

15 DÉCEMBRE 2009 N° 2

# REVUE SANTÉ ET TRAVAIL

**SERVICE DE SANTÉ AU TRAVAIL DE SAINT-MALO**

*...Conférences...Débats...Forum...Expositions...Rencontres...*



## DEUXIÈME JOURNÉE SANTÉ ET TRAVAIL DE SAINT-MALO

**Mardi 20 Octobre 2009**



# Sommaire

## **3. Editorial**

## **4. Rencontre « Santé-Travail »**

### **4. Forum de rencontres et de débats**

### **6. Principaux partenaires et actions pluridisciplinaires du STSM**

### **7. Club Santé Sécurité Conditions de Travail de Saint-Malo**

### **8. Participation du SIST Dinan**

### **9. Présence des principales organisations institutionnelles de prévention des risques au travail et du maintien dans l'emploi**

### **12. Présentation d'équipements de protection individuelle et collective et de formations à la santé et à la sécurité au travail**

## **15. Dossiers**

## **17. Stress et travail**

## **35. Handicap et travail**

## **51. Le risque «bruit» en entreprise**

## **55. Le risque «vibrations» en entreprise**

## **59. L'air intérieur des locaux de travail**

**Rédaction, mise en page de la revue :** Benoît Dorémus, Gwenaëlle Tellier

**Illustrations :** Gwenaëlle Tellier



## Editorial

La deuxième Journée Santé et Travail de Saint-Malo s'est déroulée le mardi 20 octobre 2009, le principe de cette journée étant, comme pour l'édition 2008, de rassembler les entreprises adhérentes du STSM autour de problématiques actuelles de santé au travail.

Un forum d'exposition et de rencontres comprenant de nombreux exposants a été organisé ainsi que deux grandes conférences-débats et trois mini-conférences.

Les thèmes de ces conférences et leur mode de traitement, laissés à l'initiative des médecins du travail du service, s'inscrivent dans le cadre général de leur action sur le milieu de travail. Les thèmes retenus appartiennent aux deux grands axes d'intervention du médecin du travail que sont, d'une part, son rôle de conseiller de l'entreprise en matière de prévention collective de la santé et de la sécurité au travail et, d'autre part, sa mission de protection de la santé individuelle des travailleurs. Les thèmes retenus pour cette année étaient stress et travail, travail et handicap, risque bruit et risque vibrations en entreprise ainsi que qualité de l'air intérieur dans les locaux de travail. Chaque conférence a donné lieu à un dossier présenté dans cette revue.

Cette journée a aussi été l'occasion de présenter des actions menées par le service STSM dans le cadre de partenariats spécifiques tels que « la prévention du stress au travail » avec l'ARACT Bretagne et « le maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés » avec le SAMETH35.

Il faut également noter, cette année, la participation active du service de santé au travail de Dinan à notre journée.

Enfin, lors de cette journée, le service STSM a annoncé la naissance prochaine d'un Club Santé Sécurité Conditions de Travail de Saint-Malo, organisé avec le soutien de la Direction Régionale du Travail. Ce Club qui concernera au premier chef les CHSCT de la région malouine, se veut un prolongement de ces journées santé et travail.

Benoît DOREMUS



## Rencontres «Santé-Travail»

### Forum de rencontres et de débats

Ouverture de la journée  
par le Président Jean-Luc Favre  
en présence des membres  
du Conseil d'Administration  
et de la Commission de Contrôle du service



Accueil des participants  
par les secrétaires du Service de Santé au Travail  
du Pays de Saint-Malo

Accueil au stand STSM  
par les assistantes médicales,  
présentation des documents réalisés par le service  
et des principales actions de prévention en cours





## Rencontres «Santé-Travail»

### Forum de rencontres et de débats



Des conférences-débats sur les thèmes de la prévention du stress au travail et du maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés

Des mini-conférences sur le risque bruit en entreprise, l'air intérieur des locaux de travail et le risque vibrations

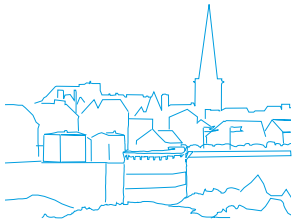


La présence des principaux institutionnels de la prévention des risques au travail et du maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés



Un forum d'exposants professionnels de la protection individuelle et collective ou de la formation en santé-sécurité au travail





# Rencontres « Santé-Travail »

## Les principaux partenaires du STSM

Le forum de rencontres organisé par le Service de Santé au Travail de Saint-Malo pour la deuxième année consécutive est l'occasion de mettre en avant les différents partenariats développés par le service avec des organismes institutionnels, paritaires ou non, apportant une complémentarité dans la prestation de santé au travail offerte aux entreprises adhérentes du service. Ces partenariats font tous l'objet d'une convention qui engage les structures et les acteurs à œuvrer au seul bénéfice de la santé et de la sécurité des travailleurs.



Les principaux partenariats sont :

### STSM - OPPBTP

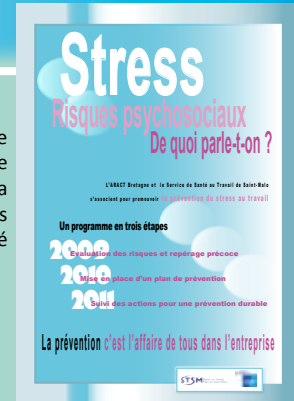
La prévention des risques au travail dans les métiers du bâtiment et des travaux publics

### STSM – Ergonomes du Patis-Fraux

Le maintien dans l'emploi, si besoin d'études ergonomiques "lourdes"

### STSM - SAMETH35

Le maintien dans l'emploi et dans l'entreprise des personnes reconnues travailleurs handicapés



### STSM - ARACT Bretagne

La prévention du stress au travail

## Les principales actions pluridisciplinaires du STSM

Les différents acteurs de la prévention du service STSM participent à des actions « transversales » sous la responsabilité du médecin du travail. Les principales actions en cours :

- L'évaluation du risque lié aux vibrations transmises au corps entier
- L'évaluation et la prévention des risques au travail dans les garages
- La prévention du risque lié aux mauvaises postures de travail sur écran
- La prévention du risque chimique lié à l'utilisation des produits de nettoyage

Ces actions sont décidées par la Commission Médico-Technique puis présentées pour avis à la Commission de Contrôle du service. Elles engagent l'ensemble des médecins du service dans une démarche commune intéressant l'ensemble des entreprises et viennent compléter les actions que chaque médecin décide individuellement de mettre en place dans un plan d'activité répondant aux besoins des entreprises dont il a la charge.

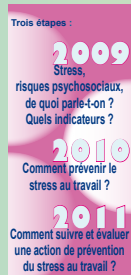


## Evaluation du stress au travail : proposition d'aide



Le STSM et l'ARACT Bretagne proposent une aide financière aux entreprises désireuses de s'engager dans une démarche d'évaluation des risques liés au stress au travail

Cette proposition entre dans le cadre du partenariat de trois ans signé entre le service STSM et l'ARACT Bretagne pour la promotion de l'évaluation et de la prévention du stress au travail. Elle s'adresse prioritairement aux entreprises de moins de cinquante salariés et prévoit une intervention de cinq jours des chargés de mission de l'ARACT. Le service STSM prend en charge trois jours de l'intervention, l'ARACT Bretagne une journée. Il reste donc une seule journée à la charge de l'employeur. L'intervention comprend une évaluation du stress dans l'entreprise et la recherche de pistes de prévention. Les entreprises intéressées peuvent prendre contact directement avec leur médecin du travail.





## Rencontres « Santé-Travail »

# Création d'un Club CHSCT

**La deuxième journée Santé et Travail de Saint-Malo a été l'occasion d'annoncer la naissance prochaine d'un Club Santé Sécurité Conditions de Travail.**

**L'idée de réunir régulièrement les CHSCT a été lancée il y a maintenant un an, lors de notre première journée santé et travail, par monsieur Sébastien Duval, président du CHSCT de l'entreprise SEIFEL. L'idée a été reprise ensuite dans le premier numéro de la revue santé et travail de Saint-Malo.**

**Le club sera mis en place début 2010.  
Le service STSM prend en charge l'organisation du club.  
Le projet est soutenu par la Direction Régionale du Travail.**



### Calendrier prévisionnel

Première rencontre-débat :  
février – mars 2010

Deuxième rencontre-débat :  
mai – juin 2010

Troisième rencontre-débat :  
lors de la troisième journée  
santé et travail de Saint-Malo  
octobre – novembre 2010

**Ce Club s'adresse aux entreprises adhérentes du STSM disposant d'un CHSCT. Les membres du club s'engagent à participer à 3 demi-journées par an d'information et de débat sur les thèmes de la santé et de la sécurité au travail et une « indemnisation » du temps de participation sur la base de 4 heures par réunion est assurée pour un membre du CHSCT.**

Chaque rencontre comprend un temps de réunion d'une durée de 2 à 3 heures et un temps d'échanges informels autour d'une collation.

#### Trois à quatre thèmes pour chaque rencontre-débat :

- 1/ Information sur l'actualité en santé travail, département, région
- 2/ Un thème de prévention technique
- 3/ Un thème de santé publique ou de droit
- 4/ Une présentation d'action de prévention en entreprise (avec possibilité d'organiser secondairement une visite de cette entreprise)

**Des experts seront invités selon les sujets traités (ingénieurs, juristes...) de même que les principaux organismes œuvrant dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail.**

Chaque rencontre sera ouverte à l'ensemble des entreprises de Saint-Malo intéressées par le dispositif, quelle que soit leur taille.

**Une inscription préalable à chaque rencontre sera demandée**

À la suite de chaque rencontre, une page spéciale sera créée sur le site Internet du service STSM

[www.stsm35.net](http://www.stsm35.net)

qui reprendra l'ensemble des présentations téléchargeables sous format PDF, des liens vers des sites spécialisés sur les thèmes de la rencontre et toute information complémentaire à la rencontre.

**Une réunion d'information sera proposée début janvier 2010 aux entreprises concernées.**



Rencontres «Santé-Travail»

## Présence du Service Interentreprises de Santé au Travail de Dinan



Jean-Luc FAVRE  
Président du STSM de Saint-Malo  
présente Francis CHOUX  
son homologue de Dinan

La présentation de la prévention  
du risque bruit en entreprise  
par Marie-Odile SERVEL  
ingénieure prévention à Dinan



Les confrères de Dinan



Le stand du SIST Dinan



Les intervenantes en prévention des risques  
professionnels du SIST Dinan







## Rencontres « Santé-Travail »

## Rencontre avec les principales organisations institutionnelles de la prévention des risques au travail et du maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés



*L'Aract Bretagne (Association Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail) assure une mission de service public auprès des partenaires sociaux (représentants des employeurs et des salariés) sur l'ensemble des questions liées au travail et à ses conditions de réalisation. Elle contribue à développer la performance des entreprises en améliorant les conditions de travail des salariés et la qualité de vie au travail.*

#### Ses domaines d'action :

- Santé au travail, prévention des risques professionnels
- Gestion des Ressources Humaines et des Compétences
- Changements technologiques et/ou organisationnels
- Gestion des âges, emploi et travail dans les territoires.

#### Son accompagnement contribue à :

La résolution de problèmes, la conduite de projets d'amélioration, la prévention efficace et durable de difficultés rencontrées par les entreprises.

Les démarches de l'Aract Bretagne s'appuient sur des diagnostics et la mise en œuvre de plans d'action. L'Aract Bretagne privilégie une approche concertée impliquant les dirigeants, les salariés et leurs représentants.

Pour en savoir plus : [www.anact.fr](http://www.anact.fr) [www.bretagne.aract.fr](http://www.bretagne.aract.fr)

**Organisme Professionnel de Prévention du Bâtiment et des Travaux Publics, l'OPPBTB, dans sa mission de conseil, de formation et d'information, met à disposition des entreprises, de leurs salariés et de leurs dirigeants, une gamme étendue d'outils d'analyse et d'évaluation des risques : Maeva-métiers, LARA-BTP, ADAPT-BTP...**

Avec pour objectif d'améliorer le niveau de prévention dans les entreprises de BTP, l'OPPBTB les accompagne dans leur démarche de prévention, notamment grâce à la démarche de progrès et au contrat de progrès.

Aux côtés de ses partenaires, institutionnels, services de santé et organisations professionnelles, l'OPPBTB œuvre pour l'amélioration des conditions de travail.





## Rencontres « Santé-Travail »



**L'ADIPH 35 est l'association gestionnaire du Cap Emploi 35 et du Service d'Appui au Maintien dans l'Emploi 35 (SAMETH).**

Le Service Cap Emploi 35, financé par l'AGEFIPH, a pour mission d'aider les personnes bénéficiaires de l'obligation d'emploi (le plus souvent titulaires d'une reconnaissance de travailleur handicapé) à se procurer un emploi pérenne en milieu ordinaire du travail, et de venir en soutien des entreprises pour leurs recrutements de personnes en situation de handicap.

Pour mener à bien cette mission, le service Cap Emploi 35 peut s'appuyer sur des mesures spécifiques, financées par l'AGEFIPH, (par exemple les primes à l'insertion pour les entreprises), comme sur les aides existantes dans le droit commun (mise en œuvre de formations préalables à l'embauche, de contrats aidés...)

Le Service d'Appui au Maintien dans l'Emploi 35 est un service financé par l'AGEFIPH délivré gratuitement en direction des employeurs privés et publics.

Ce service intervient, lorsque des salariés, dont le handicap survient ou s'aggrave, risquent d'être licenciés pour inaptitude, du fait de leur handicap.

Son intervention vise à venir en soutien au médecin du travail, à l'employeur et au salarié pour identifier et mettre en place une solution de maintien permettant au salarié de conserver son emploi. Ce service intervient en complémentarité des partenaires œuvrant dans le champ du maintien dans l'emploi (services de l'assurance maladie et de la sécurité sociale ou de la mutualité sociale agricole, ...)

Notre service peut être sollicité par le médecin du travail, l'employeur ou la personne elle-même, mais la démarche associera l'ensemble des acteurs concernés.

Mme Patricia GERODIER, chargée de mission SAMETH, intervient sur l'ensemble du Pays de Saint-Malo.

Pour toutes informations :

Cap Emploi 35 - Tel : 02.23.44.82.30 - e-mail : [adiph35@adiph35.asso.fr](mailto:adiph35@adiph35.asso.fr)

SAMETH 35 - Tel : 02.23.44.82.38 - e-mail : [adiph35@adiph35.asso.fr](mailto:adiph35@adiph35.asso.fr)



**Le FASTT, Fonds d'Action Sociale du Travail Temporaire, est une association paritaire créée en 1992 par les partenaires sociaux de la branche du travail temporaire.**

**4 domaines d'interventions :** Faciliter l'accès au logement – Faciliter l'accès au crédit - Faciliter la réalisation des missions – Accompagner/informer/conseiller/orienter

**Le dispositif « Maintien dans le Projet Professionnel » :** l'assistant social accompagne les salariés intérimaires accidentés du travail confrontés à une problématique de maintien dans l'emploi. Il reste le référent qui accompagne l'intérimaire tout au long de son parcours de réinsertion, en lien avec les partenaires du réseau de l'intérim et les partenaires du réseau du handicap.





## Rencontres « Santé-Travail »



**Adaptech Bretagne est un centre ressources sur les aides techniques, informatiques et bureautiques, service de la Mutualité Française Ille-et-Vilaine.**



En lien avec les professionnels de l'insertion et du maintien dans l'emploi, nous étudions les moyens de compensation nécessaires aux personnes atteintes d'un handicap\* pour l'adaptation de leur poste de travail. Afin de vérifier la pertinence des aides techniques proposées, l'évaluation des besoins est complétée par un prêt de matériels adaptés (à l'exception des sièges de travail). Si nécessaire, le prêt s'accompagne de l'installation et de la configuration du matériel sur site, et d'une aide à la prise en main.

Aux professionnels, nous proposons une veille de l'information, un support technique et des démonstrations de matériels adaptés.



**Adaptech Bretagne s'adresse à toute personne en situation de handicap, dans le cadre d'un parcours professionnel en région Bretagne. Nos interventions sont prises en charge par l'AGEFIPH et le FIPFH pour leurs bénéficiaires.**



**CENTRE DU PATIS FRAUX**  
**Unité de Réadaptation Fonctionnelle**  
**en Milieu Professionnel**  
**VERN SUR SEICHE**

**L'unité s'adresse à des personnes en arrêt de travail (accident de travail, maladie...) qui désirent reprendre une activité professionnelle.**



### **Les objectifs médico-professionnels du séjour :**

Un premier temps d'évaluation par le biais : des activités de rééducation et des activités physiques et sportives, des mises en situation à caractère pré-professionnel en atelier.

La préparation à la reprise d'activité professionnelle :

- étude par une démarche ergonomique des situations de travail proposées par l'entreprise, en associant l'employeur, le médecin du travail...
- évaluation des possibilités de réintégration après évaluation des capacités
- en cas de retour en entreprise improbable, élaboration d'un nouveau projet professionnel

### **Les moyens à disposition :**

Une équipe pluridisciplinaire composée de médecins de médecine physique et de réadaptation, d'assistantes sociales, d'infirmières, d'ergothérapeutes, de professeurs d'EPS, d'ergonomes, de moniteurs d'ateliers, de conseillers du travail, de travailleurs sociaux, ...

**Des équipements adaptés :** un plateau de rééducation, des ateliers professionnels diversifiés, une salle de documentation, un atelier d'aide au reclassement.



## Rencontres «Santé-Travail»

### Présentation d'équipements de protection individuelle et collective et de formations à la santé-sécurité au travail



*La société Evonik Stockhausen GmbH élabore depuis de nombreuses décennies des produits de protection cutanée dans le but de prévenir les risques de dermatoses professionnelles dans les domaines industriel et artisanal.*

De nombreuses manipulations de produits chimiques sur les postes de travail peuvent entraîner des problèmes cutanés directs comme les brûlures, nécroses, corrosions, mais également des dermatites d'usure dites dégénératives qui peuvent plus ou moins rapidement évoluer en eczéma de contact à caractère allergique, correspondant à plusieurs tableaux de maladies professionnelles. C'est dans ce deuxième aspect que la gamme Stoko Skin Care offre une méthode de prophylaxie dont les résultats sont éminemment reconnus aujourd'hui par les instances médicales côtoyant le monde du travail.

**Cette gamme se décline en trois points:**

- Des crèmes dites barrières protégeant pendant le temps de travail contre les produits irritants et allergisants.
- Des produits de nettoyage cutané de très haute qualité permettant un lavage de peau sans en altérer les défenses naturelles.
- Des crèmes de soin cutané s'appliquant après le travail et activant la régénération cutanée en renforçant les structures supérieures de la peau.

*C'est l'ensemble de ces trois mesures qui permettra aux salariés de travailler en toute quiétude face aux risques engendrés par la manipulation de ces produits chimiques dont ils ne mesurent pas toujours le danger et dont les dégâts peuvent mener jusqu'à la perte d'emploi.*



**Mapa Professionnel :  
une solution pour chaque main qui travaille**

Par sa connaissance des métiers et des risques qui y sont liés, Mapa Professionnel apporte ses solutions partout où la main de l'homme a besoin de protection. Grâce à ses centres de recherche et développement, Mapa Professionnel perfectionne ses produits et multiplie les innovations.

Nouveaux matériaux, nouveaux process, nouvelles finitions... les gants Mapa sont conçus pour répondre aux contraintes du monde professionnel et industriel, comme aux exigences croissantes de protection et de confort.

Plus d'un million de gants Mapa Professionnel sont fabriqués chaque jour pour offrir un maximum de protection aux travailleurs (protections chimique, thermique, coupure, étanche, biologique...).





## Rencontres « Santé-Travail »



Depuis 1992, le Laboratoire COTRAL fabrique et commercialise des protections auditives personnalisées destinées à préserver l'audition des personnes exposées à des intensités sonores supérieures à 80 dB(A).

### Les 4 avantages des protections COTRAL :

- **Le confort** : réalisées directement à partir d'empreintes auriculaires, les protections en silicone souple et hypoallergénique COTRAL sont parfaitement adaptées à la morphologie de chaque utilisateur.
- **La communication** : 8 filtres acoustiques rigoureusement sélectionnés permettent la communication en milieu bruyant tout en atténuant de façon optimale le bruit (de 16 à 37 dBA d'atténuation selon les fréquences).
- **La facilité d'utilisation** : les poignées ergonomiques, un cordon de sécurité amovible, un clip pince, un écran de rangement lavable anti-choc et anti-poussière, une personnalisation... tout est fait pour faciliter la vie de l'utilisateur quel que soit son environnement et son évolution.
- **L'hygiène** : pour préserver l'efficacité et le port à 100 % des protections pendant leurs 5 années de durée de vie, nous conseillons un nettoyage quotidien avec les lingettes et un entretien hebdomadaire avec des pastilles de nettoyage CLEANIL.



**COTRAL c'est aussi** : des formations et des outils de sensibilisation sur le risque "bruit".

**Vous bénéficiez ainsi d'une solution complète pour la santé auditive des professionnels exposés au bruit.**



**La société IMS est spécialisée dans l'aide à la manutention en milieu industriel.**

IMS est spécialisé autour de 2 axes :

- Une gamme d'aménagements de poste de travail opérateur pour tout travail de picking sur emballage en milieu industriel afin d'améliorer l'ergonomie au poste.
- Une gamme d'équipements pour l'aide au déplacement au sol de charges lourdes, au moyen de dispositifs de motorisation, utilisation de système de déplacement sur coussins d'air, diable électrique monte-escaliers pour le déplacement de colis en escaliers...



**ECHO POSITIF conçoit et fabrique localement des équipements dynamiques adaptés à l'homme et à son environnement.**

**ECHO POSITIF crée avec vous des solutions simples et opérationnelles basées sur le bien-être au travail et l'efficacité des organisations.**

Dans votre contexte spécifique, ECHO POSITIF :

- **Analyse** l'organisation et l'implantation des postes de travail pour déceler les gains en productivité, surface utile, réactivité et ergonomie.
- Étudie avec vous et construit les équipements qui répondent à vos besoins particuliers.
- **Fournit** les accessoires complémentaires tels que les sièges ergonomiques, bacs de rangement, éclairage... pour rendre immédiatement opérationnelles et efficaces les solutions élaborées ensemble.
- **Livre** les produits montés, prêts à l'utilisation.

Ils nous font confiance : Les ateliers LOUIS VUITTON, ARMOR, BRC, Les TRANSPORTS AVRIL...

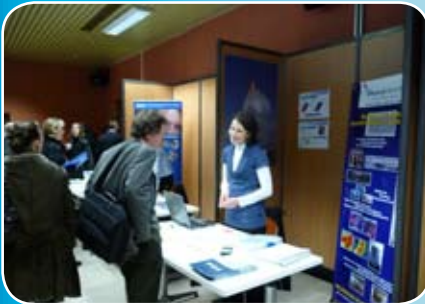




## Rencontres «Santé-Travail»



*Le bureau d'ingénierie acoustique ALHYANGE réalise, conformément aux normes et réglementations en vigueur, des études et mesures acoustiques dans tous les domaines : industrie, bâtiment, environnement : Bruit au poste de travail (dosimétrie sur les GEH, carte de bruit des ateliers), Etudes d'insonorisation des ateliers, Bruits d'équipements et Bruits de ventilation, Etudes d'impact acoustique des ICPE...*



La volonté d'apporter des résultats efficaces et spécifiques à chacun de nos clients nous engage à nous doter des matériels les plus performants et à faire intervenir sur tous vos projets des acousticiens qui mettent toute leur compétence et leur expérience à votre service.

L'intégration du bureau d'études acoustiques dès le début d'un projet permet une parfaite maîtrise des solutions acoustiques mises en œuvre et d'optimiser les coûts liés aux contraintes acoustiques lors du chantier.



*Avec pour vocation d'être utile à ses clients, le groupe SOCOTEC développe une offre globale de services dédiée à la maîtrise des risques et à l'amélioration de leurs performances:*

- stimuler la qualité
- assurer la sécurité
- protéger la santé
- préserver l'environnement

Créé en 1953, le groupe SOCOTEC compte aujourd'hui 4700 personnes dont 3500 ingénieurs et techniciens spécialisés (160 agences de proximité en France métropolitaine, 30 implantations à l'international)

**Métiers :** Inspection, assistance technique, conseil, formation

**Secteurs d'intervention :** construction, immobilier, industrie, santé

**Valeurs :** compétence, partenariat, objectivité, engagement





Dossiers

# Conférences-débats

*Stress et Travail*  
*Handicap et Travail*

# Mini-conférences

*Le risque bruit*  
*Le risque vibrations*  
*L'air intérieur des locaux de travail*









# STRESS ET TRAVAIL

*Le stress au travail et les risques psychosociaux sont devenus en quelques années un enjeu majeur de la santé au travail. L'évaluation et la prévention de ces « nouveaux » risques professionnels sont aujourd'hui un impératif pour l'entreprise, bien que la méthode à appliquer soit encore à construire. C'est pourquoi le Service de Santé au Travail de Saint-Malo et l'ARACT Bretagne se sont associés dans un partenariat de trois ans pour aider les entreprises et faciliter leurs démarches d'évaluation et de prévention. C'est dans le cadre de ce partenariat que la présente conférence-débat est organisée avec pour objectif de sensibiliser, d'informer et de débattre sur cette thématique. Si le regard croisé des experts a rempli toutes ses promesses, le débat a, lui, été beaucoup trop court. Les organisateurs de cette journée s'en excusent et proposent de poursuivre les échanges dans le cadre du Club Santé Sécurité Conditions de Travail (C2ST) nouvellement créé.*

**Dr Benoît DOREMUS**  
Médecin du Travail - STSM

## Contexte de l'émergence du stress au travail



“ Le monde de l'entreprise doit faire face, depuis quelques années, à l'émergence d'un « nouveau risque », le stress au travail. Ce risque apparaît dans un contexte de modifications de

l'environnement économique et du marché du travail avec, notamment, la mondialisation des marchés et de l'économie, l'augmentation de la concurrence et des restructurations, l'introduction des nouvelles technologies, les nouveaux modes d'organisation du travail qui s'inscrivent dans un contexte d'exigence de compétitivité accrue. Le contexte actuel est également marqué par une intensification du travail, une rigidité de certaines organisations et la réduction des marges de manœuvre des opérateurs ainsi que l'augmentation des besoins de flexibilité, des missions d'intérim, du recours à la sous-traitance, et aussi de l'insécurité et de la précarité de l'emploi.

Si le stress au travail, et plus généralement, les risques

psychosociaux sont qualifiés de nouveaux risques c'est surtout parce que les transformations technologiques et organisationnelles en ont renforcé l'émergence et les ont rendus plus apparents.

Dans son activité quotidienne, le médecin du travail constate un nombre croissant de travailleurs en grande souffrance mentale au travail et une forte augmentation des visites médicales du travail pour ce motif. Les pathologies physiques associées à une souffrance au travail sont en constante augmentation de même que les arrêts de travail liés à ces situations. Ainsi, pour les arrêts de courte durée, un quart serait dû à une souffrance au travail. On observe également une augmentation des inaptitudes au poste de travail résultant de cette souffrance mentale, avec de très grandes difficultés de reclassement dans l'entreprise tandis que l'augmentation des suicides et des tentatives de suicide de salariés présentant une souffrance au travail fait aujourd'hui la une de médias.

Cette souffrance au travail signe l'exposition des travailleurs à des risques psychosociaux, risques dont il n'est pas très facile de donner une définition précise. On peut, néanmoins, proposer quelques repères :

1. les facteurs psychosociaux de l'environnement de travail désignent l'ensemble des facteurs organisationnels et relationnels interindividuels sur les lieux de travail qui peuvent avoir un impact sur la santé ;
2. le stress au travail fait partie des risques psychosociaux, au même titre que la violence au travail ou le harcèlement moral ;
3. les contraintes psychologiques, sociales et relationnelles liées à l'organisation du travail constituent des agents stressants susceptibles de générer un état de stress chez

les personnes exposées.

4. un état de stress n'est pas une maladie en soi, cependant, par son intensité et sa durée, il peut menacer la santé physique et mentale des personnes ;

5. de nombreuses études internationales ont permis de mettre en évidence un lien entre les facteurs psychosociaux et l'état de santé, en particulier dans le domaine cardiovasculaire, les troubles musculo-squelettiques et les pathologies mentales.

#### *Évaluation et prévention du risque stress au travail*

Les risques psychosociaux et le stress au travail en particulier présentent certaines caractéristiques propres qui imposent des méthodes d'évaluation et de prévention spécifiques et il n'existe pas de recette universelle à leur prévention. La complexité de ces risques en est la raison principale. Par complexité il faut entendre l'intrication des multiples facteurs qui vont participer à la création du risque, à son expression et aux stratégies de défense des personnes et des groupes.

Le caractère « complexe » de ces risques est la principale difficulté rencontrée dans la démarche d'évaluation et de prévention. Les méthodes habituellement appliquées en entreprise pour les risques physique, chimique ou biologique ne sont pas opérantes avec le stress au travail. Ces risques sont en effet caractérisés par une linéarité et une proportionnalité qui permet le mesurage d'un agent causal clairement identifié et dont les effets attendus sur la santé sont le plus souvent proportionnels à l'intensité et à la durée d'exposition.

La multiplicité des facteurs impliqués et intriqués dans l'origine du stress au travail rend illusoire et contre-productif tout traitement visant à les démêler, les trier, les hiérarchiser pour les traiter séparément. La prévention des risques psychosociaux doit se régler d'une manière globale.

Le risque stress au travail interroge l'organisation du travail et le management. Il impose une démarche collective et une prévention du risque à la source. La démarche pluridisciplinaire est indispensable, de même que l'intervention de compétences extérieures à l'entreprise et bien sûr la démarche participative impliquant les salariés et leurs représentants.

Cette démarche globale d'évaluation et de prévention relève de la volonté de l'employeur.

#### *Partenariat STSM - ARACT Bretagne*

L'Agence Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail de Bretagne et le Service de Santé au Travail du Pays de Saint-Malo ont convenu d'une action commune visant à promouvoir la prévention collective du stress au travail en entreprise. Le périmètre de cette action est défini par l'Accord National Interprofessionnel du 2 juillet 2008 (ANI) qui exclut le harcèlement professionnel, la violence

au travail et le stress post-traumatique.

Le partenariat d'une durée de trois ans et limité à un territoire donné, le Pays de Saint-Malo, associe les compétences médicales des services de santé au travail aux compétences techniques et organisationnelles de l'ARACT dans une action de sensibilisation des entreprises en trois étapes, comprenant dans un premier temps le repérage et l'évaluation du risque, puis la mise en place d'actions de prévention et enfin le suivi des actions pour une prévention durable.

La première étape a commencé en mars 2009, elle vise à définir le sujet et à proposer les outils d'évaluation. La distribution d'une plaquette de sensibilisation aux salariés et aux entreprises depuis quelques mois et la conférence-débat de ce jour font partie de cette étape.

La deuxième étape concerne la prévention proprement dite, avec la recherche des pistes d'action et la mise en place des actions pluridisciplinaires et participatives.

La troisième étape concerne le suivi des actions mises en place pour l'obtention d'une prévention durable avec l'adaptation dans le temps des méthodes de prévention et la capacité d'évaluer une action par la recherche d'indicateurs à long terme.

#### *Définition du stress*

Pour le grand public, le mot stress désigne à la fois l'agent responsable, la réaction à cet agent et l'état dans lequel se trouve celui qui va réagir. L'Union européenne puis l'Accord National Interprofessionnel de juillet 2008 ont retenu la définition suivante : « Un état de stress survient lorsqu'il y a déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face ». Mais il est également possible d'approcher la notion de stress par ses principaux modèles explicatifs.

#### *Les modèles du stress*

Le modèle interactionniste s'intéresse au stress perçu, il va donner des clefs pour comprendre ce qui, dans le contenu du travail, peut être nocif pour la santé. Il offre à son tour des modèles solides, permettant l'évaluation du stress dans l'entreprise avec notamment les questionnaires de Karazek et de Siegrist. Ces modèles sont intéressants en particulier pour comparer le stress au travail entre différents pays. Ils font partie des questionnaires que les médecins du travail ont fait remplir aux salariés dans le cadre de l'enquête SUMER qui vient de se terminer.

Le modèle transactionnel aborde le stress comme générateur de pathologie. Il va expliquer ce qui se passe dans notre tête quand nous sommes exposés à une situation stressante. On parlera des stratégies développées par l'individu pour faire face. C'est ce dernier modèle qui donne la définition du stress reprise par l'ANI.

### Le modèle biologique

Le médecin endocrinologue, Hans Selye, a décrit dans les années trente, le syndrome général d'adaptation et a donné la définition du stress comme « une réponse non spécifique que donne le corps à toute demande qui lui est faite ». Cette définition contient une obligation de réaction : à toute demande, le corps réagit. L'expression « non spécifique » signifie que le corps va réagir toujours de la même manière, en trois phases : une réaction d'alarme, une phase de résistance et une phase d'épuisement. La réaction d'alarme correspond à la libération de catécholamines – l'adrénaline – qui ont pour effet d'augmenter la fréquence cardiaque, la tension artérielle, le niveau de vigilance et la température corporelle dans le but d'amener l'oxygène aux muscles pour préparer ainsi l'organisme à réagir. Puis, vient la phase de résistance, une deuxième famille d'hormones est alors stimulée, les glucocorticoïdes – la cortisone. Ces hormones vont préparer l'organisme aux dépenses énergétiques que nécessite la réponse au stress. Elles augmentent le taux de sucre dans le sang et apportent ainsi l'énergie nécessaire aux muscles, au cœur et au cerveau. Elles ont la particularité de pouvoir freiner leur propre sécrétion. Enfin, on arrive à la phase d'épuisement. Si la situation stressante se prolonge ou s'intensifie, les capacités de l'organisme peuvent être débordées, c'est ce qu'on appelle l'état de stress chronique. Le système de régulation – sécrétion par rétroaction – devient inefficace. L'organisme est submergé d'hormones, il est en permanence activé et finit par s'épuiser et mourir.

En quelques semaines l'hyper-activation des fonctions de l'organisme va entraîner l'apparition de symptômes de décompensation. On est encore dans une phase réversible. On identifie différentes familles de symptômes :

- des symptômes physiques avec des douleurs musculaires, articulaires..., des coliques, des maux de tête, des troubles du sommeil, des troubles de l'appétit, de la digestion, des sensations d'étouffement...
- des symptômes émotionnels, avec une sensibilité et une nervosité accrues, des crises de larmes ou des crises de nerfs, des angoisses, une excitation, une tristesse, une sensation de mal-être...
- des symptômes intellectuels avec perturbation de la concentration nécessaire à la tâche entraînant des erreurs ou des oublis, des difficultés à prendre des initiatives ou des décisions...
- des symptômes comportementaux avec modification des conduites alimentaires, des comportements violents et agressifs, un isolement social, un repli sur soi, des difficultés à coopérer, une consommation de tranquillisants ou d'excitants – café – alcool – tabac – somnifères – anxiolytiques...

Si la situation se prolonge dans le temps ou si elle est très intense, l'organisme s'épuise, le stress devient alors permanent. Il n'y a plus possibilité de retour en arrière

et c'est l'installation de maladies, notamment le stress chronique qui peut se traduire au fil du temps par un syndrome métabolique avec une obésité abdominale, une résistance à l'insuline, une hypertension artérielle, des perturbations lipidiques (cholestérol, triglycérides). Les principales pathologies liées au stress sont les maladies coronariennes (angine de poitrine et infarctus du myocarde), les accidents vasculaires cérébraux (hémipariés...), les dépressions nerveuses, les troubles anxieux, la baisse de résistance aux infections et aux maladies immuno-allergiques, les colites fonctionnelles ou inflammatoires, les pathologies de la grossesse, en particulier la prématurité.

Certaines pathologies peuvent être regroupées sous la dénomination de pathologies de surcharge, on peut citer les troubles musculo-squelettiques, la toxicomanie, le Burn-out et le Karoshi (mort subite au travail par hémorragie méningée). D'autres pathologies liées au stress relèvent de la solitude, c'est le cas des dépressions, de la somatisation, des réactions caractérielles et paranoïaques, du harcèlement moral et des tentatives de suicide ou du suicide. D'autres enfin sont consécutives à un traumatisme comme par exemple le « stress post-traumatique ».

### Le rôle du médecin du travail

La mission du médecin du travail est exclusivement préventive, elle consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, elle intéresse à la fois la santé individuelle du travailleur et la santé collective dans l'entreprise. Le médecin du travail est le conseiller du chef d'entreprise, des salariés et des représentants du personnel en ce qui concerne notamment l'amélioration des conditions de vie et de travail dans l'entreprise. Il est par ailleurs habilité à proposer des mesures individuelles, telles que mutations ou transformations de postes justifiées par des considérations relatives, notamment, à l'état de santé physique et mentale des travailleurs. Le chef d'entreprise est tenu de prendre en considération ces propositions et en cas de refus de faire connaître les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite. Le médecin du travail a également un rôle de veille et d'alerte.

Dans le domaine des risques psychosociaux, l'intervention du médecin du travail passe d'abord par le dépistage précoce, c'est-à-dire par le repérage le plus tôt possible des premiers symptômes en rapport avec le stress. Ce dépistage précoce peut se faire au cours de la visite médicale périodique ou de reprise ou à l'occasion d'une visite à la demande du salarié ou de l'employeur. Un signalement au médecin du travail peut être fait par le médecin traitant ou le médecin conseil de l'assurance maladie dans le cadre de la visite de pré-reprise, sous réserve du consentement du salarié. Mais c'est aussi le rôle des CHSCT, de l'employeur et des collègues de

travail que de participer à ce premier signalement auprès du médecin du travail s'ils constatent un comportement anormal. Le dépistage précoce par le médecin du travail a pour principal objectif l'orientation de la personne vers le système de soins. Dans un deuxième temps, si rien ne s'y oppose, il doit alerter l'entreprise.

#### *Les limites à l'intervention du médecin du travail*

Si le secret médical est indispensable à la relation de confiance qui s'instaure entre la personne et le médecin, il n'en constitue pas moins un obstacle à sa mission d'alerte et d'information en entreprise. Le secret médical est, avec l'obligation d'information et le consentement des personnes, l'un des piliers de l'éthique et de la déontologie médicale. Dans le cadre de risques psychosociaux, l'obligation d'information peut parfois aussi poser problème. Lors de la visite d'embauche, le médecin du travail qui a repéré de nombreux cas de salariés en grande souffrance au travail dans une entreprise, peut avoir quelques réticences à informer un nouveau salarié sur ce risque particulier alors qu'il l'informe sans problème sur le risque bruit ou le risque biologique par exemple. Dans le cadre de la prise en charge du stress au travail, on observe également aujourd'hui des risques d'atteinte au principe du consentement des personnes avec l'apparition du "ticket-psy" en entreprise comme réponse à la souffrance au travail. Il faut ici rappeler que la consultation médicale en entreprise, hormis les soins d'urgence, ne peut concerner que la prévention des risques au travail et que le soin relève, lui, exclusivement de la médecine de ville ou hospitalière.

D'une manière générale, les solutions individuelles que l'on peut apporter aux personnes en souffrance au travail sont peu satisfaisantes si, parallèlement, les conditions et l'environnement de travail restent inchangés. L'éviction du poste par une inaptitude temporaire ne permet que de

temporiser ou d'éviter une crise grave. Les traitements tranquillisants, hypnotiques ou antidépresseurs sont largement utilisés, mais ils ne permettent que de tenir encore un peu ! La proposition de mutation de poste ou la restriction d'aptitude par le médecin du travail est rarement la bonne solution. Les psychothérapies comportementales, les formations à la gestion du stress ou à la gestion des conflits... peuvent avoir un intérêt dans certaines situations professionnelles, comme par exemple la confrontation à la mort pour le personnel soignant, mais ne sont pas une solution à un environnement de travail pathogène.

La non reconnaissance de l'origine professionnelle du risque et de la maladie liée au stress au travail ou l'espacement des visites périodiques qui constitue une perte de visibilité de l'ambiance générale dans l'entreprise sont d'autres freins à l'action du médecin du travail dans la prévention des risques psychosociaux. Mais l'obstacle principal reste encore trop souvent le manque d'écoute ou le déni de l'employeur. Ce dernier a pourtant une obligation de « prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs, ces mesures comprennent des actions de prévention des risques professionnels, des actions d'informations et de formations et la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés ». Et il a, en la matière, une obligation de résultat.

**En conclusion :** Le médecin du travail doit savoir alerter l'entreprise sans porter atteinte au secret médical et chaque fois que cela est nécessaire, il doit conseiller à l'employeur la mise en place d'une démarche participative et pluridisciplinaire de prévention collective à laquelle il s'associera. La prise en charge thérapeutique individuelle des salariés doit rester l'exclusivité du médecin traitant.



**Thierry DEBUC**  
Chargé de mission -ARACT BRETAGNE



Un petit mot de préambule pour dire que pour l'ARACT, structure paritaire au service des dirigeants et de leurs représentants, des salariés et de leurs représentants, le partenariat que nous a proposé de mettre en œuvre le service de santé au travail de Saint-Malo est particulièrement important. Il est important pour deux raisons : la première, c'est que le sujet central en est le stress au travail qui est une priorité pour le réseau ANACT – et l'actualité peut laisser penser que cela va rester une priorité. La deuxième raison est une autre priorité

de l'ANACT, c'est de mettre en œuvre cette fameuse pluridisciplinarité dont tout le monde parle mais dont on voit bien les difficultés de réalisation sur le terrain. Nous avons donc une vraie opportunité de travailler ensemble et de marier nos compétences au service des entreprises au sens large.

L'accord national interprofessionnel du 2 juillet 2008 a pour nous et pour plusieurs raisons, une très grande importance.

La première de ces raisons est qu'il a été signé par l'ensemble des organisations représentatives des salariés et des employeurs. Pour un organisme paritaire, il a donc forcément du poids.

La deuxième raison est qu'on trouve dans son contenu un certain nombre d'éléments qui nous paraissent

particulièrement intéressants. J'ai relevé trois de ces éléments. Le premier concerne les petites entreprises. En effet, autant on entend beaucoup parler de cette question du stress au travail dans les grandes entreprises, autant on est persuadé tous, et c'est le cas des partenaires sociaux puisqu'ils l'ont écrit dans leur accord, que cette question n'est pas forcément absente des petites entreprises. Cette question du stress au travail peut en effet se poser dans n'importe quelle entreprise quels que soient son secteur et sa taille.

Le deuxième élément sur lequel il faut insister est que cette question du stress au travail va avoir des effets sur la santé des salariés mais aussi sur la performance de l'entreprise. On a donc à la fois un enjeu de préservation de la santé des travailleurs et un enjeu économique, ce qui, dans notre posture paritaire, est un élément qui nous pousse à creuser cette thématique.



Une troisième chose à retenir de cet accord est la définition donnée pour le stress – définition qui a du poids à la fois parce qu'elle est choisie par les partenaires sociaux mais aussi parce qu'elle raconte ce qu'il faut aller voir. Cette définition introduit la notion d'équilibre. Le stress ne s'évalue pas, ne se mesure pas uniquement en termes de charge de travail. Il est vrai que le lien est très vite fait avec la charge de travail – j'ai trop de travail, je n'y arrive pas – mais dans cette sensation de ne pas y arriver il y a à la fois le fait d'avoir trop de choses à faire, mais aussi et surtout le constat de ne pas avoir les moyens, les ressources pour faire face à cette charge de travail. Pour nous, la question du stress au travail s'évalue bien dans la pesée de ce qu'il y a du côté du « plateau » des contraintes et de celui du « plateau » des ressources.

Du côté des contraintes on va trouver tout ce qui est de l'ordre des objectifs qui sont donnés par l'entreprise. Il est normal qu'une entreprise donne des objectifs à ses salariés mais on observe depuis ces dernières années une diversification très importante de ces objectifs, tant sur le plan quantitatif que qualitatif. Par exemple, il faut répondre aux contraintes environnementales qui font que l'on n'utilise pas les mêmes produits qu'avant, il faut faire attention aux rebuts, il faut faire du contrôle qualité... On a aussi éventuellement des objectifs de formation des collègues, etc.

Il y a aussi les objectifs que s'impose le salarié. Un constat que l'on fait de plus en plus dans nos interventions est que la vision que l'entreprise a du travail bien fait a tendance à s'écarter de la vision que les salariés ont du "bon boulot". Tant qu'on est sur la même longueur d'ondes tout va bien mais quand on n'est pas complètement en phase entre la représentation qu'on a du travail bien fait et ce qui est demandé par l'entreprise, la place des salariés devient inconfortable, car, au quotidien ils sont amenés à arbitrer

entre ce qu'on leur demande et qui ne correspond pas forcément à l'image qu'ils se font de ce qu'ils devraient faire et ce qu'ils devraient faire qui ne correspond pas à ce qu'on leur demande.

La troisième grande famille de choses qu'on explore quand on travaille sur cette question des contraintes et des ressources est évidemment celle des aléas. L'organisation que met en place l'entreprise est capable de prendre en compte un certain nombre de situations mais pas l'ensemble de celles auxquelles les gens vont être confrontés. Pour autant, pour réaliser la production qu'on leur demande ils vont devoir faire face à l'imprévu : une demande spécifique du client, la matière première qui n'arrive pas, le chantier qui n'est pas disponible parce qu'un autre professionnel n'a pas terminé son travail dans les temps... Tout ça est mis en œuvre et géré au quotidien

par les gens sur le terrain. Si les ressources donnent suffisamment de souplesse et de marges de manœuvre pour inventer des solutions, on se trouve face à un travail plutôt enrichissant mais si cette organisation et les ressources disponibles ne laissent pas de possibilité d'agir face à cet imprévu, les salariés au quotidien se trouvent face à des situations qu'ils ne savent pas gérer.

Abordons un dernier élément : celui des contraintes extra-professionnelles qui pèsent sur le travail. Par exemple, « je travaille au guichet d'une banque, il est 16h45 et nous sommes deux au guichet et il y a 7 ou 8 personnes dans chaque file d'attente. On sait très bien qu'on ne va pas finir à l'heure prévue, ce qui de mon côté m'est déjà arrivé deux fois dans la semaine et la dernière fois la nourrice de mon enfant m'a dit "soit vous arrivez à l'heure, soit vous trouvez quelqu'un d'autre"... » Évidemment il ne s'agit pas pour l'entreprise de prendre en charge l'ensemble des contraintes extra-professionnelles des individus, mais il n'empêche que ça pèse et que la relation avec le client peut s'en ressentir.

Dans cette balance contraintes/ressources, nous nous intéressons maintenant au plateau ressources. Du côté des ressources on va trouver des choses de l'ordre de ce qui est mis à disposition par l'entreprise. Il s'agit de l'ensemble des moyens matériels et immatériels que l'entreprise peut fournir : machines, ordinateurs, outils... mais aussi le management, l'organisation du travail, la formation, les modalités d'évaluation et de reconnaissance du travail. Dans la mise en miroir de ce qui est demandé aux gens et des moyens dont ils disposent peuvent apparaître des tensions et des situations compliquées.

Un autre élément qu'on trouve du côté des ressources est, bien sûr, l'ensemble des moyens propres de l'individu. Nos capacités, notre état de santé, notre niveau d'engagement varient au fil de l'année et au fil des années, variation

possible autant dans le sens d'une détérioration que d'une amélioration. Il n'y a pas de lien direct entre l'âge et le niveau d'engagement. Les ressources peuvent donc fluctuer et, là encore, il ne s'agit pas pour l'entreprise de devenir le médecin de ses salariés mais de prendre en considération ces éléments, y compris ceux qui concernent la formation ou les perspectives de parcours professionnels offertes aux gens, etc.

J'insiste aussi sur cet autre point qu'est le collectif de travail, non pas celui qui est déjà organisé par l'entreprise et créé nécessairement par la suite de processus et l'intervention successive de différentes personnes qui aboutiront à la construction d'une maison, à la fabrication d'un produit, à l'installation de l'électricité sur un chantier... mais celui qui va mettre en œuvre justement des éléments pour permettre au bout du compte, lorsque l'un d'entre eux est confronté à une difficulté, d'atteindre les objectifs. On le trouve particulièrement présent dans le cadre de la gestion des aléas. Tout ce processus peut être complètement transparent du point de vue de l'entreprise pour qui, au bout du compte le travail a été fait, tout ce qui a été mis en place pour y arriver n'étant pas forcément connu de tout le monde. Le constat que l'on peut faire ici c'est que l'organisation du travail va peser beaucoup sur la capacité qu'elle va offrir à ce collectif de travail de travailler ensemble ou au contraire sur les freins qu'elle peut créer. Je peux donner un exemple, imaginez que vous confiez à un gestionnaire quel qu'il soit, un portefeuille de clients et que l'entreprise décide d'évaluer la performance sur des critères strictement individuels, c'est-à-dire en ne prenant en compte que le travail fourni par cet individu sur les dossiers de son portefeuille. Il se trouve que dans cette entreprise-là, les travaux sur chacun des dossiers à l'intérieur de ce portefeuille sont à rendre pour une date butoir. Il peut se trouver qu'un gestionnaire cumule des dossiers avec des dates butoir très rapprochées. Il va se retrouver avec un pic d'activité très important. C'est le cas pour beaucoup de gestionnaires à l'intérieur d'une agence, mais ils n'ont pas tous la même période de pic d'activité. De l'extérieur on peut penser que cela n'est pas compliqué, qu'ils n'ont qu'à se donner des coups de main mutuellement en fonction de leurs pics d'activité. Cela devrait fonctionner ainsi, notamment pour améliorer la performance de l'entreprise mais cela ne fonctionne pas comme ça parce les critères d'évaluation sont strictement individualisés et que tout le travail que va fournir un gestionnaire pour aider un collègue sera transparent et ne sera pas pris en compte. Au fil du temps le mécanisme va s'effiloche et c'est chacun pour soi.

Voilà donc une idée du contenu de ce que nous essayons de décortiquer quand nous intervenons en entreprise sur cette question du stress, pour comprendre pourquoi cela a ces effets-là sur les gens et pourquoi cela a ces effets-là sur la performance.

Recentrons nous maintenant sur la question du jour,

celle de l'évaluation. Pourquoi évaluer les risques psychosociaux ?

La première des réponses, et elle n'est pas négligeable est : parce que c'est une obligation. On a beaucoup parlé de cet accord national interprofessionnel. S'il n'engageait au départ que les signataires, il engage aujourd'hui l'ensemble des entreprises puisqu'il a été étendu par arrêté ministériel au mois d'octobre. L'ensemble des entreprises est tenu, dans le cadre de l'évaluation des risques professionnels, de s'intéresser à la question des risques psychosociaux.

Au-delà de l'obligation réglementaire, l'intérêt d'évaluer est évidemment de savoir où on en est. Est-on ou non concerné par cette question ? Pour certaines entreprises la question ne se pose pas, elles savent qu'elles sont concernées par cette question parce que ça a déjà donné des effets et pour d'autres c'est beaucoup moins clair.

Le deuxième objectif qu'on peut se donner dans le cadre de cette évaluation, c'est de savoir où agir, sur quoi il faut travailler et quelles pistes d'action cela peut faire émerger. Enfin, le troisième intérêt à cette question de l'évaluation, c'est de suivre et d'évaluer ce qu'on met en place. Un problème a été identifié, on a pensé découvrir les tenants et les aboutissants de ce problème, des actions sont mises en place, il semble intéressant d'avoir une base pour regarder comment les choses évoluent et si on est efficace ou pas dans la mise en œuvre de ce plan d'action.

Nous avons vu pourquoi il fallait évaluer ce risque, il faut dire maintenant comment l'évaluer. Le problème est qu'il n'y a pas de signes spécifiques du stress au travail. On ne peut pas se contenter de compter les gens qui ont des troubles du sommeil, ni ceux qui prennent des médicaments, etc. C'est forcément dans le croisement d'un certain nombre d'indicateurs qu'on va pouvoir réaliser cette évaluation.

C'est plus compliqué mais aussi beaucoup plus intéressant. En effet, au-delà de l'évaluation du risque pour la santé des salariés faite par le médecin du travail, on va avoir accès à un certain nombre de données sur l'absentéisme maladie, etc. Ces indicateurs-là vont être croisés avec des données qui concernent la production. On va chercher par exemple à voir si l'absentéisme maladie est davantage présent sur l'atelier où il y a des problèmes d'erreurs, de malfaçons, de rebuts, des problèmes de qualité et ce sera intéressant de voir si ça ne correspondrait pas, par hasard, à l'atelier où on a cumulé des accidents du travail sur les trois dernières années ou aux ateliers où l'on n'arrive pas à fidéliser les salariés.

À partir du croisement de ces différents indicateurs l'entreprise peut cibler les actions pour, trouver du grain à moudre à la fois en matière de préservation de la santé et en matière d'amélioration de la performance.



**Professeur Christian VERGER**  
**Professeur de médecine et de santé au travail**  
**Faculté de médecine de Rennes**



Je vais parler du risque psychosocial, en tentant de démontrer l'importance du phénomène, en abordant aussi la question de la (non) reconnaissance et finir par l'expérience des Centres de Consultation de Pathologies Professionnelles (CCPP).

Le risque psychosocial est quelque chose de récent, de complexe, évidemment, tant vis-à-vis de la santé au travail que de la santé publique. Longtemps occultés, les différents phénomènes et risques sont aujourd'hui identifiés. Le risque psychosocial occupe un vaste champ, caractérisé par une multitude de dangers et de facteurs de risques aux conséquences plurielles et, je voudrais simplement souligner qu'il y a principalement trois types d'enjeux : premièrement des enjeux ubiquitaires parce qu'ils existent nécessairement et parce qu'ils amplifient les autres risques, parce qu'ils sont majeurs car ils concernent l'ensemble des sujets, des situations de travail et des secteurs professionnels avec des conséquences parfois dramatiques et enfin, parce que de nombreuses études ainsi que les témoignages quotidiens, notamment des médecins du travail n'ont pas toujours permis de les considérer comme étant strictement objectifs. C'est une des explications au fait que les enjeux du risque psychosocial sont sous-estimés. Au niveau des diagnostics établis, souvent en lien étroit avec le travail, il vous a été donné quelques exemples précédemment, il y a les pathologies psychiatriques, notamment les troubles de l'adaptation, l'anxiété, les troubles anxieux généralisés et les troubles dépressifs. Il y a également les pathologies somatiques, organiques, cardiovasculaires, rhumatologiques, immunologiques, des troubles comportementaux et notamment les conduites addictives. De plus, sont décrits de nouveaux phénomènes spécifiques aux situations en relation avec le travail, l'ESPT (État de Stress Post-Traumatique), complication d'un événement psychiquement traumatisant, qui s'observe dans un cadre professionnel violent ; le burn-out, syndrome d'épuisement professionnel qui se manifeste par l'appauvrissement émotionnel, la déshumanisation dans la relation et la diminution de l'accomplissement personnel ; le karoshi, mort subite par épuisement ou surmenage ; le suicide...

Les risques psychosociaux recouvrent donc des phénomènes

extrêmement variés et ce sont des risques professionnels qui sont perçus et vécus par les salariés. Ce sont des risques qui portent atteinte à leur santé mentale et secondairement physique. Ils résultent d'une combinaison entre les dimensions individuelles, collectives, organisationnelles de l'activité professionnelle et la question recouvre des situations de nature différente. On vous a parlé surtout du stress mais il y a aussi l'épuisement professionnel, en passant par des difficultés relationnelles au sein du collectif de travail, le harcèlement proprement dit (sexuel et moral) la mort au travail et à cause du travail. Et des salariés, en nombre grandissant, se disent concernés. Les questions relationnelles, comportementales et organisationnelles posées, leur subjectivité, le passage de l'individuel au collectif rendent l'évaluation, l'action et la prévention délicates. Le problème de l'évaluation se pose donc.

#### *État des connaissances*

Au niveau de l'état des connaissances, il y a un certain nombre de choses qui datent. Il y a le rapport du BIT en 1999 qui introduit la notion de violence psychologique, il y a des estimations quantitatives, notamment de la fondation de Dublin, qui sont actuellement réactualisées et on voit bien que les chiffres sont en augmentation puisque dans la dernière étude disponible (2005), 27% des salariés déclaraient souffrir de stress au travail. Il y a un certain nombre d'enquêtes du ministère du travail qui sont faites très régulièrement et où les chiffres sont un peu différents (9,5% des salariés se disent harcelés au travail), l'enquête SUMER, que connaissent bien les médecins du travail et que nous sommes en train de refaire et qui objective très bien un accroissement de la pression psychologique au travail. Il y a les enquêtes DARES qui sont faites également par le ministère du travail très régulièrement et qui montrent qu'un certain nombre de paramètres s'aggravent, notamment l'intensification de la conflictualité au travail depuis une dizaine d'années. Il y a le rapport du Conseil Économique et Social sur la violence au travail, les enquêtes des médecins du travail, (leurs rapports annuels), de l'ANDCP, de psychiatres et psychologues. On peut donc dire que désormais il y a une prise de conscience de ce phénomène de souffrance mentale au travail et de son ampleur, que les nouvelles techniques de management et les modes d'organisation du travail ont contribué à faire émerger et que le risque "santé au travail" se déplace du physique qui existe encore malheureusement vers le psychique. On a, à côté de ça, des organisations, des enjeux d'adaptation qui vont solliciter de plus en plus les salariés sur le plan de la santé, et notre priorité à tous, aujourd'hui, est bien évidemment, de tout faire pour préserver la santé physique mais également mentale (c'est dans la loi), en intervenant sur les facteurs de risque.

Il m'a été demandé de vous donner des chiffres. Ce ne

sera pas exhaustif, car cela m'a été très difficile à obtenir, de plus les données disponibles ne sont pas forcément le reflet exact de la réalité. Ce que l'on peut dire c'est qu'au niveau européen, sur 147 millions de travailleurs il y a quand même 41 millions de salariés qui seraient concernés, avec 12 millions qui se déclarent victimes d'intimidation, de violences physiques, 3 millions de harcèlement sexuel, et, en ce qui concerne le stress au travail, 28% des travailleurs seraient concernés et ce serait à l'origine d'un quart de l'absentéisme, donc, bien sûr, ceci coûte beaucoup d'argent (20 milliards d'euros par an). Il y a d'autres enquêtes, type enquête IPSOS 2000 qui montrent que 3 salariés sur 10 se déclarent victimes de harcèlement au travail. Même si les choses sont en train de changer, il faut se méfier de cette terminologie ; très souvent, en consultation, il y a des gens qui viennent me voir en disant qu'ils sont harcelés, ils ont rempli un questionnaire sur Internet et ont tout coché, or, plus de la moitié des gens qui sont vus ne relèvent pas de cette définition. Et, de toute façon, c'est dans le Code pénal, c'est de la responsabilité du juge, ce qui paraît important à souligner. Par contre nous, bien sûr, on peut parler de souffrance au travail.

Au niveau national, je vous parlais donc des enquêtes DARES, faites très régulièrement, de l'enquête SUMER (2003) qui va avoir prochainement une réactualisation. Bien évidemment, ces enquêtes objectivent parfaitement l'augmentation des contraintes organisationnelles. Le travail se fait de plus en plus dans l'urgence, il est plus dépendant de l'extérieur, plus morcelé... ainsi à titre d'exemples : 48% des salariés déclarent travailler toujours ou souvent dans l'urgence, 58% des salariés déclarent devoir interrompre une tâche pour effectuer une autre non prévue, 55% déclarent que leur rythme de travail est imposé par une demande à satisfaire immédiatement, 71% des salariés ont un contact avec le

public et 23% déclarent vivre des risques d'agression, 24% déclarent être souvent obligés de se débrouiller tout seuls dans des situations difficiles et ont un sentiment de responsabilité accrue, 35% déclarent recevoir des ordres ou indications contradictoires... Ainsi, les salariés, toutes

catégories confondues, sont de plus en plus nombreux à avoir le sentiment de travailler d'une façon continue dans l'urgence tout en manquant des moyens ou des appuis qui leur seraient nécessaires pour réaliser leur objectifs. Ainsi, ils dénoncent les situations de "double contrainte". Les salariés doivent à la fois aller plus vite et éviter les erreurs, atteindre leurs objectifs tout en s'accommodant d'une réduction des moyens mis en œuvre, être comptables de leurs initiatives tout en respectant des règles qui leur ôtent toute autonomie d'action...

Autrefois on parlait de psychopathologie, on parlait de surcharge de travail, la terminologie a un peu changé. Il y a pratiquement un salarié sur deux qui dit travailler dans l'urgence. C'est un stress ; le stress aigu, à la limite peut être bon, parce qu'il permet parfois de faire des miracles, par contre, si c'est en permanence et qu'on se retrouve dans un stress chronique, il y aura nécessairement un retentissement sur l'état de santé. On comprend bien à travers ces exemples qu'il y a une souffrance, sans parler des ordres, des indications contradictoires, des injonctions paradoxales...

Au niveau des enquêtes DARES, j'ai pris trois exemples, travail sous pression, c'est l'organisation taylorienne avec adaptation à just-time, zéro stock etc. Aujourd'hui on n'a

rien trouvé de mieux pour fabriquer une voiture, travailler dans l'agroalimentaire, etc. mais ça pose problème au niveau des individus car il y a une augmentation de la dépendance, une suppression des temps morts, qui a pu s'aggraver d'ailleurs avec les 35 heures, on parle de densification, d'intensification du travail. Un exemple que

### Sigles stress et travail

**ANDCP** : Association Nationale des Directeurs et Cadres de la fonction Personnel

**BIT** : Bureau International du Travail

**CRRMP** : Comité Régional de Reconnaissance de Maladies Professionnelles

**AFSSET** Agence Française de Sécurité Sanitaire de l'Environnement et du Travail

**CCPP** : Centre de Consultation de Pathologies Professionnelles

**DARES** : Directeur de l'Animation de la Recherche des Etudes et des Statistiques

**SUMER** : Surveillance Médicale des Risques Professionnels

**CNAM** : Caisse nationale d'Assurance Maladie

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

**ORSB** : Observatoire Régional de Santé Bretagne

**TASS** : Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale

**MCP** : Maladie à Caractère Professionnel

**RNV3P** : Réseau National de Vigilance et de Prévention des Pathologies Professionnelles

**SAMOTRACE** : Santé mentale observatoire travail régions Rhône Alpes et Centre

**MP** : Maladie Professionnelle



j'aime bien donner est celui d'un vieil ouvrier que j'avais rencontré qui disait qu'il préférerait travailler 42 h que 39h et surtout 35h aujourd'hui parce qu'on lui demande de faire beaucoup plus dans un temps moindre. C'est un paradoxe, le temps de travail a diminué et la souffrance des gens augmente.

Pour résumer, plus d'un travailleur sur deux travaille dans l'urgence, un sur trois dit appliquer strictement les consignes ou recevoir des ordres contradictoires et on sait en ergonomie qu'appliquer les consignes ça peut poser problème, c'est la différence entre le travail prescrit et le travail réel, la variabilité du travail et, si on veut atteindre l'efficacité demandée, on ne peut pas forcément se vanter d'un certain nombre de choses que l'on fait et qui bien sûr ne respectent pas les consignes ce qui peut être à l'origine d'une souffrance. Donc pour un salarié sur trois, les relations de travail sont sources de tension.

L'évolution du contexte du travail a été évoquée précédemment. Cependant, voici quelques indicateurs qui montrent qu'aujourd'hui, au niveau du contenu et des organisations, on a des explications à l'origine de la souffrance (menace sur l'emploi, nécessité d'être performant en permanence, pression de la hiérarchie avec évaluation et individualisation mettant en concurrence les salariés, contraintes de temps, absence de marges de manœuvre, objectifs intenables, travail répétitif, manque de reconnaissance, faiblesse des collectifs... )

Quelques chiffres au niveau national : 37 % des salariés déclarent éprouver souvent du stress au travail (source CSA/liaisons sociales) et 20 % des arrêts de travail de deux à quatre mois sont en rapport avec une souffrance au travail (source CNAM 2004). En région Bretagne, les TMS représentent 90% des maladies professionnelles reconnues (10% du total national alors que la population salariée ne représente que 5% de la population française). On avait jusqu'ici une approche strictement biomécanique et aujourd'hui, pour améliorer la compréhension et la prévention, on introduit le risque psychosocial, comme cofacteur, car bien sûr, quelqu'un qui travaille sous tension cela peut avoir des répercussions du point de vue musculaire. L'hyper-sollicitation n'est pas une bonne chose, il faudrait avoir des pauses, une véritable polyvalence, mais cela fait disparaître la notion de métier, de savoir partagé et atteint le collectif.

D'autres données : selon l'INRS, le stress au travail concernerait en France: 1 à 1,4 % de la population active, soit 220 500 à 334 000 personnes. Évidemment cela coûte de l'argent puisque le coût social serait compris entre 830 millions et 1,6 milliards d'euros (entre 0,06 et 0,12% du PIB, 10 à 20 % du budget de la branche AT/MP). Selon une autre étude, de la CNAM, 20% des patients arrêtés pour plus de trois mois vivaient une situation de conflit dans leur entreprise.

### *Les indicateurs santé du stress au travail*

Benoît DOREMUS m'a fait un cadeau empoisonné car il m'a demandé de parler des indicateurs. Je peux vous dire que c'est également, une demande du Groupement Régional de Santé Publique, au niveau de la DRASS. Deux personnes qui travaillent avec moi sont aujourd'hui dans la salle et, nous avons eu les plus grandes difficultés à obtenir des données chiffrées, mais j'ai quand même accepté de relever le défi avec toutes les limites que cela va imposer.

Au niveau des arrêts de travail, pour des troubles psychologiques au sens large, je ne suis pas arrivé à obtenir des chiffres très récents, mais déjà, de 1980 à 1996, on voit qu'il y avait eu une augmentation significative, de 2% à 33% (source CNAM). Lorsqu'on regarde les invalidités c'est plus intéressant : en 98 il y avait 51000 bénéficiaires, et en 2006, 75000. C'est-à-dire une augmentation de 46% en 8 ans et on retrouve essentiellement comme causes des affections psychiatriques (28%) et des maladies du système ostéo-articulaire (24%). En ce qui concerne les accidents du travail, il y avait du mal à faire prendre en charge certaines pathologies liées à certains risques psychosociaux. C'est moins vrai aujourd'hui puisqu'il y a eu un certain nombre d'arrêts, notamment de jurisprudence en juillet 2003, avec la prise en charge d'une dépression en accident de travail, et on considère maintenant qu'un « événement ou une série d'événements survenus à des dates certaines, quelle que soit la date » suffisent, pour prendre en charge un certain nombre de traumatismes psychologiques en accidents de travail.

Depuis mars 2007 on a aussi des reconnaissances en AT de suicides survenus sur les lieux de travail, avec présomption d'imputabilité si lieu de travail (charge de la preuve inverse à l'employeur). Un suicide au domicile pendant un arrêt maladie a aussi été reconnu en accident de travail, si preuve du lien de causalité (arrêt 22 février 2007). On a également, une nouvelle extension de la faute inexcusable pour « ne pas avoir su préserver l'équilibre psychologique du salarié ». Avec environ 160 000 tentatives de suicide chaque année et plus de 10 000 décès, la France détient un des plus tristes records d'Europe. Ce niveau est à peu près stable depuis cinq ans. Ce fléau majeur est constant et mis au cœur de l'actualité avec les suicides chez l'opérateur France Telecom. Si l'on ne dispose pas de données précises sur le nombre de suicides professionnels, il semblerait que ce phénomène prenne de l'ampleur, on se souvient d'ailleurs de séries noires chez Renault, PSA ou EDF.

Seule une étude réalisée en Basse Normandie en 2003, par ma collègue, à l'initiative de la fédération française de santé au travail, laisse poindre le chiffre possible de 300 à 400 suicides annuels imputables au travail.

Les causes de ces gestes désespérés sont multifactorielles : maladies dépressives, situation d'impasse

sociale... Ils relèvent en tout cas d'une grande difficulté à supporter l'anonymat dans les entreprises, le manque de reconnaissance, l'insécurité et l'instabilité professionnelle. Lorsqu'on regarde les statistiques, il y a peu d'enquêtes, mais tous les secteurs et toutes les catégories socioprofessionnelles sont concernés, les professions libérales, agricoles, le secteur public, les services... ont un risque élevé du fait de cumul de tensions ou difficultés : isolement économique, relations avec du public... J'ai retrouvé une enquête de l'ORSB sur le suicide en Bretagne, qui montre trois décès pour 10000 habitants/an, soit 835 en 2001, 2/3 sont des hommes, notamment au cours de la vie active, mais sur le lien suicide travail : très peu d'études. La Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) vient de finaliser un état des lieux des suicides pour lesquels elle a reçu, de janvier 2008 à juin 2009, une demande de reconnaissance comme accidents du travail. Selon cette étude, la CNAM a reçu 72 demandes, dont 39 ont été rejetées, 5 sont en cours d'examen et 28 ont donné lieu à une reconnaissance. Dans ce dernier cas, la famille de la victime a alors droit à une rente, qui est en outre majorée et assortie de dommages et intérêts si l'employeur mis en cause est condamné pour « faute inexcusable » par un Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale (TASS).

Dans 85 % des demandes reçues par la CNAM, les victimes étaient des hommes, essentiellement âgés de 40 à 57 ans, et dans plus d'un cas sur deux, le suicide est intervenu sur le lieu de travail. L'étude témoigne aussi de la diversité des publics touchés par le mal-être au travail. Un tiers des suicides déclarés concerne des personnes très qualifiées (3 dirigeants et 21 professions intellectuelles supérieures), un tiers concerne des professions intermédiaires et des employés de bureau, et le dernier tiers, des salariés peu qualifiés (ouvriers, conducteurs, manœuvres). Aucun secteur professionnel n'y échappe, de la métallurgie (13 cas) au commerce non alimentaire (10 cas), en passant par le BTP (9), les services (16) ou la chimie (4).

En Bretagne, il y a eu 10 suicides déclarés en AT, depuis janvier 2009, dont 3 reconnaissances, 3 refus et 4 dossiers en cours d'instruction, à ce jour.

### *La reconnaissance en maladie professionnelle ?*

Au niveau maladies professionnelles, il y a un cadre réglementaire précis et il faut d'abord qu'un tableau existe et que les critères médico-administratifs soient remplis pour bénéficier de la présomption d'origine. Pour les risques psychosociaux, il n'existe pas à ce jour de tableau. L'autre possibilité est le système complémentaire qui existe depuis 1993 avec le Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles. Comme il n'y a pas de tableau de maladies professionnelles, on ne peut pas utiliser le CRRMP au niveau de l'alinéa 3, par contre au niveau de l'alinéa 4 c'est tout à fait possible

pour toute pathologie dont on peut penser qu'elle a un lien avec le travail. Tous les termes sont importants : maladie stabilisée et caractérisée, non désignée dans un tableau de maladie professionnelle, mais « directement » et « essentiellement » causée par le travail et entraînant décès ou IPP au moins égal à 25%. Le problème est le terme « stabilisée » : il y a un certain nombre de personnes en souffrance qui vont être arrêtées un certain nombre de mois quand ce n'est pas des années, et à un moment ou un autre, le médecin conseil va solder le dossier, il va estimer que la personne est guérie ou consolidée. Évidemment comme la personne va mieux parce qu'elle n'est plus au travail, on ne va pas pouvoir examiner ces dossiers au niveau du CRRMP, car elle ne justifie plus des 25% d'IPP, donc c'est également un des éléments qui expliquent la sous-estimation. De plus, il faut un lien direct et essentiel, et dans ce cadre, l'apport, notamment du médecin du travail, est extrêmement important pour faire le lien entre la pathologie et un certain nombre d'événements.

Les comités doivent pouvoir disposer, dans ces dossiers délicats, d'observations médicales détaillées comportant des informations sur le début des symptômes et les phases successives de la maladie, durée, évolution, soins prodigués et séquelles. La description chronologique de la maladie doit pouvoir être mise en regard de la description chronologique de la ou des nuisances. La maladie qui est susceptible d'être professionnelle doit être en relation directe et essentielle avec les conditions habituelles de travail. Le rôle du comité est donc de déterminer si les conditions de travail habituelles sont délétères pour la santé mentale du patient.

Le dossier doit contenir des pièces permettant au comité de statuer : rapport du médecin conseil, avis du médecin du travail, avis de l'employeur, faits établis et éléments recueillis par les agents des organismes de sécurité sociale chargés des enquêtes, avec leurs conclusions. Le comité devra également tenir compte de toutes autres données disponibles telles que notamment les données fournies par les parties ainsi que les enquêtes et observations des institutions représentatives du personnel.

Il est nécessaire que les comités puissent repérer les différentes causes possibles de souffrance. Juger du caractère pathogène des conditions de travail est délicat et doit reposer sur des arguments aussi peu subjectifs que possible. Il peut s'agir :

- des modalités d'organisation du travail : organisation de l'entreprise et ses changements ; travail prescrit et réel du salarié et ses changements (poste, moyens matériels, procédures, autonomie dans le travail... ) ;
- de relations interpersonnelles avec les autres membres de l'entreprise qu'il s'agisse de la hiérarchie ou des collègues de travail, avec éventuellement des personnalités pathologiques au comportement violent ou à propos de conflit de valeurs, conflit d'objectifs... ;

- de conditions de travail par nature éprouvantes. Le caractère nuisible du travail pour la santé mentale peut éventuellement avoir été préalablement qualifié de harcèlement par des tribunaux (tribunal des prud'hommes, tribunal correctionnel). Ces qualifications sont évidemment un élément important lorsqu'elles existent dans les dossiers mais elles ne doivent ni être l'unique argument positif ou négatif à retenir par les comités, ni être systématiquement attendues pour rendre leur avis. L'existence de procédures judiciaires souvent prud'homales concernant des litiges d'ordre varié (motif de licenciement, indemnités, par exemple) est un élément parmi d'autres d'information des comités sur les conditions de travail. Ce ne sont pas des chiffres très récents mais au niveau national, en ce qui concerne l'activité des CRRMP, il y a eu 58 demandes hors tableau, 29 avis défavorables, parmi lesquels des anxiodépressifs, des infarctus, etc. qui n'ont pas été pris en charge. Au niveau de la région Bretagne, pour les demandes hors tableau, en 2007 il y a eu un avis favorable, en 2008 un avis défavorable (c'était un dossier qui concernait le régime agricole) et en 2009, 2 avis favorables et un avis défavorable.

#### *La maladie à caractère professionnel*

Un travail fait par les médecins inspecteurs constitue une autre source d'information. Ils ont, via les inspecteurs du travail qui reçoivent toutes les déclarations de maladies professionnelles, avec les certificats médicaux initiaux, retrouvé 25 maladies rattachables à la souffrance au travail qui n'apparaissent pas dans les statistiques officielles car dans ces statistiques ce sont les maladies reconnues.

Autre source d'information, les maladies à caractère professionnel (MCP), c'est une obligation de tout docteur en médecine de faire un signalement lorsqu'il pense qu'une maladie ou un symptôme est susceptible d'être en lien avec le travail. La finalité est d'assurer une veille et une alerte sur les pathologies émergentes et également, même si cela ne marche pas bien, de réviser les tableaux de maladies professionnelles ou d'en créer de nouveaux. Pour les MCP reçues à l'inspection médicale pour les années 2005-2006-2007, 256 signalements ont été faits, essentiellement en provenance des médecins du travail. Le nombre des médecins du travail (régime général) n'est que de 71 déclarants sur les 300 qui exercent, et on voit qu'il y a une grande variabilité puisque le nombre de signalements par médecin varie de 1 à 38. Le département d'Ille-et-Vilaine a les « meilleurs chiffres ». On note qu'à chaque tranche d'âge, il y a plus de femmes que d'hommes en souffrance, et pour la répartition par nature du risque on constate que la souffrance psychique est bien représentée puisque pour ces trois années-là, il y a eu 76 signalements pour des femmes jeunes, peu qualifiées présentant surtout des symptômes d'anxiété, de dépression

et dus à des violences verbales. Quant aux hommes, au fur et à mesure qu'ils avancent en âge et en qualification, on retrouve un certain nombre de pathologies en lien avec le management et les organisations. Il est également intéressant de regarder au niveau des troubles musculo-squelettiques ; on a quand même eu 109 signalements de cette pathologie.

Pour résumer, les maladies à caractère professionnel concernent aujourd'hui les TMS, les risques psychiques et d'autres phénomènes. On voit bien la limite qu'il y a à les exploiter d'une manière quantitative, par contre c'est intéressant d'une manière qualitative et en complément des statistiques officielles des maladies professionnelles reconnues et indemnisées. On constate une augmentation importante des signalements en 2008, confirmée en 2009. Si on regarde donc les statistiques MP reconnues, le risque psychosocial est un risque méconnu, sous-estimé, parce que complexe, et aussi parce qu'il n'y a pas forcément intérêt pour la personne à déclarer. Ce n'est donc absolument pas le reflet de la réalité. On peut faire la même remarque pour les MCP. Tout ça est préjudiciable à la prévention parce qu'à partir du moment où on a identifié les pathologies et surtout les causes, bien évidemment la priorité pour les préventeurs, c'est d'agir et de tenter de les supprimer.

#### *Les inaptitudes*

Il y a d'autres informations qui concernent les inaptitudes. Une enquête a été faite sur les inaptitudes définitives auprès des médecins du travail, en région Bretagne en 2007. On y constate une progression des inaptitudes sans reclassement dans l'entreprise. Il y a autant d'hommes que de femmes, plus de la moitié ont plus de 50 ans, et les pathologies en cause sont ostéo-articulaires pour 60% des cas, psychiques (25%)... mais on a du mal à savoir dans le premier questionnaire si c'est la cause ou la conséquence. Deux maladies sur trois seraient d'origine professionnelle pour le médecin du travail et 4 accidents sur 5, ce qui est en discordance avec les statistiques disponibles et on retrouve pour 27% des facteurs d'organisation, et de charge mentale, concernant les horaires, les rythmes de travail, le manque d'autonomie...

#### *Les centres de consultation de pathologies professionnelles*

Le centre de consultation de pathologies professionnelles de Rennes est rattaché au centre hospitalier régional universitaire comme la très grande majorité des consultations de pathologies professionnelles. Il travaille en liaison étroite avec plusieurs services du centre hospitalier et s'intègre dans le projet médical et stratégique de l'établissement.

Pour la région il existe deux centres de consultation de pathologies professionnelles (Brest et Rennes).

Un CCPP est une structure dédiée exclusivement aux affections d'origine professionnelle et environnementale. Le centre répond aussi à des demandes nationales notamment à celles qui figurent dans le plan santé travail et le plan santé environnement. Il prend en charge la santé des salariés dans leur globalité. La vocation d'un CCPP est de rendre des avis et expertises individuels et collectifs concernant les pathologies professionnelles, environnementales, l'aptitude médicale et l'orientation professionnelle en vue d'une meilleure prise en charge médicale et sociale. Ces avis sont rendus suite à une demande de médecins du travail, de médecins généralistes et spécialistes, de patients, et d'institutions (Caisse de sécurité sociale).

Le CCPP offre des avis spécialisés et indépendants sur les interactions maladie / activités professionnelles, que ce soit dans le domaine de l'aide à la décision d'aptitude médicale au poste de travail ou dans celui des affections cliniques ou biologiques d'origine professionnelle ou environnementale. Il a également élargi son domaine d'action à celui de la prise en charge médico-sociale de ces patients (notamment les travailleurs handicapés) pour leur orientation et /ou leur (ré)insertion professionnelle.

Il participe au réseau RNV3P Le réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P) est placé sous la coordination de l'AFSSET (Agence Française de Sécurité Sanitaire de l'Environnement et du Travail).

Pour la première fois en 2007, les consultations pour risque psychosocial s'inscrivent à la première place des consultations pour pathologies professionnelles en France, représentant 27% des causes de consultation, cela confirme une "tendance lourde" depuis plusieurs années. Dans 80% des cas, ces pathologies, incluant au premier chef

la dépression et l'anxiété, sont imputables au travail. Le secteur des services est le plus concerné, particulièrement les domaines de la finance, de l'immobilier, du commerce, des transports, des communications, de l'éducation et de la santé.

Pour ces problèmes psychosociaux, les femmes consultent plus que les hommes (72% contre 28%).

Les autres causes de consultation sont stables depuis plusieurs années: pathologies respiratoires pour 19% des patients, maladies de peau pour 15%, maladies du système ostéo-articulaire (dont troubles musculo-squelettiques) pour 13% et cancers pour 9% , dont 72% de consultations pour cancers broncho-pulmonaires liés à l'amiante ou à d'autres substances chimiques.

Au total, 55% des patients examinés sont des hommes et 45% des femmes, plus jeunes que les hommes, surreprésentés chez les plus de 60 ans.

### Les enquêtes

Et puis il y a toutes les autres enquêtes, SUMER, SAMOTRACE... qui permettent d'appréhender mieux le milieu de travail et qui montrent que les contraintes organisationnelles se renforcent.

**En conclusion :** qu'est-ce qu'on peut faire ? Il faut y penser, écouter, en parler, travailler en réseau, dans une approche multidisciplinaire... Pour s'atteler au risque psychosocial, il convient d'en cerner deux dimensions essentielles et indissociables : la santé de l'homme et les conditions de travail. Compte tenu de l'ampleur et de la multiplicité des enjeux, le défi justifie une mobilisation particulière. Cependant, parler du risque psychosocial, c'est déjà le prévenir.



**André LEGARS**

Responsable des questions de santé au travail  
URI CFDT

“ L'actualité a tendance à prendre le dessus et, elle a au moins un intérêt, si elle n'était pas si dramatique pour certains, c'est que maintenant, personne ne peut dissocier les problèmes de souffrance mentale et les problèmes du travail.

Ce qui se passe tous les jours dans les entreprises est beaucoup moins visible, mais ce qui est intéressant c'est qu'on ne s'occupe pas uniquement de ces questions-là à chaud dans des situations sociales très dégradées, il y a

aussi des entreprises où on anticipe, ce qui est une bonne chose. On a beaucoup de demandes dans les entreprises. On a cité beaucoup d'enquêtes. Il y a eu des enquêtes européennes qui démontrent que le salarié français est le salarié le plus impliqué au travail en Europe et que paradoxalement c'est aussi celui qui ressent le plus la dégradation de ses conditions de travail. Dès qu'on travaille sur cette question on évoque des problèmes d'équilibre.

La deuxième conséquence de cette actualité qui bouge est qu'on est de plus en plus sollicité par nos collègues des CHSCT mais aussi par les dirigeants d'entreprise. On a eu jusqu'alors des points de vue assez divergents. Faut-il aborder la question sur le plan individuel ? Sur le plan collectif ? Il y a dans beaucoup d'entreprises des craintes qui sont liées à la question de la remise en cause éventuelle

de l'encadrement intermédiaire ou de l'encadrement supérieur. Il y a des entreprises où l'organisation du travail étant un domaine réservé, il n'est pas question que cela fasse l'objet de la discussion. Il y a dans certaines entreprises un dialogue social très compliqué parce qu'on est dans une situation dégradée qui nous oblige souvent à passer par des mesures transitoires avant de démarrer une action derrière.

On l'a dit, en France, la prévention des risques professionnels s'est, pendant longtemps, centrée sur les risques physiques. C'est parce qu'il y a eu une négociation européenne au préalable qu'on a eu obligation de transposer l'accord européen et qu'on a abouti à l'accord national interprofessionnel du 2 juillet 2008. Cet accord est un bon point d'appui, parce maintenant on a, soit la possibilité de passer par des accords de branche ou d'entreprise, soit de passer, dans les administrations, par des plans de prévention des risques psychosociaux, d'autant plus qu'aujourd'hui on a une définition partagée de ce qu'est le stress au travail. C'est maintenant une réalité pour tout le monde, les partenaires sociaux comme les employeurs ont signé cet accord et il a été étendu. Ce qui est important c'est donc que c'est désormais quelque chose d'acquis dont on ne discute plus.

La question qui se pose est de savoir pourquoi on s'est centré si longtemps sur les risques physiques, négligeant ceux liés à la santé mentale. On a parlé de l'évolution du travail ; ce qu'on relève, pour notre part, c'est qu'il y a eu une intensification du travail et que, par ailleurs, la frontière entre l'industrie et les services est en train de s'estomper. Aujourd'hui les activités de service sont à l'intérieur des entreprises de production – c'est-à-dire qu'on est dans la production juste à temps, quand on construit une automobile, le sous-traitant est quasiment associé à la chaîne –, le client est dans l'usine et du point de vue des services on se rapproche du modèle de Taylor, par exemple on contrôle et on calcule le temps passé par une caissière avec chaque client. Les modes de rémunération et l'évaluation se sont, quant à eux, complètement individualisés. Aujourd'hui on a des collectifs de travail complètement déstructurés où les gens ne peuvent plus coopérer. Mon avis est qu'il serait bon d'arrêter cette évaluation individuelle, car on ne peut pas progresser en isolant les salariés.

Donner une nouvelle dimension à la prévention en tenant compte des questions de santé mentale... on y est déjà car pour les TMS on a prouvé qu'on ne peut pas faire une prévention durable en ne considérant que les gestes. On sait que, pour cette problématique, tout ce qui tourne autour des collectifs de travail entre en jeu.

La première étape qui nous semble importante, c'est que



dans les CHSCT, dans les CE ou dans les réunions de DP, dans les entreprises on puisse au moins se mettre d'accord sur le fait de s'engager dans une démarche. On a de grandes difficultés aujourd'hui dans certaines entreprises à faire en sorte que les employeurs s'engagent dans cette démarche, on a du mal encore à faire sauter le déni.

La deuxième étape est d'expliquer ce que sont les risques psychosociaux dans telle entreprise, dans telle administration. Il y a le document unique de prévention des risques professionnels, avec une obligation de révision annuelle, il faut intégrer ces « nouveaux risques » qui sont apparus ou ces risques qu'on n'a pas bien évalués. C'est un levier pour faire avancer les choses quand il y a une difficulté d'engagement. De toute façon il y a une obligation que ces risques-là figurent aussi dans le document unique.

Une chose importante qu'on a déjà évoquée est le coût économique considérable pour beaucoup d'entreprises, on l'a remarqué aussi sur les TMS. Il y a un moment où l'aspect économique rattrape le circuit et où on est obligé de passer à la prévention. Je connais une DRH d'entreprise agroalimentaire dont le problème est qu'il lui manque chaque matin 15% de l'effectif de son personnel, dans ce cas l'usine tourne quand même mais tout le temps en mode dégradé.

De notre côté, dans le cadre des indicateurs, nous allons essayer de repérer les facteurs organisationnels : quelles sont les exigences de travail demandées aux salariés, quelle est la nature des tâches effectuées, quelles sont les exigences des salariés ? Il faut quand même que l'entreprise accepte qu'on puisse concilier vie familiale et vie professionnelle. On a aujourd'hui une multiplication d'horaires atypiques qui entraînent des contraintes très fortes sur les salariés. On va étudier tous les facteurs liés aux relations de travail et au management sans oublier les facteurs liés aux restructurations. Une étude européenne récente, le rapport HIRES nous démontre qu'il y a des liens très forts entre les restructurations et la santé des salariés. Il y a des entreprises qui sont en restructuration permanente, ce qui crée des troubles importants chez les salariés.

Nous avons un préalable dans le débat sur les indicateurs, c'est d'aller voir les salariés et de les inviter à s'exprimer, de repérer ce qui se passe, quels sont le travail réel, la coopération... Nous invitons vraiment nos collègues à le faire. Ce n'est qu'après qu'on va pouvoir travailler sur les indicateurs, tous ceux liés aux dysfonctionnements, les aléas, l'absentéisme, etc. ainsi que les situations de travail à risque.

Nous répétons à nos salariés l'importance du médecin du travail. Et il y a des indicateurs qui ne trompent pas

comme le nombre de visites spontanées en médecine du travail. Le médecin du travail est aussi pour nous un expert car qui dit visite spontanée dit trouble et en tenant compte du secret médical il est important de savoir de quel type de trouble il s'agit.

Pour finir, je vais développer deux choses. Si on saute cette phase de diagnostic, et qu'on veut mettre quelque chose en place, c'est sans doute la pire bêtise qu'on puisse faire parce qu'on va alors utiliser des « dispositifs clef en main », comme les formations type gestion du stress... – qui, si elles ne sont pas intégrées dans un cadre d'action plus global ne servent pas à grand-chose car ça revient souvent à rejeter la faute sur l'individu –, comme tout ce qui est cellule d'écoute, numéros verts, cellule de prise en charge – on ne sait jamais qui se trouve au bout du fil, on ne sait pas quelle confidentialité on a dans l'entreprise par rapport à ça –, comme les observatoires du stress – qui observent mais ont du mal à passer à l'action –, ou comme l'intervention de cabinets spécialisés... Ce qu'on demande à nos collègues c'est d'intervenir sur le cahier

des charges. Plus globalement, ce qu'on demande, parce qu'on a encore des négociations nationales en cours, c'est premièrement d'avoir un droit d'alerte spécifique sur les risques psychosociaux parce que ce n'est pas la peine d'arriver quand les signaux sont trop forts, on devrait pouvoir alerter quand les signaux sont faibles. C'est sans doute compliqué à mettre en place mais ça semble important. C'est deuxièmement, de pouvoir, en tant que CHSCT, avoir recours à l'expert parce que les situations souvent complexes supposent une aide. On souhaiterait aussi avoir une formation spécifique des membres des CHSCT et des délégués du personnel. Le dernier élément qui nous semble important est de retrouver ces lieux d'expression dans les entreprises pour que les salariés puissent parler de leur travail, ce qui permettrait de reconstruire des collectifs et donnerait la possibilité aux salariés de pouvoir agir dans l'entreprise.

Nous avons édité un livret sur la prévention des risques psychosociaux, en vente en librairie.



Jean-Ange LALLICAN

Président de la commission stress au travail - ANDRH



“ Je vais dire d'une manière très claire et lever aussi le voile d'un tabou qui nous a engagés les uns et les autres. La profession RH n'a pas toujours été la plus exemplaire en matière de réflexion sur le sujet. Il faut aujourd'hui recon-

naître que nous avons besoin d'entreprendre et on ne peut entreprendre aujourd'hui seul, isolé dans sa tour d'ivoire. Il faut absolument redescendre et prendre fait et cause des réalités au quotidien car bien entendu les personnes en souffrance sont multiples et variées mais, principalement, il y a une profession qui est à la croisée des chemins et que l'on connaît bien, c'est celle des managers de proximité qui sont souvent entre le marteau et l'enclume. Ces gens-là ont besoin de soutien, de compréhension, d'appui, car ils cumulent les situations de stress.

Alors, de quoi parle-t-on quand on parle du stress ? Je ne reviendrai pas sur ce qui a été très bien dit par rapport à Hans Selye. Petite anecdote sur le sujet de la phase

d'alerte, si vous voyez un lion à l'entrée d'Intramuros à Saint-Malo, je pense que cela vous fera tous réagir, vous allez vous demander s'il faut combattre ou fuir. Eh bien dans la vie on est un peu confronté à ce type de situation plus combative et c'est, au constat, un peu dommage d'en être là. Je crois que les réactions au travail sont parfois problématiques et sujettes à des perceptions en ce sens. Intéressons-nous maintenant au modèle de Karazek. Ce modèle dit, en substance, que nous avons aujourd'hui deux demandes, une demande psychologique, représentant le niveau d'exigence que nous avons par rapport au poste et la latitude décisionnelle que nous n'accordons pas nécessairement aux salariés et ceci pour différentes raisons. On l'a dit tout à l'heure, on agit souvent en situation d'action isolée et non pas en action collective. Redonner au collectif les moyens d'agir donnera certainement une souplesse beaucoup plus grande à l'entreprise et une qualité bien meilleure dans ses résultats. On a besoin aujourd'hui de repérer les métiers et les emplois qui sont les plus stressants. On peut le faire justement par rapport à ces deux dimensions qui sont développées dans le modèle de Karazek. Si on entre dans le modèle de Siegrist, là, on découvre un aspect qui a été fortement relaté dans le cadre d'une enquête faite par l'ANDRH, le souci de reconnaissance qu'a la plupart des individus. Aujourd'hui il persiste une distance très forte entre l'effort accompli d'une part, et la récompense et la reconnaissance d'autre part. La reconnaissance n'est pas que salariale, elle passe parfois simplement par le bonjour, un regard bienveillant que l'on peut avoir sur le travail fait, qui, bien entendu,

fait référence à la ré-humanisation de l'entreprise tant attendue. Le fait est qu'on a tout loisir de pouvoir déshumaniser l'entreprise, par exemple, dans le secteur tertiaire, on passe des mails même au collègue dont le bureau est à trois mètres, si possible avec une copie au supérieur hiérarchique. Il est nécessaire de redonner un sens collectif d'action dans l'entreprise et de se détacher de ces mécanismes relationnels qui ne sont plus à l'ordre du jour, puisque de toute façon on demande à tous les acteurs de l'entreprise d'être efficaces pour arriver à un résultat collectif.

Si on devait chiffrer le coût global du stress en France, selon les sources du MBTI on serait aux environs de 54 milliards d'euros ! On n'a parlé que des coûts directs mais il existe des coûts indirects. Le nombre de stress qu'un être humain peut en théorie supporter, par jour, est de 4 à 5. Or, on en supporte 50 par jour. Il est évident que nous sommes dans l'excès et c'est cet excès de stress qui est nuisible.

Le stress est un phénomène multidimensionnel et multifactoriel. Il n'est donc pas facile de bien le cerner et le situer. Il y a bien sûr une dimension physiologique déjà largement évoquée, une dimension psychologique – et là, nous savons que nous avons tous nos propres filtres liés à la culture que nous avons eue et aux différents apprentissages et que nous ne regardons pas les mêmes choses de la même façon. Le prisme que l'on a fabriqué nous donne une évaluation, des moyens de contrôle, d'action qui ne sont pas nécessairement les mêmes d'un individu à l'autre. Il y a une dimension émotionnelle dans notre activité professionnelle. Parler d'émotion est et reste quelque chose de difficile à évoquer dans nos entreprises, car cela fait toujours un peu réagir à chaud comme si ce n'était pas une dimension à considérer et pourtant l'émotion c'est ce qui nous guide au quotidien, qui nous permet de faire ce qu'on fait. Chaque individu possède un coefficient émotionnel propre qui est le sien et qui va l'engager dans sa vie professionnelle.

Je vais évoquer rapidement les principales causes du stress. Tout d'abord le changement permanent causant l'imprévisibilité et le manque de repères, nous sommes, aujourd'hui, dans un monde très « imprévisionnel » ! Nous n'avons pas les repères suffisants car très souvent il manque certains éléments de communication dans l'entreprise. L'information arrive souvent après certaines situations. Nous avons de gros efforts de communication à mettre en œuvre, pour l'ensemble des partenaires que nous sommes, à la fois syndicats et employeurs. Il faut que cette notion de partenariat puisse apparaître comme évidente et bien énoncée dans l'entreprise. Le changement peut être vécu pour certains comme une opportunité ou une menace. L'entreprise qui anticipe visualisera ces évolutions et favorisera la création d'opportunités de développement en son sein, c'est-à-dire permettra à chaque individu d'être créatif dans son entreprise.

Nous ne le faisons pas assez, très souvent on garde l'information pour soi, on ne la diffuse pas suffisamment à l'ensemble des acteurs de l'entreprise. Si nous la donnions plus rapidement, il persisterait peut-être quelques contradictions... mais l'entreprise vit aussi dans ces contradictions, qui peuvent d'ailleurs faire évoluer le débat. Autre sujet, les réactions au changement de l'emploi, qu'elles soient individuelles ou collectives, développent différentes peurs, peur de perdre son emploi, peur de voir baisser sa rémunération, peur de perdre son statut. La mutation est souvent contrainte. Et le tout, souvent, est et reste mal accompagné. Je pense qu'aujourd'hui, là aussi, nous avons un effort à faire au niveau des entreprises pour accompagner l'ensemble de ces mutations qui sont parfois contraintes et forcées.

Les structures des organisations, qu'elles soient pyramidales ou matricielles, en mode projet ou en réseau créent leurs propres stress. Il y a quelques années on a beaucoup opté pour des constructions matricielles, en construction par mode projet et on a dit, c'est l'idéal parce que tout le monde agit. Mais d'un autre côté persiste un autre modèle, le modèle hiérarchique, et, reconnaissons-le, parfois les deux modèles ne s'entendent pas, ne se recoupent pas. Il persiste des conflits d'intérêt et on voit bien qu'à un moment les acteurs se trouvent piégés dans des informations qui peuvent être contradictoires ou parfois qui ne se complètent pas.

L'augmentation de la pression : le client est de plus en plus présent dans l'entreprise, un client versatile et exigeant qui interpelle directement sur les lignes de production, car, bien entendu, on voit aujourd'hui que la demande est de plus en plus présente. Devons-nous la maintenir ? La question à se poser est : « est-ce qu'on est obligé d'accepter cette exigence au niveau où elle nous est proposée ? ». Je pense qu'on doit y réfléchir, qu'il y a une responsabilité collégiale, celle de se dire que si on continue dans cette spirale infernale, on arrivera à des points de non retour. Je pense qu'on ne peut pas considérer aujourd'hui que l'exigence client est ce qui doit dominer le monde et notamment nos entreprises.

Il est évident qu'il faut faire attention à l'information, il faut la donner mais il ne faut pas en donner trop. Il faut savoir la distribuer, et, si possible, par des relais à qui sera confiée l'importance de celle-ci, notamment les managers de proximité, qui sont aujourd'hui tout simplement des exécutifs de tableaux « croisés-dynamiques » et à qui on demande finalement en plus de produire des résultats. On ne demande pas ce qu'on a fait mais comment on l'a fait. Il y a une certaine aberration. Je suis, pour ma part, farouchement contre l'exagération des tableaux. On passe plus de temps à dire ce qu'on a fait, qu'à entreprendre ce qu'on a à faire. Je crois qu'il y a une certaine prise de conscience collégiale à ré-appréhender.

Le « tout qualité » : on n'a jamais dit que la qualité devait être le risque zéro. La qualité c'est d'abord, comme le

disent les anglo-saxons, par le « global quality », c'est la qualité globale, comment ensemble nous comprenons le phénomène qualité et comment ensemble nous allons répondre à quelque chose qui sera efficient et efficace.

Les autres causes principales que l'on peut observer, c'est aussi l'embouteillage des décisions qui mènent à manager et à passer plus de temps en réunion et à produire des tableaux de bord qu'à encadrer les équipes.

Les contrôles excessifs, la relation dans l'équipe, l'ambiance de travail génèrent de la démotivation, de la perturbation et une absence d'esprit d'équipe. Aujourd'hui les gens ont besoin de retrouver de l'unité, un esprit de corps. Malheureusement l'individualisation grandit parce que l'évaluation que l'on fait des individus est rarement dans le sens du collectif. Pourtant, personne ne nous empêche de revenir au collectif. Les modèles existent, existaient déjà par le passé. On les a abandonnés au profit de l'individualisation. Attention aux modèles modernes qui sont par trop captivants mais qui font oublier ce qui était un des éléments essentiels des organisations, l'être humain au centre de nos préoccupations.

Il y a aussi les aléas du parcours professionnel. Il faut savoir qu'aujourd'hui beaucoup de jeunes ont peur de rentrer dans la vie professionnelle, à cause de ce qu'ils entendent. Entrer dans une entreprise aujourd'hui n'est pas quelque chose de simple, cela relève du parcours du combattant. Dans un nouveau travail, comment passer d'un travail x à un travail y dans l'entreprise ? On a l'impression de se perdre dans cet univers. On va à un moment ne plus reconnaître la compétence qu'on avait avant.

Comment, au niveau des ressources humaines, peut-on aider les personnes à essayer d'y voir clair ? Il faut démontrer que ce passage dans une sphère métier d'un emploi x à un emploi y est possible. Il faut en parler. Il y a des efforts à entreprendre d'information et ce ne sont pas des éléments nouveaux, on en parlait déjà en 94-95. En fait, on a oublié tout ça en regard de bénéfices immédiats qui ont une toute autre finalité. La carrière est quelque chose de plus attendu par un jeune qui rentre dans l'entreprise, qui n'attend pas qu'on lui dessine une carrière complète, mais il attend qu'on l'éclaire sur de possibles évolutions.

Il faut aussi parler d'une autre source de stress : le chômage, parce qu'aujourd'hui c'est malheureusement une réalité très forte. Ce n'est pas qu'une perte d'emploi, c'est aussi une perte d'identité.

Le départ à la retraite peut être un grand soulagement

mais également, pour certaines personnes, une grande interrogation, une rupture. Certains se sentent perdus, ne savent pas comment ils vont entreprendre leurs journées. Il s'installe une véritable angoisse.

L'évaluation des compétences : l'entretien annuel avec son lot de dérapages parfois, d'écueils et de limites est fait pour mesurer ensemble ce qu'on a pu avoir en réponse aux objectifs qui ont été fixés communément l'année précédente. La dérive est de vouloir marquer trop vite des résultats et de mettre une sanction pécuniaire et salariale.

Il y a de nouveaux enjeux dans la relation avec le client externe et le client interne (aussi exigeant que l'externe). Aujourd'hui on demande de plus en plus de choses, par exemple on demande de fournir autant de tableaux de bord en interne qu'en externe, pour essayer de prouver que la mécanique marche bien.

Il est important qu'on essaie d'appréhender les nouvelles exigences de notre monde moderne et que l'on comprenne également ce que sont les tensions qui sont émergentes, pour essayer si possible de les diminuer. Déjà en essayant de les reconnaître, on arrivera ensemble à les diminuer.

Pour clore cette liste, non exhaustive, je vais évoquer la démotivation qui engendre l'absentéisme ou le présentéisme. L'absentéisme est souvent la réponse que peuvent emprunter les salariés en rapport à quelque chose qui ne va pas. Toutefois le présentéisme qui se matérialise un peu partout représente quelque chose de plus handicapant, car cela se présente dans certains cas par de la mal façon, des oublis, des choses à reprendre, etc.

Il existe des actions que l'on peut tout à fait mettre en œuvre dans l'entreprise et, chez un salarié présent dans l'entreprise et qui est peu ou pas actif, il s'agit de mesurer son degré de motivation qui passe, très souvent, par sa perception ou non du sens de l'action.

Quelques mots, maintenant, pour vous parler d'une personne que je connais bien, le docteur Philippe Rodet et qui a écrit un livre que je vous conseille, intitulé « Stress, nouvelles voies », il dit pour partie que ce que nous devons essayer de mettre en place dans nos entreprises, c'est d'abord la confiance en l'avenir, même justement quand ça ne va pas.

Ce qu'il faut, c'est donner l'envie de vivre quelque chose de professionnel dans l'entreprise et bien entendu, rendre l'humanisme comme une obligation managériale dans l'entreprise. Je m'arrêterai sur ces mots pour rester sur du positif.





## DEBAT

**Question :** Vous avez parlé tout à l'heure de la psychologie du travail, et je me demande quel rôle peuvent aujourd'hui avoir les psychologues du travail dans l'entreprise ? Qu'attendez-vous en tant que médecins du travail, de nous psychologues ?

**Professeur Verger :** Je veux bien répondre en tant que médecin inspecteur, vous faites allusion à la mise en place des équipes pluridisciplinaires en santé au travail, que ce soit dans les entreprises ou plus particulièrement dans les services de santé au travail, avec ce qu'on appelle les IPRP, qui sont d'horizons différents avec des formations différentes. Au départ on a eu surtout des toxicologues, des ergonomes, aujourd'hui on commence à avoir des embauches de psychologues. Je ne parlerai pas des professions paramédicales ou médicales puisqu'il y a également des infirmières qui vont être embauchées demain et qui existaient déjà dans les services d'entreprises. Personnellement, je pense qu'il faut qu'il y ait un débat au niveau des commissions médico-techniques puisque c'est le lieu idéal, en ce qui concerne, notamment, les services inter pour définir les nouvelles règles du jeu. À mon avis et à titre tout à fait personnel, les IPRP doivent effectivement travailler avec les médecins du travail mais sous leur responsabilité, leur indépendance technique n'étant pas actuellement assurée. Au niveau des psychologues, je verrais plus leur rôle dans une approche collective que dans une approche individuelle, mais cela mérite d'être étudié en fonction du contexte, des médecins, des besoins, des demandes...

**Benoît Dorémus :** Effectivement, j'irai dans le même sens que le professeur Verger car c'est la prévention collective qui doit être la priorité. Les problèmes de santé individuels doivent passer par le système de soins, le système de soins français fonctionne très bien hors de l'entreprise il est parfaitement inutile de l'y faire entrer.

**Daniel Lemoine - Inspecteur du travail :** Je souhaiterais que le représentant de la CFDT développe ce qu'il attendrait d'un droit d'alerte spécifique et d'un droit d'expression spécifique étant entendu qu'en l'état actuel de la réglementation, je pense qu'on peut utiliser et le droit d'alerte existant, et le droit d'expertise existant. Qu'est-ce qu'il voudrait de plus spécifique sur l'état de la réglementation actuelle ?

**André Legars :** Le droit d'alerte est effectivement utilisable, mais quand on est sur des risques psychosociaux, on

a intérêt à intervenir sur des signaux faibles. Donc, un droit d'alerte sur signaux faibles, je vous dis honnêtement que l'employeur peut le dénoncer. Quand on est sur des risques physiques évidents, on peut faire fonctionner le droit d'alerte ou le droit de retrait, « c'est indéniable, l'accident est imminent... », or, là, on ne peut pas dire : « l'accident est imminent ou la maladie est imminente ». Je ne suis pas un spécialiste du droit mais, il me semble que c'est important, si on veut pouvoir intervenir sur des signaux faibles et faire en sorte que le système de prévention se mette en marche. On est au-delà du droit d'alerte actuel qui est beaucoup plus axé sur les accidents graves prêts à survenir. Le droit d'expression, quant à lui, existe, mais il est encadré, c'est-à-dire qu'aujourd'hui, à part autour de la machine à café, il n'y a pas d'endroit où on peut parler assez librement. Il y a des choses qui ont été amenées par les lois Auroux, ça a servi à augmenter la productivité, ce sont des réunions de productivité. Je ne remets pas en cause les lois Auroux en tant que telles, mais, ce sont des réunions qui ont été récupérées pour améliorer la productivité et pas parler obligatoirement des difficultés qu'ont les salariés sur leur travail. Il est vrai que le client est maintenant intervenu dans l'usine mais je sais, moi qui viens des hôpitaux que ce temps où les gens pouvaient se parler avant, n'existe plus, ce qui fait que ça dysfonctionne beaucoup. Il est important qu'on puisse retrouver ce temps-là, même si la forme reste à déterminer.

**Benoît Dorémus :** Ce temps-là on le retrouve sous une autre forme : les salariés qui ne peuvent plus parler en entreprise viennent désormais parler dans nos cabinets.

**Question :** Je voudrais demander à l'inspection du travail, quels sont les moyens qu'ont les inspecteurs du travail sur ces sujets-là quand les salariés viennent les interroger. Les gens nous disent parfois qu'ils sont allés voir l'inspection du travail et que l'inspection du travail leur a dit d'aller voir le médecin du travail. Est-ce qu'il y aurait d'autres moyens ?

**Daniel Lemoine :** je vais essayer de répondre de manière courte. Les moyens qui sont les nôtres, pour aller vraiment à l'essentiel, au-delà de la qualité d'écoute qui pourra être la nôtre pour identifier la problématique soulevée, ces moyens qui sont à notre disposition, sont avant tout, le droit d'entrer dans l'entreprise, le droit d'y entendre l'ensemble des acteurs, le droit de consulter un certain nombre de documents. Nous avons donc des

capacités d'enquête que n'ont pas la plupart des autres acteurs. Ensuite, il va falloir déterminer effectivement les suites réservées à des investigations. Bien entendu, nous sommes également membres des CHSCT et lorsqu'ils se réunissent en situation de crise après une situation de violence au travail, ce sont effectivement parfois des CHSCT actifs où l'inspecteur du travail est parfois celui qui bouscule un peu les choses. Sur les suites à réserver – je ne vais pas faire du droit et je ne voudrais pas faire une longue intervention – en dehors du harcèlement moral, du harcèlement sexuel et de la discrimination, nous n'avons pas de moyens pénaux. En lien avec les situations de stress au travail, les trois matières où il y a possibilité pour l'inspecteur du travail de relever procès verbal, sont les trois que je viens de citer. Sur les autres sujets, il faudra passer par le Code pénal et – pour les spécialistes du droit –, faire un rapport au Procureur de la République via un contournement qui est l'article 40 du Code de procédure pénale.

On a, cependant, quelques moyens supplémentaires. L'un d'eux est de plus en plus utilisé – la collègue qui a le siège de France Telecom à Paris vient de l'utiliser –, c'est un moyen qu'on utilisait peu jusqu'alors, en matière de souffrance mentale au travail, qui est la mise en demeure du Directeur départemental ; c'est-à-dire que lorsque le Code du travail n'a pas prévu de texte particulier pour que l'inspection du travail puisse effectuer une mise en demeure – la mise en demeure se rapporte à un risque identifié et prévu par un texte –, donc, lorsqu'aucun texte n'existe, et c'est le cas aujourd'hui pour la souffrance mentale au travail, on contourne par une obligation plus générale, c'est l'article L4721-1, où on va décrire par une mise en demeure, sous la responsabilité du directeur départemental du travail, une situation d'atteinte sérieuse à la santé et à la sécurité des salariés dans une entreprise, des mesures à prendre et on va fixer des délais. Dans l'exemple de la collègue de France Telecom, elle a demandé de suspendre toutes les mesures de mobilité jusqu'au rendu de l'audit en cours.

**Gérard Méret - responsable du service juridique d'organisations professionnelles :** J'ai entendu, au niveau des causes, le Professeur Verger, parler de la réduction du temps de travail avec ses conséquences en matière d'organisation, de flexibilité pour rester compétitif. J'ai entendu également Monsieur Legars parler de la multiplication des horaires atypiques avec ses conséquences sur la vie personnelle. Je voudrais savoir ce que pensent les intervenants en matière de télétravail, on en parle en ce moment dans le cadre de la pandémie

grippale, est-ce que ça pourrait aggraver ou réduire les questions de stress, notamment par la réduction des temps de trajet domicile-travail.

**André Legars :** J'ai parlé d'intensification et de manque de temps... je voudrais dire que les 35 heures c'est de la « tarte à la crème ». L'intensification a commencé au milieu des années 80. Les RTT sont arrivés en 2000. C'est un élément du processus, il faut le prendre comme tel mais l'intensification c'est bien depuis les années 80. On est aujourd'hui dans ce processus d'intensification et c'est ce qui a produit de l'individualisation. Jusqu'à nouvel ordre, l'individualisation n'a pas été produite par les 35 heures. La question est bien : « comment on recrée du collectif dans les entreprises ? », je crois que c'est ça qui est important. La productivité a augmenté, et c'est heureux, mais on n'a pas mesuré le rapport entre cette productivité et la santé des salariés. Maintenant on s'arrête dessus car on a des vrais problèmes de santé, mais il ne faut pas avancer de faux prétextes. En gros, ce processus a démarré dans les années Thatcher.

**Jean-Ange Lallican :** Je vais quand même répondre à la question de Monsieur car elle est bigrement importante. Il est vrai qu'aujourd'hui le télétravail est quelque chose qui fait peur surtout s'il est mal engagé. Je crois que c'est une réflexion à entreprendre dans l'entreprise, c'est-à-dire que le télétravail doit être fait dans des circonstances précises, volontaires, dans lesquelles on engage effectivement l'esprit d'équipe, il faudra bien sûr qu'il y ait des temps de regroupement. Je pense que, résolument, dans les technologies qui sont les nôtres aujourd'hui, on ne pourra pas éviter ce système et donc il ne faut pas se voiler la face. Ce système pourra devenir très intéressant pour certaines personnes, il faudra, bien entendu, échanger avec celles qui accepteront ce type de travail à distance. Pour autant, il faudra bien qu'à un moment on ne les laisse pas trop isolées. C'est l'isolement qui est à craindre, mais ceci existe actuellement, tout autant chez les personnes travaillant à distance que chez celles qui travaillent à proximité dans un même bureau. Bien entendu, nous aurons à bien faire attention aux temps de travail. Il est vrai que c'est un système à risque, mais pour autant, on ne pourra pas éviter le développement de cette forme de travail car il participe de cette évolution des modèles futurs de nos entreprises.



## HANDICAP ET TRAVAIL

*Le médecin du travail est fréquemment confronté au problème du maintien au poste de travail et dans l'entreprise des salariés en situation de handicap. L'efficacité de son intervention dépend de la qualité des réseaux médicaux, médico-sociaux et techniques qu'il pourra activer, mais aussi des politiques régionales et départementales du maintien dans l'emploi (MDE). Le fonctionnement du maintien dans l'emploi est des plus complexes, il existe une multitude d'intervenants et de ressources possibles selon le type du handicap, le type de contrat de travail du salarié, la branche professionnelle de l'entreprise, le lieu d'habitation du salarié, etc. Face à ces difficultés, la présente conférence-débat se fixe pour objectif de présenter à l'entreprise une approche la plus logique possible, c'est-à-dire une approche chronologique respectant les différents temps du MDE que sont la fin des soins, l'évaluation des capacités restantes des personnes et les possibilités de l'entreprise de préserver l'emploi et la santé de la personne.*

**Dr Benoît DOREMUS**  
Médecin du Travail - STSM



“ Le médecin du travail a un rôle incontournable dans le dispositif actuel de maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap au travail. De par sa connaissance des exigences du poste de travail et celle des

capacités restantes de la personne victime d'un accident de santé il est à même d'établir un avis d'aptitude assorti de préconisations indispensables au maintien dans l'emploi. Il ne peut cependant pas travailler seul et son positionnement spécifique entre le soin et l'entreprise nécessite un travail en « réseau » avec différentes spécialités médicales et paramédicales. De même, lorsqu'un aménagement technique conséquent du poste de travail, une formation ou toute autre mesure onéreuse est jugé indispensable au maintien dans l'emploi d'une personne, c'est cette fois le recours à des partenariats techniques et sociaux qui devient indispensable. Faute de

structuration préexistante efficace, ces réseaux d'acteurs sont à construire et c'est là le rôle des Services de Santé au Travail que de faciliter et de promouvoir un travail en partenariat concret et efficace.

### Santé au travail et handicap : rôle du médecin du travail

On parle aujourd'hui plus volontiers de « personne en situation de handicap au travail » mais le Code du travail conserve, lui, la dénomination classique de « travailleur handicapé » pour en donner la définition suivante : « Est considéré comme travailleur handicapé, toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite d'une altération d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales ou psychiques ». Le mot « effectivement » renvoie à l'avis du médecin du travail qui, pour prévenir toute altération de la santé du fait du travail, va évaluer et constater les capacités restantes de la personne pour proposer des mesures individuelles telles que mutation ou transformation de postes. Chaque fois qu'un médecin du travail constate une restriction d'aptitude, une inaptitude partielle ou une inaptitude totale au poste de travail, le salarié concerné ne peut être considéré autrement que comme un « travailleur handicapé ». Cependant la notion de « travailleur handicapé » renvoie à une autre réalité de l'entreprise, celle de l'obligation d'emploi et de la reconnaissance administrative du handicap. La loi oblige en effet les employeurs ayant plus de 20 salariés

à avoir dans leur effectif au moins 6% de « travailleurs handicapés ». La définition du « travailleur handicapé » est ici beaucoup plus restrictive, elle concerne des personnes qui bénéficient, par exemple, d'une pension d'invalidité ou d'une rente après un accident du travail ou une maladie professionnelle (incapacité permanente au moins égale à 10%) ou de l'allocation adulte handicapé. Il est également possible de faire une demande de Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH) auprès de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

Les chiffres récents du handicap au travail fournis par la DARES - Direction de l'Animation de la Recherche, des Études et des Statistiques - sur l'emploi et le chômage des personnes handicapées permettent de mesurer l'écart qui existe entre ces deux notions du handicap au travail : sur un total de 25,7 millions de personnes âgées de 15 à 64 ans en emploi, 2,4% ont une reconnaissance administrative de leur handicap. Si on ajoute celles qui déclarent avoir un problème de santé depuis au moins 6 mois et en éprouver des gênes importantes dans leurs activités, la part de la population handicapée définie au sens large dans la population en emploi est de 24%.

La relation Handicap-travail-emploi est en pleine actualité avec notamment le risque d'inaptitude en rapport avec les troubles musculo-squelettiques (TMS) et la souffrance au travail mais aussi avec le vieillissement de la population

au travail et l'allongement de la durée de la vie passée au travail qui posent le problème de la « pénibilité » et de « l'usure professionnelle » mais aussi celui des maladies chroniques dont la fréquence augmente avec l'âge.

Le médecin du travail conseille l'entreprise en ce qui concerne l'amélioration des conditions de vie et de travail, l'adaptation des postes et des techniques de travail, les constructions ou aménagement des locaux de travail et l'emploi des travailleurs handicapés. L'avis médical d'inaptitude ou d'aptitude avec restriction vaut reconnaissance d'un handicap au travail et entraîne les obligations de l'employeur en matière d'aménagement du poste ou de mutation à un autre poste. La reconnaissance administrative du handicap peut permettre une aide financière à l'employeur, mais le salarié est libre d'accepter ou non cette reconnaissance, l'obligation de reclassement de l'employeur reste la même. Si la personne accepte de faire valoir cette reconnaissance administrative de son handicap, elle bénéficiera d'une surveillance médicale renforcée par le médecin du travail.

Dès lors qu'une situation de handicap au travail survient, la continuité du lien contractuel entre le salarié et l'employeur est primordiale et pour maintenir ce lien il faut prévenir le licenciement pour inaptitude médicale. Le signalement précoce, assorti d'une démarche pluridisciplinaire et partenariale, est alors indispensable.



### Les sigles du maintien dans l'emploi

**AGEFIPH** : Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées

**CDAPH** : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

**CLIC** : Centres Locaux d'Information et de Coordination

**FASTT** : Fonds d'Action Sociale du Travail Temporaire

**FIPHFP** : Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique

**MDPH** : Maison Départementale des Personnes Handicapées

**PDITH** : Programme Départemental d'Insertion des Travailleurs Handicapés

**RQTH** : Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé

**SAMETH** : Service d'Appui au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés

**SIADV** : Service Interrégional d'Appui aux adultes Déficients Visuels

## LES SOLUTIONS DE RELAIS ENTRE LE SOIN ET L'ENTREPRISE

Il existe plusieurs solutions de relais entre le soin et l'entreprise pour le maintien dans l'emploi de travailleurs en situation de handicap. Ces mesures relèvent de l'assurance maladie. Le temps partiel thérapeutique fait partie de ces dispositifs, il est maintenant bien connu des entreprises et a été particulièrement développé lors de la première journée santé et travail de Saint-Malo en 2008. Deux autres possibilités sont présentées ici, la réadaptation dans un centre spécialisé et le contrat de réadaptation en entreprise. La mise en place de ces mesures nécessite un repérage le plus en amont possible des difficultés qui se présenteront lors de la reprise du travail. Elles vont également nécessiter l'organisation d'un travail en réseau entre les professionnels du soin, de l'assurance maladie, de la rééducation, de la réadaptation pour évaluer et optimiser ce retour au travail après un accident de santé.

*Pour essayer de mieux comprendre les difficultés inhérentes au signalement précoce et celles liées à l'orientation vers la solution de retour à l'emploi la plus appropriée, il a été demandé au Docteur Baudry, chirurgien orthopédiste à l'hôpital de Saint-Malo, avec qui les médecins du service STSM travaillent régulièrement, de nous présenter ce qu'on appelle dans le jargon médical un « cas clinique », c'est-à-dire l'histoire de la maladie d'une personne et les différentes phases qui vont accompagner son traitement.*

**Dr Cécile BAUDRY**

Médecin orthopédiste - CH Saint-Malo



**I**l s'agit d'un patient de 40 ans, déménageur, droitier qui présente un traumatisme de l'épaule suite à une chute sur le moignon de l'épaule.

Il a été en arrêt dans les suites de cette chute et vient consulter pour des douleurs invalidantes,

aussi bien pour les activités quotidiennes que pour les activités de loisir. À l'interrogatoire, le patient déclare qu'il n'avait pas de soucis jusqu'alors et que sa gêne est apparue au moment de l'accident. L'examen clinique retrouve une tendinite du muscle sous-épineux. La radio montre un acromion un peu « agressif » et l'arthroscanner confirme une lésion partielle du sous-épineux qui n'intéresse pas toute l'épaisseur du tendon, sans aucune altération du muscle lui-même. Le patient décrit donc des signes d'apparition récente et une lésion que l'on peut traiter relativement facilement, on peut espérer obtenir la suppression des douleurs et une reprise d'activité correcte.

On programme donc une intervention chirurgicale sous arthroscopie, une acromioplastie est pratiquée pour supprimer la cause du conflit, puisque c'est ce conflit qui entraîne la tendinopathie. Dans les suites de l'intervention le patient bénéficie d'une rééducation correctement suivie et menée. On le revoit trois mois après, avec sur le plan clinique, une nette amélioration des douleurs même s'il garde quelques légères douleurs mécaniques, mais, par contre, il se plaint d'un manque de force et surtout d'une incapacité à effectuer des gestes en hauteur ou au-dessus du plan de l'épaule. On prolonge alors la rééducation et l'arrêt de travail. Malheureusement, à six mois, il y a peu d'évolution. Il n'y a quasiment plus de douleur mais il n'arrive pas à avoir des activités prolongées, ni à porter des objets lourds, il n'arrive pas à monter les bras au-dessus du plan de l'épaule et reste donc très limité. On complète alors le bilan paraclinique : il n'y a plus de problème sur l'acromion mais l'arthroscanner confirme que la tendinopathie est toujours là, sans être majorée. Il n'y a pas de perforation, pas d'anomalie au niveau du groupe musculaire. On arrive donc à un stade où l'on n'a plus beaucoup de solutions chirurgicales à proposer au patient, on n'est pas sûr que, même avec le temps, on puisse lui apporter une amélioration sur la fatigabilité et sur sa capacité à porter des charges lourdes... Le médecin se trouve alors dans une situation difficile avec un patient toujours en arrêt de travail et qui n'est pas sûr de pouvoir reprendre son activité professionnelle, d'autant plus qu'il est déjà très gêné dans la vie de tous les jours.

*Les données du problème médical sont donc les suivantes : initialement le traitement et le temps de repos auraient dû permettre un retour au poste de travail de cette personne, cependant l'évolution clinique laisse une incapacité physique importante. Il ne s'agit pas d'une complication médicale ni d'une insuffisance de prise en charge, mais de l'expression des facteurs de variabilité individuelle devant la santé. La question du retour au travail se pose souvent tardivement dans ces situations. La première démarche doit se faire par la visite de pré-reprise lorsque le médecin traitant, ici le chirurgien orthopédiste, a des raisons de penser que l'état de la personne est stabilisé. L'orientation vers un centre de réadaptation professionnelle peut être envisageable.*

**Dr Félix DARNAJOU**

Médecin MPR - CRP Patis Fraux



**L**e chirurgien est satisfait de son intervention, pourtant, malgré l'amélioration clinique, l'avenir professionnel de ce patient reste incertain : "va-t-il pouvoir reprendre ou non son travail ?" Le pronostic semble plutôt

de mauvais augure, compte tenu des exigences de son activité professionnelle de déménageur, alors que faire ?

Lors de la visite de pré-reprise le médecin du travail décide d'adresser le patient au centre du Patis-Fraux pour une évaluation et une préparation à la reprise d'activité. Le centre du Patis-Fraux est un centre de réadaptation qui, sur un même site, accueille plusieurs structures, notamment une unité sanitaire, ex « convalescence active », appelée aujourd'hui « unité de réadaptation fonctionnelle en milieu professionnel » URFMP. Cette unité a pour rôle d'aider le passage « du médical au professionnel » c'est-à-dire, justement, de faire le lien entre une situation médicale et fonctionnelle pas totalement aboutie et la question de la reprise d'activité professionnelle, et donc, ici, du retour en entreprise et du maintien à l'emploi...

Les objectifs d'un séjour pour une personne adressée pour un problème d'épaule se posent en termes de réadaptation fonctionnelle : comment améliorer la fonction, au-delà de ce qui a déjà été fait dans le cadre d'une rééducation fonctionnelle classique, en poursuivant le réentraînement à l'effort, en développant des compensations ?

Le deuxième niveau c'est d'évaluer l'importance de la

situation handicapante dans la vie quotidienne et dans la vie professionnelle (par rapport aux déplacements, aux activités de son travail) et donc en mesurant les limites rencontrées pour faire un tour complet de la situation. Le troisième niveau c'est d'aider psychologiquement cette personne qui, de fait, se pose beaucoup de questions quant à son avenir, et de la remettre en confiance.

Faut-il envisager le retour en entreprise ? Il est déménageur et si les contraintes physiques sont désormais difficilement compatibles avec ses capacités actuelles, peut-être y a-t-il une autre carte à jouer dans l'entreprise ? Si les chances de reclassement dans l'entreprise sont faibles, il faut l'aider à amorcer une réflexion sur d'autres solutions professionnelles, pour ne pas le laisser face à un grand vide ou à une forte angoisse devant l'avenir, tout en poursuivant le programme de réadaptation fonctionnelle.

La durée moyenne de séjour est de 30 jours ou 6 semaines dans l'unité de réadaptation (URFMP). C'est long et c'est court sur un parcours de vie... Nous sommes sollicités 430 fois par an sur des situations de difficultés de reprise à l'emploi qui ne sont pas toutes retenues, entre autres parce que les places sont limitées.

On retrouve presque toujours des situations proches de celles dont le Docteur Aubry vient de nous parler, avec des personnes en situation d'accident de travail, de maladie professionnelle, voire de maladie tout court et qui ont des arrêts de travail qui vont se prolonger parce que, parfois, personne ne sait plus très bien que faire... alors on attend... et la situation dure et se complique. Et malheureusement la problématique des gens qui viennent chez nous est devenue à la fois médicale sociale et professionnelle. Il serait sans doute bien plus pertinent de les orienter plus vite pour limiter ce retentissement et être plus efficace.

Plus de 30% de nos admissions sont des personnes adressées par le médecin du travail. La population est masculine pour 75%, l'âge moyen est de 40 ans. Il y a une augmentation sensible des plus de 50 ans, et, on le voit, il existe de plus en plus de problèmes d'épaules et

de TMS. Nos patients sont bretons à 95%.

Pourquoi viennent-ils au centre ? 90% viennent pour des pathologies ostéo-articulaires. Depuis l'origine du centre en 1982, 50% viennent pour lombalgies, cervicalgies, dorsalgies... Le reste est constitué par des Troubles Musculo Squelettiques (TMS) ou par des suites de traumatisme touchant épaule, coude, poignet, hanche, genou. Mais 80% des personnes accueillies présentent aussi des pathologies associées, ce qui est important à prendre en compte pour comprendre l'accentuation de cette situation handicapante. Globalement, 80% des gens hospitalisés ont un problème de dos (rachialgies) et c'est le motif d'admission pour un patient sur deux. 30% ont des difficultés psychologiques associées ou intriquées. 30% ont des pathologies annexes, obésité, diabète...

Le secteur du bâtiment et des travaux publics a toujours été notre grand « pourvoyeur », actuellement, c'est 25% des admissions, à une époque c'était près de 50%. Dans le reste des secteurs professionnels, assez variés, on tourne autour de 10, 12, 15%.

La prise en charge comporte une dimension de diagnostic, car à côté du motif pour lequel la personne est adressée (ici le problème d'épaule par exemple), il faut repérer l'ensemble des problématiques médicales et rechercher les autres éléments de la situation pouvant participer à la situation handicapante. La prise en charge thérapeutique et le programme de rééducation fonctionnelle et de réadaptation sont réalisés en complémentarité de compétences par les différents acteurs, de manière personnalisée et en lien avec le patient. Ce parcours de réadaptation et de réentraînement à l'effort est important car plus l'arrêt de travail dure dans le temps et plus le déconditionnement à l'effort apparaît, du fait d'une perte du niveau d'activité globale, parfois compliquée par la kinésio-phobie (les patients n'osent plus bouger ou utiliser le membre lésé parce qu'ils ont peur de se faire mal...).

Il faut à tout prix stopper le cercle vicieux qui s'installe avec ses conséquences sur le plan physique et psychologique.

Le rôle du centre du Patis-Fraux c'est aussi l'accompagnement de ces patients douloureux chroniques, c'est de leur faire comprendre qu'on n'arrivera sans doute pas à leur ôter totalement leur douleur et qu'il va falloir « faire avec », c'est aussi de les remettre en confiance, leur dire et leur faire découvrir que, s'il y a des choses qu'ils ne peuvent plus faire, il y en a encore beaucoup d'autres qu'ils peuvent réaliser, enfin, c'est aussi d'agir dans la prévention des récurrences ou des aggravations.

Les équipes sont formées à un travail interdisciplinaire.

Durant l'hospitalisation il y a des soins, du réentraînement à l'effort, mais aussi des activités à caractère professionnel...

Un vaste plateau technique très diversifié permet de remettre les gens dans des situations réelles de travail en fonction des besoins. En pratique, il est nécessaire de

rendre le patient acteur de son parcours, après une longue période de soins passifs. Il faut qu'il « reprenne les commandes », qu'il se remobilise. Il y a chez les patients beaucoup de peur, beaucoup d'incertitudes, l'anxiété face à l'absence de « nouvelles » de leur entreprise ou de l'employeur, l'anxiété face aux problèmes financiers qui commencent... Il faut aider la personne à faire des choix, à se décider, à se positionner. Il faut obtenir une bonne dynamique, essayer de repérer les freins et les difficultés prévisibles à la reprise.

Sur trois ans de prise en charge, 300 réponses ont été obtenues à un questionnaire envoyé à un an de la fin de séjour : 85% des personnes sont repassées dans le circuit du travail, avec 40% en entreprise (dont la moitié a changé d'entreprise), les autres sont dans des circuits d'orientation, de recherche d'emploi. Seulement 20% sont toujours en arrêt ou sont passées en invalidité.

À propos de pathologies de l'épaule, une étude a été faite et été présentée récemment par ma collègue, le docteur Hélène Ménard, sur 34 patients qui ont séjourné au centre. On voit déjà que la tranche d'âge est relativement élevée pour les problèmes d'épaule. Pour les gens plus jeunes ce sont surtout des accidents avec des chutes, pour les autres, plutôt des ruptures dégénératives. (Dans cette étude il y a tout de même 27 personnes au-delà de 40 ans.) En maladie professionnelle, il y a 13 cas dont 6 opérés, avec un seul maintien en entreprise à un poste aménagé. On retrouve 13 accidents de travail, dont trois maintiens en entreprise, un poste antérieur aménagé, deux reconversions internes. En maladie, on a 6 patients, 3 opérés, 5 licenciés dont un reclassé, et une poursuite de soins. Ce sont des patients présentant des polyopathologies. (Cette étude présente un biais, elle concerne les cas « difficiles » dont les tentatives de reprise ont le plus souvent échoué, et elle ne reflète donc pas obligatoirement les résultats de la chirurgie en général, mais elle soulève des problématiques qu'il faudrait élargir, car on s'aperçoit que le retour au travail n'est pas évident.)

La question du lien entre travail et douleur dans le cadre de l'apparition et du développement des TMS, et celle des différentes composantes qui interviennent dans leur apparition a été posée. Les études effectuées (notamment celles de l'ANACT) montrent qu'un geste répétitif en soi n'est pas, à lui seul, capable de provoquer des TMS. Notre expérience nous confirme qu'il faut aussi qu'à un moment donné, la personne en situation soit débordée par son activité pour que s'installe un cycle infernal. Souvent la personne veut toujours en faire plus et tenir coûte que coûte ; ceux qui sont les plus atteints sont ainsi, souvent, les plus « bosseurs », ceux pour qui la valeur travail est importante et qui se trouvent dans des situations très difficiles parce qu'ils ont vraiment joué le jeu jusqu'au bout et qu'ils ne lâchent que quand vraiment ils n'en peuvent plus...

En conclusion, dans les problèmes d'épaule, beaucoup de métiers concernés sont ceux où les gens travaillent avec les membres supérieurs en suspension avec hyperactivité et mouvements répétés et contraints, mais, toujours avec cette composante qui touche à l'organisation du travail, au débordement, au stress et à la difficulté de faire face. On constate dans l'étude faite au centre sur les épaules la fréquence des pathologies intriquées et d'une atteinte du membre controlatéral non exprimée, mais latente. Pour nous, une difficulté est celle de savoir jusqu'où on peut pousser la réadaptation sur toutes ces épaules opérées parce que les consignes ne sont pas toujours clairement établies pour savoir à partir de quand on peut forcer et jusqu'à quel niveau. On sait, à travers nos

tests fonctionnels, que la réadaptation, le réentraînement à l'effort apportent un mieux aux personnes, mais la progression n'est pas toujours suffisante pour franchir le pas du retour à l'emploi, surtout pour les travailleurs âgés. En dehors du plan médical il y a, bien sûr, beaucoup de conséquences sur le plan familial, sur le plan social, sur le plan financier. Il faut donc lutter pour les éviter et le maître-mot reste la prévention, et donc la précocité du repérage de ces problèmes dans l'entreprise qui doit permettre la mise en œuvre des actions de correction dès que possible. Dans l'idéal, la chirurgie devrait être précédée d'un bilan de la situation socioprofessionnelle pour bien mesurer les différents enjeux.

”

*Une autre solution peut également être envisagée avec le salarié lors de la visite de pré-reprise : le contrat de réadaptation en entreprise.*

**Josiane LE GUEN**  
Contrat rééducation CPAM



“

Je suis conseiller en rééducation professionnelle au sein de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Rennes. Ma première mission est d'aider les travailleurs handicapés à retrouver un métier qui soit

compatible avec leur état de santé par l'accès à des stages de mobilisation, des stages de pré-orientation, des formations. Une autre de mes missions est donc la mise en place de contrats de rééducation en entreprise.

Un contrat de rééducation professionnelle est un contrat écrit, passé entre la caisse primaire, l'employeur et le salarié, contrat d'une durée de trois mois à un an. Ce contrat doit permettre la remise au travail des personnes qui, du fait d'un problème de santé, ont perdu la possibilité d'exercer leur profession ou, pour qui, un temps de réentraînement au travail est nécessaire. L'idée est que la caisse primaire apporte une aide financière à l'entreprise pour faciliter cette reprise et, en contrepartie, l'employeur respecte les restrictions d'aptitude qui sont

préconisées par le médecin du travail et accepte les éventuels aménagements d'horaires de travail.

Toutes les personnes présentant un problème de santé - en maladie, en accident de travail ou en maladie professionnelle - et bénéficiant de la reconnaissance « travailleur handicapé » par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées peuvent bénéficier du contrat de rééducation.

C'est, en règle générale, le médecin du travail qui est à l'initiative de la demande. Mais cette demande peut également émaner de la personne elle-même ou d'une personne de son entourage. Cela peut venir aussi d'un centre hospitalier, d'un centre de rééducation professionnelle, d'un employeur, du SAMETH, d'HANDI-BAT-TP. Mais, dans tous les cas la demande doit être accompagnée d'un certificat médical du médecin du travail.

Le point de départ du contrat de rééducation est la date de reprise du travail, sachant que ce contrat peut être mis en place à l'issue d'un temps partiel thérapeutique. Le médecin du travail choisit la mesure la plus appropriée. S'il choisit dans un premier temps de faire reprendre la personne à temps partiel, le salarié va percevoir des indemnités journalières pour le temps non travaillé et être rémunéré par l'employeur pour le temps travaillé. Dans le cadre d'un contrat de rééducation, c'est une reprise à temps plein mais l'employeur va percevoir une aide financière.

La procédure pour mettre en place un contrat de rééducation est la suivante : lorsque je reçois un certificat médical d'un médecin du travail qui demande la mise en place d'un contrat de rééducation, je prends contact avec l'entreprise et je me rends sur place pour expliquer ce



qu'est le contrat de rééducation. Le médecin du travail peut être présent, de même que le salarié. Les représentants syndicaux ou les représentants du personnel sont parfois également présents.

Il y a parfois nécessité de mettre en place une formation s'il y a un changement de poste de travail. Le volet formation n'est pas pris en charge par la caisse primaire, c'est alors le SAMETH qui monte le dossier de rémunération.

Nous convenons avec l'employeur de la durée du contrat de rééducation, du salaire à prendre en compte et de la participation de la caisse primaire pendant la durée de ce contrat, sachant que la participation maximale peut atteindre 80% du salaire brut pendant un temps donné. Cela peut être aussi une participation variable, par exemple pour un contrat mis en place pour 6 mois, la caisse primaire peut intervenir les 3 premiers mois pour

80% du salaire brut et les 3 mois suivants simplement pour 60%, le travailleur retrouvant une capacité de travail de manière progressive.

Le contrat de rééducation est ensuite signé par la caisse primaire, par l'employeur et par le salarié et visé par la Direction du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle.

Il faut retenir que ce contrat est un outil à la disposition du médecin du travail, il lui permet de ne pas poser l'inaptitude directement mais d'observer les capacités de travail du salarié. Il s'agit d'une tentative de reprise qui dans la mesure où l'employeur est aidé financièrement va être acceptée plus facilement. La reprise peut être un échec mais le contrat de rééducation aura permis, au moins, au médecin du travail de se rendre compte de la capacité de travail du salarié en question.



## LES AIDES TECHNIQUES ET SOCIALES MOBILISABLES

Le maintien dans l'emploi des salariés en situation de handicap demande beaucoup de temps au médecin du travail et ce temps est utilisé au détriment de son action pourtant prioritaire de prévention primaire. De plus, le traitement des parties techniques et administratives du maintien dans l'emploi ne relève pas obligatoirement de la compétence médicale et enfin, le maintien dans l'emploi requiert de multiples compétences dont la mise en œuvre et le suivi d'actions nécessitent une centralisation de l'information. Ces trois raisons ont conduit le service de santé au travail de Saint-Malo à mettre en place une cellule d'appui technique au maintien dans l'emploi pour les travailleurs en situation de handicap. Le principal objectif de cette action est de favoriser le maintien au poste de travail, ou à un autre poste de travail dans l'entreprise, des travailleurs en situation de handicap, pour ainsi éviter le risque de licenciement pour inaptitude médicale et le risque de désinsertion professionnelle. Le but est d'optimiser les ressources internes et externes au service pour offrir au salarié, à l'employeur et au médecin du travail une aide lorsque les solutions et les ressources internes à l'entreprise sont dépassées. Lorsque le médecin du travail est informé ou repère une situation de handicap au travail pour un salarié, il peut proposer à celui-ci de rencontrer l'assistante MDE au sein de notre service. Cette rencontre se fait toujours avec le consentement de la personne. La composition de notre cellule maintien dans l'emploi peut être mouvante. Elle comporte au minimum le médecin du travail et l'assistante MDE. Ce binôme peut être complété en interne par l'intervenante du SAMETH (Service d'Appui au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés), ainsi que par l'ergonome de notre service. La cellule est en contact direct avec un réseau d'acteurs externes mobilisables selon les besoins.

*Pour mieux comprendre le fonctionnement de cette cellule, Maud Haqueberge, assistante MDE du STSM et Patricia Gérodier, chargée de mission SAMETH, exposent leur rôle respectif au sein de cette cellule et Sébastien Duval, chargé de mission FASTT (Fonds d'Action Sociale du Travail Temporaire pour les intérimaires victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles), qui un des intervenants extérieurs à cette cellule, présente son action spécifique en faveur du maintien dans le projet professionnel des travailleurs intérimaires victimes d'accident du travail ou de maladies professionnelles.*

**Maud HAQUEBERGE**  
Assistante MDE - STSM



“

Les principales missions de l'assistante MDE sont, d'abord, l'écoute le conseil et l'accompagnement de ces travailleurs en situation de handicap, dans un second temps c'est la gestion des dossiers de

demande de prestations puis la coordination entre les différents acteurs internes et externes au service.

Dans un premier temps, il faut donc savoir être à l'écoute du salarié, de ses attentes, de ses besoins et appréhensions. Il faut recenser les besoins de la personne afin de mobiliser les bons outils et les acteurs nécessaires. Il est indispensable d'informer le salarié sur ce qu'est la Reconnaissance en Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH) et dans un deuxième temps il faut l'aider à constituer le dossier de demande de RQTH, il

faut ensuite assurer le suivi de ces salariés durant toutes les étapes du maintien dans l'emploi. L'assistante MDE gère également les dossiers de demande de prestations, elle assure le traitement des dossiers auprès des salariés ou employeurs, auprès des divers interlocuteurs, tels la MDPH ou l'AGEFIPH. La troisième mission est de coordonner l'intervention des acteurs internes et externes au service. La coordination de l'action des acteurs internes consiste à organiser le travail en équipe, rechercher et mettre en place des solutions de maintien dans l'emploi pour le salarié en collaboration avec le médecin du travail et la chargée de mission du SAMETH. Des études ergonomiques peuvent être réalisées par les ingénieurs prévention du service. La coordination avec les acteurs externes au service s'apparente à un travail en réseau. Ces acteurs peuvent appartenir à l'AGEFIPH, aux CLIC (Centres Locaux d'Information et de Coordination d'Ille-et-Vilaine), au FASTT ou au SIADV (service interrégional d'appui aux adultes déficients visuels)...

Depuis le début de cette année, 60 dossiers de RQTH ont été faits, 7 dossiers prestations de compensation du handicap et 4 dossiers de demande de subvention AGEFIPH.

Enfin, ma mission est également d'être un soutien psychologique auprès des personnes en situation de handicap durant le temps des démarches.

”

**Patricia GERODIER**  
Chargée de mission au sein du Service d'Appui pour  
le Maintien dans l'Emploi  
pour les Travailleurs Handicapés en Ille-et-Vilaine

“

Les SAMETH sont des services personnalisés et gratuits mis à disposition par l'AGEFIPH – Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées – c'est l'organisme collecteur de fonds auprès des entreprises privées qui relèvent de l'obligation d'emploi. Ces fonds sont réinjectés par l'AGEFIPH en faveur de l'emploi et de la formation des personnes handicapées et également en faveur de leur maintien en entreprise au travers des SAMETH.

Le SAMETH 35 est un service porté par la structure ADIPH, Association Départementale pour l'Insertion

des personnes Handicapées qui a répondu à un appel d'offre, et ce, pour les trois ans à venir. Le SAMETH a pour vocation de répondre à la question suivante : comment maintenir en emploi un salarié dont le handicap survient ou s'aggrave ou qui se trouve être en difficulté pour des raisons de santé sur son poste de travail ? La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées donne la liste des bénéficiaires, à savoir les travailleurs qui ont une RQTH – Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé – délivrée par la Maison Départementale des Personnes Handicapées, les titulaires d'une pension d'invalidité qui réduit d'au moins 2/3 leur capacité de travail, les victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles, avec un taux d'incapacité au moins égal à 10% et les titulaires de l'Allocation Adulte Handicapé. Il y a d'autres publics concernés comme les veuves de guerre. Les objectifs de notre service sont de prévenir la désinsertion professionnelle et de préserver l'emploi des salariés handicapés de manière durable, pour cela nous intervenons en soutien auprès des médecins du travail,

des employeurs et des salariés, pour identifier et mettre en place une solution de maintien qui permettra au salarié de conserver son emploi. Les services maintien dans l'emploi sont présents dans chacun des départements de France et interviennent aussi bien dans le secteur privé que dans le secteur public, grâce à deux financeurs, à la fois l'AGEFIPH pour le secteur privé et le FIPHFP – Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique – pour les fonctions publiques. Nous pouvons intervenir sur les trois fonctions publiques, la fonction publique d'État, la fonction publique hospitalière et la fonction publique territoriale.

Notre mission consiste à délivrer des informations sur le maintien dans l'emploi, à éclairer sur les possibilités d'une démarche de maintien lorsque cette situation est clairement identifiée, à faciliter la mise en œuvre des solutions qui ont été trouvées et à aider à la recherche et mise en œuvre de solutions lorsque cela demande une démarche beaucoup plus complète. Nos missions s'inscrivent dans une démarche d'action commune entre les SAMETH et les services de santé au travail. Le rôle du SAMETH s'inscrit dans le prolongement des missions des services de santé au travail qui ont, elles-mêmes, pour objet la prévention et la promotion de la santé des personnes au travail. Nous intervenons en complémentarité des partenaires qui œuvrent dans le champ du maintien, tels que les services de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et la MDPH. Il y a une particularité sur le bassin de Saint-Malo. La rencontre de nos deux services, le STSM et le SAMETH 35, qui s'est effectuée lors de la première Journée Santé et Travail, en novembre 2008, a permis de faire valoir un souhait commun, celui d'une collaboration de proximité. Ce rapprochement, depuis janvier 2009, s'est traduit par



une présence quasi hebdomadaire du SAMETH dans les locaux du STSM, qui a permis de renforcer le dialogue entre les médecins et notre service. Une collaboration également permanente avec l'assistante maintien dans l'emploi et l'ensemble des médecins a permis de définir des plans d'action concertés à présenter aux travailleurs handicapés et à leurs employeurs, tout en respectant, bien entendu, les règles de confidentialité inhérentes en la matière. Le chargé de mission SAMETH a pu alors assurer la conduite et le suivi des actions mises en place en collaboration avec le réseau d'acteurs et surtout avec l'assistante MDE. Ce rapprochement a aujourd'hui pris la forme d'un véritable partenariat puisque, depuis octobre, pour optimiser une synergie de moyens et d'actions au bénéfice des usagers, entreprises et salariés, le STSM a intégré

notre service SAMETH dans sa cellule d'appui technique au maintien dans l'emploi.

Pour illustrer cette collaboration, je peux vous donner quelques chiffres arrêtés au 30 septembre. On a traité, de mars à septembre, 27 situations de maintien ; cela a abouti à 17 maintiens réussis (63%), 5 licenciements pour inaptitude médicale ont été prononcés et 5 salariés sont encore en arrêt de travail. Par maintien réussi il faut entendre que le salarié a été maintenu dans son entreprise ou dans le groupe auquel elle appartient, que ce soit sur son poste ou sur un autre poste de travail.

En conclusion, il faut répéter que la réussite d'un maintien dans l'emploi nécessite un repérage précoce des situations de handicap, une collaboration entre les médecins et un réseau d'acteurs et, bien entendu, la volonté conjointe de l'employeur et du salarié d'aboutir à une solution durable. En résumé : le maintien dans l'emploi c'est bien l'affaire de tous.

”

**Sébastien DUVAL**  
Chargé de mission FASTT

“ Le FASTT est une association paritaire créée en 1992 à l'initiative des syndicats d'employeurs et de salariés. Les actions du FASTT sont financées par une contribution obligatoire de toutes les entreprises de travail temporaire de 0,146% de la masse salariale des contrats de travail temporaire qui correspond à un budget de 19 à 20 millions d'euros sur l'ensemble du territoire français. C'est une organisation

qui repose sur un réseau de partenaires spécialisés pour la mise en œuvre de ses services.

Le FASTT a quatre domaines d'intervention : la facilitation pour l'accès au logement, l'accès au crédit, ou la réalisation de missions et l'accompagnement, l'information, le conseil et l'orientation. L'offre à disposition est conséquente avec, par exemple, les possibilités de garde d'enfant d'urgence ou de location de voiture à tarif préférentiel, la recherche d'une solution de logement pour un salarié qui travaille à 200 km de chez lui... le but est de favoriser la mission d'intérim.

Le FASTT, c'est une dizaine de personnes à temps plein sur Paris et des prestataires qui répondent à des appels d'offre. Le RESSIF - Réseau des Services Sociaux

# SIST DINAN

## Le maintien dans l'emploi dans les Côtes-d'Armor

FREDERIQUE BATY



MEDECIN DU TRAVAIL  
SIST DINAN

« Un groupe de réflexion a été mis en place dès 1998 par la Direction Départementale du Travail et il a débouché sur la création du comité de pilotage de maintien dans l'entreprise des salariés handicapés. Ce comité réunit régulièrement les différents partenaires leur permettant ainsi de se connaître et de s'informer mutuellement. Ces réunions sont également l'occasion d'échanger sur des cas « difficiles », anonymes, et de trouver collégalement des solutions. La composition du comité de pilotage comprend le Médecin Inspecteur Régional du Travail, le SAMETH, des représentants de la direction départementale du travail, du service social de la CRAM, de la CPAM, deux médecins du travail de Saint-Brieuc et deux de Dinan, la MSA, un médecin de la MDPH. C'est dans le cadre de ce comité que des plaquettes d'information sur le SAMETH ont été

Un comité de maintien dans l'emploi  
des travailleurs handicapés  
des Côtes-d'Armor

éditées ainsi que des affiches et des plaquettes sur la visite de pré-reprise, distribuées ensuite aux médecins de ville, aux infirmiers et aux kinésithérapeutes. Un sondage sur la connaissance du handicap chez les médecins de ville a également été organisé. »

« Le SIST Dinan couvre l'arrondissement de Dinan hors canton de Merdrignac, il dispose d'un centre fixe à Quévert, de deux centres mobiles et de 21 centres annexes. Il comprend un service médical, un pôle IPRP-MDE, une formatrice en sauvetage secourisme, des secrétaires et un pôle direction-administration. Il assure le suivi médical de 24700 salariés répartis dans 2321 entreprises. Le service a mis en place un pôle IPRP-MDE disposant de compétences dans l'accompagnement des salariés et des employeurs pour les problématiques de maintien dans l'emploi. Toujours sur prescription des médecins du travail, les trois grandes missions sont d'informer, d'analyser les problématiques et d'accompagner l'entreprise et le salarié vers une solution. Ce travail est réalisé en collaboration avec le SAMETH.

Si nous essayons de structurer en interne cette action de maintien dans l'emploi, c'est parce que la prestation à offrir au salarié et à l'entreprise nécessite une rapidité d'intervention. Le médecin reçoit souvent un salarié démuni, paniqué. L'entreprise doit s'interroger vite sur les possibilités de retour du salarié. On est souvent sollicité quasiment en direct lors de visite de pré-reprise, puis dans un second temps pour donner une première information au salarié. Face au grand nombre d'acteurs et d'intervenants dans le MDE, il faut travailler en simultanéité et non pas en succession et, dans un même lieu et dans un même temps appréhender ensemble une situation. »

Le service de santé au travail de Dinan  
et son action dans le cadre du maintien  
dans l'emploi des travailleurs en situation de handicap.

CATHERINE HAMON



ERGONOME MDE  
SIST DINAN



« Il s'agit d'une entreprise de travaux publics, l'entreprise Lessard-TP dont la responsable ressources humaines a accepté de venir témoigner. Cet exemple permet de rappeler l'importance de la collaboration entre les différents acteurs et l'utilisation possible de plusieurs mesures d'aides pour le salarié et pour l'entreprise. Il s'agit d'un jeune homme entré dans l'entreprise en décembre 2002 à l'âge de 20 ans comme manœuvre et

qui est chef d'équipe en 2005 lors de son accident. C'est un accident de la voie publique ayant eu lieu dans le cadre de la vie privée. Les séquelles laissées par cet accident sont importantes et ne permettent pas d'envisager une reprise au poste antérieur.

Le maintien est une action qui demande beaucoup de temps. En effet, l'accident a eu lieu en août 2005, le soin a duré assez longtemps, la première visite de reprise a eu lieu en avril 2008 et on peut dire à ce jour, fin 2009, que le maintien est maintenant réalisé. Ce dossier a mobilisé différents partenaires et s'est déroulé en plusieurs étapes.

En novembre 2007, la première visite de pré-reprise est sollicitée par le salarié lui-même sur recommandation du médecin conseil et du service social de la CPAM.

Dès cette première visite, l'hypothèse d'une reprise sur un poste de chauffeur de voiture pilote accompagnatrice d'un camion porte-engins est évoquée d'autant qu'un prochain départ en retraite rend ce poste disponible. Un contact est pris avec le SAMETH et avec HANDI-BAT-TP afin de définir le rôle de chacun. Ces contacts sont facilités par la connaissance mutuelle acquise au sein du comité de pilotage. À partir d'août 2008, le délai de trois ans des indemnités journalières étant écoulé, et après discussion avec le médecin conseil, le salarié bénéficie d'une invalidité catégorie 2. Après la revalidation de son permis de conduire, une demande de bilan médico-professionnel au centre de Kerpape est faite. Ce bilan est réalisé en octobre 2008. Il est nécessaire, tout d'abord, d'établir une fiche de poste détaillée afin de permettre la validation de chaque élément constitutif de l'activité. Cette étude fait ressortir, notamment, l'importance du binôme chauffeur-voiture pilote/chauffeur-camion porte-engins. Elle souligne la présence indispensable d'une bonne communication et d'une confiance mutuelle afin de réaliser cette mission en toute sécurité. Ce bilan permet également de valider les aménagements nécessaires dans le véhicule et de confirmer la possibilité d'un retour dans l'entreprise dans le cadre d'un contrat de rééducation. En décembre 2008, se déroule dans l'entreprise une réunion regroupant les différents partenaires intervenant dans ce dossier afin de déterminer les modalités de retour.

En particulier sont abordés le contrat de rééducation avec la participation de la CPAM, la formation du tuteur et l'information des collègues avec l'ergothérapeute du centre de Kerpape, la mise en place, avec la participation du SAMETH 22, de différentes mesures AGEFIPH de maintien dans l'emploi, aide à l'achat des véhicules et aménagement du poste de conduite (transformation en véhicule à boîte automatique).

Pour l'avenir, le médecin du travail, par sa présence dans l'entreprise va veiller à ce que ce maintien se fasse durablement et il pourra intervenir le plus en amont possible en cas de besoin. Il pourra également se faire aider par les mêmes équipes et continuer cette action pluridisciplinaire.

Il est important de revenir sur certains facteurs déterminants. Le facteur de départ a été la persistance du lien entre le salarié, ses collègues et les responsables de l'entreprise. Il faut noter également que l'intégration du salarié dans l'entreprise avant l'accident était bonne, ce qui est un élément facilitant la continuité du lien lors de l'arrêt. Cela permet de rentrer dans un cercle vertueux et de renforcer les possibilités de reclassement.

FRANCOISE BOURDILLON



MEDECIN DU TRAVAIL  
SIST DINAN

## Un exemple de maintien dans l'entreprise réussi

DOSSIER

POUR LES CONTACTER

SIST DINAN  
14 Rue du Petit Pré  
22100 QUEVERT  
Tel: 02.96.39.11.13  
Fax: 02.96.39.11.45

Interentreprises de France - intervient pour le service d'action sociale, le service social interentreprises de Rennes en fait partie.

Le service d'action sociale du FASTT regroupe environ 40 assistantes sociales sur l'ensemble du territoire français, une coordination nationale, quatre conseillères techniques et neuf assistants sociaux spécialisés dans la problématique du maintien dans le projet professionnel dont je fais partie.

Le service d'action sociale du FASTT est un service social du travail. L'action des assistantes sociales se concentre sur toutes les questions susceptibles d'impacter la disponibilité à l'emploi. Il peut, par exemple, intervenir financièrement pour les réparations de voitures, car on comprend bien que si la voiture est en panne, l'intérimaire ne peut pas se rendre sur le lieu de la mission. Les services d'action sociale du FASTT s'adressent à tous les intérimaires qui en ressentent le besoin et une priorité est donnée aux intérimaires accidentés du travail. Plusieurs études ont été faites et ont montré qu'il y a entre 30 et 50% de plus de risques pour un intérimaire d'avoir un accident de travail que pour un salarié en CDI.

Notre intervention se base sur l'écoute, l'information, l'orientation et la mise en relation dans le cadre d'un travail partenarial important avec les collègues des CRAM, les médecins du travail, les MDPH, etc.

Deux numéros verts sont à la disposition des intérimaires, le plus connu, le 0 800 28 08 28, met en relation avec une plateforme où toute demande peut être exprimée, que ce soit, par exemple, une demande de location de voiture ou une problématique sociale pure. La plateforme reçoit l'information et transmet la demande à l'assistante sociale du secteur géographique où réside l'intérimaire. Le numéro vert d'AT-services – 0 811 555 828 – est réservé aux intérimaires victimes d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle lors d'une mission. Avec AT-services on peut organiser le rapatriement d'un intérimaire hospitalisé loin de chez lui, mettre en place des aides à domicile, telles qu'aide ménagère, garde d'enfants, voire la garde des animaux. AT-services travaille avec l'IAPR (Institut d'Accompagnement Psychologique et de Ressources), des psychologues peuvent ainsi intervenir en cas d'accident de travail



traumatisant auprès de l'intérimaire ou éventuellement de sa famille. AT-services ou la plateforme généraliste peuvent diriger vers une des 40 assistantes sociales pour un suivi social plus important. Cette assistante sociale référente fait une première évaluation et en cas d'accident du travail évalue la nécessité d'une aide au retour à l'emploi. En général, avec l'intérim, pour un accident de travail important, la mission s'arrête bien avant le retour à l'emploi et c'est pour cela que l'on parle de maintien dans le projet professionnel. S'il y a une nécessité de

maintien dans le projet professionnel, l'assistante sociale généraliste m'adresse la personne.

Les intérimaires effectuant des missions cotisent au fonds de prévoyance REUNICA BAYARD. Ce fonds peut être sollicité pour compléter les indemnités journalières en cas d'arrêt maladie, ou peut compléter aussi en cas d'invalidité ou de pension d'invalidité.

Le FAFTT (Fonds d'Assurance Formation du Travail Temporaire) est un organisme qui peut être sollicité pour les bilans de compétence et, au même titre que le

CIF pour tout autre salarié, pour des formations plus longues.

J'anime le dispositif sur trois régions : Haute et Basse Normandie et Bretagne. L'objectif général est d'accompagner les salariés intérimaires accidentés du travail confrontés à une problématique de maintien dans l'emploi. Je reste le référent qui accompagne l'intérimaire tout au long de son parcours de réinsertion en lien avec les partenaires du réseau de l'intérim (l'entreprise de travail temporaire, le FAFTT...) et du réseau du handicap (MDPH, médecins du travail...). On préconise une prise en charge précoce de l'intérimaire suite à son accident de travail. L'intervention peut se faire dès réception du signalement. Je peux être interpellé par les partenaires extérieurs, je travaille beaucoup avec les collègues de la CRAM par exemple, qui peuvent m'interpeler en direct. Il n'y a pas nécessité de passer spécialement par la plateforme. Les actions sont menées dans le respect du rythme de la personne et toujours en accord avec elle. Une vigilance constante est donnée sur le statut de la personne et une attention particulière portée à la viabilité du projet de reconversion.

Pour terminer cette présentation je donne l'adresse du site Internet [www.fastt.org](http://www.fastt.org).

”

## DEBAT

**Question :** « Quel est le nombre de bénéficiaires du FASTT ? Et quels sont les intérimaires qui en bénéficient ? Est-ce que ce sont les intérimaires qui sont dans l'intérim « par accident » ou ceux qui sont des « pro » de l'intérim ? Par ailleurs, 90% des intérimaires ne restent pas intérimaires quel sens faut-il donner au maintien dans le projet professionnel ? »

**Sébastien Duval :** « Parmi les intérimaires que je rencontre, certains ont fait une mission d'une journée et d'autres travaillent en intérim depuis 20 ou 30 ans. Je ne peux pas dire précisément la proportion. Le nombre de dossiers fluctue actuellement entre 70 et 90 sur l'ensemble des trois régions. Je suis basé sur la région rouennaise car c'est sur les bassins rouennais et havrais que l'on trouve le plus grand nombre d'accidentés du travail. C'est pour cette raison que le FASTT a eu cette volonté de positionner quelqu'un sur cette région. »

**Question :** « Quels sont les métiers effectués par ces intérimaires ? »

**Sébastien Duval :** « Ils appartiennent principalement aux métiers du BTP : maçons, coffreurs, bancheurs avec pour causes principales les chutes de hauteur, souvent importantes : 5 à 6 mètres et plus. On retrouve également les métiers de la métallurgie avec des amputations. »

**Question :** « Le SAMETH s'occupe du maintien dans l'emploi pour les CDI et le FASTT s'occupe du maintien dans le projet professionnel, pour les intérimaires, qu'y a-t-il pour les CDD ? »

**Patricia Gérodier :** « Le SAMETH peut également intervenir pour des personnes en CDD, mais le maintien dans l'emploi demande du temps or si le CDD est court... »

**Benoit Dorémus :** « Il doit y avoir une logique aux interventions pour le maintien dans l'emploi, si on intervient sur un aménagement de poste pour une personne en CDD, il faut que ce CDD ait des chances de se transformer ensuite en CDI. En effet, quel sens peut avoir l'aménagement de poste de travail pour une durée « déterminée » ? À la fin du CDD le travailleur part avec son « aménagement de poste » ? Et quel sens peut bien avoir une intervention de maintien dans l'emploi... précaire ? »

**Daniel Lemoine - Inspecteur du Travail :** « Pour avoir rencontré à plusieurs reprises des situations de CDD en accident de travail, je me dis que pour tous ceux qui travaillent autour de cette notion, c'est très intéressant, une fois que l'accident de travail est intervenu, de se poser la question de savoir si ce CDD



était un vrai CDD. Je dirais la même chose pour les intérimaires du reste. Est-ce que ce salarié victime d'un accident de travail, voire d'une maladie professionnelle, sous un statut a priori précaire, n'occupait pas en réalité un emploi permanent ? Si l'on prend le temps de se poser cette question, on va avoir un autre levier pour travailler sur le maintien dans l'emploi. Lorsqu'on va se retourner vers l'entreprise en disant : « vous avez eu quelqu'un qui a eu un accident de travail, qui n'avait pas beaucoup d'ancienneté, a priori le contrat s'est terminé pendant la période d'arrêt de travail, mais si on y regarde de plus près, on se rend compte que cette personne occupait un emploi permanent », plutôt que d'entrer dans un contentieux sur le véritable statut de ce salarié, est-ce qu'il n'est pas de bonne politique de travailler avec l'entreprise sur son retour à l'emploi, qui se concrétise dans ces cas-là effectivement par le CDI qui aurait dû prévaloir avant l'accident. »

### CONCLUSION DES DEBATS

*Monsieur François Massolo, délégué régional de l'AGEFIPH et monsieur Gilles Mathel, directeur départemental du travail et de l'emploi d'Ille-et-Vilaine, sont chargés de conclure les débats en apportant leur éclairage sur les objectifs de l'organisation du maintien dans l'emploi à l'échelle de la région et du département et sur l'intérêt de développer une organisation volontaire par les services de santé au travail sur un territoire donné.*

**François MASSOLO**  
Délégué régional AGEFIPH



“

L'AGEFIPH et l'État, en 2002, ont décidé de porter un regard sur les initiatives qui avaient été construites depuis 1990 en matière de maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés.

Il convient de préciser que ces actions ne constituent qu'une petite partie des solutions de maintien sans commune mesure avec l'ampleur du travail fait depuis des décennies par les services de santé au travail et les médecins du travail en premier lieu. Cependant, il y avait lieu de regarder ce que l'intervention de l'AGEFIPH avait pu générer comme initiatives. L'État s'était alors un peu ému auprès de l'AGEFIPH en constatant que certains territoires étaient mieux desservis que d'autres, des équipes plus étoffées que d'autres, des répartitions entre ce que fait le médecin du travail et ce que fait l'intervenant financé par l'AGEFIPH très différentes d'un territoire à l'autre. Cette hétérogénéité de pratiques pouvant entraîner une inégalité de traitement n'était plus acceptable.

C'est donc une étude conduite en 2002 par le cabinet

STRAVIA qui a mis tout ça à plat. Deux dynamiques ont suivi. La première est celle d'un protocole d'accord national signé en 2006 entre l'État, l'Assurance Maladie, la CNAMTS la caisse centrale de MSA et l'AGEFIPH pour mettre à plat leurs champs de compétence et à partir de là construire un cadre d'intervention plus homogène dans les territoires. Parallèlement, l'AGEFIPH a élaboré une offre de service, en laissant peut-être moins de liberté aux acteurs financés par l'AGEFIPH mais en essayant d'homogénéiser les pratiques, il en résulte aujourd'hui ces quatre services qui vous ont été présentés par le SAMETH 35. Il a donc fallu faire passer cette construction dans la pratique, en l'inscrivant dans la durée pour ne pas tout changer trop brutalement. Cela a laissé le temps à des chartes régionales de se négocier avec les mêmes institutions ; chacun s'est retrouvé autour de la même table à se redire qui devait faire quoi, avec quels moyens, et avec quels objectifs...

Aujourd'hui il y a environ 8000 maintiens de travailleurs handicapés par an réalisés par les dispositifs financés par l'AGEFIPH. Désormais, l'ordre de grandeur de l'objectif des SAMETH en Bretagne est de 600 (dont 190 en Ille-et-Vilaine) ce qui semble ridicule par rapport à ce que font les médecins du travail, mais, justement, ceci permet de se dire qu'il faut retenir le principe de valeur ajoutée. La vocation de la Charte départementale signée le 20 octobre est de faire en sorte que notamment cet outil qu'est le SAMETH, soit utilisé au mieux. Il y a là un fort enjeu. Des initiatives comme celles de Saint-Malo – et je remercie le docteur Dorémus de nous avoir invités – sont autant d'éclairages sur ce qu'il est possible de construire sur les territoires, parce que, encore une fois, le maintien dans l'emploi, c'est l'affaire de tous.

L'expérience des Côtes-d'Armor s'est construite très tôt



dans cette action, car, dès 1998, le préfet demande à Ohé-Prométhée à l'époque, d'étudier comment mettre en place un dispositif de maintien dans l'emploi, et, naturellement, le programme départemental d'insertion des travailleurs handicapés (désormais plan départemental d'insertion des travailleurs handicapés) a constitué un espace privilégié de concertation avec des acteurs plus nombreux comme les centres de réadaptation, au-delà du cercle restreint des services de santé au travail et de l'AGEFIPH. Ce qu'il faudrait arriver à construire, c'est une approche commune basée sur l'anticipation des situations. Sans doute le PDITH et demain ce qui lui

succédera seront facilitants.

Il faut différencier ce qui est de l'ordre de la rapidité de réponse à une sollicitation d'un employeur qui souhaite qu'on intervienne vite et le temps qu'il faut donner à la construction de la réponse. Ce qui compte c'est d'être vite en contact vis-à-vis d'une interpellation, mais après, il faut laisser les choses se construire dans le temps.

Enfin, la collaboration opérationnelle entre le Service de Santé au Travail de Saint-Malo et le SAMETH35 nous paraît particulièrement intéressante, nous l'observerons d'autant plus, que cette coopération concrétise l'idée que le maintien est bien l'affaire de tous.

”

**Gilles MATHEL**  
Directeur Départemental du Travail  
et de l'Emploi d'Ille-et-Vilaine



“

**L**a charte départementale que nous avons signée le 5 octobre dernier n'a fait que traduire avec peut-être un nombre d'acteurs plus important ce qui a été réalisé par le service de

médecine du travail de Saint-Malo.

Si vous le permettez, je vais faire une petite digression sur le travail temporaire. Au 30 juin 2009, la Bretagne représente 4,5 % de l'emploi de salariés de droit commun en France, et 5,1% de l'emploi intérimaire, ce qui signifie que nous sommes sur-représentés en matière d'intérim. C'est important et en partie dû à la nature des activités, l'agroalimentaire, l'industrie automobile, le bâtiment. La première observation, d'importance, c'est que 90% des intérimaires ne choisissent pas l'intérim. Une bonne partie d'entre eux sont des jeunes, qualifiés ou non, mais trop souvent employés sur des emplois non qualifiés. Par ailleurs, l'intérim, ou plus généralement l'emploi précaire, est pourvoyeur d'accidents du travail. Nous pourrions imaginer qu'on aurait moins à intervenir sur les problématiques évoquées aujourd'hui si, en amont, on avait développé une prévention plus efficace. Ceci nous

ramène aux acteurs de la prévention, les employeurs, les salariés, les représentants du personnel, le médecin du travail, les autres services de prévention, notamment la CRAM, l'OPPBTB dans certains secteurs et l'inspection du travail elle-même, qui n'est trop souvent connue, et à tort, que sous un aspect répressif, alors que dans la réalité, elle intervient surtout sous la forme de conseils.

Dès lors, « comment anticiper sur des situations qui pourraient être à l'origine de difficultés ? », ce qui pose l'importance du dialogue social dans l'entreprise. Le paradoxe, cet après-midi, est que l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés concerne les entreprises de plus de 20 salariés, or ce sont celles qui en occupent moins de 20 qui recrutent et en emploient beaucoup, ce qui montre que le lien personnel entre l'employeur et les salariés constitue certainement un gage important de réussite. Dans les grandes entreprises, ce lien peut être remplacé par des institutions qui fonctionnent bien et une meilleure prise en compte en amont des conditions de travail. On constate également que les activités qui sont les plus génératrices de difficultés sont principalement le bâtiment et la métallurgie.

Dans l'exemple de Saint-Malo, on a bien noté que les différents partenaires interviennent de manière complémentaire pour assurer d'abord l'écoute du salarié puis son accompagnement. Cet accompagnement est une des clefs de la réussite, ainsi que la mise en musique de l'ensemble du partenariat autour du médecin du travail.

Le 5 octobre dernier, de nombreux partenaires ont signé la charte départementale de maintien dans l'emploi, l'État, représenté par la Direction Départementale du Travail, l'AGEFIPH représentée par François Massolo, l'assurance maladie, la MSA, les services de santé au travail, la MDPH, et également le régime social des indépendants. On l'observe, sur le terrain le partenariat

est extrêmement riche, il est en mouvement mais il existe certainement des marges de progrès. L'objet de la charte est de faire encore progresser les choses.

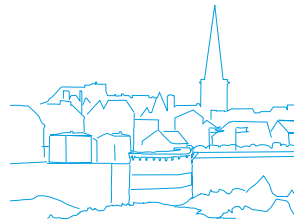
Les signataires de cette charte se donnent comme objectif d'optimiser la mise en œuvre et le suivi de la solution de maintien, prévoir et organiser les relais avec les dispositifs d'insertion ou les acteurs de la prévention et des risques professionnels, construire et alimenter un système partagé de recueil et de traitement de l'information, une banque de données, suivre les évolutions et capitaliser les expériences significatives, ce sont autant de thèmes qui intéressent le secteur qui nous occupe aujourd'hui mais qui peuvent être tout à fait dupliqués sur les problématiques d'emploi en général. Lundi dernier, Martin Hirsch le Haut Commissaire était présent à Rennes et nous avions sur

un plateau, comme aujourd'hui, des jeunes qui décrivaient leur parcours et on voyait que dans certaines situations c'était le fil qui manquait, c'est-à-dire que les jeunes allaient d'une structure à l'autre, n'avaient pas forcément le bon accompagnant, perdaient du temps...

L'autre objectif vise à repérer les besoins non couverts dans le département et à les analyser, à fixer les axes de progrès en tenant compte des particularités des départements, des bassins d'emploi et des branches professionnelles, de telle sorte qu'on ajuste à chaque fois la bonne réponse à la bonne situation.

Nous allons maintenant faire en sorte que l'État mette en place en Ille-et-Vilaine un comité de pilotage équivalent à ce qui existe pour le maintien dans l'emploi dans les Côtes-d'Armor et dans le Finistère.

”





## Le risque «bruit» en entreprise

**Marie-Odile SERVEL, Ingénieure prévention - SIST Dinan**  
**Mélanie MARQUES, Ingénieure prévention - STSM**  
**Anne RIFFAUD, Médecin du travail - SIST Dinan**

**Marie-Odile SERVEL**  
 Ingénieure prévention - SIST Dinan



### Notions générales

Les sons sont des vibrations de l'air qui se propagent en ondes acoustiques. Ils sont définis par leur fréquence, exprimée en Hertz (Hz). Les vibrations rapides correspondent à des fré-

quences élevées et donc à un son aigu.

Les vibrations lentes correspondent à des fréquences faibles et donc à un son grave.

L'échelle des fréquences sonores se divise en 3 parties :

- Les infrasons : < 20 Hz
- Les sons audibles (par l'homme) : 20 à 20000 Hz dont les fréquences de la parole 100 à 6000 Hz.
- Les ultrasons : > 20 000 Hz

Le bruit peut être plus ou moins harmonieux. Distinction entre le bruit harmonieux (la musique) et le bruit désagréable (sons mécaniques, sans harmonie). Tous ces bruits peuvent être plus ou moins nuisibles sur la santé physique mais aussi mentale de l'homme en fonction de leur intensité, de leur caractère intempestif, ou constant. Les niveaux de bruit ne s'ajoutent pas de manière arithmétique, ils se composent selon une échelle logarithmique : si, par exemple, une machine produit 80 dB(A), deux mêmes machines produiront 83 dB(A) et cinq machines produiront 87dB(A).

### Le bruit au travail

Selon un sondage réalisé pour l'Agence européenne

pour la sécurité et la santé au travail début 2005, 67% des actifs français se disent dérangés par le bruit sur leur lieu de travail. Selon l'étude Sumer 2003, en France, les expositions de longue durée – plus de 20 heures par semaine – à des niveaux élevés – plus de 85 dB(A) – concernent 6,8% des salariés. Les secteurs les plus concernés sont l'industrie et la construction. Un certain nombre des travailleurs exposés sera atteint de surdité irréversible.

L'évaluation des risques met en évidence les dangers auxquels sont exposés les travailleurs. Le bruit constitue l'un des éléments pris en compte dans cette évaluation, différents seuils sont fixés par la réglementation. Afin d'évaluer ce risque, le bruit doit être mesuré. Les résultats doivent être intégrés au document unique. En fonction des résultats, des dispositions doivent être prises pour diminuer l'exposition des salariés au bruit.

Les exigences de la réglementation sont basées sur la comparaison de l'exposition sonore du salarié à différents seuils : si ces seuils sont dépassés, certaines actions doivent être entreprises.

La réglementation définit plusieurs seuils d'action (sur 8 heures d'exposition) :

Relation durée d'exposition/niveau sonore établie par l'INRS

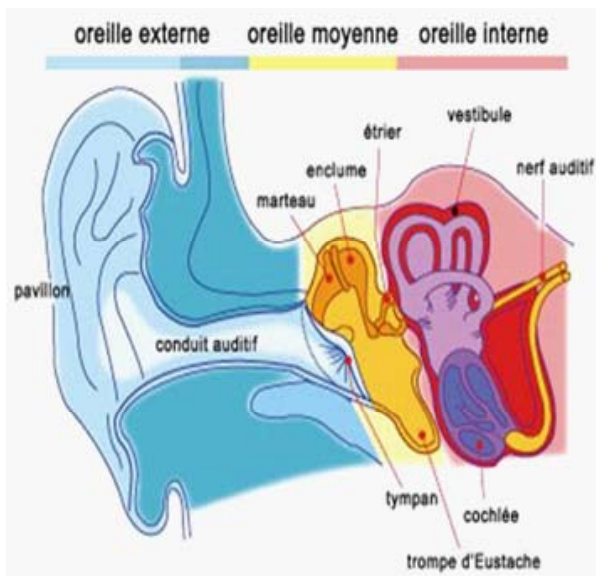
Lex8h en dB(A)	Durée d'exposition quotidienne maximale
80	8h
83	4h
86	2h
89	1h
101	3mn45s
110	28s
125	0.9s

- Seuil d'alerte, nuisible = 80dB(A)
- Seuil de nocivité = 85 dB(A)
- Seuil de danger (à ne pas dépasser) = 87 dB(A)

L'évaluation de l'exposition au bruit doit tenir compte de niveau sonore perçu par le travailleur mais aussi de la durée d'exposition. Le fait qu'un opérateur soit soumis à un bruit intense pendant quelques minutes peut être aussi nocif que 8 heures d'exposition à 80 dB(A).

## Les effets du bruit sur la santé

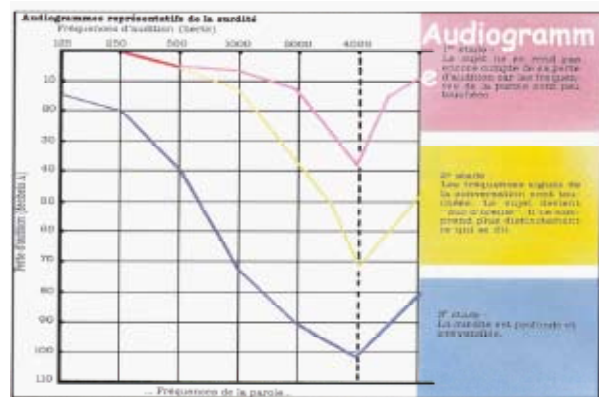
Le « risque bruit » est le risque professionnel le plus fréquemment rencontré en secteur artisanal et industriel. Ses effets sur la santé sont nombreux, variés et dépassent très largement la seule question de l'atteinte auditive. L'appareil auditif est constitué de 3 compartiments : l'oreille externe, l'oreille moyenne et l'oreille interne. Les ondes sonores passent dans le conduit auditif et arrivent sur le tympan qui vibre comme une peau de tambour. Les osselets : le marteau, l'enclume et l'étrier, situés derrière le tympan, dans l'oreille moyenne, transmettent les vibrations qui sont ensuite amplifiées et analysées au niveau de l'oreille interne et transformées en influx nerveux via la cochlée pour le nerf cochléaire (audition) et via le vestibule et les canaux semi-circulaires pour le nerf vestibulaire (équilibre).



Les atteintes auditives sont de 3 ordres : le traumatisme sonore, provoqué par un bruit très intense et bref, ce n'est pas ce que l'on rencontre le plus souvent en entreprise mais lors des séances de tir dans l'armée par exemple ; la fatigue auditive est extrêmement fréquente en revanche chez les salariés dans les ateliers – un signe assez classique : lorsque le salarié prend son véhicule le matin, il baisse le niveau sonore de sa radio qu'il avait mis la veille en rentrant du travail – et la surdité professionnelle, c'est ce que nous voulons éviter puisqu'elle est définitive

et irréversible. C'est une atteinte de l'oreille interne. Elle est insidieuse parce qu'elle touche d'abord les fréquences aiguës qui ne sont pas celles de la conversation, le sujet atteint n'est pas gêné dans sa vie de tous les jours.

Exemples d'audiogrammes de sujets qui ont une atteinte auditive :



- premier stade en mauve : la perte auditive concerne les fréquences aiguës autour de 4000 Hz, le sujet ne se plaint d'aucune gêne
- deuxième stade en jaune : les fréquences de la conversation 500 à 2000Hz sont touchées et le sujet est gêné en société, il fait répéter ce qu'on lui dit
- troisième stade en bleu: la surdité est profonde, le sujet s'isole car il n'entend pas ou très peu ce qu'on lui dit. Ces pertes sont malheureusement définitives.

En dehors d'atteintes auditives, le bruit produit de nombreux autres troubles, il a des effets aussi bien sur l'organisme que sur le travail. Il altère la qualité du travail en perturbant la communication, en diminuant la concentration et la vigilance, il entraîne fatigue et nervosité et il peut être source d'accidents de travail. Le bruit n'a pas que des conséquences sur l'audition, il affecte également les appareils cardio-vasculaire, digestif, locomoteur, et neurologique notamment. Insistons sur deux points : le bruit affecte l'appareil cardio-vasculaire en accélérant le rythme cardiaque et augmentant la tension artérielle, le bruit affecte l'appareil locomoteur en provoquant une tension musculaire qui augmente le risque de trouble musculo-squelettique.

Quelle est la part « attribuable » au bruit dans ces atteintes? C'est difficilement quantifiable, mais on sait que le bruit est un des facteurs favorisant ces atteintes pathologiques. La surdité due au bruit en milieu de travail peut être, sous certaines conditions, reconnue en maladie professionnelle : tableau n° 42 du régime général de sécurité sociale.

### Prévenir le risque bruit en entreprise

Que prévoit la législation ?

L'exposition est évaluée à partir de deux paramètres : l'exposition « moyenne » sur 8 heures, notée Lex,8h en dB (A) et le niveau de bruit impulsionnel maximal, dit « niveau crête », noté Lp,c., en dB (C). Chacun de ces deux paramètres est comparé à 3 seuils :

suffisamment le bruit auquel est exposé le sujet, le plus confortable possible et porté en permanence.

Les protecteurs ne peuvent pas remplacer une bonne protection collective, mais la complètent efficacement à condition d'être portés pendant toute la période d'exposition au bruit.

	Niveau d'exposition quotidienne en dB (A)	Niveau de pression acoustique de crête en dB (C)	Obligations de l'employeur (prévues par le Code du travail)
<b>1<sup>er</sup> seuil d'action</b>	80 dB	135 dB	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mise à disposition de protections auditives individuelles</li> <li>Information et formation sur les risques liés au bruit</li> <li>Sensibilisation au port des protections auditives</li> <li>Mise en place d'examen audiométrique préventif par le médecin du travail</li> </ul>
<b>2<sup>e</sup> seuil d'action</b>	85 dB	137 dB	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mise en œuvre d'un programme de mesures de réduction d'exposition au bruit</li> <li>Signalisation des lieux concernés par ce niveau de bruit</li> <li>Vérification par l'employeur du port de protecteurs auditifs (appropriés aux situations de travail et adaptés aux salariés)</li> <li>Surveillance médicale renforcée pour les travailleurs exposés à ces niveaux de bruit</li> </ul> (Article R4434-3, R4434-7, R4435-1)
<b>Valeur limite d'exposition</b>	87 dB	140 dB	<ul style="list-style-type: none"> <li>Seuil à ne dépasser en aucun cas</li> <li>Adoption immédiate de mesures de réduction du niveau d'exposition</li> <li>Identification des causes de l'exposition et adaptation des mesures de protection</li> </ul>

Comment faire ?

Informier et former le travailleur :

- sur les risques auxquels il peut être exposé,
- sur la prise en compte de ce risque bruit dans l'évaluation des risques,
- sur la mise en place de plans d'action.

Le premier principe pour lutter contre le bruit est la protection collective. C'est le moyen le plus efficace, mais aussi le plus difficile à mettre en œuvre techniquement. Elle permet d'agir dès la conception ou par correction des lieux de travail. Lorsque tous les moyens de protection collective contre le bruit ont été envisagés et qu'ils n'ont pu être mis en œuvre, on peut recourir à des protecteurs individuels.

Différents types de bouchons existent, le choix se fera en fonction de l'activité de l'entreprise, des spécificités du poste de travail.

Pour qu'un protecteur auditif joue bien le rôle de protection, il doit être efficace, c'est-à-dire affaiblir

En effet, le non port des bouchons entraîne une diminution de la protection effective sur la journée de travail et une perte d'efficacité globale des protections.

### Efficacité des protections en fonction de la durée de non-port sur une durée de 8 heures

Durée de non-port (en minute)	Protection effective (en décibels)	Perte d'efficacité (en %)
0	30	0
1	23	25
10	17.5	42
30	12.6	58
60	9.1	70
240	3	90

Source INRS ED 868

Les actions de protection collective visent essentiellement la propagation du bruit généré par la ou les sources sonores. Les zones bruyantes doivent être signalées afin d'informer les salariés de la nécessité de porter une protection.

### Différentes mesures peuvent être envisagées :

**1 - Organisationnelles** : diminution de la durée d'exposition. Dans certains cas, on peut éloigner les travailleurs des zones les plus bruyantes, au moins pendant une partie de la journée. On peut aussi faire tourner les travailleurs entre des postes bruyants et non bruyants.

**2 - Réduction du bruit à la source** : agir sur la machine est le moyen le plus efficace de lutter contre le bruit sur les lieux de travail... Mais c'est aussi le plus rarement mis en œuvre car il est parfois techniquement difficile.

Par exemple, l'emploi de lames de caoutchouc permettant de freiner la chute d'objets dans un réceptacle réduit fortement le bruit de choc... un changement de technologie... des matériaux nouveaux... des dispositifs spécifiques (silencieux d'échappement).

Lors de l'achat d'une machine ou d'un outil bruyant, il faut prendre en compte le niveau sonore qu'ils vont générer. Ne pas oublier la maintenance des machines (changement des roulements usés, resserrage des boulons dévissés, graissage...).

**3 - Action sur la propagation du bruit** : le cloisonnement des machines : séparer la ou les sources de bruit des opérateurs par la mise en place d'une paroi hermétique ; les encoffrements de machines : un encoffrement est une boîte présentant un isolement phonique élevé, à l'intérieur de laquelle est placée la machine bruyante. C'est efficace si la machine est automatique ou nécessite peu d'interventions manuelles ; les écrans acoustiques : efficaces surtout s'ils sont associés à un traitement acoustique du plafond ; le traitement acoustique du local : on peut revêtir les parois du local - le plafond, mais aussi les murs et les cloisons - d'un matériau possédant la propriété d'absorber fortement le son.

### Qui peut aider l'entreprise ?

Si vous souhaitez évaluer le niveau sonore de vos ateliers, mesurer l'efficacité d'une amélioration... vous pouvez solliciter les Services de Santé au Travail pour réaliser des mesures (cartographies, mesures d'exposition...).

En complément d'un projet d'aménagement, les fournisseurs d'EPI et les laboratoires spécialisés en protection auditive peuvent vous aider à mettre en place des équipements de protection individuelle adaptés à votre activité.

Concernant la mise en place de protections collectives, des études pointues sont souvent nécessaires. La CRAM dispose d'un service spécialisé, le Centre Interrégional de Mesures Physiques de l'OUEST, CIMPO, qui peut réaliser sous certaines conditions des études acoustiques.





## Le risque «vibrations» en entreprise

*Mini conférence-débat organisée dans le cadre de la convention de partenariat entre le service de Santé au Travail de Saint-Malo et l'Organisme Professionnel de Prévention du Bâtiment et des Travaux Publics*

**Fabrice MARTINE**  
Médecin du travail (STSM)



### ***PATHOLOGIES LIEES AUX VIBRATIONS***

Les vibrations sont responsables d'atteintes articulaires, vasculaires et nerveuses des membres supérieurs lors de l'utilisation d'outils vibrants, ainsi que d'atteintes de la colonne vertébrale liées à la conduite de véhicules et d'engins roulants : douleurs lombaires, dorsales et cervicales, hernies discales, ainsi que leurs conséquences sciatiques et cruralgies.

La survenue et la gravité de ces pathologies dépend de la dose de vibrations reçue, quotidienne et cumulée au cours de l'exercice professionnel, ainsi que du type de vibrations. En effet, ces dernières sont caractérisées par différents paramètres : la fréquence (nombre d'oscillations par seconde, exprimée en hertz), l'amplitude (distance parcourue autour du point d'équilibre) et l'accélération (variation de la vitesse autour de ce même point d'équilibre).

La fréquence des vibrations reçues orientera vers les différentes atteintes citées plus haut : entre 25 et 50 hertz, celle des outils percutants on verra apparaître des pathologies osseuses et articulaires ; entre 50 et 200 hertz pour les machines rotatives, des atteintes vasculaires et

nerveuses ; et enfin, au-delà de 300 hertz pour les petits outils tournant à de hautes vitesses, œdèmes et troubles de la sensibilité.

Entre 25 et 50 hertz, sur les engins roulants, elles génèrent des atteintes de la colonne vertébrale.

Les fortes accélérations sont un facteur de gravité, et en pratique les valeurs limites d'exposition et les mesures réalisées sont exprimées en accélération.

#### **Pathologies vasculaires du système main-bras :**

Le syndrome de Raynaud est une modification de la circulation sanguine des doigts évoluant selon une séquence toujours identique, avec un arrêt de la circulation par constriction des artérioles, responsable d'un aspect de doigts blancs cireux, suivi d'une phase douloureuse de rougeurs et d'œdèmes lors de la reprise de la circulation. Le froid est le facteur déclenchant essentiel, souvent par exposition des mains au froid, mais parfois lors d'une sensation générale de froid, ou lors d'une exposition de la face ou du front.

Une complication possible est la survenue de nécrose de la pulpe du doigt par défaut d'irrigation prolongé.

On la retrouve souvent associée à d'autres pathologies des membres supérieurs causées par les vibrations.

Il existe d'autres causes à ce syndrome : collagénoses (maladies de type auto-immunes touchant plusieurs organes), leucémies, toxique (ergot de seigle), forme vasculaire du syndrome du canal carpien. Lorsqu'il est isolé, sans cause retrouvée, il prend le nom de Maladie de Raynaud.

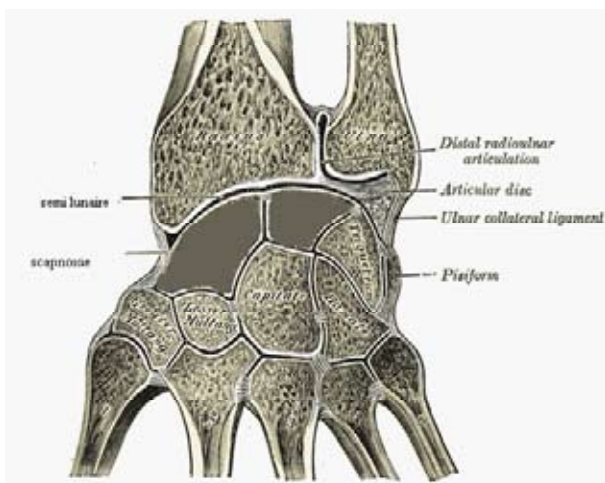
La neuropathie des vibrations se manifeste sous la forme de troubles de la sensibilité des doigts, difficultés à l'exécution de gestes fins, fourmillements des mains, éventuellement associés à un phénomène de Raynaud.

Le syndrome du marteau hypothénar tient une place à part car plutôt lié à la répétition de chocs sur le talon de la main. Il est dû à la présence d'un anévrisme (dilatation d'une artère) et/ou d'une thrombose (caillot sanguin) d'une artère de la main, et se manifeste par des anomalies de la circulation sanguine de la main, dont le syndrome de

Raynaud. Une obstruction complète d'une artère digitale par migration d'un caillot est possible ce qui en fait sa gravité.

### Pathologies ostéo-articulaires du système main-bras :

L'Ostéonécrose du semi-lunaire (Maladie de Kienboch) et du scaphoïde (Maladie de Kohler), sont deux atteintes du poignet dues à la mort d'un os du carpe. Elles se révèlent par des douleurs et une limitation de la mobilité de l'articulation du poignet. Le diagnostic est fait par la radiologie. Le traitement est chirurgical, sous la forme d'une arthrodèse, c'est-à-dire une immobilisation définitive du poignet.



L'arthrose hyperostosante du coude se manifeste par une diminution de la mobilité du coude, peu douloureuse, liée à une calcification des structures entourant l'articulation du coude (ligaments, capsule...) avec peu ou pas de lésions d'arthrose classique (destruction des surfaces articulaires, ostéophytes...), ce qui explique son caractère indolent.

Par ailleurs, l'utilisation d'outils vibrants favorise la survenue de troubles musculo-squelettiques du membre supérieur tels que les tendinites du poignet, du coude ainsi que de l'épaule, la compression du nerf médian au niveau du poignet (syndrome du canal carpien), ainsi que l'arthrose (coude, poignet, épaule).

Les pathologies dues aux vibrations transmises au corps entier sont essentiellement des atteintes de la colonne vertébrale retrouvées chez les conducteurs d'engins ou de poids lourds, douleurs (cervicales, dorsales et lombaires), hernies discales et leurs conséquences, sciatiques et cruralgies.

Les vibrations sont responsables de micro-déplacements dans toutes les directions de l'espace, créant ainsi des forces de compression et de cisaillement qui vont détériorer la surface articulaire de la vertèbre, favoriser la dégénérescence du disque intervertébral et sa rupture

qui participera à la formation de la hernie discale.

Si cette dernière comprime une racine nerveuse, elle sera à l'origine d'une sciatique (espace intervertébral situé entre les quatrième et cinquième vertèbres lombaires ou entre la cinquième lombaire et première vertèbre sacrée), ou d'une cruralgie (deuxième et troisième ou troisième et quatrième vertèbres lombaires). Il s'agit de douleurs linéaires du membre inférieur, dont le trajet dépend de la topographie de la hernie discale.

Sciatique et cruralgies par hernie discale confirmée radiologiquement, arthrose du coude, ostéonécroses, troubles angioneurotiques, syndrome du marteau hypothénar figurent dans les tableaux n° 97 et 69 des maladies professionnelles.

Pour d'autres fréquences (de 2 à 30 hertz) et pour terminer, les vibrations transmises au corps entier provoquent la cinétose ou mal des transports, difficultés de lecture et gêne respiratoire.

**Bernard BIBOLLET**  
Chef de projets OPPBTP

**E**n France, parmi les 19 millions de travailleurs, nombreux sont ceux qui sont exposés aux vibrations mécaniques. Les vibrations mécaniques sont à l'origine d'accidents du travail et de maladies professionnelles.

**DEFINITION :** Les vibrations mécaniques sont des mouvements rapides de va-et-vient exécutés par l'ensemble des molécules d'un corps autour d'une position d'équilibre. Ces mouvements s'exercent dans différentes directions, ils sont en général imperceptibles à l'œil du fait de leur rapidité et de leur faible déplacement.

Dès qu'un opérateur est en contact avec un objet vibrant, des vibrations lui sont transmises. Les vibrations peuvent produire des effets sur le corps entier ou sur une partie, notamment les membres supérieurs (bras et mains).

Les effets des vibrations mécaniques dépendent des facteurs suivants : fréquence, amplitude, direction, posture du corps (debout ou assis), durée d'exposition, efforts exercés par l'opérateur et chocs accompagnant les vibrations

### FACTEURS DES VIBRATIONS

**La fréquence :** c'est, en une seconde, le nombre de fois où le corps vibrant se déplace dans une direction et revient en position initiale : la fréquence s'exprime en Hertz (Hz).

**L'amplitude :** la vibration entraîne le déplacement d'un corps sur la même distance, dans une direction puis dans la direction opposée, à partir de la position qu'il occupe au



repos, avec une vitesse comprise entre 0 et une valeur maxi. **L'accélération** traduit la variation plus ou moins rapide de la vitesse, c'est cette accélération qu'on désigne généralement comme amplitude de la vibration, elle s'exprime en  $m/s^2$ .

Un déplacement de 1 mm correspond à une faible accélération pour les basses fréquences, à une très forte accélération pour les fréquences élevées.

**La direction** : les vibrations se transmettent au corps selon 3 axes : - Z: axe vertical pied-tête corps debout ou siège-tête corps assis - X: axe antéro-postérieur - Y: axe droite-gauche. Ces axes existent au niveau des mains, selon les différentes positions de la main.

**La posture du corps humain** : du point de vue mécanique, chaque organe est assimilable à une masse suspendue à un ressort, et chacun amortit différemment la vibration selon son degré de raideur.

**La durée d'exposition** : plus les opérateurs sont exposés longtemps, à des niveaux d'amplitude élevés, plus ils ont de risque de souffrir. Une fois qu'une personne commence à souffrir, l'exposition aux vibrations ne peut qu'accroître la douleur : les vibrations sont la cause de TMS.

**Les efforts exercés par l'opérateur** : la force avec laquelle une personne serre manuellement un outil influe sur la quantité d'énergie de vibration transmise aux mains.

**Les chocs accompagnant les vibrations** : les chocs s'ajoutent aux amplitudes des vibrations : c'est le cas par exemple d'un véhicule roulant sur une piste dégradée avec des nids de poule.

### LES EFFETS SUR LE CORPS HUMAIN

- **De 0,7 à 100 Hz** : Fréquences des vibrations des véhicules ou des machines pénétrant par les pieds, le siège et/ou le dos et affectant l'ensemble du corps (en particulier la colonne vertébrale).

Exemple de véhicules générant de telles fréquences: engins de chantier de BTP, chariots automoteurs à conducteur porté, camions poids lourds.

- **De 5 à 1500 Hz** : Fréquences des vibrations des machines vibrantes transmises par les mains et affectant essentiellement les membres supérieurs (mains et bras).

Exemple d'outils portatifs générant de telles fréquences: marteaux piqueurs, burineurs, perceuses, meuleuses, scies à chaîne, clouteuses.

En agissant sur le conducteur, les vibrations affectent l'ensemble du corps humain, elles peuvent : causer un inconfort, affecter les performances, aggraver des désordres pré-existants au niveau du dos et entraîner des lombalgies et des microtraumatismes de la colonne vertébrale. Les vibrations transmises aux mains et aux bras peuvent entraîner des troubles vasculaires (troubles amplifiés par le froid et l'humidité), des lésions ostéo-articulaires et des troubles neurologiques ou musculaires

### EVALUATION DES RISQUES

**Identification des risques** : identifier les machines et les équipements exposant le travailleur à des vibrations mécaniques.

**Valeur d'exposition journalière aux vibrations et déclenchement de l'action de prévention** : L'exposition aux vibrations mécaniques est caractérisée par la valeur de l'exposition journalière rapportée à une période de référence de 8 heures. L'exposition journalière aux vibrations est le résultat d'un calcul qui combine la valeur de l'amplitude des vibrations, la valeur de la durée d'exposition et une pondération selon la direction de la vibration (Code du travail art. R. 4441-2 et arrêté du 6 juillet 2005)

L'amplitude de la vibration d'une machine, exprimée en valeur d'accélération, peut être mesurée ou indiquée par le fabricant dans la notice d'instructions. On trouve également sur Internet des bases de données d'organismes européens relatives à ces valeurs.

#### Voici quelques ordres de grandeur (source SOBANE)

**Engins de travaux publics** : Pelle : moy.  $0,6 m/s^2$  - maxi  $1,9 m/s^2$  ; Poussoir : moy.  $0,7 m/s^2$  - maxi  $2 m/s^2$  ; Rouleau vibrant : moy.  $0,8 m/s^2$  - maxi  $1,5 m/s^2$  ;

**Véhicules** : Pick-up 4 x 4 sur route en mauvais état : moy.  $0,5 m/s^2$  - maxi  $1 m/s^2$  ;

**Outillage portatif** : Tronçonneuse suspendue, poignée avant : moy.  $7,3 m/s^2$  - maxi  $14,6 m/s^2$ , poignée arrière : moy.  $12,9 m/s^2$  - maxi  $24,1 m/s^2$ ; Meuleuse : moy.  $6 m/s^2$  - maxi  $17,6 m/s^2$ ; Marteau piqueur : moy.  $11,5 m/s^2$  - maxi  $30,0 m/s^2$ .

Le calcul de la valeur de l'exposition journalière peut être fait commodément grâce à la méthode « simplifiée ». Cette méthode, non exposée dans le cadre de la présentation, consiste à déterminer pour un opérateur, et pour chaque machine utilisée, le nombre de points d'exposition sur une durée de 8 heures : la valeur d'exposition journalière est la somme de ces points.

En fonction du nombre de points obtenu, un abaque permet de vérifier s'il y a lieu de déclencher l'action de prévention prévue par le Code du travail (Code du travail art. R. 4443-2), c'est-à-dire :  $0,5 m/s^2$  pour les vibrations transmises à l'ensemble du corps,  $2,5 m/s^2$  pour les vibrations transmises aux mains et aux bras.

**Rappel réglementaire** : « L'exposition journalière d'un travailleur aux vibrations mécaniques, rapportée à une période de référence de 8 heures, ne peut dépasser les valeurs limites d'exposition suivantes :  $5 m/s^2$  pour les vibrations transmises aux mains et aux bras et  $1,15 m/s^2$  pour les vibrations transmises à l'ensemble du corps. » (Art. R. 4443-2 du Code du travail)

**Document unique** : L'évaluation des risques liés aux vibrations mécaniques est insérée dans le document unique de l'entreprise.

### PREVENTION DES RISQUES

Les machines mises sur le marché européen doivent être conformes aux exigences de santé et de sécurité de la directive \* « machines », et notamment :

« La machine doit être conçue et construite de manière à ce que les risques résultant des vibrations produites par la machine soient réduits au niveau le plus bas, compte tenu du progrès technique et de la disponibilité de moyens permettant de réduire les vibrations, notamment à la source. Le niveau de vibration peut être évalué par rapport à des données comparatives d'émissions relatives à des machines similaires. »

\* Directive n° 89-392/CE applicable depuis le 1er janvier 2005, remplacée par directive 98/37/CE, puis 2006/42/CE à compter du 29/12/2009.

#### Les principes généraux de base sont :

Réduire les vibrations à la source - Réduire les transmissions des vibrations à l'opérateur - Réduire la durée d'exposition - Réduire les efforts lors de l'utilisation des outils vibrants - Entretenir les équipements selon les indications de la notice d'instructions - Aménager les postes de travail ou de conduite - Se prémunir du froid et de l'humidité - Utiliser des commandes à distance.

#### Vibrations affectant le corps entier

Ce sont principalement les conducteurs d'engins qui sont concernés. **Les conditions de roulage** sont responsables en grande partie des vibrations des engins roulants. Elles peuvent être améliorées, en premier lieu, en réduisant les inégalités des surfaces de circulation, en répartissant correctement les chargements et en adaptant la vitesse à l'état de la surface de circulation.

**Pour les engins munis de roues**, la qualité des pneus est un facteur qui influence la transmission des vibrations. Les pneus sont adaptés par construction à l'engin et aux conditions générales de travail. Les pneus gonflables à l'air permettent d'obtenir une raideur adaptée au terrain. La notice d'instruction indique les pressions de gonflage en fonction du type de terrain ainsi que les consignes de maintenance.

Un **système de suspension** est une solution qui permet de filtrer certaines fréquences de vibrations. La suspension doit être appropriée à la masse qu'elle doit supporter, sous peine d'être écrasée et inefficace et doit être appropriée aux fréquences à filtrer. **Sur les engins, on trouve des suspensions à différents niveaux** : certains systèmes de suspension de châssis sont à raideur variable, comme les systèmes pneumatiques avec vérin à air gonflable. Dans ce cas, la suspension est adaptable à la masse transportée et aux conditions de roulage. Les cabines suspendues sont efficaces pour réduire les vibrations de basses fréquences (< 10 Hz) transmises au conducteur. Exemple de grandeur de fréquence générée pour un tracteur routier : cabine non

suspendue 2 à 3 Hz et cabine suspendue 1,5 à 3 Hz. Le siège est le dernier rempart pour le conducteur. La plupart des sièges atténuent les vibrations au-delà de 5 Hz. Peu de sièges donnent une atténuation importante en dessous de 4 Hz. Un siège dit « ergonomique » n'atténue pas forcément les vibrations. Un siège « antivibrations » peut être efficace sur un engin, et contre efficace sur un autre. Il faut choisir des sièges avec 4 réglages possibles : poids, ajustement AV, AR, hauteur et inclinaison du dossier et former le conducteur au réglage du siège.

#### Vibrations affectant les membres supérieurs

Il s'agit des vibrations de haute fréquence, supérieure à 200 Hz, fréquemment atteintes avec les outils électroportatifs tels que meuleuses, perceuses, tronçonneuses, ou pneumatiques comme les marteaux piqueurs et les burineurs.

*Ces vibrations sont indispensables au bon fonctionnement et à l'efficacité de ces outils.*

Le découplage entre la source d'énergie excitatrice et les mains par un **système de suspension** est la solution qui permet de réduire les vibrations. Il s'agit de la suspension par des poignées antivibrations, de la suspension de l'outil au niveau du système de frappe et du port de gants antivibratiles.

Il est primordial que l'outil de travail (meule, burin, foret, etc.) soit de bonne qualité et en bon état.

Les poignées antivibrations sont montées en général sur la plupart des outils électro-portatifs des gammes « professionnelles ».

La suspension d'un outil permet à l'opérateur de s'affranchir du poids de l'outil et de le guider à l'aide d'une poignée isolée de la machine

L'utilisation de gants antivibrations n'est pas un moyen toujours efficace pour réduire les vibrations transmises aux membres supérieurs. Les gants actuellement sur le marché sont composés d'un revêtement en matériau polymère qui amortit les vibrations de basses fréquences, alors que les vibrations transmises par les membres supérieurs sont des vibrations de fréquences supérieures à 80 Hz. Par contre le port des gants est efficace pour protéger les mains, pour répartir la force sur la poignée de l'outil et l'avoir bien en main, et pour conserver les mains au chaud.

#### EN CONCLUSION

L'efficacité des moyens mis en œuvre pour réduire la transmission des vibrations au corps humain sur les engins et lors de l'utilisation d'outils électro-portatifs est globalement liée à 3 points : l'adéquation des matériels en fonction de l'environnement, la qualité de conception des équipements installés sur ces matériels pour supprimer ou réduire la transmission des vibrations et le maintien en bon état des équipements.



## L'air intérieur des locaux de travail

*Cette conférence s'inscrit dans le cadre de la semaine européenne de la prévention des risques : « Lieux de travail sains, c'est bon pour vous, c'est bon pour les affaires ».*

**Mélanie MARQUES, ingénieur prévention (STSM)**  
**Philippe LETORT, médecin du travail (STSM)**

L'air est composé de 78% d'azote, 21% d'oxygène, 1% d'argon et de traces de gaz rares. La respiration est un phénomène d'échanges gazeux : il y a absorption de dioxygène (O<sub>2</sub>) et rejet de dioxyde de carbone (CO<sub>2</sub>). La respiration se fait au niveau du poumon. La trachée permet de conduire l'air du larynx aux bronches, l'air passe ensuite des bronches aux bronchioles et enfin aux alvéoles. La plèvre délimite un espace vide situé entre les poumons et la paroi thoracique (cf. Figure 1).

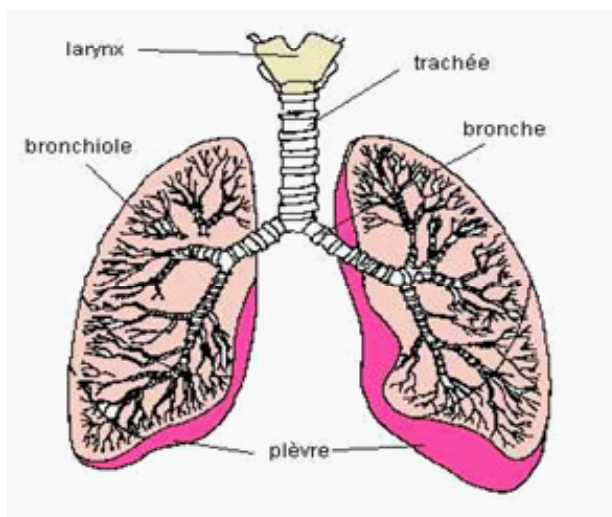


Figure 1

Nous passons en moyenne 22 heures sur 24 en espace clos ou semi-clos et en moyenne 8 heures par jour dans les locaux de travail (Observatoire de la qualité de l'air intérieur). En Bretagne, entre 2002 et 2004, 54 cas d'intoxication ont été recensés (Observatoire Régional de la Santé de Bretagne), 76% de ces cas concernent

des intoxications domestiques au monoxyde de carbone (CO).

Les environnements intérieurs subissent une grande diversité de pollutions. Ces pollutions sont liées à des contaminants physiques, chimiques et microbiologiques et peuvent avoir un impact sur la santé de l'homme :

- Anoxie : privation d'oxygène
- Intoxication : danger créé par l'inhalation de gaz toxique ou de particules présentes dans l'air
- Allergie
- Infection
- Cancer

La pollution de l'air intérieur dépend des locaux, des équipements, de l'environnement extérieur et de l'activité des occupants. On distingue deux types d'activité :

- L'activité non spécifique : la pollution produite par cette activité est liée à la seule présence humaine dans les locaux ;
- L'activité spécifique : activité à l'origine d'émission de substances dangereuses ou gênantes sous forme de gaz, vapeurs, aérosols solides ou liquides (ex : garages, atelier de soudure, atelier de peinture, cuisine, piscine...)

**La qualité de l'air est conditionnée par différents facteurs :**

- La nature et l'intensité des sources d'émission intérieures
- Le taux de renouvellement de l'air
- Les éventuels systèmes de traitement de l'air
- La qualité de l'air extérieur

**La qualité de l'air dépend aussi de la conception et de l'exploitation des bâtiments :**

- Matériaux de construction et de décoration
- Mobilier
- Vapeurs de peinture (travaux de rénovation, colle...)
- Contaminants extérieurs (emplacement de prises d'air)
- Produits phytosanitaires (traitement du bois, insecticides, fongicides...)
- Polluants issus de la combustion (chauffage, production d'eau chaude)
- Plantes, fleurs, animaux

### On distingue plusieurs types de contaminants :

- Physique : poussière de bois, amiante, radon, farine, poussière végétale, particules inertes...
- Chimique : formaldéhyde, benzène, naphthalène, dioxyde d'azote, monoxyde de carbone, trichloroéthylène, tétrachloroéthylène et autres Composés Organiques Volatils (COV)...
- Microbiologique : moisissures, allergènes (acariens, champignons microscopiques), pollens, bactéries (légionellose)...

### Les manifestations sur la santé de l'air ambiant respiré dans les locaux de travail sont de trois ordres :

- Des symptômes cliniques comme les céphalées, les vertiges, les nausées, voire des signes d'allergie ;
- Des symptômes comportementaux comme l'absentéisme accru, la baisse de productivité ou l'augmentation de la fréquence des pauses ;
- Deux syndromes cliniques : le « sick building syndrome » ou syndrome des bâtiments malsains et le « building related illness » ou maladie liée au séjour dans l'immeuble et dont l'agent causal est identifié. Il est souvent d'origine infectieuse (légionelloses, fièvre du lundi, ou fièvre des humidificateurs).

### LE SICK BUILDING SYNDROME (SBS) OU SYNDROME DES BÂTIMENTS MALSAINS

L'Organisation Mondiale de la Santé définit le SBS comme un excès de plaintes et de symptômes survenant chez une partie des occupants d'un bâtiment correspondant à un local à pollution non spécifique: il faut exclure le cas des locaux industriels à pollution spécifique (par exemple poussières de bois dans une menuiserie). Le SBS ne peut être évoqué qu'après avoir éliminé chez les personnes concernées, une maladie liée au bâtiment et dont la cause est identifiable (intoxication CO par exemple). Les symptômes observés ne sont pas spécifiques, on peut citer : céphalées, trouble de la concentration, asthénie, irritation cutanée, oculaire ou nasale voire des voies aériennes supérieures. On retient donc une cause inconnue et de nombreux facteurs étiologiques suspectés. Les facteurs favorisants sont le type et le taux de ventilation, les composés organiques volatils (COV), les particules en suspension et l'humidité. Les symptômes bien que banals peuvent être inconfortables voire invalidants et rendre des sites



entiers de travail non fonctionnels. C'est un problème de santé environnementale de plus en plus fréquent. Dans les locaux de travail, il devient un problème de santé au travail. Le « sick building syndrome » est en constante augmentation depuis les années 70, il nécessite une prise en charge pluridisciplinaire. Le coût économique et social est important.

Les deux polluants de l'air intérieur les plus importants sont représentés par le Radon et le monoxyde de carbone.

### L'EXPOSITION PROFESSIONNELLE AU RADON

Le radon est un gaz radioactif d'origine naturelle particulièrement présent dans les régions granitiques et volcaniques. Il constitue la principale source d'irradiation naturelle en France. Le radon correspond au numéro atomique 86 sur le tableau de Mendeleïev. Sa masse volumique est de 9,76 kg/m<sup>3</sup>, il est donc 8 fois plus lourd que l'air. L'inhalation du radon augmente le risque de cancers du poumon dans des proportions comparables au tabagisme passif. En France, les régions les plus riches en radon sont la Bretagne, le massif central, les

Vosges et la Corse. Les niveaux sont généralement plus faibles en zone urbaine qu'en zone rurale (zone sédimentaire, habitat en étages). L'exposition domestique au radon est estimée en France à 68Bq/m<sup>3</sup>. L'obligation de mesure systématique du radon et de gestion de risque concerne en France 31 départements. Le département de l'Ille-et-Vilaine n'en fait pas partie. Cette obligation est applicable pour certains bâtiments à

usage professionnel et quatre types d'établissements ouverts au public : les établissements d'enseignement, les établissements sanitaires et sociaux avec capacité d'hébergement, les établissements thermaux et les établissements pénitentiaires.

Un arrêté du 7 août 2008 a fixé la liste des activités professionnelles donnant lieu à une mesure du niveau de radon sur le lieu de travail. Il s'agit des lieux de travail en rapport avec des activités de travail souterrain (au moins 1 heure/jour). Il n'y a pas actuellement d'obligation pour l'habitat.

Lorsque le niveau de radon dépasse 400 Bq/m<sup>3</sup> pour les bâtiments anciens et 200 Bq/m<sup>3</sup> pour les bâtiments neufs,

des actions doivent être mises en œuvre par l'employeur pour réduire l'exposition. La prévention passe par la mise en œuvre de solutions techniques destinées à réduire les niveaux de radon dans les bâtiments : la ventilation régulière des locaux de travail est indispensable. S'il n'existe pas de ventilation mécanique, l'aération des locaux doit être quotidienne.

### L'INTOXICATION PROFESSIONNELLE AU MONOXYDE DE CARBONE (CO)

Le monoxyde de carbone est un gaz inodore, incolore, non irritant, très toxique du fait, notamment, de sa liaison avec l'hémoglobine qui entrave la libération d'oxygène au niveau tissulaire. Le monoxyde de carbone est classé toxique et bénéficie de la phrase de risque R61 : « risque pendant la grossesse d'effets néfastes pour l'enfant ».

Le monoxyde de carbone est classé toxique pour la reproduction catégorie 1 selon l'Union européenne. Les causes d'intoxication sont extrêmement nombreuses puisque le CO apparaît dans toutes les situations où une combustion incomplète se produit (appareil de chauffage, moteur à essence en atmosphère confinée, groupe électrogène, scie à moteur, chariot élévateur, hotte bouchée, travaux en cuve avec le gaz de fermentation, pompe à moteur thermique...). Les intoxications peuvent survenir à domicile ou sur le lieu de travail. Elles peuvent être aiguës ou chroniques, individuelles ou collectives. Ce type d'intoxication reste extrêmement fréquent.

L'intoxication aiguë : les signes cliniques inauguraux sont polymorphes, sans spécificité. Cela explique qu'en l'absence de contexte évocateur, le diagnostic peut devenir difficile. Le tableau traditionnel est constitué de céphalées, de troubles de comportement, vertiges, sensation de faiblesse musculaire, troubles visuels, douleurs abdominales, malaise voire perte de connaissance. Des manifestations cardiovasculaires sont également possibles : infarctus du myocarde, collapsus cardiovasculaire et plus rarement œdème pulmonaire. Un coma inaugural est souvent présent. Il existe des formes immédiatement mortelles. Il existe chez la femme enceinte un risque de souffrance fœtale par anoxie.

L'intoxication chronique : il s'agit surtout de troubles de la mémoire, de la personnalité, de troubles cognitifs et plus rarement de troubles moteurs (hémiplégie, akinésie).

Les dosages atmosphériques du CO : Les mini-détecteurs de CO sont facilement utilisables en milieu industriel. L'alerte est à 35 ppm, et le seuil d'alarme à 75 ppm.

### PRINCIPALES SUBSTANCES RESPONSABLES D'EFFETS PATHOGENES

(tableau en fin de document)

L'évaluation des risques est une obligation de l'employeur (article L4121-3 du Code du travail). Les risques doivent être identifiés, définis et cotés, afin d'être hiérarchisés. Enfin, il faut mettre en place des plans d'action pour pallier à ces risques. Le STSM peut vous accompagner dans cette démarche d'évaluation des risques.

L'identification des risques passe par deux types d'indicateurs :

- Indicateurs subjectifs : plaintes (à l'employeur, au médecin du travail), symptômes comportementaux, évaluation olfactive (odeurs) ;
- Indicateurs objectifs : évaluation technique (mesures de gaz), débit de la ventilation (taux de renouvellement d'air).

Afin d'éviter toute pollution atmosphérique, il faut mettre en place une prévention collective.

Dans les locaux fermés, l'air doit être renouvelé de façon à :

- Maintenir un état de pureté de l'atmosphère propre à préserver la santé des travailleurs ;
- Éviter les élévations exagérées de température, les odeurs désagréables et les condensations (Articles R4222-1 et R4222-2 du Code du travail).

Les locaux à pollution non spécifique peuvent être aérés par ventilation mécanique ou par ventilation naturelle permanente (Articles R4222-4, R4222-5 et R4222-7 du Code du travail). La ventilation naturelle permanente peut être utilisée à condition que le local possède des ouvrants donnant directement sur l'extérieur et que les dispositifs de commande de ces ouvrants soient accessibles aux occupants.

La réglementation fixe un volume minimal du poste de travail permettant une ventilation naturelle à :

- 15 m<sup>3</sup> pour les bureaux et les locaux où est effectué un travail physique léger
- 24 m<sup>3</sup> pour les autres locaux.

(Articles R4222-4, R4222-5 et R4222-7 du Code du travail)

Lorsque l'aération des locaux à pollution non spécifique est faite par des dispositifs de ventilation, un débit minimal d'air neuf, par occupant, doit être amené (Article R4222-6 du Code du travail) :

Désignation des locaux	débit minimal d'air neuf par occupant (m <sup>3</sup> /h)
Bureaux, locaux sans travail physique	25
Locaux de restauration, de vente, de réunion	30
Ateliers et locaux avec travail physique léger	45
Autres ateliers et locaux	60

Pour les locaux à pollution spécifique, un système général de ventilation est indispensable. Cependant, il faut très souvent le compléter par un système d'aspiration à la source (hotte, table aspirante, torche aspirante) de manière à capter le polluant avant qu'il ne se répande dans l'atmosphère.

Si la protection collective ne suffit pas, une protection individuelle (masque respiratoire) doit être mise en place.

### Le choix d'un masque respiratoire dépend de :

- La teneur en oxygène du lieu de travail
- La nature et la concentration des polluants (gaz, aérosols solides ou liquides)
- Les dimensions des particules s'il s'agit d'un aérosol
- Les conditions de température et d'humidité
- L'activité physique de l'utilisateur
- La durée du travail à effectuer

### Il existe deux types d'appareils respiratoires :

- Les appareils filtrants, qui purifient l'air environnant par filtration. Ils ne doivent pas être utilisés en atmosphère pauvre en oxygène ;
- Les appareils isolants, qui sont alimentés en air respirable à partir d'une source non contaminée.

L'appareil est constitué de deux parties : une pièce faciale et un dispositif de filtration ou un dispositif d'apport d'air respirable. La pièce faciale est en contact avec le visage de l'utilisateur et assure l'étanchéité entre l'atmosphère ambiante et l'intérieur de l'appareil. Elle doit donc être bien ajustée pour éviter les fuites. Les appareils filtrants peuvent être à ventilation libre (l'air traverse le filtre grâce à la respiration de l'utilisateur) ou à ventilation assistée (l'air ambiant est aspiré à travers le filtre par une pompe). Ils sont munis d'un filtre anti-aérosol ou d'un filtre anti-gaz.

### Les filtres anti-aérosol sont répartis en trois classes :

Classes	Utilisations
1	Aérosols solides et/ou liquides sans toxicité spécifique
2	Aérosols solides et/ou liquides dangereux ou irritants
3	Aérosols solides et/ou liquides toxiques

La durée d'utilisation d'un filtre anti-aérosol dépend de la concentration en aérosol dans l'atmosphère et du rythme respiratoire de l'utilisateur. De manière générale, le filtre doit être changé lorsque l'utilisateur ressent une gêne respiratoire. Cette gêne est attribuée au fait que le filtre est colmaté, il faut donc le changer.

### Il existe différents types de filtre anti-gaz :

Type	Couleur	Utilisation
A	marron	Produits organiques à point d'ébullition > 65 °C
B	gris	Gaz et vapeurs inorganiques sauf le monoxyde de carbone (CL <sub>2</sub> , Br <sub>2</sub> , H <sub>2</sub> S, HCN...)
E	jaune	Dioxyde de soufre et autres gaz et vapeurs acides (HCL...)
K	vert	Ammoniac et dérivés organiques nitrés
HgP <sub>3</sub>	rouge+blanc	Vapeurs de mercure
NOP <sub>3</sub>	bleu+blanc	Oxydes d'azote
AX	marron	Produits organiques à point d'ébullition < 65°C
SX	violet	Composés organiques spécifiques désignés par le fabricant

Ces filtres anti-gaz sont répartis en trois classes, 1, 2 ou 3, selon leur capacité de piégeage. Les gaz sont adsorbés sur une surface de charbon actif située dans le filtre. Le filtre doit être changé lorsque tous les sites d'adsorption sont occupés. Là encore, la durée d'utilisation dépend, entre autres, de la concentration de gaz et du rythme respiratoire de l'utilisateur, elle est donc très difficile à estimer. Il est conseillé de changer de filtre lorsque l'utilisateur commence à sentir le produit chimique. Un même filtre ne doit pas être réutilisé pour deux gaz différents. Pour un gaz dangereux, le filtre ne doit être utilisé qu'une seule fois. Il existe des filtres combinés anti-aérosol / anti-gaz ou encore des filtres fonctionnant avec plusieurs types de gaz : A2P2, B2E2P1...

Quel que soit l'appareil respiratoire utilisé, le salarié doit être informé des risques encourus. De même, il doit être formé à l'utilisation de l'appareil respiratoire. Les masques doivent être régulièrement nettoyés et entretenus. Lorsqu'ils ne sont pas utilisés, ils doivent être conservés dans une boîte hermétique placée dans un local non pollué.

## PRINCIPALES SUBSTANCES RESPONSABLES D'EFFETS PATHOGENES

SUBSTANCES / PARAMETRES	PRINCIPALES SOURCES et FACTEURS POTENTIELS ASSOCIES	EFFETS SANITAIRES DOMINANTS		
		AIGUS	CHRONIQUES	CANCERS <sup>1</sup>
<b>BIOCONTAMINANTS</b>				
Allergènes de chiens, chats, acariens	Chiens, chats, acariens Humidité, température	Respiratoires (allergies, asthmes)	Respiratoires (allergies, asthmes)	ne/ne
<b>COMPOSES CHIMIQUES</b>				
Monoxyde de carbone	Appareils de chauffage et de production d'eau chaude, tabagisme, véhicules à moteur	Cardiovasculaires et neurologiques	Cardiovasculaires	ne/ne
Acétaldéhyde	Fumée de tabac, panneaux de bois brut et de particules, isolants, photocopieurs, photochimie atmosphérique, métabolite de l'alcool éthylique.	Irritations yeux, tractus respiratoire	Cancers : nasal, larynx Hodgkin ?	2B/B2
Acrotéine	Effluents automobiles, fumée de tabac, combustion et chauffage des graisses animales et végétales	Respiratoires	ne	ne/ne
Benzène	Carburants, tabagisme, produits de bricolage, ameublement, produits de construction et de décoration	Neurologiques et immunologiques	leucémie	1/A
n-décane, n-undécane	White-spirit, colles pour sol, cires, vernis à bois, nettoyeurs sol, moquettes, tapis	ne	ne	ne/ne
1,4-dichlorobenzène	Antimites, désodorisant, taupicide	Développement	Rénaux	ne/ne
Ethylbenzène	Effluents automobiles?, cires	ne	Développement	ne/ne
Formaldéhyde	Photochimie atmosphérique, panneaux de particules, de fibres, en bois agglomérés, émissions des livres et magazines neufs, peintures à phase «solvant», fumée de tabac, photocopieurs	Respiratoires	Cancer naso-pharyngé	2A/B1
Hexaldéhyde	Panneaux de particules et de bois brut, émissions des livres et magazines neufs, peintures à phase solvant, produits de traitement du bois (phase aqueuse)	ne	ne	ne/ne
Styrène	Matières plastiques, matériaux isolants, automobiles, fumée de tabac	Neurologiques	Neurologiques Cancer pulmonaire	2B/ne
Tétrachloroéthylène	Nettoyage à sec, textiles, moquettes, tapis	Rénaux	Neurologiques	2A/ne
Toluène	Peintures, vernis, colles, encres, moquettes, tapis, calfatage siliconé, vapeur d'essence	Neurologiques	Neurologiques	3/D
Trichloroéthylène	Peintures, vernis, colles, dégraissants métaux	Neurologiques	Cancers testicules, foie, lymphatique	2A/ne
1,2,4 Triméthylbenzène	Solvants pétroliers, carburants, goudrons, vernis	ne	ne	ne/ne
Xylènes	Peintures, vernis, colles, insecticides	Neurologiques	Neurologiques	3/D
<b>PARTICULES</b>				
Particules fines	Pollution extérieure (dont effluents diesel), fumée de tabac, cuisine, ménage, combustion	Respiratoires et cardiovasculaires	cardiopulmonaires et cancer broncho-pulmonaire	ne/ne
<b>IRRADIATION NATURELLE</b>				
Radon	Sols granitiques, eaux, matériaux de construction	-	Cancer pulmonaire	1/ne
Rayonnement gamma	Rayonnements cosmiques et telluriques (sols, matériaux de construction)		Cancer	1

<sup>1</sup> Classement des cancérigènes selon le CIRC (Centre International de Recherche sur le Cancer : 1, 2A, 2B, 3 et 4) / l'EPA ( Environmental Protection Agency : A, B1, B2, C, D, et E) :

**A1** : cancérigène chez l'homme; **B/2A** : cancérigène probable chez l'homme; **C/2B** : cancérigène possible chez l'homme; **D/3** : inclassable; **E/4** : probablement non cancérigène chez l'homme ou non cancérigène chez l'homme; **ne** : non évalué

**Et pour retrouver toutes ces informations  
et bien d'autres encore concernant  
le Service de Santé au Travail du Pays de Saint-Malo ...**

**www.stsm35.net**



Siège social Saint-Malo  
4-6 rue Augustin Fresnel  
BP 154  
35408 SAINT-MALO

Tél : 02.99.81.12.22  
Fax : 02.99.82.07.05

Centre annexe Dinard  
2 rue Raphaël Veil  
35800 DINARD

Tél : 02.99.46.13.36  
Fax : 02.99.16.99.63

Centre annexe Dol  
7 bis Bd Deminiac  
35120 DOL-de-BRETAGNE

Tél : 02.99.48.22.62  
Fax : 02.99.80.91.32