçant leur participation directe et représentative - 3) une meilleure articulation, dans le droit et les pratiques, des approches substantielles et procédurales - 4) le développement d'espaces propices à la co-construction des savoirs et des actions - 5) l'amélioration de l'apprentissage en organisant des actions et leur retour d'expériences dans le cadre de dispositif de type recherche-action - 6) le développement de la gestion des risques et de son management.

1) Mieux comprendre les rationalités et les systèmes de légitimité des acteurs

Le risque est l'objet d'une construction, qui selon ses modalités, aura un effet plus ou moins préventif, curatif ou adaptatif.

La prise en compte de toutes ses dimensions - politiques, scientifiques, sociales, juridiques et économiques - fait apparaître le « risque » comme un objet polysémique et multiforme dont la construction implique une multiplicité d'acteurs avec leurs enjeux, leurs « normes » et leurs pratiques. Ces acteurs se réfèrent à leurs systèmes de légitimité qui sont notamment liés à leur travail pour les uns, à leurs connaissances technico-scientifiques ou juridiques pour les autres.

Dès lors, nous constatons que l'évaluation des risques, le plus souvent informelle dans l'entreprise, contribuera à rationaliser ces dimensions pour les intégrer dans le processus de gestion des risques.

La démarche d'évaluation des risques professionnels s'inscrit ainsi dans une évolution de leur approche qui tend à renforcer leur rationalisation et leur gestion. Elle est fortement influencée par le système de légitimité des acteurs de l'entreprise et hors de celle-ci.

Ce processus de rationalisation, mis en œuvre selon les logiques pré-existantes, peut toutefois faire évoluer le système de légitimité dominant et donc les pratiques et les acteurs. En cela, elle peut favoriser le déplacement des lieux et des modes de construction et de prescription.

Notre travail a permis de mettre en évidence ces aspects de rationalité / légitimité, mais pas d'en approfondir le contenu et les modalités de mise en œuvre. Il nous paraît donc utile de poursuivre le travail engagé, notamment pour mieux comprendre les processus de rationalisation des risques et les systèmes de légitimité des acteurs. Ceci est d'autant plus important aujourd'hui que l'une des priorités d'action des préventeurs institutionnels est le risque de cancer professionnel, particulièrement difficile à rationaliser. La rationalisation problématique de ce risque tient pour beaucoup aux caractères potentiel et différé de leurs effets.

Ceci pourrait, par exemple, prendre la forme de recherches sur d'autres terrains pour tester la possibilité de généralisation de nos résultats.

Cette analyse des rationalités et ses systèmes de légitimité des acteurs n'est pas sans lien avec leurs modes de participation qu'il nous paraît également utile d'explorer davantage.

2) Partir du travail et de ses acteurs en renforçant leur participation directe et représentative

De bonnes relations professionnelles favorisent la régulation conjointe et les contributions expertes, alors que des relations sociales plus difficiles réduisent le recours à l'expertise et développent davantage une régulation par la règle externe.

Dans ce cadre, le CHSCT apporte une vraie régulation « sociale » qui dans la gestion des risques peut prendre des formes très différentes. Pour que la régulation « conjointe » fonctionne des pré-requis sont toutefois indispensables. Ils sont intimement liés aux capacités des acteurs, direction et salariés, en terme de savoirs, de volonté et d'équilibre « relationnel ». Ces conditions fondent l'aptitude ou non du CHSCT à construire des actions organisées reposant sur deux piliers : savoirs et relations.

Néanmoins, la contribution du CHSCT est aujourd'hui trop souvent prescrite, par les dispositifs législatifs et réglementaires, sous la forme d'un volontarisme velléitaire c'est-à-dire d'une métaphysique de l'action: consultation, communication pour avis ... Les modalités de rationalisation ne sont ni définies dans les textes ni étudiées dans la pratique. Notre proposition est d'approfondir la connaissance des mécanismes avant de pouvoir, éventuellement, en construire les dispositifs nécessaires à l'accompagnement de leur mise en œuvre.

Notre recherche montre toutefois que l'étude de la participation représentative ne peut être réalisée indépendamment de l'étude de la participation directe. Les pratiques d'évaluation des risques requièrent en effet un meilleur usage des savoirs construits dans le travail et donc une plus forte participation directe des salariés. Nous avons montré que ces deux formes ne sont pas contradictoires mais complémentaires.

Cette exploration des pratiques permettrait notamment d'éclairer ce qui peut être attendu des salariés et des institutions représentatives du personnel et d'être ainsi plus précis sur ce qui relève de chacune des deux formes de participation.

Si le CHSCT constitue le cadre de la représentation, le cadre de la participation directe est plus problématique. Les « cercles de qualité », « groupes d'expression » ... ont connu des fortunes diverses. On notera néanmoins la mise en place de « causeries » par un dispositif local de « management de la sécurité », ce qui montre que les promoteurs de ce type de démarche considèrent l'expression et le recueil du point de vue des salariés comme un aspect indispensable.

Un autre intérêt de la participation directe est de prendre en compte les « collectifs de travail » qui sont de fait des prescripteurs trop souvent oubliés, y compris par les CHSCT. Ils sont souvent amenés à gérer de manière autonome les moyens qui leur sont confiés pour atteindre les objectifs assignés. Le recueil de cette prescription autonome est toutefois complexe car les « collectifs » voient plus d'inconvénients que d'avantages à révéler leurs prescriptions internes. Le flou dans lequel baigne cette prescription autonome est peu propice à une confrontation avec le prescrit hiérarchique, quand il existe. Cela permet de maintenir ses marges de manœuvre en évitant de se faire imposer une prescription. Cette difficulté complexifie l'analyse mais, par ailleurs, en conforte l'intérêt.

La contribution des acteurs n'est pas sans lien avec les latitudes que le caractère plus ou moins substantiel ou procédurale du droit leur attribue. C'est ce que nous allons évoquer maintenant.

3) Mieux articuler les approches substantielles et procédurales

Depuis le début des années 1990, le code du travail a beaucoup évolué sous l'emprise de la construction européenne en instituant un nouveau mode de prescription, en quatre temps que nous avons déjà évoqué : - l'expression d'une obligation de résultat - la rationalisation de cette obligation par la définition du champ de risque acceptable - l'expression de prescriptions générales procédurales et substantielles - la rationalisation de ces prescriptions générales, qui relève soit d'un prescrit externe détaillé, soit de la responsabilité de l'employeur.

Le code du travail est ainsi un mélange - d'obligations de résultats et de moyens - et de prescriptions substantielles et procédurales. Ces dimensions sont très liées les unes aux autres et leur poids respectif, dans l'entreprise, dépend notamment des modes de gestion et des caractéristiques des risques.

Ainsi, pour certains d'entre eux comme ceux liés à la manipulation de substances cancérogènes, la très grande difficulté voire l'impossibilité de définir le champ de « l'acceptable » rend la rationalisation de leur gestion complexe. Il faut que l'incertitude scientifique les caractérisant soit établie et admise pour que la règle substantielle externe s'impose comme pratique de construction. Nous avons illustré ce cas par l'exemple de la manipulation des produits anticancéreux où la construction des règles a nécessité des contributions scientifiques et techniques pour la construire, et politiques pour l'adopter.

L'autre difficulté concerne le prescrit substantiel externe qui subsiste fortement pour certains risques et cela pour plusieurs raisons. Politiquement, il est difficile de supprimer certaines composantes du droit tant que les prescriptions substitutives ne sont pas appliquées et n'ont pas montré leur efficacité. Stratégiquement, certains y voient un garde fou contre d'éventuels effets de dérégulation des prescriptions procédurales. Enfin, sur le plan utilitaire, ces prescriptions « prêtes à l'usage » sont souvent considérées comme plus confortables car préfabriquées et peuvent être demandées, par les entreprises, quand elles n'existent pas.

Le risque pointé par certains de voir l'évaluation des risques contribuer à une forme de dérégulation nous paraît être un faux problème. Nos éléments tant empiriques que théoriques nous montrent en effet qu'il n'est pas utile de passer par l'évaluation des risques pour ne pas appliquer une prescription externe dès lors que celle-ci ne paraît pas pertinente ou opportune.

L'évaluation des risques peut très difficilement motiver le non respect d'une prescription substantielle et son absence de remplacement par une autre mesure jugée plus adaptée. Le développement actuel du droit et de la jurisprudence pénale, renforçant l'obligation de résultats, contribuera pour le moins à encadrer, voire à réduire ce risque.

Ainsi, le prescrit externe selon qu'il soit substantiel ou procédural infléchira les pratiques, plutôt vers la mobilisation des savoirs constitués dans le premier cas, et plutôt vers les savoirs construits dans la branche ou l'entreprise dans le second.

L'articulation du substantiel et du procédural ne relève pas que du droit mais passe aussi par une mise en cohérence de la trilogie concepts / acteurs / règles et pratiques. Ceci requiert une évolution concomitante des règles et du positionnement des acteurs. Dès lors, la construction des risques dans l'entreprise n'est possible que si le code du travail poursuit son évolution vers des règles générales de contenu et des règles de procédure. La place que pourra occuper le CHSCT dans la régulation dépend des marges de manœuvre que lui octroie le prescrit externe. Si celles-ci sont trop faibles il n'y a plus rationalisation ou traduction, mais transcription et par voie de conséquence une faible appropriation.

Il existe en fait trois niveaux possibles de prescription des moyens : l'Etat, les branches professionnelles et l'entreprise.

Dans l'entreprise il existe trois familles d'acteurs - opérateurs, experts et contrôleurs - dont nous avons montré que, isolément, ils n'avaient pas ni la capacité, ni la légitimité de prescription. Celle-ci ne peut émaner que d'un fonctionnement « systémique » dans lequel chacune des trois familles occupe sa place. Cela requiert un lieu propice à cette co-construction.

4) Développement des espaces propices à la co-construction des actions

Notre recherche montre à la fois les difficultés, mais aussi les potentialités du CHSCT à occuper sa place dans la rationalisation du risque et la prescription de sa gestion, en conciliant contrôle, concertation et prescription. Son analyse montre le lien très fort entre savoir et relation pour construire ses actions ; en passant de la sécurité à la santé et aux conditions de travail, en articulant le particulier et le général, et en associant les acteurs internes et externes.

Les pratiques les plus évoluées, et les plus performantes (pratiques combinées), requièrent un volontarisme spontané ou suscité de l'employeur et des salariés, donc la construction d'une relation constructive qui se nourrit nécessairement des savoirs échangés.

Si les pratiques ascendantes et descendantes peuvent être mises en œuvre dans une logique « gestionnaire » de prescrits internes ou externes, ou d'éléments contingents, les pratiques combinées indispensables pour traiter certains problèmes ne peuvent se développer que dans

une logique relationnelle nécessaire à la construction conjointe du risque et des prescriptions afférentes.

Le CHSCT est donc un lieu propice à la construction des risques mais ce n'est pas le seul. La construction de savoirs constitués a aussi besoin de ce type de lieux. Nous avons évoqué plusieurs rapports et plans qui appellent un développement de l'expertise. Ces propositions concernent néanmoins surtout l'expertise scientifique du « premier cercle », la veille et l'alerte. Nous insisterons pour notre part également sur l'expertise du deuxième cercle qui associe experts et opérateurs. Le cas du GERES est en cela exemplaire de la construction d'une expertise, de savoirs constitués, articulant la connaissance du travail aux connaissances techniques, scientifiques et médicales.

Ce mode de construction du savoir par des groupes associant opérateurs et experts est aujourd'hui très rare et nous paraît devoir être développé.

La capacité des opérateurs à s'inscrire dans ce type de dispositif requiert la construction d'une expertise qui leur soit propre. Les employeurs s'appuient soit sur les experts institutionnels soit sur leurs propres experts. Les salariés sont eux plus démunis. Ils peuvent certes s'appuyer sur les institutions qui gèrent quelquefois paritairement, mais ne disposent pas de leur propre expertise comme cela peut être le cas dans certains pays européens et même au niveau de l'Union Européenne (Bureau Technique Syndical de la Confédération Européenne des Syndicats).

Ce développement des savoirs constitués chez les salariés et leurs représentants est indispensable à l'équilibre relationnel entre salariés et direction. Le pouvoir de décision de l'employeur est en effet fortement inscrit dans le droit et la culture française. La contribution experte des salariés et de leurs représentants ne peut que l'éclairer et équilibrer la relation. Cela suppose le développement et l'appropriation d'une véritable expertise syndicale. Elle pourrait être amorcée par des expériences locales de recherche-action, y compris par la création d'instances ad hoc à l'instar du Bureau Technique Syndical Européen précédemment évoqué.

Ceci existe dans certains pays européens et correspond à l'une des propositions de l'IGAS de « *création de représentants des salariés spécifiquement compétents en matière de santé au travail pour une zone déterminée, dans le cadre d'une branche ou dans un cadre interprofessionnel.* » (IGAS, 2003, p 293). Ces acteurs auraient notamment comme intérêt d'intervenir dans les petites entreprises où il n'y a pas de CHSCT.

5) Améliorer l'apprentissage en organisant des actions et leur retour d'expériences dans le cadre de dispositifs de type recherche-action

Nous avons montré dans notre thèse l'importance de l'action organisée pour articuler les acteurs et permettre l'apprentissage de la gestion des risques. Elle repose sur un équilibre dynamique entre régulations juridique, sociale et experte. Développer ce type d'actions, qui existe déjà, au niveau de l'entreprise, de la branche ou du territoire, nous paraît constituer un axe de progrès pertinent. Cela permettrait de contribuer aux relations et à la régulation entre les acteurs, y compris l'Etat, dans le cadre de programmes de recherche - actions.

Il paraît en effet plus efficient de partir des actions autant que des acteurs. Cela permettrait d'une part de modéliser l'action pour contribuer à la structuration des acteurs et, d'autre part, de développer les processus de management de la gestion des risques.

6) Développer la gestion des risques et son management.

Revenons sur deux des thèses que nous avons soutenues : - l'importance des modes de gestion (« manager » et « gestionnaire ») sur les pratiques de construction et - le caractère indissociable des phases de construction des risques professionnels et plus particulièrement l'évaluation et la gestion. Si le premier parti pris est classique, il n'en est pas de même pour le second. D'autres explorations sur d'autres terrains de recherche seraient intéressantes pour conforter cette thèse.

Dans cette logique, avant d'intégrer davantage dans le droit le management de la gestion des risques, il nous paraît utile d'en formaliser le retour d'expériences.

L'ensemble de ces six propositions est avant tout destiné à nourrir une réflexion collective.

Cette recherche nous a permis d'éclairer notre activité passée et présente, et de construire des pistes de travail pour l'avenir. Nous tenterons d'en caractériser plus précisément l'influence.

D'ores et déjà, elle nous paraît confirmer l'intérêt, au sein du ministère du travail, d'une entité de «recherche - développement » sur ses pratiques, à même de réaliser ce type de travaux ou d'en élaborer et suivre la commande.

BIBLIOGRAPHIE GENERALE

- Abord de Chatillon E. *Accidents du travail et gestion de la sécurité : représentations des acteurs et efficacité des outils*. Thèse en sciences de gestion, Université de Savoie, 1995.
- Abord de Chatillon E. « Management de la sécurité du travail : une comparaison entre l'usine de Montréal d'Impérial Tobacco et celle de Riom de la Seita ». AGRH 9^o congrès, novembre 1998.
- Abord de Chatillon E., Vauclin S. « La valse hésitation de l'autonomie et du contrôle en management de la sécurité au travail. » Actes du dixième congrès de l'AGRH. Lyon, 9 et 10 sept 1999.
- Abramovici M. « L'évolution de la prise en compte des opérateurs dans les techniques d'identification des risques. Les représentations de l'opérateur dans la gestion des risques. » Note de recherche du GRID n° 95-11, Cachan, mai 1995.
- Abramovici M. « La prise en compte des facteurs organisationnels dans les méthodes d'analyse des risques. » Note de recherche du GRID n° 96-07, Cachan, mars 1997.
- Acker F. « Temps de travail féminin, temps de travail soignant. Quelles configurations, quels réajustements ? » *Sciences sociales et santé*. Vol. 20, n° 3, septembre 2002.
- Adam G. « La refondation sociale : quelle deuxième étape ? » *Droit Social*. N° 1, janvier 2003.
- AFNOR. Norme française NF EN 292-1 - Sécurité des machines, notions fondamentales, principes généraux de conception. AFNOR, décembre 1991.
- AFNOR. Norme française NF EN 1050.
- Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail. *Priorités et stratégies des politiques de sécurité et de santé au travail dans les états membres de l'Union Européenne*. Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, 2002.
- Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail. *The use of occupational safety and Health Management Systems in the Member States of European Union*. Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, 2002.
- Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail. « Critères de réussite des systèmes de gestion de la santé et de la sécurité au travail. « Actualités » ». *Lettre de l'Agence*, n° 12, 2002. Office for Official Publications of the European Communities, 2002.
- ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé). *Manuel d'accréditation des établissements de santé*. Paris, Février 1999.
- ANAES. *Préparer et conduire votre démarche d'accréditation. Un guide pratique*. Paris, Juin 1999.
- ANACT. *Le CHSCT : quels changements ?* Editions ANACT. Collection dossiers documentaires, 1993.
- ANACT. « CHSCT. Une utilité démontrée. » Dossier. *Travail et changement*. Numéro 232, décembre 1997.
- ANACT. *Prévention des risques professionnels - la position des partenaires sociaux*. Collection Etudes et Documents, 2000.
- ANACT. *Le CHSCT : quelles questions aujourd'hui ?* Collection « dossiers documentaires », 2002.
- Arliaud M., Béret P., Doray P., Le Maître A. « La qualité totale comme investissement immatériel. Dans : Les transformations des relations professionnelles. Etudes françaises et québécoises. » La documentation française, *Cahier Travail et Emploi*, 1996.

- Arliaud M., Béret P., Daune-Richard A-M., Lemaître A., Lemaire M., Mossé Ph., Tchobanian R. «Le mécanisme de l'appropriation dans la coproduction d'une démarche de certification». Colloque organisé par le LERASS, Toulouse, 1998.
- Barrau P. «Du CHSCT de 1947 à 1997, origine, évolutions et limites d'une institution, Actes du colloque - Les CHSCT ont 50 ans.» *Cahiers de l'Institut Régional du Travail*, Aix en Provence, 1998.
- Batifoulier Ph. «Le rôle des conventions dans le système de santé.» *Sciences sociales et santé*, Vol X, n° 1, mars 1992.
- Batifoulier Ph. (sous la direction de). *Théorie des conventions*. Economica, 2001.
- Beck U. *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*. Francfort sur le Main, 1986 pour l'édition allemande. Editeur : Aubier, Paris, 2001 pour la traduction française.
- Benghosi P-J. «La négociation d'une recherche : une étape clé dans la méthodologie d'intervention.» *Economie et Sociétés, Série Sciences de Gestion*. N° 15, mai 1990, p. 195 - 209.
- Béret P. «Coordination et engagement des agents dans une démarche qualité : la construction des apprentissages ». *Travail et Emploi*. n° 90, avril 2002, p. 99 - 112.
- Berthet M., Gautier A.M. *L'exposition aux risques professionnels. Intégrer organisation du travail et prévention*. ANACT, Collection Agir sur ..., 2000.
- Blandin M.-C. *L'évaluation des risques dans les autres pays de l'union Européenne*. Eurogip, Paris, 2000.
- Boisnel M. «Approche française du management de la santé et de la sécurité au travail.» Intervention au symposium ISO 1996.
- Boisnel M. «Contribution à la table ronde n° 2: les valeurs : un modèle sociétal européen.» Séminaire de réflexion et de débats : quel modèle social européen ?, organisé par le LEST et la Fondation Européenne pour les conditions de travail. Aix en Provence, 10 et 11 septembre 2001.
- Boix P., Vogel L. *L'évaluation des risques sur les lieux de travail – guide pour une intervention syndicale*. Bureau Technique Syndical Européen pour la Santé et la sécurité, Bruxelles, 1999.
- Boulay M.-H. «Organisation de la radioprotection dans les établissements de soins : évaluation et constats en Ile de France.» *INRS Documents pour le médecin du travail*. N° 90, 2° trimestre 2002, p. 167 - 173.
- Bourdieu P. «Habitus, code et codification.» Communication présentée à Neuchâtel, 1983.
- Boyer R., Orléan A. «Les transformations des conventions salariales entre théorie et histoire, d'Henri Ford au fordisme.» *Revue économique*, N° 2, mars 1991, p. 233 - 272.
- Brun J.-P., Loiselle C. D., Gauthier G., Bégin C. *Le métier de préventionniste : entre l'arbre et l'écorce*. IRSST, Sanssectra inc. et Impact Héritage, 1998.
- Brun J.-P., «De l'identification des risques à la gestion des risques : un processus de structuration de la prévention.» Congrès de la SELF, Paris, Septembre 2003.
- Bureau International du Travail. *Convention et Recommandation sur la sécurité et la santé des travailleurs*. Convention C155 et Recommandation R164 adoptées le 22 juin 1981. BIT, Genève.
- Bureau International du Travail. *Convention et Recommandation sur les services de santé au travail*. Convention C161 et Recommandation R171 adoptées le 25 juin 1985. BIT, Genève.
- Bureau International du Travail. *Principes directeurs concernant les systèmes de gestion de la sécurité et de la santé au travail*. ILO-OSH 2001. BIT, Genève, 2001.
- Bureau International du Travail. «Santé et sécurité au travail : une priorité syndicale.» *Education ouvrière*, n° 126, 2002 / 1.

- Bureau Technique Syndical Européen pour la santé et la sécurité. *La représentation des travailleurs en matière de santé et de sécurité en Europe*. Bruxelles, 1993.
- Bureau Technique Syndical Européen pour la santé et la sécurité. «La formation syndicale en matière de santé et de sécurité. Enquête européenne sur les pratiques de formation des représentants des travailleurs. » Bruxelles, 1995.
- Callon M. «Eléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint - Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc. » *L'année sociologique*, 1986, volume 36.
- Caloni P. *Echec au risque*. SEFI, Paris, 1952.
- Carpentier-Roy M.-C., Chanlat J.-F., Lanoie P., Patry L. «Ergonomie participative, mode de gestion et performance en prévention des accidents du travail : le cas de la société des alcools du Québec. » IRSST, Montréal, avril 1997.
- Castel P., Merle I. «Quand les normes de pratiques deviennent une ressource pour les médecins. » *Sociologie du travail*, 44 (2002), p. 337 - 355.
- Castel R. «Savoirs d'expertise et production de normes. » Dans : Normes juridiques et régulation sociale. Sous la direction de F Chazel et J Commaille. LGDJ, Collection Droit et Société, 1991, p. 177 - 188.
- Cavé J.-M. «La sécurité intégrée, outil de gestion et de production. »
- CFDT Aujourd'hui. «Organisation et risques du travail. » N° 104, février 1992.
- Chanlat J.-F. Préface de l'ouvrage : *L'évaluation des risques professionnels*, sous la direction de Meyer F., Groupe d'Etude Interuniversitaire en Sciences du Travail. Presses Universitaires de Strasbourg, 1995.
- Charbit F., Charue F., Midler C. «L'apprentissage organisationnel. Ecole Polytechnique, Centre de recherche en gestion. » Cahier N° 9. Décembre 1992.
- Chevallier J. «De quelques usages du concept de régulation. Dans : La régulation entre droit et politique. » Colloque du Centre d'Etudes et de Recherche sur la Théorie de l'Etat, 1 et 2 octobre 1992. L'Harmattan, 1995, p. 71 - 93.
- Chouraqui A. «Quelques difficultés actuelles d'articulation du juridique et du social. » Dans : Normes juridiques et régulation sociale. Sous la direction de F. Chazel et J. Commaille. LGDJ, Collection Droit et Société, 1991, p. 285 - 300
- Chouraqui A., Pinaud H. «L'incontournable participation directe. » *CFDT Aujourd'hui*. Numéro 114, juin 1995.
- Chouraqui A. «Entre hétéronomie et anomie, l'autonomie régulée. » Cinquième congrès de l'association française de science politique. Aix en Provence, 23 au 26 avril 1996.
- Cicoella A. «Risques toxiques : pourquoi le principe de précaution s'arrêterait-il à la porte des entreprises ? » *Revue Prévenir*, numéro 40, premier semestre 2001, p. 205 - 210.
- CNAMTS, CRAM, CGSS, INRS. *Evaluation des risques professionnels. Principes et pratiques recommandées*. Edition INRS ED 886, octobre 2002.
- Cochoy F. «Profession, participation, patient : trois enjeux pour la qualité des soins. » *Sciences sociales et santé*, Vol. 19, n° 2, juin 2001.
- Comité Economique et Social. (Filoche G., rapporteur). *Vingt ans de comité d'hygiène et sécurité et des conditions de travail*. Editions des Journaux Officiels, 2001.
- Comité Economique et Social. (Grandazi F., rapporteur). *Le droit du travail : les dangers de son ignorance*. Editions des Journaux Officiels, 2002.
- Comité Economique et Social. (Fiterman C., rapporteur). *Prévention et gestion des risques technologiques et industriels*. Editions des Journaux Officiels, 2003.
- Commission Européenne, *Mémento pour l'évaluation des risques professionnels*. Luxembourg : Office des publications officielles des Communautés Européennes, 1997.

- Commission des Communautés Européennes. *Communication de la commission sur le recours au principe de précaution*. Bruxelles, 2000.
- Communautés européennes. « Directive du conseil du 12 juin 1989 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail. » Journal officiel des Communautés Européennes du 26 juin 1989.
- Communautés Européennes « Directive 96/29 Euratom du conseil, du 13 mai 1996, fixant les normes de base relatives à la protection sanitaire de la population et des travailleurs contre les dangers des rayonnements ionisants. » JOCE du 29 juin 1996.
- Cour des Comptes. *La gestion du risque accidents du travail et maladies professionnelles*. Rapport Public Particulier. Journaux Officiels, Février 2002.
- Crozier M., Friedberg E. *L'acteur et le système*. Editions du Seuil, Paris, 1977.
- Cru D., Dejours C. « Les savoir-faire de prudence dans les métiers du bâtiment. » *Les Cahiers Médico Sociaux*, Genève, n° 3, p. 239 - 247.
- Cru D., Dejours C. « La peur et la connaissance des risques dans les métiers du bâtiment. » Dans : *Psychopathologie du travail*. Entreprise moderne d'édition, Paris, 1985, p. 27 - 34.
- Cru D. « Sur la prise de risque dans le BTP. Changer les représentations des opérateurs ou celles des préventeurs ? » *Sécurité et médecine du travail*, n° 97, 1992-b.
- Cru D. « « Aucun risque ! » travail, représentation du risque et prévention. Prise de risque et représentation. » *Education permanente*, n° 117, 1993.4.
- Cuny X. « Hygiène et sécurité du travail en France : histoire et situation actuelle. » CNAM, Paris, 1993.
- Cuny X. « Problèmes théoriques de l'évaluation des risques professionnels dans l'entreprise. » *Revue Préventive* n° 30 novembre - décembre 1996, n°31 janvier - février 1997, n° 32 mars - avril 1997.

- Daniellou F. « Le travail des prescriptions. » Dans : *Les évolutions de la prescription*, Actes du XXXVII^e congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française, Aix en Provence, Septembre 2002, p. 8 - 15.
- DARES. « Vingt ans d'évolution des conditions de travail. » Premières synthèses, 94.21 numéro 46, 28 mars 1994.
- DARES. « Efforts et risques au travail en 1998. » Premières informations et premières synthèses, 99.04 - N° 16.1.
- DARES. « Travail et charge mentale. » Premières informations et premières synthèses. 99.07 - N° 27.1.
- DARES. « L'organisation du travail : entre contrainte et initiative. Résultats de l'enquête Conditions de travail de 1998. » Premières informations et Premières synthèses, 99.08 - n°32.1
- DARES. « Entre crise et croissance : une évolution des relations professionnelles en entreprise. » Premières informations et premières synthèses, décembre 2000, numéro 49.1.
- DARES. « Où sont les CHSCT ? » Premières synthèses, avril 2001, n° 16.2.
- DARES. « Le risque d'accident du travail varie avec la conjoncture économique. » Premières informations et premières synthèses, août 2001, numéro 31.1.
- DARES. « Accidents, accidentés et organisation du travail. Résultats de l'enquête sur les conditions de travail de 1998. » Premières synthèses, mai 2002, n° 20.1.
- Davezies Ph. « Vieillesse du personnel hospitalier et prévention de l'usure au travail. » Rapport d'étude.
- Davezies Ph. « La prévention dans la santé au travail : entre compromis et fonction de veille. » *Revue Prévenir*, numéro 40, premier semestre 2001, p. 67 - 73.
- David A. « Structure et dynamique des innovations managériales. » Cahiers de recherche du Centre de Gestion scientifique - Ecole des Mines de Paris, n° 12, juillet 1996.

- David A. « Outils de gestion et dynamique du changement. » *Revue française de gestion*. Septembre - octobre 1998.
- David A. « Décision, conception et recherche en sciences de gestion. » *Revue Française de gestion*, vol. 28, n° 139, juillet - août 2002.
- David A., Hatchuel A., Laufer R. *Les nouvelles fondations des sciences de gestion. Eléments d'épistémologie de la recherche en management*. Vuibert / FNEGE, Paris, 2001.
- David A. « Questions de recherche autour des outils de gestion. » Présentation à l'école doctorale. Aix en Provence, 14 janvier 2002.
- DDTEFP et DRTEFP de PACA. « Guide de contrôle de l'évaluation des risques. » Document de travail interne.
- DDTEFP et DRTEFP d'Aquitaine, Bourgogne, Midi-Pyrénées, Nord - Pas de Calais, Poitou - Charente et PACA. *Evaluer les risques et programmer les actions de prévention. Mode d'emploi*. 2002.
- Dejours Ch. « Coopération et construction de l'identité en situation de travail. » *Futur Antérieur*. L'Harmattan. 1993/2.
- Dejours Ch. Introduction au numéro spécial de la *Revue Internationale de Psychosociologie*, consacrée à la psychodynamique du travail, Vol. 3, n° 5.
- Dejours Ch. *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*. Seuil, collection Histoire immédiate, 1998.
- Dejours Ch. *Le facteur humain*. Collection « Que sais-je ? » Presses Universitaires de France, troisième édition, 2002.
- Derrien M.-F., « L'évolution du contexte économique et social des risques et des conditions de travail. » DRTEFP PACA, Actes de la semaine européenne santé-sécurité, octobre 1998.
- Dodier N. « L'inspection du travail face à la diversité des entreprises. L'hygiène et la sécurité dans la pratique professionnelle des inspecteurs et contrôleurs du travail. » Centre d'Etudes de l'Emploi, août 1986.
- Dodier N. « Les actes de l'inspection du travail en matière de sécurité : la place du droit dans la justification des relevés d'infraction. » Dans : Normes juridiques et régulation sociale. Sous la direction de F. Chazel et J. Commaille. LGDJ, Collection Droit et Société, 1991, p. 189 - 203.
- Doerflinger B., Jorand Y. « Le CHSCT dans les établissements publics de santé. » Etude réalisée pour le ministère du travail et des affaires sociales, septembre 1996.
- Dômont A. *De la médecine du travail à la santé au travail*. Editions de santé, Paris / Editions Octarès, Toulouse, 1999.
- Drais E *Risques au travail et dynamiques des organisations. Le cas d'une entreprise de services*. Thèse de sociologie soutenue le 5 avril 2002, Université Paris IX-Dauphine.
- DRTEFP d'Ile de France. « L'évaluation des risques : quel enjeu et quelle pratique pour l'inspection du travail ? » Collection Horizon Ile de France, numéro 50, février 2003.
- Dubar C., Tripier P. *Sociologie des professions*. Armand Colin éditeur, 1998.
- Dufour S. « La crise du dispositif de prévention en santé au travail. » *Revue Prévenir*, numéro 40, premier semestre 2001, p. 75 - 80.

- Estryng-Behar M., Poinsignon H. *Travailler à l'hôpital*. Berger-Levrault, 1989.
- Etienne P. « L'évaluation des risques par les représentants des salariés. » INPACT, 1996.
- Ewald F. *L'état providence*. Grasset, Paris, 1986.

- Fabiani J.-L., Theys J. (coordinateurs) *La société vulnérable. Evaluer et maîtriser les risques*. Presses de l'ENS, 1987.
- Favaro M. *La sécurité dans l'entreprise : l'apport des sciences humaines*. Rapport INRS, 1990.

- Favaro M. «La prévention dans les PME : position du problème, examen de la littérature et enquête. » Notes scientifiques de l'INRS 134 et 163, 1996 et 1997.
- Favaro M. «La prise en charge de la sécurité dans les PME – Quelques réflexions préalables à la conception d'actions de prévention. » Note documentaire INRS 2096 174 99, 1999.
- Favaro M. «Evaluation des risques. Aperçu de la complexité des problèmes pour le préventeur. » *Préventive – Sécurité* n° 56, mars - avril 2001.
- Favereau O. «Trois thèses de Jean-Daniel Reynaud sur l'économie des règles. » Dans : Variations autour de la régulation sociale, hommage à Jean-Daniel Reynaud. Presses de l'Ecole Normale supérieure, Paris, 1994.
- Favereau O. «La formalisation du rôle des conventions dans l'allocation des ressources. » Dans : Le travail ; marchés, règles, conventions. Salais R. et Thévenot L. éditeurs. INSEE / Economica, 1986.
- Favereau O. «Règles, organisation et apprentissage collectif : un paradigme non standard pour trois théories hétérodoxes. » Dans : Analyse économique des conventions. Sous la direction de Orléan A. Presse Universitaire de France, 1994, p. 113 - 137.
- Faure H., Orhant I. *L'action médicale en milieu de travail*. La documentation française, Collection Travail et Emploi, 1994.
- Faverge J.-M. *Psychosociologie des accidents de travail*. Presses Universitaires de France, Paris, 1967.
- Fondation Européenne pour l'amélioration des conditions de travail. *L'évaluation des conditions de travail - Les pratiques européennes*. 1996.
- Frick K. et Walters D. «Les délégués des travailleurs à la santé et à la sécurité dans les petites entreprises : enseignements du système suédois. » *Revue internationale du travail*, vol 137, n°3, 1998.
- Friedberg E. «Les quatre dimensions de l'action organisée. » *Revue française de sociologie*. XXXIII, 1992, p. 531 - 557.
- Friedberg E. *Le pouvoir et la règle, Dynamique de l'action organisée*. Editions du seuil, Paris, 1993.
- Frybes M., Visier L. « Les leçons du mouvement des infirmières. » *CFDT Aujourd'hui*, n° 98, octobre 1990.
- Fuentès C., Meyer F. *Evaluer les risques au travail - Guide pratique*. Presses universitaires de Strasbourg, 2000.
- Fuentès C. «La normalisation des risques au travail : l'invention du risque professionnel. » Dans : Groupe d'étude interuniversitaire en sciences du travail, L'évaluation des risques professionnels, sous la direction de Meyer F. Presses Universitaires de Strasbourg, 1995.
- Gazette sociale d'Ile de France. DRTEFP. *La formation des représentants du personnel au CHSCT : enjeux et orientations*. N° 46, septembre 2002.
- Gazier B. «Relations de travail. » Encyclopédie Economique. Chapitre 35. Economica. 2002.
- Girin J. «Les situations de gestion. » Dans : Le rôle des outils de gestion dans l'évolution des systèmes sociaux complexes ; sous la direction de Berry M. C.R.G. - Ecole polytechnique, Rapport pour le Ministère de la recherche et de la technologie, 1983.
- Gobeil M. «La gestion des risques en milieu hospitalier. » *Revue Prévenir*, n° 24, premier semestre 1993.
- Godelier E. (coordonateur) *James March, penser les organisations*. Hermes-Science / Lavoisier, Paris, 2003.
- Goguelin P., Cuny X. *La prise de risque dans le travail*. Actes des journées d'étude et de réflexion. Octarès, Paris, 1988.

- Golberg M. « Le poids des facteurs professionnels, source d'inégalités sociales de santé. » *Revue Prévenir*, numéro 40, premier semestre 2001, p. 51 - 59.
- Gollac M., Volkoff S. *Les conditions de travail*. Edition La Découverte / Collection Repères, 2000.
- Gollac M. « Intensification, individualisation, incertitude ... Les transformations du travail. » *Revue Prévenir*, numéro 40, premier semestre 2001, p. 29 - 35.
- Groupe d'étude interuniversitaire en sciences du travail. *L'évaluations des risques professionnels*. Sous la direction de Meyer F. Presses Universitaires de Strasbourg, 1995.
- Guisset A-L., Sicotte C., Leclercq P., D'Hoore W. « Définition de la performance hospitalière : une enquête auprès des divers acteurs stratégiques au sein des hôpitaux. » *Sciences sociales et santé*, vol. 20, n° 2, juin 2002.

- Hatchuel A. et Weil B. *L'expert et le système*, Paris, Economica, 1992, 263 p.
- Hatchuel A. et Moisson J.-C. « Modèles et apprentissage organisationnel », *Cahiers d'Economie et Sociologie Rurales*, N° 28, p. 18 – 32, 1993.
- Hatchuel A. « Apprentissages collectifs et activités de conception. » *Revue Française de Gestion*, n° 99, juin – juillet - août 1994, p. 109 - 120.
- Hatchuel A. « Coopération et conception collective - variété et crises des rapports de prescription », in De Terssac G. et Friedberg E. (dir), *Coopération et Conception*, Ed. Octarès, 1996.
- Hatchuel A. « Fondements des savoirs et légitimité des règles. » Dans : Les limites de la rationalité, 2. Les figures du collectif. Colloque de Cerisy. Sous la direction de Reynaud B. Editions La Découverte, 1997, p. 183 - 209.
- Hatchuel A. « Comment penser l'action collective ? Théorie des mythes rationnels. » Dans : Damien R., Tosel A. (Eds). *L'action collective ; coordination, conseil , planification*. Annales littéraires de l'université de Franche-Comté, 1998.
- Hatchuel A. « Quel horizon pour les sciences de gestion ? vers une théorie de l'action collective. » Dans : Les nouvelles fondations des sciences de gestion. Vuibert / FNEGE, 2001
- Hubert Philippe. « Approche comparée de quelques évolutions de la gestion du risque en France. » CNRS. Séminaire du programme Risques Collectifs et Situations de Crise. Actes de la dix-septième séance, 27 avril 2000.

- IGAS. Inspection Générale des Affaires Sociales. *Santé, pour une politique de prévention durable*. Rapport 2003. La Documentation française, Paris, 2003.
- INRS. *Maîtrise des risques. Prévention et principe de précaution*. Les entretiens de l'INRS, Actes du colloque du 6 novembre 2001.
- INRS. *L'évaluation a priori des risques*. Dossier mis à jour le 4 décembre 2002.
- INRS. *L'évaluation des risques professionnels*. ED 5018.
- INRS. *Le principe de précaution*.
- INRS. *Management de la santé et de la sécurité au travail*. Dossier 3 octobre 2002.
- INRS. *Le CHSCT*. ED 896, 2002.
- INRS. « Les enjeux du management. » Dossier réalisé par Schwartz G. *Travail et Sécurité*, février 2003.
- Institut national du travail de l'emploi et de la formation professionnelle. « Prévention : un concept en évolution ? » 1998.
- Iribarne d' A. « Comment revaloriser la santé au travail ? » Encyclopédie Protection Sociale quelle refondation ?, Editions Liaisons - Economica, 2000, p. 1175 - 1183
- Iribarne d' A. « Santé au travail et @entreprise : quand les transformations des normes de travail, d'emploi et de compétences, deviennent de nouvelles sources de maladies professionnelles. » Dans Poltier H., Guenette A.-M. et Henchoz A.-M. (Ed) *Travail et*

fragilisation mentale. Ed Payot - Lausanne, Col. Economie, organisation et humanité, 1^{er} trimestre 2003.

- Jobert B., Muller P. *L'état en action*. Presse Universitaire de France, 1987.
- Jobert A. « Quel modèle social européen ? système, valeurs, défis. » Séminaire européen organisé par la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de travail et le LEST, septembre 2001.

- Karpik L. « Dispositifs de confiance et engagements crédibles. » *Sociologie du travail* n° 4 / 1996.
- Kervern G.-Y. « Le point sur les cindyniques au 1 septembre 1999. Les cindyniques sciences du danger. » Albi. Ecole d'été « Gestion scientifique du risque », 6 au 10 septembre 1999.
- Kessler F. « Hygiène et sécurité à l'étranger : le cas allemand et le cas britannique. » Dans : Groupe d'étude interuniversitaire en sciences du travail, L'évaluations des risques professionnels, sous la direction de Meyer F. Presses Universitaires de Strasbourg, 1995.
- Koenig G. « L'apprentissage organisationnel. » *Revue française de gestion*, janvier-février 1994, p 76 - 83.
- Kouabenan D. R., Dubois M. (sous la direction de). *Les risques professionnels : évolution des approches, nouvelles perspectives*. Octarès, Toulouse, 2003.
- Kourilsky Ph., Viney G. *Le principe de précaution*. Rapport au premier ministre, 15 octobre 1999.

- Lascoumes P. « De l'atteinte à la prévention des risques industriels. » Ouvrage collectif : Conquête de la sécurité, gestion des risques. L'Harmattan, 1991.
- Lascoumes P. « Démocratie technique « quand des profanes interpellent les experts ». » Interview par M Melquiond, *Revue Santé et Travail*, n° 42, janvier 2003.
- Lanoie P., Stréliski D. « L'impact de la réglementation en matière de santé et sécurité du travail sur le risque d'accident au Québec. » *Relations industrielles*, vol 51, n° 4, 1996.
- Laufer R. « Les institutions du management : légitimité, organisation et nouvelle rhétorique. » Dans : David A., Hatchuel A., Laufer R. *Les nouvelles fondations des sciences de gestion. Eléments d'épistémologie de la recherche en management*. Vuibert / FNEGE, Paris, 2001.
- Laufer R. *L'entreprise face aux risques majeurs. A propos de l'incertitude des normes sociales*. Editions L'Harmattan, 1993.
- Lebraty J. « Management et gestion : quel apprentissage ? » *Economies et sociétés*. Série Science de Gestion, n° 18, Juillet 1992.
- Le Goff J. « Les lois Auroux, 20 ans après. » *Droit Social*, n° 7/8 Juillet - Aout 2003, p. 703 - 711.
- Lejeune D. *Evaluation des risques et santé au travail - Continuité et évolution du rapport Villermé aux directives européennes*. Ministère du travail et des affaires sociales. Document non daté, édité par la DRTEFP d'Ile de France.
- Lenay O., Moisson J.-C. « Croître à l'abri de la gestion ? Le cas du système hospitalier public français. » Cahier de recherche n° 17 - Ecole des Mines de Paris - Centre de gestion scientifique, Octobre 2000.
- Leplat J., de Tersac G. (sous la direction de). *Les facteurs humains de la fiabilité dans les systèmes complexes*. Editions Octarès, 1990.
- Lévesque C. « Structure de représentation et rapports sociaux de travail : le cas de la santé et sécurité du travail au Québec. » Dans : *Les transformations des relations professionnelles*,

- Etudes françaises et québécoises. La documentation française, Cahier Travail et Emploi, 1996.
- Liepchitz N. «L'évaluation des risques : pourquoi ? Comment ?» Montreuil, le 3 avril 2002.
 - Livet P., Thévenot L. «Les catégories de l'action collective.» Dans ; Orléan A. Analyse économique des conventions. Presses Universitaires de France, 1994, p. 139 - 167.
 - Loriol M. «La construction sociale de la fatigue au travail : l'exemple du « burn out » des infirmières hospitalières.» Journées d'études « les approches du travail en ergonomie et en sociologie .
 - Loriol M. «La fatigue, le stress et le travail émotionnel de l'infirmière.» *Revue Prévenir*, numéro 40, premier semestre 2001.
 - Lot F. et coll. «Séroconversions professionnelles par le VIH et le VHC chez le personnel de santé en France.» INRS Documents pour le médecin du travail, n° 90, 2° trimestre 2002, p. 157 - 166.
 - Maggi B. «Etude du travail et action pour la santé. Une double innovation résultant d'obligations normatives.» Actes du colloque «Travail, santé aujourd'hui au tournant du millénaire», Lyon, novembre 1997. Dans : *Informations et Commentaires, Revue Internationale de Sciences Sociales Appliquées*, 103, 1998, p. 35 - 44.
 - Maggi B., Lagrange V. *Le travail collectif dans l'industrie à risque. Six points de vue de chercheurs étayés et discutés.* Octarès Editions, 2002.
 - Malenfant R. (sous la direction de). *La mesure du danger, le risque entre la science et le sentiment.* Editions Liber, Montréal, 1998.
 - Matheron G., Michel A. «Activité soignante : éthique et savoirs pertinents.» Dans : Reconnaissances du travail - Pour une approche ergologique. Sous la direction de Yves Schwartz. Presse Universitaire de France, 1998.
 - Midler C. «Evolution des règles de gestion et processus d'apprentissage.» Dans : Analyse économique des conventions. Sous la direction de Orléan A. Presse Universitaire de France, 1994, p. 335 - 369.
 - Mignot G., Penel Ph., Schneider R., Villette M., Neboit M., Rocher M. «L'ergonomie au service de la prévention des risques professionnels : une nouvelle fonction dans les services prévention des CRAM.» Communication à la SELF, Caen, 1999.
 - Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Enquêtes sur la sensibilité de l'opinion aux conditions de travail, réalisées en 1994, 1997, 2000 et 2004.
 - Ministère de l'emploi et de la solidarité. Circulaire DRT numéro 6 du 18 avril 2002, prise pour l'application du décret 2001-1016 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, prévue par l'article L 230-2 du code du travail.
 - Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité, et les organismes de prévention des risques professionnels. *Evaluer pour prévenir - Comprendre pour agir.* Mars 2003.
 - Mintzberg H. *Le management, voyage au centre des organisations.* Editions d'organisation, 1989, (quatrième tirage 2001).
 - Moisdon J.-C. «Recherche en gestion et intervention.» *Revue française de gestion.* Septembre - octobre 1984.
 - Moisdon J.-C. *Du mode d'existence des outils de gestion ; Les instruments de gestion à l'épreuve de l'organisation.* Editions Seli Arslan, Paris, 1997.
 - Moisdon J.-C. «Vers des modélisations apprenantes ?» *Economies et sociétés, Sciences de gestion.* Série S. G., n° 8-9 / 1998, p. 569 - 582.
 - Moisdon J.-C., Tonneau D. *La démarche gestionnaire à l'hôpital. Tome 1 : Recherche sur la gestion interne.* Editions Seli Arslan, Paris, 1999.

- Monteau M., Favaro M. « Bilan des méthodes d'analyse à priori des risques. » INRS, ND 1768-138-90 et ND 1779-139-90, 1990.
- Monteau M. « La gestion de la sécurité du travail dans l'entreprise : du carter au plan qualité. » *Performances Humaines et Techniques*, n° 61, novembre – décembre, 1992, p. 29 - 34.
- Monteau M. *Evolution de l'accidentabilité au travail en France de 1974 à 1994*. INRS, note scientifique 164, 1998.
- Mossé P., Gervasoni N., Kerleau M. *Les restructurations hospitalières ; acteurs, enjeux et stratégies*. Rapport dans le cadre de la convention MiRe n° 6 / 99, septembre 1999.
- Mossé Ph., Pierru F. « Entre savoirs économiques et décisions politiques : les restructurations hospitalières. » Dans : Santé, Règles et Rationalités. Coordonné par Béjean S. et Peyron C. *Economica*.
- Muller P. *Les politiques publiques. Que sais-je ?* Presse Universitaire de France, 1998.

- Quinot E. *Essai sur l'évolution des idées et des attitudes vis à vis du phénomène accident*. Note INRS, 1977.

- Paradeise C. « La théorie de la régulation sociale à l'épreuve de la pratique. » Séminaire « Théorie de la régulation sociale », CNAM, 7 - 8 septembre 2001.
- Penel Ph., Rocher M. « L'ergonome et l'efficacité : point de vue de l'ergonome institutionnel. L'exemple des préventeurs ergonomes CRAM. » Journée de l'association d'ergonomie d'Orsay, 7 juin 2002.
- Perreti-Wattel Patrick. *Sociologie du risque*. Editeur : Armand Colin, 2000, 286 p.
- Planchette G., Nicolet J-L., Valancogne J. *Et si les risques m'étaient comptés !* Octarès Editions, 2002.
- Piotet F., Sainsaulieu R. *Méthodes pour une sociologie de l'entreprise*. Presses de la fondation nationale des sciences politiques / ANACT, 1994.
- Piotet F., Correia M., Lattès C., Moisan A *Entre profession et métiers : les médecins du travail*. Laboratoire Georges Friedman CNAM / CNRS, septembre 1996.
- Poinson H. *Changer le travail à l'hôpital. Analyser les situations pour améliorer les conditions de travail*. ANACT, collection « Points de Repère », 1991.
- Ponsard J-P. « Formalisation des connaissances, apprentissage organisationnel et rationalité interactive. » Dans : Analyse économique des conventions. Sous la direction de Orléan A. Presse Universitaire de France, 1994, p. 169 - 185.
- *Préventique Sécurité* Dossier « Les risques hospitaliers », n° 64, juillet - août 2002.

- Raulier A., Walters D. *La formation syndicale en matière de santé et de sécurité. Enquête européenne sur les pratiques de formation des représentations des travailleurs*. Bureau Technique Syndical Européen pour la Santé et la Sécurité, Bruxelles, 1995.
- Reynaud E., Reynaud J.-D. « La régulation conjointe et ses dérèglements. » *Le Travail Humain*, tome 57, numéro 3 / 1994, p. 227 - 238.
- Reynaud E. « La rationalisation constitutive du collectif ? Un colosse aux pieds d'argile. Réponse à Hatchuel. » Dans : Les limites de la rationalité, 2. Les figures du collectif. Colloque de Cerisy. Sous la direction de Reynaud B. Editions La Découverte, 1997, p. 183 - 209.
- Reynaud J-D. *Les règles du jeu - L'action collective et la régulation sociale*. Armand Colin éditeur, troisième édition, 1997.
- Reynaud J-D., Eyraud F., Paradeise C., Saglio J. (sous la direction de). *Les systèmes de relations professionnelles*. Editions du CNRS, Paris, 1990.

- Reynaud J-D. *Le conflit, la négociation et la règle*. (recueil de textes). Octarès Editions, 1999.
- Robelet M. «La profession médicale face au défi de la qualité : une comparaison de quatre manuels qualité. » *Sciences sociales et santé*, Vol. 19, n° 2, juin 2001.
- Roucayrol A.-M. «Les praticiens hospitaliers ne vont pas bien. » *La pensée*, n° 328 octobre / décembre 2001.
- Roustang G. «La participation des travailleurs en matière d'hygiène et de sécurité en France. » *Revue Internationale du Travail*. Volume 122, n° 2, mars – avril 1983.
- Rychen F., Pivot C. (directeurs). *Gérer les risques collectifs*. L'aube / Datar, Paris, 2002.

- Salais R., Thévenot L. *Le travail, marchés, règles, conventions*. Economica, Paris, 1986.
- Salais R. «Modernisation des entreprises et Fonds National de l'Emploi. Une analyse en terme de mondes de production. »
- Salais R., Storper M *Les mondes de production, Enquête sur l'identité économique de la France*. EHESS Editions, Paris, 1993.
- Sandret N. (coordination). *L'aptitude médicale en question. Réflexions d'un groupe de travail de l'inspection médicale du travail et de la main d'œuvre*. DRTEFP Ile de France, décembre 2002.
- Schwartz Y. (sous la direction de). *Reconnaissances du travail. Pour une approche ergologique*. Presses Universitaires de France, 1997.
- Schwartz Y. «Les entités pertinentes de l'action collective. » Dans : Damien R., Tosel A. (Eds). *L'action collective ; coordination, conseil , planification*. Annales littéraires de l'université de Franche-Comté, 1998.
- Schwartz Y. *Le paradigme ergologique ou un métier de philosophe*. Octarès, Toulouse, 2001.
- Schwartz Y., Trinquet P. «Pour une prévention santé / sécurité au travail plus efficace : une approche ergologique. » *Prévenir*, numéro 40, premier semestre 2001, p. 235 - 245.
- Schwartz Y., Durrive L. (sous la direction de). *Travail et ergologie, Entretiens sur l'activité humaine*. Octarès Editions, Toulouse, 2003.
- Seillan H. «Les suites de l'accord. Négociation et action réglementaire. » *Préventique - Sécurité*, n° 61, janvier – février 2002, p. 16.
- Seillan H. «La loi, le contrat et la sécurité. » *Préventique – Sécurité* n° 61 p 2 - 5, 2002.
- Setbon M. (Président du groupe de travail) *Risques et sécurité sanitaire. Critères, méthodes et procédures utilisées dans les processus de décision de sécurité sanitaire*. Rapport de recherche au Directeur Général de la Santé. Comité National de sécurité Sanitaire, novembre 2001.
- Setbon M. «La prévention des risques professionnels comme construction dynamique interactive. » Actes du colloque «Cultures de santé et risques au travail ». Caisse des dépôts et consignations – Branche Retraites. Montpellier, 12 et 13 décembre 2001.
- Setbon M. *Risques, sécurité sanitaire et processus de décision*. Elsevier, Collection Médecine des risques, 2004.
- Simard M., Marchand A. *La participation des travailleurs à la prévention des accidents du travail : formes, efficacité et déterminants*. Rapport IRSST, Montréal, février 1997.
- Simard M, Carpentier-Roy M.-C., Marchand A., Ouellet F. *Processus organisationnels et psycho-sociaux favorisant la participation des travailleurs en santé et en sécurité du travail*. Rapport IRSST, Montréal, janvier 1999.
- Sonntag M. «Le paradigme cartésien de la formation à la prévention. » Dans : Groupe d'étude interuniversitaire en sciences du travail, *L'évaluation des risques professionnels*, sous la direction de Meyer F., Presses Universitaires de Strasbourg, 1995.

- Sotty Ph. *Chartes de bonnes pratiques pour la prévention des risques professionnels dans les petites entreprises, propositions méthodologiques d'élaboration, de mise en œuvre et d'évaluation*. Mémoire CNAM, 1998.
- Sotty Ph., Tiano V. «L'évaluation des risques et la programmation des actions de prévention : pour une nécessaire évolution des pratiques de prévention.» Iseres - VO Editions, Syndicalisme et société, Volume 2 - N° 2 - 1999 / Volume 3 - N° 1 – 2000.
- Sotty Ph. «En quoi l'évaluation des risques peut-elle faire évoluer la prescription de leur prévention.» Actes congrès de la SELF, Aix en Provence, Septembre 2002.
- Sotty Ph., Tiano V. «Des acteurs régionaux de la prévention en thèse au LEST ou comment les sciences sociales peuvent accompagner l'action publique sur les risques professionnels ? » *La lettre du LEST*, Numéro 17, Octobre 2002.
- Suppiot A. *Critique du droit du travail*, Presses Universitaires de France, Paris, 1994.
- Suppiot A. « Un faux dilemme : la loi ou le contrat ? » *Droit Social* n° 1, janvier 2003.

- Tchobanian R. *Les positions des partenaires sociaux face à la participation directe en France*. Rapport LEST-CNRS, 1994.
- Terssac de G., Chabaud C. «Référentiel opératif commun et fiabilité.» Dans : Les facteurs humains de la fiabilité dans les systèmes complexes, 1990, p. 110 - 139.
- Terssac de G. *Le travail : une aventure collective*. Recueil de textes. Octarès Editions, 2002.
- Thébaud-Mony A. «La santé au travail : instrument et enjeu de la précarisation sociale.» Dans «Précarisation sociale, travail et santé», sous la direction de B. Appay et A. Thébaud-Mony. IRESCO-CNRS, Paris, 1997.
- Thébaud-Mony A. «Contrats de travail atypiques, sous-traitance, flexibilité, santé.» Conférence TUTB-SAL TSA, Bruxelles, septembre 2000.
- Thébaud-Mony A. «Santé au travail : invisibilité sociale et rapports sociaux.» *Prévenir*, numéro 40, premier semestre 2001, p. 39 - 47.
- Theys J. «La société vulnérable.» Dans : La société vulnérable, Evaluer et maîtriser les risques. Textes réunis et présentés par J.-L. Fabiani et J. Theys. Presses de l'Ecole Normale Supérieure, 1987, p. 3 – 36.
- Tonneau D., Bonhoure S., Gallet A.-M., Pépin M. *L'organisation du travail à l'hôpital*. ANACT, collection «Outils et Méthodes », 1996.
- Trinquet P. *Maîtriser les risques du travail*. Presses Universitaires de France, Paris, 1996.
- Trinquet P. : «La sécurité dans le travail.» *Humanisme et entreprise*, 1997, p. 82 - 96.

- Vauclin S. *La santé / sécurité au travail : de l'invention à la transformation d'un problème de gestion*. Thèse en sciences de gestion, Université de Poitiers, 5 janvier 2000.
- Viet V., Ruffat M. *Le choix de la prévention*. Editions Economica, Paris, 1999, 274 p..
- Vogel L. «La politique communautaire de santé au travail à la croisée des chemins.» *Prévenir*, numéro 40, premier semestre 2001, p. 109 - 116.
- Vogel L. *L'organisation de la prévention sur les lieux de travail. Un premier bilan de la directive-cadre communautaire de 1989*. Editions du BTS, Bruxelles, 1994.

- Weil T. *Invitation à la lecture de James March. Réflexions sur les processus de décision, d'apprentissage et de changement dans les organisations*. Les presses de l'école des Mines, Paris, 2000.

- Yahiel M. *Vers la réparation intégrale des accidents du travail et des maladies professionnelles : éléments de méthode*. Rapport au ministre de l'emploi et de la solidarité. Inspection Générale des Affaires Sociales, avril 2002.

ANNEXES

Annexe 1 : Note d'information interne (juillet 1999).

Annexe 2 : Article publié dans la « Lettre du LEST » (octobre 2002).

Annexe 3 : Eléments d'analyse (documents, entretien ...) dans les quatre entreprises étudiées.

Annexe 4 : Méthode de travail et thèmes traités par les quatre CHSCT étudiés.

Annexe 1 :
NOTE D'INFORMATION (JUILLET 1999)
AU GROUPE DE TRAVAIL REGIONAL « EVALUATION DES RISQUES »
SUR LA RECHERCHE – ACTION PROJETEE PAR P. SOTTY ET V. TIANO

09/07/99

Note d'information au groupe de travail régional « Evaluation des risques » sur la recherche-action projetée par P.Sotty et V.Tiano

Deux années de travail collectif considérable

En deux années de fonctionnement, le groupe de travail régional a réalisé un travail considérable :

- * Travail conceptuel de définition de l'évaluation des risques
- Création d'outils (plaquette, film) destinés à l'externe comme à l'interne
- * Réflexion sur l'impact de l'évaluation des risques sur nos contrôles
- * Conception et mise en œuvre de journées d'information des agents de contrôle, d'un stage de formation pour les agents, d'un bulletin d'information et d'échanges
- * Participation active au comité de pilotage national, aux journées de réflexion et d'échanges mis en place au plan national (séminaire de juin 1998, rencontre des « chefs de projets »...)
- * Conception, mise en place et suivi d'une première évaluation de notre approche en partenariat avec la structure universitaire APST et l'ANACT
- * Mise en place d'un réseau régional de préventeurs compétents dans ce domaine
- * Information et échanges avec les médecins du travail
- * (...)

Un horizon qui recule sans cesse, pour des forces limitées

L'ensemble de ce travail a été réalisé dans un cadre collectif qui a mobilisé les membres du groupe de travail et au-delà, de nombreux agents de contrôle.

Mais au fur et à mesure que nous avançons le champ de l'action s'étend.

Nous avons éprouvé le besoin et le désir d'aller plus loin dans la réflexion dans le champ de l'évaluation des risques en particulier concernant :

- une analyse approfondie des enjeux et des pratiques des entreprises dans ce domaine
- une analyse de l'impact sur l'inspection du travail de l'évaluation des risques.

Des moyens importants nécessaires pour la réflexion

Il nous est apparu d'une part que le groupe de travail régional était déjà très sollicité par son action de mobilisation des agents et des entreprises et d'autre part que ce travail de réflexion nécessitait des moyens exceptionnels. Aussi nous avons proposé et obtenu du ministère qu'il dégagés des moyens supplémentaires pour une recherche-action dans ce domaine.

Ces moyens consisteraient dans l'attribution à P.Sotty et V.Tiano d'un mi-temps consacré pendant une durée de trois années à cette recherche. La continuité du service et le besoin d'une poursuite d'activité de terrain nous a amené à concevoir ce mi-temps dans le cadre de l'attribution d'un poste supplémentaire d'ingénieur de prévention au plan régional (Paris, Lille et Lyon disposent déjà de deux ingénieurs) et de la remise en place du poste d'ITRM à la DD 13.

Un projet institutionnel

Ce projet bénéficie d'un encadrement scientifique de la part du L.E.S.T (Laboratoire d'Economie et de Sociologie du Travail, à Aix en Provence) par le biais d'une inscription en doctorat de P.Sotty et V.Tiano.

Ce projet est aussi porté au niveau national par la DRT, la Dares et l'INT. Au plan local la DRTEFP et la DDTEFP et le LEST feront aussi partie d'un comité de pilotage de cette recherche-action.

Ce caractère institutionnel nous semble essentiel pour que cette recherche ait un impact sur l'action du ministère et pour que celui-ci opère un contrôle sur les moyens dégagés.

Il nous apparaît important que le groupe de travail régional puisse lui aussi opérer un suivi, dont les modalités sont à déterminer, de cette opération.

Il paraît ainsi intéressant :

- * de communiquer au groupe nos productions et de les soumettre au débat,
- * d'associer les membres du groupe qui le souhaitent aux rencontres ou études que nous organiserons,
- * d'associer le groupe en tant que tel au comité de pilotage.

Annexe 2 :

Article de Ph. Sotty et V. Tiano publié dans la « Lettre du LEST » en octobre 2002.

Des acteurs régionaux de la prévention en thèse au LEST ou comment les sciences sociales peuvent accompagner l'action publique sur les risques professionnels ?

Mais que viennent donc faire deux agents du ministère du travail au LEST ?

Deux motivations nous ont amenés, Philippe Sotty et Vincent Tiano, à solliciter l'appui du LEST, il y a trois ans. La première tient au contexte de la prévention des risques professionnels, activité qui a souffert de plusieurs difficultés au cours des trente dernières années. Les risques ont beaucoup évolué, dans un contexte où les salariés et leurs représentants étaient plus préoccupés par les problèmes de l'emploi. Les acteurs de la prévention, « institutionnels », pour un bon nombre créés après la guerre, ont poursuivi leur chemin sans contrôle social, donc sans remise en question, et avec des apprentissages insuffisants. La catastrophe de l'amiante a sonné un douloureux réveil dont on ne fait que commencer à mesurer l'ampleur.

La deuxième raison qui nous a poussés à solliciter le LEST était notre envie collective, avec d'autres collègues de la DRTEFP, de sortir du « confort intellectuel » de la réglementation et de la logique administrative, pour essayer de répondre à certaines questions qui se posent à nous, dans notre pratique. La plupart de ces questions induisaient des difficultés conceptuelles. Cette préoccupation nous a amenés à développer une réflexion interne intense, y compris avec d'autres acteurs. Au fur et à mesure que nous avançons, nous éprouvons le besoin d'aller plus loin dans la réflexion. Il fallait pour cela dégager plus de temps et des moyens supplémentaires. C'est ce que nous avons fait en bénéficiant du soutien, y compris financier, de notre ministère (DRT, DARES, DAGEMO et INTEFP). Le cadre choisi est celui de deux thèses, accueillies et encadrées scientifiquement par des chercheurs du LEST, sur une durée de trois ans, en principe à mi-temps. Ces recherches concernent l'évaluation et la prévention des risques professionnels et le rôle qu'y tiennent les acteurs publics. Elles reposent sur l'analyse des pratiques des entreprises et de l'inspection du travail en matière d'évaluation des risques, et doivent contribuer à l'élaboration et à la mise en œuvre d'une action publique basée sur une approche globale de l'organisation et des conditions de travail dans l'entreprise.

L'évaluation des risques, principale source de progrès de la prévention en amont, puisqu'elle consiste à cerner globalement l'ensemble des risques professionnels induits par l'activité d'une entreprise, a dépassé le stade de la transposition d'une directive européenne et d'un concept nouveau pour la législation française, pour impliquer désormais très concrètement, l'ensemble des partenaires au sein et hors de l'entreprise. Pour ce faire, il convient de construire des démarches en collaboration avec les différents acteurs afin que l'évaluation globale des risques professionnels, trouve une place pleinement reconnue dans une gestion globale de la santé et de la sécurité, en tant que pratique des entreprises, que les services de l'inspection du travail puissent appréhender, encourager et vérifier.

Philippe Sotty se propose d'analyser les modalités de mise en œuvre de cette démarche sur un terrain de recherche constitué de quatre centres de lutte contre le cancer, pour essayer de comprendre comment elle s'intègre à l'organisation et à la gestion de la prévention. Ceci pourrait également permettre de tester la construction esquissée ci-dessus d'une part, et surtout d'essayer de répondre aux questions qu'elle suscite, notamment pour la transposition de certains concepts des Sciences de Gestion à la SST.

Cette recherche essaie de mieux comprendre les pratiques des entreprises en matière de prévention des risques professionnels en général et concernant l'évaluation des risques en particulier. La question à laquelle cette recherche essaie de répondre est la suivante : « *Comment la démarche d'évaluation des risques professionnels s'intègre-t-elle dans l'organisation et la gestion des organismes ?* » Pour répondre à cette question, Ph. Sotty fait l'hypothèse que la démarche d'évaluation des risques, en contribuant à articuler dans l'entreprise le prescrit externe, le prescrit interne et l'activité de travail, donne plus de pertinence et d'efficacité aux actions de prévention. Thème analyste, l'évaluation des risques est abordée prioritairement sur le lieu institutionnel de construction des relations professionnelles en matière de prévention qu'est le CHSCT.

Quatre établissements de soins ont bien voulu l'accueillir, répondre à ses questions et mettre à sa disposition certains documents.

V. Tiano se focalise sur les tensions au sein de l'inspection du travail [...]

Ces projets devraient contribuer, de manière novatrice, à la démarche d'ensemble engagée par le ministère du travail, en articulant les aspects théoriques de l'évaluation des risques (contribution à la constitution d'une « doctrine française ») et l'analyse fine du terrain (analyse comparative de certaines pratiques).

Annexe 3 :

Eléments d'analyse (documents, entretien ...) dans les quatre entreprises étudiées.

Etablissements \ Entretiens ou documents analysés	A	B	C	D
Entretiens individuels (avec 1 ou 2 personnes)	18	7	13	12
Entretiens collectifs	2	2	1	2
Participation CHSCT	1	1	1	0
Autres	15 entretiens ont été organisés avec d'autres acteurs, experts ...			
Analyse du compte rendu des réunions du CHSCT	Janvier 1995 à octobre 2003	Février 1998 à octobre 2003	Novembre 1999 à janvier 2004	janvier 1996 à septembre 2003
Bilan sociaux	2000 et 2002	1997 à 2001	Bilan de l'hygiène de la sécurité et des conditions de travail de 1994 à 2000, et bilan social 2000	1995 à 2002
Document spécifique formalisant le programme d'actions du CHSCT	Oui			
Bilans annuels AES	Oui	Oui	Oui	
Document unique d'évaluation des risques	Oui		Méthodologie d'élaboration	Oui
Fiches de signalement des incidents			Oui	
Rapport sur la radioprotection	Oui	Oui		
Courriers de l'inspecteur du travail	Oui	Oui		
Fiches d'entreprise du médecin du travail		Oui		
Rapport relatif à l'activité de la médecine du travail	Oui	Oui	Oui	
Compte rendu ANAES pour l'accréditation qualité.	Oui	Oui	Oui	Oui
Support de formation AES	Oui			
Autres études, enquêtes, ...	Oui		Oui	
Demande de CLAC	Oui	Oui	Oui	
Rapport d'expertise CHSCT				Oui

Entretiens réalisés et documents analysés dans l'établissement A :

	date	Personnes rencontrées	Objet de l'entretien
Entretiens	10 mai 2001	Médecin du travail	Prise de contact et d'informations
	23 mai 2001	1 membre FO	Prise de contact et d'informations
	30 mai 2001	Secrétaire général et SG adjoint	Prise de contact et d'informations
	30 mai 2001	Secrétaire du CHSCT	Prise de contact et d'informations
	31 mai 2001	CRAM	
	7 juin 2001	1 membre Sud	Prise de contact et d'informations
	7 juin 2001	Personne ressource AES	
	8 juin 2001	Inspecteur du travail	
	8 juin 2001	1 membre CGT, secrétaire du CE	
	11 juin 2001	Ancienne secrétaire CFDT	
	13 juin 2001	Personne compétente en radioprotection	
	20 juin 2001	Resp services techniques	
	13 juin 2002	Représentants du personnel au CHSCT	Préparation restitution
	13 juin 2002	Secrétaire général adjoint	Préparation restitution
	16 octobre 2002	Secrétaire général et SG adjoint	Restitution
	17 octobre 2002	Représentants du pers au CHSCT et Médecin du travail	Restitution
	22 novembre 2002	Inspecteur du travail	Tél pour avis sur restitution
	23 décembre 2003	Secrétaire général adjoint	Point d'étape
	23 décembre 2003	Secrétaire et 1 membre	Point d'étape
	Septembre 2004	Secrétaire général adjoint	Echanges sur le projet de thèse
CR CHSCT	Comptes-rendus des CHSCT de janvier 1995 à octobre 2003		
Autres documents	Bilans sociaux de 2000 et 2002 - Support de formation AES - Enquête auprès du personnel - Eléments d'analyse des entretiens d'évaluation du personnel - Document unique d'évaluation des risques - Compte-rendu d'accréditation - ...		

Entretiens réalisés et documents analysés dans l'établissement B :

	date	Personnes rencontrées	Objet de l'entretien
Entretiens	17 octobre 2001	DRH	
	17 octobre 2001	Secrétaire du CHSCT	
	16 juillet 2001	Inspecteur du travail (tel)	
	18 juin 2002	Réunion CHSCT	Présentation projet de première restitution
	23 octobre 2002	Réunion CHSCT	Présentation première restitution
	23 octobre 2002	Secrétaire général	
	6 décembre 2002	DRH	
	12 décembre 2002	Inspecteur du travail (tel)	
	Décembre 2003	Echanges avec le CHSCT	
	Septembre 2004	Secrétaire du CHSCT	Echanges sur le projet de thèse
CR CHSCT	Comptes-rendus des réunions du CHSCT du 3 février 1998 au 28 octobre 2003		
Autres documents	Bilans sociaux de 1997 à 2001 - Compte-rendu d'accréditation. Mars 2003. Bilans annuels AES et autres documents (fiches d'entreprise de mars 2002) rédigés par le médecin du travail - Courriers de l'inspecteur du travail - Demande de contrat local pour l'amélioration des conditions de travail - Rapport prévention au 30 juin 2000 rédigé par la direction. - Rapport relatif à la radioprotection (janvier 2001) rédigé par la personne compétente en radioprotection - ...		

Entretiens réalisés et documents analysés dans l'établissement C :

	date	Personnes rencontrées	Objet de l'entretien
Entretiens	23 octobre 2001	DRH	Prise de contact et d'informations
	23 octobre 2001	Secrétaire général	Prise de contact et d'informations
	23 octobre 2001	Secrétaire du CHSCT	Prise de contact et d'informations
	23 octobre 2001	Responsable qualité	Prise de contact et d'informations
	22 novembre 2001	Réunion du CHSCT	Participation
	Octobre 2001	Inspecteur du travail (tel)	Echanges
	13 décembre 2001	2 représentants CFDT	Echanges
	13 décembre 2001	1 représentante FO	Echanges
	22 novembre 2001	Médecin du travail	Echanges
	13 décembre 2001	Médecin du travail	Echanges
	19 juin 2002	Secrétaire du CHSCT	Pré-restitution
	19 juin 2002	Président CHSCT et DRH	Pré-restitution
	10 octobre 2002	CHSCT	Restitution et échanges
	10 octobre 2002	Ancien président du CHSCT	Restitution et échanges
	Septembre 2004	Secrétaire du CHSCT	Echanges sur le projet de thèse
CR CHSCT	Novembre 1999 à janvier 2004		
Autres documents	Bilan de l'hygiène de la sécurité et des conditions de travail de 1994 à 2000 et bilan social 2000 - bilans annuels AES - méthodologie d'élaboration du DUER - dossier sur les fiches de signalement d'incidents - rapports du service médical d'entreprise - compte rendu d'accréditation - demande de contrat local pour l'amélioration des conditions de travail - ...		

Entretiens réalisés et documents analysés dans l'établissement D :

Entretiens	8 octobre 2001	Secrétaire général	
	8 octobre 2001	Secrétaire CHSCT (CGT)	
	Octobre 2001	Inspecteur du travail (tel)	
	12 novembre 2001	Ancienne secrétaire du CHSCT (CFDT)	
	12 novembre 2001	Resp technique	
	19 novembre 2001	1 membre CGC	
	19 novembre 2001	1 membre FO	
	6 juin 2002	Réunion du CHSCT	Présentation projet de première restitution
	19 novembre 2002	Inspecteur du travail	Présentation première restitution
	19 novembre 2002	Réunion du CHSCT	Présentation première restitution
	4 février 2004	Secrétaire général	Préparation de la restitution finale
	4 février 2004	Médecin du travail	
	4 février 2004	Secrétaire CHSCT	
	Eté 2004	Médecin du travail	Echanges sur le projet de thèse
	CR CHSCT	33 comptes-rendus du 25 janvier 1996 au 9 septembre 2003, dont 31 réunions ordinaires et deux réunions extraordinaires.	
Autres documents	Bilans sociaux de 1995 à 2002		
	Document unique d'évaluation des risques		

Annexe 4 : Méthode de travail et thèmes traités par les quatre CHSCT étudiés.

Pour chaque réunion du CHSCT, les aspects suivants ont été analysés et quantifiés pour analyser leur niveau et leur mode de mobilisation et de mise en œuvre. Ils concernent trois types d'approches : le fonctionnement du CHSCT, ses méthodes de travail et les thèmes traités.

Les aspects analysés concernant les points traités au CHSCT de l'établissement A

Le fonctionnement du CHSCT	Les méthodes de travail du CHSCT	Les thèmes traités en CHSCT, par ordre décroissant
Nombre de points inscrits à l'ordre du jour : mini = 2, maxi = 12, moyenne = 7,5 ces chiffres ne prennent pas en compte les questions diverses qui sont peu nombreuses	Bilan des AT du trimestre précédent : ce point est traité à toutes les réunions (35 fois), en comparant avec le même trimestre de l'année précédente.	Incendie : compte-rendu d'exercice (39 fois)
Adoption du PV : sans problème	Les visites constituent un mode d'approche des risques de plus en plus privilégié (30 fois)	Radioprotection (19 fois)
Le fonctionnement du CHSCT ne pose pas de problèmes, il n'est donc que très rarement évoqué.	Bilan et programme du CHSCT (13 fois)	AES (16 fois)
	Analyse du fonctionnement et des rapports relatifs à la médecine du travail (12 fois)	Manutention et dorso-lombalgies (13 fois)
	Projets de nouveaux locaux et réaménagements, travaux en cours (9 fois)	Cytostatiques (8 fois)
	Information et formation du personnel (6 fois)	Risque chimique et cancérigène (7 fois)
	Etude de postes de travail et de matériel (6 fois)	Problèmes avec vestiaires ou parking (7 fois)
	Etude de documents, consignes ... (5 fois)	Risques biologiques (5 fois)
	Evaluation des risques (5 fois)	RTT (4 fois)
	Relations avec le CLIN (3 fois)	Ergonomie, conditions de travail et organisation du travail (4 fois)
	Etude de rapports d'organismes de contrôle et de courriers de l'inspecteur du travail (3 fois)	Charge mentale et interventions de psychologues (4 fois)
	Formation des membres du CHSCT (2 fois)	Interventions d'entreprises extérieures (3 fois)
	Accréditation (2 fois)	Tabac (3 fois)
	Entretiens d'évaluation (2 fois)	Travail sur écran (2 fois)
	Enquête d'opinion (2 fois)	Restaurant (1 fois)
	Reclassement du personnel (1 fois)	

Les aspects analysés concernant les points traités au CHSCT de l'établissement B

Le fonctionnement du CHSCT	Les méthodes de travail du CHSCT	Les thèmes traités en CHSCT, par ordre décroissant
Les ordres du jour de 23 réunions (de février 1998 à octobre 2003) ont été analysés. La moyenne de points inscrits est de 21 (maxi 54 et mini 1). A noter que deux réunions n'ont traité que d'un seul point : la demande d'un contrat local pour l'amélioration des conditions de travail pour l'une et la demande d'expertise pour la sécurité dans les archives pour la seconde.	Le suivi des actions en cours n'est pas chiffrable. Il est systématique et fait l'objet d'un tableau de bord de suivi	Radioprotection (37 fois)
	Projets de nouveaux locaux et réaménagements, travaux en cours (119 fois)	Organisation du travail, des astreintes, problèmes d'effectif ... (23 fois)
	Problèmes liés à certains locaux ou à des équipements divers (65 fois)	Problèmes avec vestiaires ou parking (21 fois)
	Visites formelles du CHSCT (15 fois) ; il faut y rajouter de très nombreuses visites informelles et contact directs avec les salariés	Incendie : (20 fois) ; formation commission incendie, ...
	Relations avec le CLIN (12 fois)	Température trop élevée (20 fois)
	Analyse des courriers de l'inspecteur du travail (10 fois)	RTT (15 fois)
Les représentants du personnel sont très vigilants sur la présence d'un seul représentant de la direction à chaque réunion, bien qu'ils acceptent plusieurs personnes ressources.	Analyse du fonctionnement de la médecine du travail (10 fois)	Aération et ventilation (13 fois)
	Fiches de suivi des incidents (10 fois)	AES (12 fois)
	Information et formation du personnel (8 fois)	Tabac (12 fois)
	Evaluation des risques (7 fois)	Linge (11 fois)
Le secrétaire est toujours élu à l'unanimité. 2 puis 3 adjoints au secrétaire ont été désignés, ce qui permet l'association plus forte des autres membres, un plus grand partage du travail et des responsabilités et donne plus de visibilité à l'implication de FO aux côtés de la CGT.	Bilan et programme du CHSCT (7 fois)	Travail sur écran (11 fois)
	Contrat local d'amélioration des conditions de travail (7 fois)	Interventions d'entreprises extérieures (11 fois)
	Bilan social (7 fois)	Maintenance et entretien (10 fois)
	Bilan des AT (6 fois)	Amiante (8 fois)
	Formation des membres du CHSCT (5 fois)	Ergonomie, conditions de travail, bruit ... (7 fois)
	Etude de rapport d'organisme de contrôle (3 fois)	Risque chimique et cancérigène (7 fois)
	Accréditation qualité (3 fois)	Manutention (4 fois)
Les PV de réunion sont adoptés sans difficulté.	Etude de postes de travail et de matériel (6 fois)	Charge mentale et absentéisme (4 fois)
Le fonctionnement du CHSCT pose de nombreux problèmes : réunions longues, beaucoup de formalisme, rétention d'information de la part de la direction ...	Etude de documents, consignes ... (5 fois)	Risques biologiques (4 fois)
		Restauration (3 fois)
		Cytostatiques (2 fois)
		Déchets (1 fois)
		Règlement intérieur (1 fois)

Les aspects analysés concernant les points traités au CHSCT de l'établissement C

Le fonctionnement du CHSCT	Les méthodes de travail du CHSCT	Les thèmes traités en CHSCT, par ordre décroissant
<p>29 réunions du CHSCT ont eu lieu entre le 26 novembre 1999 et le 22 janvier 2004 (24 réunions ordinaires et 5 réunions extraordinaires). Nous avons pu exploiter 23 comptes-rendus de réunions ordinaires. La moyenne de points inscrits est de 9,6 (maxi 15 et mini 3). Il faut rajouter une moyenne par réunion de 7,5 questions diverses qui font l'objet d'un point spécifique. Les points inscrits à l'ordre du jour concernent généralement une approche plus large et approfondie d'un problème alors qu'une question diverse traite plutôt un cas particulier. Le total des deux est donc de l'ordre de 17 auquel il faut rajouter l'approbation du CR.</p>	<p>Le suivi des actions en cours n'est pas chiffrable. Il est régulier et quasi systématique.</p>	<p>Organisation du travail, des astreintes, problèmes d'effectif, RTT ... (28 fois)</p>
	<p>Problèmes liés à certains équipements, et problèmes divers ; maintenance et entretien ... (100 fois)</p>	<p>Manutention (17 fois)</p>
	<p>Projets de nouveaux locaux et réaménagements, travaux en cours (63 fois)</p>	<p>Restauration (17 fois)</p>
	<p>Visites formelles du CHSCT (19 fois) ; il faut y rajouter de très nombreuses visites informelles et contact directs avec les salariés pour des visites générales ou spécifiques à un problème particulier.</p>	<p>Ergonomie, conditions de travail, bruit ... (17 fois)</p>
	<p>Information et formation du personnel (17 fois)</p>	<p>Problèmes avec vestiaires ou parking (16 fois)</p>
	<p>Evolution d'un laboratoire et regroupement avec un autre établissement (traitement régulier)</p>	<p>Tabac (16 fois)</p>
	<p>Problèmes d'hygiène, y compris mais rarement, relations avec le CLIN (10 fois)</p>	<p>Déchets (13 fois)</p>
	<p>Au cours des deux derniers mandats, le secrétaire (CGT) a été toujours élu à l'unanimité (CGT + FO).</p>	<p>Bilan des AT (10 fois)</p>
<p>Fiches de suivi des incidents (8 fois)</p>		<p>Hygiène et risques biologiques (10 fois)</p>
<p>Analyse du fonctionnement et des rapports de la médecine du travail (8 fois)</p>		<p>Charge mentale, problèmes relationnels (9 fois)</p>
<p>Evaluation des risques (5 fois)</p>		<p>Température trop froide ou trop chaude (9 fois)</p>
<p>Les PV de réunion sont adoptés sans difficulté.</p>	<p>Bilan et programme du CHSCT (4 fois)</p>	<p>Aération et ventilation (8 fois)</p>
	<p>Etude de postes de travail et de matériel (3 fois)</p>	<p>Risque chimique et cancérigène (7 fois)</p>
	<p>Formation des membres du CHSCT (3 fois)</p>	<p>Sécurité des biens (7 fois)</p>
	<p>Contrat local d'amélioration des conditions de travail (2 fois)</p>	<p>Incendie : (5 fois) ; formation commission incendie, ...</p>
	<p>Etude de rapport d'organisme de contrôle (2 fois). Ils sont toutefois mis à disposition</p>	<p>Travail sur écran (4 fois)</p>
	<p>Accréditation qualité (1 fois), ceci est lié au fait que C a été accrédité en 2000.</p>	<p>Interventions d'entreprises extérieures : plan de prévention (4 fois)</p>
	<p>Diagnostic social (1 fois)</p>	<p>Reclassement du personnel (4 fois)</p>
<p>Le fonctionnement du CHSCT ne pose pas de problèmes particuliers. Il a été évoqué une quinzaine de fois, essentiellement pour définir des dates de réunions, méthodes de travail, ...</p>	<p>Analyse des courriers de l'inspecteur du travail (1 fois)</p>	<p>Radioprotection (4 fois)</p>
		<p>Linge (3 fois)</p>
		<p>Absentéisme (2 fois)</p>
		<p>Aspects jamais évoqués : Règlement intérieur, amiante, cytotostatiques (sauf 1 étude du médecin du travail), précarité de certains salariés, bilan social.</p>

Les aspects analysés concernant les points traités au CHSCT de l'établissement D

Le fonctionnement du CHSCT	Les méthodes de travail du CHSCT	Les thèmes traités en CHSCT, par ordre décroissant
Nombre de points à l'ordre du jour y compris les questions diverses	Bilan, suivi de l'avancement d'actions	Déchets
Organisation, fonctionnement du CHSCT	Bilan accident du travail	Hygiène, risques biologique, infectieux
Relations avec le CLIN	Etude de la situation de la médecine du travail	Radio Protection
Formation du CHSCT	Fonctionnement du CHSCT	Restauration : locaux, qualité
	Evaluation des risques	Gestion du linge
	Visites, organisation, compte rendu, ...	Organisation du travail et RTT
	Bilan et programme du CHSCT	AES
	Droit d'alerte	Manutention
	Mission votée par le CHSCT	Charge mentale, problèmes relationnels ...
		Incendie
	Méthodes de travail peu ou pas utilisées	Cytostatiques
	Test, étude de matériel	Température des locaux
	Etude de poste de travail	Autres thèmes traités de manière plus ponctuelle : amiante, tabac, accréditation, environnement, emplacement de certains équipements, sécurité des biens, règlement intérieur, maintenance, salariés sous statut précaire, allergies, atelier, parking, risque chimique, information et formation des salariés ...
	Discussion courrier de l'inspecteur du travail	Thèmes peu ou pas traités : intervention d'entreprises extérieures, ergonomie, projets de nouveaux locaux, travail sur écran, reclassement du personnel,
	Etude rapport organisme de contrôle	
	Etude de dossiers, de documents	
	Etudes de consignes, fiches de poste...	

ANALYSE COMPARATIVE DES QUATRE CHSCT

CHSCT	A	B	C	D
Le fonctionnement du CHSCT				
<p>Nombre de points à l'ordre du jour et nombre de questions diverses, sans compter l'approbation du compte rendu de la réunion précédente.</p> <p>Les points inscrits à l'ordre du jour concernent généralement une approche plus large et approfondie d'un problème, alors qu'une question diverse traite plutôt un cas particulier.</p>	<p>ODJ : 7.5 Peu de QD</p> <p>Nombre de points inscrits à l'ordre du jour : mini = 2, maxi = 12, moyenne = 7,5 les QD sont peu nombreuses</p>	<p>ODJ : 21 QD</p> <p>Les ordres du jour de 23 réunions (de février 1998 à octobre 2003) ont été analysés. La moyenne de points inscrits est de 21 (maxi 54 et mini 1). A noter que deux réunions n'ont traité que d'un seul point : la demande d'un contrat local pour l'amélioration des conditions de travail pour l'une et la demande d'expertise pour la sécurité dans les archives pour la seconde.</p>	<p>ODJ : 9.6 (maxi 15 et mini 3) QD : 7.5 Total : 17.1</p> <p>29 réunions du CHSCT ont eu lieu entre le 26 novembre 1999 et le 22 janvier 2004 (24 réunions ordinaires et 5 réunions extraordinaires). Nous avons pu exploiter 23 comptes-rendus de réunions ordinaires.</p>	<p>ODJ : 9 + 3 QD</p>
Adoption du PV	Adoption du PV : sans problème	Les PV de réunion sont adoptés sans difficulté.	Les PV de réunion sont adoptés sans difficulté.	
Qualité du fonctionnement du CHSCT	Le fonctionnement du CHSCT ne pose pas de problèmes, il n'est donc que très rarement évoqué.	Le fonctionnement du CHSCT pose de nombreux problèmes : réunions longues, beaucoup de formalisme, rétention d'information de la part de la direction, ... Les représentants du personnel sont très vigilants sur la présence d'un seul représentant de la direction à chaque réunion, bien qu'ils acceptent plusieurs personnes ressources.	Le fonctionnement du CHSCT ne pose pas problèmes particuliers. Il a été évoqué une quinzaine de fois, essentiellement pour définir des dates de réunions, méthodes de travail ...	Le fonctionnement du CHSCT a été abordé 17 fois, ce qui illustre ses difficultés de fonctionnement.

Election du secrétaire		Le secrétaire est toujours élu à l'unanimité. 2, puis 3 adjoints au secrétaire ont été désignés, ce qui permet l'association plus forte des autres membres, un plus grand partage du travail et des responsabilités et donne plus de visibilité à l'implication de FO aux cotés de la CGT.	Au cours des deux derniers mandats, le secrétaire (CGT) a été toujours élu à l'unanimité (CGT + FO).	
Les méthodes de travail du CHSCT				
Problèmes liés à des locaux ou équipements particuliers		65 fois	Problèmes liés à certains équipements, et problèmes divers ; maintenance et entretien ... (100 fois)	11
Suivi des actions		Le suivi des actions en cours n'est pas chiffrable. Il est systématique et fait l'objet d'un tableau de bord de suivi	Le suivi des actions en cours n'est pas chiffrable. Il est régulier et quasi systématique.	31 fois
Accidents du travail : bilan, analyse ...	35 fois	6 fois	10 fois	31 fois
Visites	Elles constituent un mode d'approche des risques de plus en plus privilégié (30 fois)	Visites formelles du CHSCT (15 fois), il faut y rajouter de très nombreuses visites informelles et contact directs avec les salariés	Visites formelles du CHSCT (19 fois), il faut y rajouter de très nombreuses visites informelles et contact directs avec les salariés pour des visites générales ou particulières.	12 fois
Bilan et programme d'actions du CHSCT	13 fois	7 fois	4 fois	8 fois
Médecine du travail : analyse des rapports, fonctionnement, ...	12 fois	10 fois	8 fois	24 fois
Locaux et travaux : nouveaux locaux, réaménagements,	9 fois	119 fois	63 fois	18 fois

entretien ...				
Information et formation du personnel	6 fois	8 fois	17 fois	9 fois
Etude de postes de travail et de matériel	6 fois	6 fois	3 fois	4 fois
Etude de documents, consignes ...	5 fois	5 fois		0
Evaluation des risques	5 fois	7 fois	5 fois	17 fois
Relations avec le CLIN	3 fois	12 fois	Problèmes d'hygiène, y compris mais rarement relations avec le CLIN (10 fois)	CLIN plus hygiène : 24 fois
Etude de rapport d'organisme de contrôle et de courriers de l'inspecteur du travail	3 fois	Etude de rapport d'organisme de contrôle (3 fois) et analyse des courriers de l'inspecteur du travail (10 fois)	Etude de rapport d'organisme de contrôle (2 fois), mais ils sont mis à disposition Analyse des courriers de l'inspecteur du travail (1 fois)	OA : 1 fois IT : 0 fois
Formation des membres du CHSCT	2 fois	5 fois	3 fois	1 fois
Accréditation	2 fois	3 fois	1 fois	3 fois
Entretiens d'évaluation	2 fois			
Enquête d'opinion	2 fois		1 enquête auprès des patients	
Reclassement du personnel	1 fois		4 fois	1
Fiches de suivi d'incidents		10 fois	8 fois	
Bilan social : analyse		7 fois	Diagnostic social (1 fois)	
Contrat local d'amélioration des conditions de travail		7 fois	2 fois	4 fois
Les thèmes traités en CHSCT, par ordre décroissant				
Incendie : exercice, formation, commission de sécurité ...	39 fois	20 fois	5 fois	7 fois
Radioprotection	19 fois	37 fois	4 fois	21 fois
AES	16 fois	12 fois	10 fois	10 fois
Manutention et dorso-lombalgies	13 fois	4 fois	17 fois	11 fois

Cytostatiques	8 fois	2 fois	1 étude du médecin du travail	6 fois
Risque chimique et cancérogène	7 fois	7 fois	7 fois	0 fois
Problèmes avec vestiaires ou parking	7 fois	21 fois	16 fois	1 fois
Risques biologiques	5 fois	4 fois	Hygiène et risques biologiques (10 fois)	5 fois
RTT, ergonomie, conditions de travail et organisation du travail	8 fois	45 fois	47 fois	15 fois
Charge mentale et interventions de psychologues	4 fois	Charge mentale et absentéisme (4 fois)	Charge mentale, problèmes relationnels (9 fois)	9 fois et problème relationnel : 1 fois
Interventions d'entreprises extérieures, plan de prévention	3 fois	11 fois	4 fois	0 fois
Tabac	3 fois	12 fois	16 fois	4 fois
Travail sur écran	2 fois	11 fois	4 fois	0 fois
Restauration	1 fois	3 fois	17 fois	17 fois
Aération et ventilation		13 fois	8 fois	
Amiante		8 fois	0	4 fois
Maintenance et entretien		10 fois		4 fois
Déchets		1 fois	13 fois	24 fois
Règlement intérieur		1 fois	0	3 fois
Température froid ou chaud		20 fois	9 fois	5 fois
Linge		11 fois	3 fois	13
Sécurité des biens			7 fois	4 fois

TABLES DES FIGURES ET DES TABLEAUX

TABLE DES FIGURES

<u>Figure 1</u> : Les cercles de l'expertise et de la décision.....	p 65
<u>Figure 2</u> : Les déterminants de l'organisation des établissements.....	p 106
<u>Figure 3</u> : L'initiation : l'articulation entre les pratiques et les savoirs	p 226
<u>Figure 4</u> : La relation entre la perception des enjeux et la connaissance de solutions.....	p 228
<u>Figure 5</u> : Courbe de l'évolution habituelle des AES.....	p 257
<u>Figure 6</u> : Les relations entre mode d'approche et caractérisation du danger.....	p 327
<u>Figure 7</u> : Positionnement des différents participants aux CHSCT « managers ».....	p 353
<u>Figure 8</u> : Positionnement des différents participants aux CHSCT « gestionnaires ».....	p 353

TABLE DES TABLEAUX

<u>Tableau 1</u> : Synthèse des évolutions du contexte, des concepts, des acteurs et des pratiques	p 28
<u>Tableau 2</u> : Esquisse de « cartographie relative aux acteurs et à leurs concepts et pratiques	p 44
<u>Tableau 3</u> : Perception du rôle des acteurs de la gestion des risques.....	p 67
<u>Tableau 4</u> : Quelques caractéristiques du fonctionnement des établissements et de leur CHSCT.....	p 96
<u>Tableau 5</u> : La situation des quatre établissements relative aux quatre dimensions de l'action organisée de Friedberg (1992).....	p 113
<u>Tableau 6</u> : Le positionnement des établissements par rapport aux paliers relatifs à l'émergence d'un système d'action concret (Friedberg).....	p 118
<u>Tableau 7</u> : Principales caractéristiques du « phénomène accident » selon les stades de la maîtrise du risque. Source Monteau M. (1992).....	p 146
<u>Tableau 8</u> : Dosimétrie radiologique des salariés de C.....	p 178
<u>Tableau 9</u> : Synthèse de la construction des conditions de travail dans les quatre établissements étudiés.....	p 201
<u>Tableau 10</u> : Evolution du nombre d'AES et du taux de fréquence des accidents du travail au sein de A.....	p 206
<u>Tableau 11</u> : Les AES à B de 1997 à 2002.....	p 208

<u>Tableau 12</u> : L'évolution du nombre d'AES pour 100 salariés dans les établissements étudiés.....	p 212
<u>Tableau 13</u> : Niveaux des pratiques de construction dans les quatre établissements.....	p 220
<u>Tableau 14</u> : Analyse comparative des déterminants de chaque pratique de construction .p	222
<u>Tableau 15</u> : Evolution de quelques indicateurs de résultats des établissements étudiés...	p 258
<u>Tableau 16</u> : Etablissement A - Problèmes de conditions de travail exprimés par les salariés lors des entretiens d'évaluation.....	p 272
<u>Tableau 17</u> : Analyse comparative de l'exercice de la présidence des CHSCT étudiés....	p 298
<u>Tableau 18</u> : Synthèse des éléments relatifs aux CHSCT.....	p 347
<u>Tableau 19</u> : Approche quantitative des participants aux CHSCT.....	p 349
<u>Tableau 20</u> : Niveau de mise en œuvre des quatre missions principales du CHSCT, dans chaque établissement.....	p 350
<u>Tableau 21</u> : Les acteurs des cinq étapes de la gestion : initiation, évaluation, prescription, action et apprentissage.....	p 351
<u>Tableau 22</u> : Les acteurs et les fonctions d'opérateurs, d'experts et de contrôle.....	p 358

PLAN DETAILLE

Sommaire	p	1
Introduction.....	p	3
Glossaire des sigles utilisés.....	p	17

Première partie : Evolution de l'approche des risques professionnels, - état des lieux et perspectives - : problématique et méthodologie de recherche

p 19

Chapitre 1) Approche des risques professionnels. Construction et évolution de la trilogie concepts / acteurs / pratiques.....

p 20

1.1) Construction historique de la gestion des risques professionnels :	p	22
1.1.1) La préhistoire : jusqu'au 18^{ème}	p	22
1.1.2) Le 19^{ème} siècle et l'ère de la prévoyance	p	23
1.1.3) La première partie du 20^{ème} siècle : résignation et expérimentations	p	24
1.1.4) La deuxième partie du 20^{ème} siècle : ère de la prévention institutionnalisée	p	25
1.1.5) Le début du 21^{ème} siècle : l'accroissement de la responsabilité pénale et la volonté des partenaires sociaux de reprendre leurs places	p	25

1.2) La structuration des acteurs et l'évolution des concepts et des pratiques :	p	29
1.2.1) La structuration des acteurs : l'institutionnalisation de la prévention	p	29
§ 1. Une articulation forte entre la prévention et la réparation : la Sécurité Sociale.....	p	29
§ 2. La médecine du travail : surveillance, veille et alerte.....	p	32
§ 3. Du CHS au CHSCT : élargir le champ, renforcer ses moyens, tout en maintenant le pouvoir de décisions de l'employeur.....	p	34
1.2.2) Une mosaïque d'acteurs et de pratiques	p	37
§ 1. La typologie des acteurs de la prévention.....	p	37
§ 2. Les modes et les lieux de concertation et de régulation.....	p	41
1.2.3) Quelques points de repères historiques sur l'évolution des risques et des pratiques de gestion	p	46
§ 1. De l'accident au bien être au travail.....	p	46
§ 2. L'évolution des pratiques : un parcours d'intégration.....	p	49

Chapitre 2) La problématique actuelle de la gestion des risques professionnels : état des lieux et perspectives..... p 50

2.1) Etat des lieux : deux décennies d'évolutions fortes qui bousculent le système et ses repères.....p 52

2.1.1) La construction européenne : un impact fort sur les outils réglementaires et plus limité sur les concepts, les acteurs et leurs pratiques..... p 52

2.1.2) Des indicateurs préoccupants : les accidents du travail stagne, le nombre de maladies professionnelles reconnues augmentent fortement et les conditions de travail se dégradent..... p 56

2.1.3) Maintien de l'emploi et/ou prévention des risques : une difficile articulation entre l'économique, le politique, l'individuel et le socialp 60

2.1.4) Des catastrophes sanitaires qui contribuent au développement des approches politiques, juridiques, scientifiques et sociales de la gestion des risques..... p 62

2.1.5) Une perception des acteurs qui prend en compte ces évolutions, et suscite une demande de changement p 66

2.1.6) Un rééquilibrage entre régulation étatique et régulation socialep 68

2.2) Les pistes pour construire de nouveaux repères : des hypothèses à valider.....p 71

2.2.1) Deux concepts pour faire évoluer les acteurs : articuler les institutions et redonner leur place aux acteurs sociaux p 72

2.2.2) Un concept pour faire évoluer les pratiques : l'évaluation des risques..... p 74

2.2.3) Une motivation : comprendre la problématique actuelle pour tenter d'optimiser la politique publique p 75

Chapitre 3) La méthodologie et le terrain de recherche : p 78

3.1) la méthodologie de recherche : une analyse comparative des pratiques de gestion des risques dans quatre entreprises similaires.....p 80

3.1.1) Les dimensions à analyser..... p 81

§ 1) Le cadre général d'analyse : l'organisation des entreprises et la gestion des risques..... p 83

§ 2) Les risques, leur évaluation et leur gestion ; les concepts, les acteurs et les outils..... p 83

§ 3) Les relations professionnelles et les jeux d'acteurs..... p 83

3.1.2) Le choix du terrain de recherche p 84

§ 1. Les critères de choix : une analyse intensive et comparative, donc dans des établissements similaires en nombre limité..... p 84

§ 2. Le lieu d'analyse : le CHSCT..... p 85

3.1.3) Une première exploration dans une entreprise pour tester la méthode et les outils de recherche	p 86
§ 1. Premier résultat : la confirmation de la méthode générale d'étude.....	p 86
§ 2. Deuxième résultat : la nécessité de reconstituer les pratiques	p 8-
3.1.4) Les enseignements retenus : l'évolution du projet de recherche	p 88
§ 1. Evolution du mode d'entretien	p 89
§ 2. Des indicateurs à analyser comme outils de gestion.....	p 89
3.1.5) La stabilisation de la méthode : les quatre principales étapes de l'analyse du terrain de recherche	p 89
§ 1. L'analyse des données empiriques dans les quatre établissements	p 90
§ 2. Confronter l'analyse à l'avis des acteurs des établissements ...	p 91
§ 3. Compléter l'analyse	p 91
§ 4. Confronter à nouveau l'analyse et la thèse à l'avis des acteurs des établissements	p 92

3.2) Quatre établissements de soins comme terrain de recherche : leurs contextes et leurs déterminants de la gestion des risques.....	p 92
3.2.1) Le contexte national et local des établissements de soins	p 93
§ 1. Rationalisation budgétaire, conditions de travail difficiles et difficultés de recrutement.....	p 93
§ 2. Un secteur en développement	p 94
§ 3. Le contexte local : une concurrence plus ou moins forte.....	p 95
3.2.2) Le contexte spécifique des établissements étudiés	p 95
§ 1. Le contexte de A : concurrence locale et dialogue social en « bon père de famille ».....	p 96
§ 2. Le contexte de B : complémentarité locale et dialogue social « difficile et intense ».....	p 97
§ 3. Le contexte de C : concurrence locale et dialogue social « managerial ».....	p 98
§ 4. Le contexte de D : complémentarité locale et dialogue social « archaïque ».....	p 99
3.2.3) Analyse transversale des principales caractéristiques des établissements étudiés	p 100
§ 1. Une activité en forte évolution dans une logique de maîtrise des dépenses.....	p 101
§ 2. Une gestion des ressources humaines sous contrainte budgétaire.....	p 103
§ 3. Le poids du contexte et ses conséquences sur les modes de gestion.....	p 105
§ 4. Un point commun : la gestion intégrée, sans service spécialisé.....	p 108
§ 5. Deux variables : le volontarisme des directions et la stratégie syndicale.....	p 109
§ 6. Les logiques de programmation.....	p 111

3.2.4) Les « managers » et les « gestionnaires », approches théorique et empirique	p 112
§ 1. Situation de gestion et action organisée.....	p 112
§ 2. Gérer et manager	p 118
§ 3. Les « gestionnaires » et les « managers ».....	p 120

Conclusion de la première partie	p 122
---	-------

Deuxième partie : La construction / rationalisation des risques professionnels : approche théorique et empiriquep 125

Chapitre 1) Approche théorique des risques et de leurs pratiques de construction p 126

1.1) L'évolution conceptuelle de l'objet : de l'accident au bien être au travail	p 127
1.1.1) Du concept d'accident et de danger à celui de risque	p 128
1.1.2) L'émergence des conditions de travail.....	p 140
1.1.3) La santé-sécurité au travail : SST.....	p 141
1.1.4) La nécessaire approche globale de l'homme au travail et de ses dimensions physiques, cognitives et psychiques.....	p 142

1.2) L'évolution conceptuelle des modes de construction des risques : un parcours d'intégration, vers la gestion et la régulation conjointe.....p 143

1.2.1) La sécurité intégrée dans l'organisation et la conception	p 145
1.2.2) L'émergence d'une approche globale de l'accident du travail...	p 148
1.2.3) Le concept d'évaluation des risques comme mythe rationnel : pratiques et controverses.....	p 149
§ 1. Le concept d'évaluation des risques : un mythe rationnel.....	p 150
§ 2. L'évaluation comme processus de construction des risques : définitions, pratiques et novations.....	p 150
§ 3. L'avis des acteurs sociaux.....	p 157
1.2.4) L'introduction de l'évaluation des risques comme processus de rationalisation dans le code du travail.....	p 160
1.2.5) Le mouvement de management de la SST.....	p 162

Chapitre 2) Les trois pratiques de construction / rationalisation des risques dans les établissements étudiés.....	p 167
2.1) La construction / rationalisation ascendante.....	p 169
2.1.1) Les pratiques ascendantes de chaque établissement.....	p 169
2.1.2) Exemples de constructions ascendantes : les risques liés à l'environnement de travail.....	p 170
2.1.3) Modélisation des pratiques ascendantes.....	p 172
2.2) La construction / rationalisation descendante.....	p 173
2.2.1) Les pratiques descendantes de chaque établissement.....	p 173
2.2.2) Exemples de constructions descendantes.....	p 175
§ 1. La radioactivité.....	p 175
§ 2. L'incendie.....	p 182
§ 3. Les risques chimiques et cancérrogènes.....	p 183
2.2.3) Modélisation des pratiques descendantes.....	p 185
2.3) La construction / rationalisation combinée.....	p 186
2.3.1) Les pratiques combinées de chaque établissement.....	p 186
2.3.2) Exemples de constructions combinées.....	p 187
§ 1. La charge mentale et les conditions de travail.....	p 187
§ 2. Les accidents avec exposition au sang (AES).....	p 205
§ 3. La manutention.....	p 216
2.3.3) Modélisation des pratiques combinées.....	p 217
Chapitre 3) La gestion des risques comme construction structurée et itérative entre : initiation, évaluation, prescription, action et apprentissage.....	p 219
3.1) Analyse comparative des trois pratiques	p 220
3.1.1) Les relations entre modes de gestion et pratiques de construction.....	p 220
3.1.2) Analyse comparative des déterminants de chaque pratique de construction	p 221
3.2) Les étapes de la gestion	p 223
3.2.1) L'initiation : le déclenchement de l'appréhension et de l'expression du risque	p 224
3.2.2) L'évaluation a priori des risques : un processus de construction	p 229
3.2.3) Règles et prescription : un système de légitimité régulé sous contrainte	p 230
§ 1. La prescription dans les établissements étudiés.....	p 231
§ 2. Mode de gestion et mode de prescription.....	p 233
§ 3. La prescription de l'évaluation des risques.....	p 237
3.2.4) L'action organisée comme processus d'apprentissage de la régulation entre relations et savoirs	p 238
Conclusion de la deuxième partie.....	p 241

Troisième partie : Les acteurs de la gestion des risques et la place du CHSCT dans la régulation et l'action p 245

Chapitre 1) Missions, moyens et indicateurs des CHSCT des établissements étudiés..... p 246

1.1) Les missions et moyens des CHSCT étudiés.....	p 247
1.1.1) Les missions principales actuelles du CHSCT :.....	p 247
1.1.2) Les moyens des CHSCT étudiés :	p 251
§ 1. Les moyens matériels du CHSCT :.....	p 251
§ 2. La formation des représentants du personnel.....	p 252
§ 3. L'utilisation des crédits d'heures.....	p 253
§ 4. Le recours aux autres moyens réglementaires.....	p 254
1.2) Les indicateurs : les outils de gestion des résultats des établissements étudiés.....	p 254
1.2.1) Les composantes de la stratégie de gestion des résultats :	p 255
§ 1. La politique de gestion.....	p 255
§ 2. Le mode de traitement des données.....	p 256
§ 3. La logique de déclaration.....	p 256
1.2.2) Le principal indicateur : les accidents du travail.....	p 257
1.2.3) Les autres indicateurs utilisés	p 261
§ 1. Les maladies professionnelles.....	p 261
§ 2. La dosimétrie radiologique	p 261
§ 3. L'absentéisme.....	p 262
1.2.4) Analyse comparative des outils de gestion des résultats.....	p 262

Chapitre 2) Les outils de construction et de gestion des risques dans les établissements étudiés..... p 264

2.1.) Les réunions des CHSCT : approche quantitative et qualitative.....	p 265
2.1.1) L'organisation des réunions	p 265
2.1.2) L'ordre du jour des réunions.....	p 266
2.1.3) Approche qualitative des CHSCT : les méthodes de travail et les points traités.....	p 266
2.2) Les outils d'analyse rétrospective : la faiblesse de l'approche a posteriori.....	p 267
2.2.1) Les accidents du travail et les maladies professionnelles.....	p 267
2.2.2) Les fiches de signalement d'incidents.....	p 268

2.3) Les outils d'analyse prospective : la construction des problèmes particuliers ou généraux.....	p 270
2.3.1) Les visites.....	p 270
2.3.2) Les études à l'initiative de la direction.....	p 271
2.3.3) Les études à l'initiative des représentants du personnel : alerte, expertise, commission,	p 274
2.3.4) Les études décidées conjointement.....	p 277
2.3.5) Les rapports des organismes de contrôle.....	p 278
 2.4) La démarche d'évaluation des risques: initiation et résultats dans les quatre établissements : entre « jourdainisme » et réglementarisme.....	p 278
2.4.1) La démarche d'évaluation des risques : état des lieux.....	p 278
2.4.2) L'initiation de la formalisation de l'évaluation des risques dans un « document unique ».....	p 281
2.4.3) La mise en œuvre de cette formalisation.....	p 283
 2.5) Les outils de programmation des actions.....	p 288
2.5.1) Bilan et programme d'actions du CHSCT : une logique de programmation variable.....	p 288
2.5.2) Les outils de gestion du médecin du travail.....	p 290
2.5.3) Les outils d'intervention sur la technique : la rénovation des locaux et / ou réorganisation du travail.....	p 292
2.5.4) Les outils d'intervention sur la dimension humaine : la formation des salariés.....	p 293

Chapitre 3) Les acteurs et leur régulation au sein des CHSCT étudiés : une affaire de savoir et de relations..... p 294

3.1) Les acteurs des CHSCT étudiés.....	p 295
3.1.1) Un pilotage à deux : le président et le secrétaire	p 295
§ 1. Le président.....	p 295
§ 2. Le secrétaire.....	p 299
3.1.2) Le médecin du travail.....	p 303
§ 1. La médecine du travail en général : surveillance, veille et alerte.....	p 303
§ 2. La médecine du travail dans les établissements étudiés.....	p 306
3.1.3) Les interventions et le positionnement des inspecteurs du travail dans les établissements étudiés.....	p 313
3.1.4) Le positionnement des autres acteurs :	p 316
§ 1. Les personnes ressources.....	p 316
§ 2. La CRAM	p 318
 3.2) Les acteurs et leurs savoirs constitués et / ou construits.....	p 319
3.2.1) Les savoirs « donnés » ou « constitués ».....	p 320
3.2.2) Les savoirs « construits ».....	p 321

3.3) Les acteurs et leurs relations : du rapport de force à la régulation conjointe	p 327
3.3.1) Analyse de la régulation entre acteurs dans chaque établissement	p 328
§ 1. Etablissement A : une régulation en « bon père de famille »..	p 328
§ 2. Etablissement B : une régulation sous contrainte.....	p 332
§ 3. Etablissement C : une régulation « managériale ».....	p 337
§ 4. Etablissement D : une régulation à minima.....	p 343
3.3.2) Analyse transversale : la régulation entre acteurs des CHSCT	p 347
§ 1. Les logiques de fonctionnement des CHSCT.....	p 348
§ 2. Approches quantitative et qualitative des contributions des acteurs.....	p 349
§ 3. Les modes d'actions.....	p 358
3.4) Gestion et régulation : le CHSCT comme composante d'ensemble régulateur - une affaire de relations et de savoirs	p 360
3.4.1) Quelques points de repères théoriques.....	p 361
3.4.2) Gestion et régulation par la participation directe des salariés...	p 363
3.4.3) La dialectique entre évaluation et gestion des risques.....	p 365
3.4.4) Le concept et les composantes de la gestion de la prévention : perception, représentations, régulation, conventions, expertise	p 366
3.4.5) Les règles juridiques et conventionnelles : régulation et conventions.....	p 368
3.4.6) Gestion et régulation : le CHSCT comme composante d'ensemble régulateur ; une affaire de relations et de savoirs.....	p 370
Conclusion de la troisième partie	p 373
Synthèse et perspectives : L'évaluation comme processus de construction des risques professionnels et de rationalisation de leur gestion : les pistes à explorer	p 375
Bibliographie	p 383
ANNEXES	p 395
Annexe 1 : Note d'information interne (juillet 1999).....	p 396
Annexe 2 : Article publié dans la « Lettre du LEST » (octobre 2002).....	p 397
Annexe 3 : Eléments d'analyse (documents, entretiens, ...) dans les quatre entreprises étudiées.....	p 398
Annexe 4 : Méthode de travail et thèmes traités par les quatre CHSCT étudiés.....	p 401
Tables des figures et tableaux.....	p 409
Plan détaillé.....	p 411