

Séminaire 10 ans chantier travail IR-FSU, 1 et 2 février 2017

Atelier « Santé au travail » Intervention sur : « Recherche sur le travail et syndicat de la recherche: la coopération est-elle possible? » **Pierre Deransart, SNCS**, Christine Eisenbeis, SNCS, Marc Guyon, CNAM

Intervention à 3 (Christine, Marc puis Pierre) donc ma partie était quasiment réduite à 3 minutes...

Compte-tenu du temps, je me suis contenté d'une intervention sous forme d'une réflexion inspirée par mon activité au sein du CNHST¹ de l'INRIA² comme représentant SNCS³. Je la reprends ici en la développant un peu. L'idée directrice de cette réflexion est de mettre en évidences les contradictions auxquelles peut être confronté un membre de CHSCT, et qu'une aide spécifique peut être nécessaire (mais je n'ai pas abordé la question de quelle forme d'aide il pourrait s'agir). L'utilité des actions favorisant la sécurité et la santé au travail semble si évidente qu'on en oublie parfois que celles-ci peuvent comporter des aspects contradictoires.

De mon point de vue ces questions de sécurité et de santé sont mises en œuvre dans le contexte d'une société à tendance hygiéniste⁴ et sécuritaire (éradication des « maladies » et des accidents, non-violence, dialogue, 0-défaut, Excellence, humain parfait et vie éternelle...) et en partie « déshumanisée » par l'invasion du numérique. Cette société produit d'un côté une certaine casse du travail et promet, en compensation, qualité de vie et bonheur dans la vie, et même parfois au travail.

J'ai dès le début fait allusion à un poème du pasteur Niemöller⁵ c'est-à-dire, on le verra plus loin, la possibilité, même dans l'action syndicale, d'arriver, à l'issue de son plein gré, au fil des évolutions historiques des CHSCT, vers un comportement absurde ou simplement insupportable, et dont il n'est pas facile de sortir⁶ sinon par des formes de renoncement ou de désengagement.

Les CHS ont existé avant les CHSCT (mon expérience s'étalant de 2008 à 2012), et l'ajout de CT n'a fait, de mon point de vue, qu'élargir la définition des risques à prendre en compte, mais avec pour conséquences que la nature même de ces nouveaux risques peut aller jusqu'à produire des effets « paradoxants »⁷ et engendrer du mal être parmi les acteurs de la prévention.

Rappelons que les CHSCT ont avant tout un rôle de prévention. Celle-ci se décline à 3 niveaux : prévention primaire, secondaire et tertiaire. Dit de manière très résumée et un peu caricaturale⁸ : dans la *prévention primaire* on cherche à éviter l'apparition d'un risque, dans la *prévention secondaire*, on admet que le risque puisse se produire, mais on évite la création d'un dommage, et dans la *prévention tertiaire*, on reconnaît l'existence d'un dommage et on cherche à le réparer ou à le limiter. Ces trois niveaux de prévention s'illustrent bien dans le cas de risque d'incendie où, en première instance, il s'agit de l'empêcher (architecture, organisation du travail), puis s'il se produit, de faire en sorte qu'il reste circonscrit (moyens d'alerte, portes coupe-feu, plans d'évacuation), et enfin, là où il se produit, qu'il puisse être combattu (extincteurs, accès pompiers, soins aux blessés).

Les actions de prévention vont bien sûr dépendre des risques considérés, mais la démarche générale reste la même, sachant que l'objectif est de garantir l'intégrité des moyens de travail et la meilleure sécurité des personnes. Voyons 3 exemples.

¹ CNHST : Comité National d'Hygiène Sécurité et Conditions de Travail. Il concerne environ 4000 agents et CDD.

² INRIA, Institut National de Recherche en Informatique et Automatique (Information and Control) est un EPST.

³ Syndical National des Chercheurs Scientifique (FSU).

⁴ Hygiénisme vu ici comme une tendance de la société à s'appuyer sur une application rigoureuse et judiciairisée de **principes de précaution**, portés essentiellement par la mise en place de normes de plus en plus nombreuses et contraignantes, pour le bien de tous et la prospérité industrielle, avec toutes les conséquences que cela peut avoir sur les contraintes sociales et les exclusions qui peuvent en résulter.

⁵ Version INRIA du poème du pasteur Niemöller : <http://www.deransart.fr/index2.html>

⁶ Voir le très beau film de Louis-Julien Petit, « Carole Matthieu », pour un cas extrême (fiction ?) allant jusqu'au suicide du médecin de prévention http://www.allocine.fr/film/fichefilm_gen_cfilm=235507.html

⁷ « paradoxant » terme introduit par Vincent de Gaulejac, « le capitalisme paradoxant, un système qui rend fou », Seuil, avril 2015. En simplifiant beaucoup, une des idées est que l'évolution des conditions de travail actuelles conduit les individus soit à « s'adapter », soit à devenir fous.

⁸ Adapté de http://www.officiel-prevention.com/formation/formation-continue-a-la-securite/detail_dossier_CHSCT.php?rub=89&ssrub=139&dossier=216

Première situation : il s'agit d'éviter le risque de chute de personnes amenées à effectuer des travaux sur des toits en forme de terrasse (absolument horizontales) et dont l'accès est fermé à toute personne non autorisée. La prévention primaire va consister à mettre tout autour des terrasses accessibles des garde-corps. Là on est plutôt satisfait car ce type d'action élimine d'emblée tout risque. La possibilité d'action ne dépend que de l'affectation d'un financement. Un esprit chagrin pourra toutefois se questionner sur l'affectation de crédits pour ce type d'accessoire destiné à protéger des personnes a priori parfaitement au courant du risque et capables de s'en protéger par d'autres moyens propres à leur métier. Il pourra également se questionner sur les contrats juteux passés auprès d'entreprises ravies de couronner beaucoup de toits sur lesquels personne ne va jamais (ou presque). Pour autant on aura tendance à se féliciter d'avoir une prévention primaire aussi efficace vu qu'elle suffit en principe à éliminer le risque identifié. Si une personne déterminée décide de fracturer le cadenas de la porte d'accès et de passer par-dessus le garde-corps, on est sûr au moins que la responsabilité de l'employeur ne pourra guère être engagée. On aura bien fait tout ce qu'il fallait.

Deuxième situation : suite aux circulaires (2007) concernant la consommation de tabac et le tabagisme passif, il s'agit d'éradiquer le tabagisme et ses conséquences sur les agents. Le risque est bien identifié : la fumée de tabac produites par les fumeurs. Dans ce cas les trois niveaux de prévention vont être considérés. Au niveau primaire, c'est facile : rien à faire localement, sinon décréter l'interdiction totale du tabac dans les locaux (application de la loi Evin et des décrets). On passe donc directement à la prévention secondaire. On fera dans un premier temps une politique d'isolement (bureaux fermés réservés aux fumeurs, lieux réservés aux fumeurs). Puis, afin d'arriver à une meilleure efficacité, une politique d'interdiction totale à l'intérieur des locaux avec fonction de police par l'employeur et délivrance éventuelle d'amendes aux contrevenants. Le mal est éradiqué : les fumeurs n'ont qu'à aller fumer ailleurs, ce qu'ils font. Mais il faut aller plus loin : les fumeurs « résiduels » doivent être pris en charge puisqu'ils sont encore en grand danger. C'est là que la prévention tertiaire intervient avec des propositions d'aide volontaire pour participer à des programmes pour sortir de l'addiction. Dans cette situation, les personnes à risque sont bien identifiées et l'injonction de « traitement » reste « bienveillante ». Je suis déjà un peu mal à l'aise, mais tout le monde semble trouver cela normal. La fonction de « police » est déléguée à l'administration. Le syndicaliste est sauf.

Troisième situation : arrivent les RPS (risques psycho-sociaux, décret 2011). Je suis favorable à ce que l'on parle de RPS car cela permet de traiter de risques réels et non de principes⁹. Là où ça se complique c'est dans l'analyse que l'on fait des RPS selon que l'on considère qu'ils sont une affection des personnes où une maladie du travail. Quel que soit le point de vue, le risque concerne les personnes. Ici les trois niveaux de prévention doivent être sollicités. Au niveau primaire, il s'agit bien d'éradiquer le risque (les directives sont formelles, il y a obligation de résultat –même si on reviendra plus tard à une obligation de moyens). Mais il y a un hic ; c'est que l'arbre des causes¹⁰ a des racines qui se prolongent tant dans l'établissement qu'à l'extérieur. Une solution possible : organiser des stages sur (au mieux) la qualité du travail. Mais cela a peu de chance de résoudre les problèmes tant qu'on n'a pas la maîtrise du travail réel. Alors on s'attarde à la prévention secondaire. Et là ça se complique, comment localiser un risque par définition invisible, comment le circonscrire. Comme il est lié à la personne, il faut donc repérer les personnes à risque avant qu'un trouble sévère ou une catastrophe humaine ne se produise. Se développe alors la mise en place de « sentinelles » susceptible de recueillir des plaintes ou détecter les éventuels « maillons faibles ». Mais alors se développe, un autre risque, celui de stigmatiser les personnes vulnérables, ou en faiblesse momentanée. Il s'agit alors de mettre en place, bien sûr pour le bien des intéressés, une sorte de « chasse à l'homme¹¹ » (affaibli, sorti de son contexte). C'est tout le réseau des assistants de prévention potentiels qui va être sollicité, dont les délégués et représentants syndicaux au CHSCT. La surveillance généralisée qui de toute façons ne traite pas le problème à sa source car les sources sont multiples et pour beaucoup inaccessibles.

Et la prévention tertiaire, celle qui consiste à traiter les personnes atteinte de RPS ? Comment faire reconnaître que l'établissement en est responsable ? A ce stade, j'ai dû prendre ma retraite et, après avoir participé au groupe de

⁹ Pour plus de détails, voir le document « Prévention des risques psychosociaux: opportunité ou chausse-trappe? », P. Deransart, 2012.

¹⁰ Arbre des causes : tout risque potentiel doit être analysé en recherchant l'ensemble des causes possibles, chacune d'elle pouvant être à son tour le résultat de la convergence de multiples autres causes. La représentation des dépendances entre tout les facteurs de risques est alors une arborescence.

¹¹ et à la femme.

travail qui a préparé le rapport destiné au nouveau CNHSCT sur la manière de prévenir les RPS, sorti en 2012, on m'a remercié. J'ai échappé au « malêtre¹² ».

Comme dans les autres situations, le représentant syndical est amené à soutenir la mise en place d'actions de prévention auxquelles il lui est difficile de s'opposer. De plus, dans le cadre des CHSCT, il en est même devenu un des acteurs principaux.

Quelles ont été les suites au niveau INRIA ?

Un comité de pilotage devait être mis en place. Finalement un pilotage informel a été engagé au niveau DRH avec mise en place d'un suivi PRPS-QVT¹³ auquel les syndicats sont appelés à participer. De nouveaux indicateurs sont mis en place mais jamais calculés. En 2014 un « baromètre moral » est testé, sans résultat significatif.

En janvier 2017 je suis invité au premier séminaire des représentants syndicaux des C(N)HSCT de l'INRIA dans un contexte de réorganisation profonde et au pas de charge de plusieurs services (application des RGPP¹⁴). A entendre les participants (tous syndiqués), il est clair qu'ils sont extrêmement préoccupés de la situation mais plutôt dubitatifs et résignés, et ce malgré des initiatives syndicales pour faire émerger la parole des personnels concernés.

Finalement, dit un délégué, « on encouragera les agents à ne pas faire de zèle si ça se passe mal », étant entendu qu'il n'est pas possible de s'opposer aux réformes ; au contraire, autant qu'elles se mettent en place : « autant que ça arrive vite, comme ça on verra à quoi on a à faire ! » dit un autre délégué.

Tout le monde sent que les TMS¹⁵ (entre autres troubles) vont monter en flèche, mais on reste sur la défensive. Impossible de prévenir vraiment. De prévention primaire, il n'est même plus vraiment question.

De quel « malêtre » voulais-je donc parler ?

Même au niveau tertiaire, la prévention est très difficile: faire reconnaître la responsabilité de l'établissement, quand cela est possible, est un énorme travail !

Si l'on voulait faire de la prévention primaire, il faudrait une vraie loi travail, c'est à dire une loi qui protège le travail réel et la mise en place des prescriptions.

Dans le contexte actuel, les CHSCT sont appelés soit à adopter des comportements à tendance hygiéniste, voire limite eugéniste (repérage des « maillons faibles » et soutiens préventifs), soit à entrer en résistance, les deux étant bien sûr possibles.

Les syndicalistes sont là pour aider à résoudre des conflits ou, sinon, à mieux les poser. Cela fait partie de leur travail.

Les délégués en CHSCT ont besoin d'appui renforcé car ils sont au cœur de situations paradoxantes. En effet, et là est la difficulté, ils sont mis en position de cogérer des actions, par rapport auxquelles, normalement, ils devraient rester libres de pouvoir s'opposer.

C'est cette contradiction qui peut engendrer des situations paradoxantes.

Compte-tenu de cette situation, l'analyse du travail syndical ne peut laisser de côté les sens à donner à ce travail au sein des CHSCT. Celui-ci ne peut se limiter à l'analyse et le traitement de risques potentiels ou avérés, mais doit aussi s'interroger sur les conditions sociales et politiques de leur caractérisation.

P. Deransart, 28 février 2017

¹² « Malêtre : autre chose qu'un malaise, plutôt une mise en question de la capacité d'être et d'exister en suffisant accord avec soi-même, avec les autres et avec le monde... » René Kaës, Le Malêtre, Dunod, Paris, 2012

¹³ PRPS-QVT : Prévention des RPS, Qualité de Vie au Travail

¹⁴ RGPP : Révision Générale des Politiques Publiques, mise en place depuis 2007.

¹⁵ TMS : Trouble Musculo Squelettique, un des effets des RPS le plus répandu.