

La prévention des risques professionnels vue par les médecins du travail*

AUTEURS :

T. Coutrot, Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques, ministère en charge du Travail

Q. Rocquebert, École nationale de la statistique et de l'administration économique (ENSAE)

N. Sandret, Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi d'Île-de-France

EN
RÉSUMÉ

En 2010, 2 400 médecins du travail ou de prévention (soit 20 % de l'effectif total) ont participé à l'enquête SUMER. Au cours des examens périodiques, ces praticiens de santé au travail ont interrogé plus de 50 000 salariés représentatifs de 22 millions de travailleurs du régime général et des fonctions publiques. Les résultats présentés dans cet article renseignent, de manières quantitative et qualitative, sur l'existence de dispositifs de prévention (Document unique, CHSCT, plan de prévention...) au sein des entreprises. Un jugement synthétique, émanant des médecins enquêteurs, portant sur la qualité du poste et/ou de l'environnement de travail est également fourni pour les risques chimiques, biologiques, physiques et organisationnels.

Comme pour les éditions précédentes, l'enquête SUMER est réalisée sur la base des données recueillies par les médecins du travail (cf. : « SUMER. Pourquoi une nouvelle enquête en 2009 ». Études et enquêtes TF 177. Doc Méd Trav. 2008 ; 116 : 521-24).

MOT CLÉ

Enquête SUMER

Selon les médecins du travail qui ont réalisé l'enquête SUMER 2010, plus de la moitié des salariés est couvert par un comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) et dispose dans leur établissement d'un document d'évaluation des risques professionnels actualisé. Seul un peu plus d'un tiers des salariés travaillerait dans un établissement qui a mis à jour un plan de prévention. Cependant, pour près d'un tiers des salariés, les médecins du travail ignorent si un document d'évaluation des risques professionnels ou un plan de prévention a été élaboré dans leur établissement.

Ces dispositifs de prévention formalisés ou leurs équivalents sont plus souvent cités dans les grands établissements et dans la fonction publique. Lorsqu'ils existent, la qualité de la prévention en matière de risques physiques, chimiques et biologiques apparaît meilleure. L'état de santé déclaré par les salariés ne semble en revanche pas corrélé avec la présence de dispositifs formalisés de prévention.

* Ce texte a déjà fait l'objet d'une publication dans *Dares Anal.* Septembre 2013, n° 55, pp 1-10.

La prévention des risques professionnels vue par les médecins du travail*

(1) Dans la suite du texte, l'expression « médecin du travail » sera utilisée pour désigner à la fois les médecins du travail du secteur privé et les médecins de prévention des fonctions publiques.

En France, environ 6 000 médecins du travail assurent le suivi sanitaire des salariés. Leur rôle exclusivement préventif consiste à « éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail ». Ils reçoivent les salariés en visite médicale et procèdent à des actions en milieu de travail : visites d'entreprises, études et propositions d'aménagement de poste... (encadré 1).

Les entreprises du secteur privé doivent disposer d'un médecin du travail soit en adhérant à une association interentreprises de santé au travail, soit en créant leur propre service de santé au travail (alors dit « service autonome »). En outre, les établissements d'au moins 50 salariés qui disposent d'un comité d'entreprise ou de délégués du personnel doivent mettre en place un comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT).

Les agents des trois fonctions publiques (État, territoriale et hospitalière) bénéficient des dispositions du Code du travail en matière de prévention des risques professionnels et sont, en principe, suivis par des médecins de prévention (encadré 1).

En 2009-2010, 2 400 médecins du travail et de prévention⁽¹⁾ ont réalisé l'enquête SUMER [1], (encadré 2), dont un volet décrit de façon succincte les pratiques formalisées

↓ Encadré 1

➤ LA PRÉVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS DANS LE CODE DU TRAVAIL

L'obligation de prévention des risques professionnels s'applique à tous les employeurs de droit privé : les articles L. 4121-1 et suivant du Code du travail (loi du 31 décembre 1991) prévoient que « le chef d'établissement prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs, y compris les travailleurs temporaires ». Ces mesures comprennent « des actions de prévention des risques professionnels, d'information et de formation ainsi que la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés ». Cet article met à la charge du chef d'établissement une obligation générale d'évaluation et de prévention des risques professionnels, qui a été précisée par le décret du 5 novembre 2001 : celui-ci impose l'obligation pour les entreprises de toutes tailles d'établir ou de mettre à jour, chaque année, un document unique d'évaluation des risques professionnels, lequel doit servir de base au développement d'actions de prévention dans l'entreprise.

LA MÉDECINE DU TRAVAIL

En France, la médecine du travail est un service médical institué par la loi du 11 octobre 1946 pour toutes les entreprises du secteur privé au bénéfice de leurs salariés. Le médecin du travail est un spécialiste en pathologies professionnelles et hygiène industrielle. Son rôle, exclusivement préventif, consiste à « éviter toute altération

de la santé des travailleurs du fait de leur travail ». Pour ce faire, les activités des médecins du travail sont réparties entre des examens médicaux et des actions en milieu de travail : visites d'entreprises, études et propositions d'aménagement de poste... Tout salarié embauché dans une entreprise doit passer une visite médicale avant l'embauche ou au plus tard à l'expiration de la période d'essai, puis au moins une fois tous les deux ans.

Les entreprises du secteur privé doivent disposer d'un médecin du travail soit en adhérant à une association interentreprises de santé au travail, soit en créant leur propre service de santé au travail. En 2009-2010 une entreprise pouvait créer un service autonome (interne) de santé au travail dès qu'elle employait 412 salariés, et était tenue de le faire à partir d'un seuil de 2 200 salariés. La récente réforme de la médecine du travail, impulsée par la loi du 20 juillet 2011, a porté le premier seuil à 500 salariés et supprimé le second.

LES COMITÉS D'HYGIÈNE, DE SÉCURITÉ ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL (CHSCT)

Quand les établissements d'au moins 50 salariés disposent d'un comité d'entreprise ou de délégués du personnel, ils doivent mettre en place un CHSCT qui doit se réunir tous les trimestres. Ce comité est appelé à jouer un rôle important dans la prévention des accidents du travail et des maladies

professionnelles et dans les réflexions sur l'amélioration des conditions de travail. Il est constitué du chef d'établissement et d'une délégation du personnel dont les membres sont désignés pour deux ans par les élus du personnel (élus au comité d'entreprise et délégués du personnel).

LES TROIS VERSANTS DE LA FONCTION PUBLIQUE

Les agents des trois versants de la fonction publique (État, territoriale et hospitalière) bénéficient des dispositions du Code du travail en matière de prévention des risques professionnels depuis le début des années 1980 (lois Auroux). Les agents de la fonction publique d'État bénéficient, en principe, d'une visite médicale tous les cinq ans, mais les enseignants de l'éducation nationale sont encore insuffisamment suivis faute de médecins de prévention. La périodicité des visites est de trois ans pour les agents de la fonction publique territoriale et d'un an pour ceux de la fonction publique hospitalière. Le décret n° 2011-774 du 28 juin 2011 a renouvelé le dispositif d'hygiène et de sécurité applicable dans les administrations de l'État et les établissements publics administratifs, dans le cadre de la mise en œuvre de l'accord du 20 novembre 2009 relatif à l'hygiène, la sécurité et la prévention médicale dans la fonction publique. Ce décret prévoit, notamment, la création de CHSCT.

↓ Encadré 2

> L'ENQUÊTE SUMER

L'enquête SUMER dresse une cartographie des expositions des salariés aux principaux risques professionnels en France [1]. Elle permet de réaliser des outils d'aide au repérage des expositions et de définir des actions de prévention prioritaires pour les acteurs impliqués dans le domaine du travail et de la santé au travail. Elle a été lancée et gérée conjointement par la direction générale du travail (DGT) (et en son sein l'inspection médicale du travail) et la direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES). Cette enquête présente le double intérêt de reposer, d'une part, sur l'expertise professionnelle du médecin du travail qui peut administrer un questionnaire parfois très technique et, d'autre part, sur le grand nombre de salariés enquêtés, ce qui permet de quantifier des expositions à des risques relativement rares. Le médecin enquêteur s'appuie, d'une part, sur les déclarations du salarié lors de la visite médicale, d'autre part, sur son expertise. Cette expertise se fonde généralement sur sa connaissance du terrain et des procédés de travail spécifiques au poste, à l'entreprise ou au métier du salarié. En cas de doute sur une déclaration du salarié, le médecin peut réaliser une visite du poste de travail chaque fois qu'il le juge nécessaire et possible (temps disponible, accord de l'entreprise...).

En outre, le salarié remplit, seul dans la salle d'attente, un auto questionnaire qui porte sur son vécu du travail et permet d'évaluer

les facteurs psychosociaux de risques rencontrés sur le poste de travail. La dernière édition de l'enquête s'est déroulée de janvier 2009 à avril 2010. Deux mille quatre cents médecins du travail en exercice, ont tiré au sort, selon une méthode aléatoire, 53 940 salariés parmi ceux qu'ils voyaient en visite périodique, dont 47 983 (soit 89 %) ont répondu. Ces salariés sont représentatifs de près de 22 millions de salariés, soit 92 % du nombre total de salariés. En moyenne, 22 questionnaires ont été réalisés par médecin enquêteur. Le protocole de l'enquête SUMER 2010 est identique à celui des enquêtes de 1994 et 2003 afin de permettre les comparaisons dans le temps. Toutefois, pour cette édition, des efforts particuliers ont été mis en œuvre pour tenir compte des limites possibles liées à certaines caractéristiques de l'enquête, notamment celles susceptibles de découler du volontariat des médecins enquêteurs. Au final, l'enquête SUMER 2010 est entrée dans le cadre des grandes enquêtes statistiques reconnues par le conseil national de l'information statistique (CNIS) puisqu'un avis d'opportunité et le label de qualité statistique lui ont été accordés respectivement en 2007 et 2008.

En 1994, l'enquête couvrait l'ensemble des salariés surveillés par la médecine du travail du régime général et de la mutualité sociale agricole. En 2003, le champ a été étendu aux hôpitaux publics, à EDF-GDF, La Poste, la

SNCF et Air France. Les salariés de la RATP, les gens de mer, des collectivités territoriales et une grande partie des agents de la fonction publique d'État ont été intégrés à l'enquête SUMER 2010, avec une exception majeure concernant les enseignants de l'éducation nationale, dont le réseau de médecine de prévention ne dispose pas de la couverture suffisante.

L'autoquestionnaire a été proposé à tous les salariés enquêtés alors qu'il ne concernait qu'1 salarié sur 2 dans l'enquête de 2003 ; 97 % des salariés répondants à l'enquête l'ont rempli.

La pondération a été réalisée en plusieurs étapes : redressement en fonction des caractéristiques des médecins enquêteurs, correction du biais induit par la corrélation entre la fréquence des visites et les fréquences des expositions, correction de la non-réponse totale et enfin calage sur marge des salariés. Pour cette dernière étape, les critères utilisés sont le sexe, la tranche d'âge, la nationalité, le type de temps de travail, la catégorie socioprofessionnelle, le secteur d'activité et la taille de l'établissement. Les distributions de référence sont issues des déclarations annuelles de données sociales (DADS), de l'enquête Emploi de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) et de sources spécifiques pour certains secteurs professionnels (groupes EDF et GDF-Suez, SNCF, La Poste, Air France, les trois fonctions publiques et la mutualité sociale agricole).

de prévention des risques professionnels dans les établissements enquêtés.

PLUS DE LA MOITIÉ DES SALARIÉS SONT COUVERTS PAR UN CHSCT

Pour 54 % des salariés du champ de l'enquête SUMER 2010, incluant le secteur privé, les fonctions publiques hospitalière et territoriale et une partie de la fonction

publique d'État⁽²⁾, le médecin du travail signale la présence d'un CHSCT ou équivalent dans la fonction publique⁽³⁾ (tableau I page suivante). Cette proportion atteint 85 % pour les établissements de 50 salariés ou plus, auxquels le Code du travail enjoint d'en disposer ; en revanche, seuls 11 % des salariés des établissements de moins de 20 salariés sont couverts, alors que

(2) L'enquête couvre environ 40 % des agents de la fonction publique d'État. Ne sont pas couverts : les agents du ministère de la Justice, ceux des ministères sociaux et les enseignants du ministère de l'Éducation nationale.

(3) Ces résultats sont très proches de ceux de l'enquête REPONSE 2010 sur le champ commun (établissements du secteur marchand de plus de 10 salariés) : respectivement 61 % et 59 % de salariés couverts (voir encadré 3, tableau A pages suivantes).

La prévention des risques professionnels
vue par les médecins du travail*

Tableau I

LA PRÉSENCE DES DISPOSITIFS DE PRÉVENTION (D'APRÈS LES MÉDECINS DU TRAVAIL)
SELON LES CARACTÉRISTIQUES DES ÉTABLISSEMENTS ET DES POSTES DE TRAVAIL

	Présence de CHSCT		Intervention de préven- teurs ou consultants (IPRP) ⁽¹⁾		Document unique d'évaluation actualisé		Plan de prévention actualisé	
	% de salariés couverts	Odds ratios	%	Odds ratios	% de salariés couverts	Odds ratios	% de salariés couverts	Odds ratios
Tous salariés	54		33		52		35	
NATURE DU SERVICE DE SANTÉ AU TRAVAIL								
Service interentreprises	42	Réf.	27	Réf.	44,1	Réf.	28	Réf.
Service autonome	97	3,58***	60	NS	89	1,53***	72	1,44***
Médecine de prévention	80	1,80***	43	1,77***	63	1,30***	48	1,49***
CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉTABLISSEMENT								
Taille :								
Moins de 20 salariés	11	Réf.	7	Réf.	20	Réf.	8	Réf.
Entre 20 et 49 salariés	25	0,83***	21	2,4***	41	2,1***	23	2***
Entre 50 et 499 salariés	78	7,5***	44	3,2***	67	2,5***	46	2,5***
500 salariés ou plus	95	14,9***	58	5,8***	80	3,4***	64	3,6***
Secteur :								
Industrie	67	Réf.	55	Réf.	67	Réf.	53	Réf.
Agriculture	9	0,38***	13	0,65***	21	0,62***	10	0,47***
Construction	27	NS	21	0,85***	41	1,26***	28	1,18***
Tertiaire	45	0,66***	25	0,48***	46	0,65***	28	0,53***
Fonction Publique d'État	91	1,77***	40	0,14***	73	0,54***	52	0,33***
Fonction Publique Hospitalière	98	NS	35	0,13***	77	0,28***	65	0,38***
Fonction Publique Territoriale	74	0,68***	50	0,48***	52	0,27***	34	0,26***
Organisation de l'établissement :								
Norme de qualité (ISO...)	65	1,31***	39	1,05**	62	1,26***	45	1,26***
Travail mobile	41	0,91**	23	0,65***	41	0,74***	26	0,78***
Astreintes	64	1,22***	36	NS	57	1,18***	42	1,14***
Horaires imprévisibles	44	0,77***	25	0,90***	43	0,87***	27	0,85***
Objectifs individuels	63	1,14**	38	NS	58	0,93***	42	NS
Entretiens d'évaluation	72	1,69***	42	1,15***	64	1,41***	47	1,45***
REPRÉSENTATION SALARIALE								
Présence de délégués syndicaux	87	99,0***	X	X	X	X	X	X
Présence d'élus non syndicaux	38	16,1***	X	X	X	X	X	X
Absence de représentants	3	Réf.	X	X	X	X	X	X
PRÉSENCE DE CHSCT								
	X	X	53	5,0***	77	6,6***	57	5,9***
EXPOSITIONS PROFESSIONNELLES								
Travail posté	76	1,23***	48	1,16***	69	1,09***	53	1,10***
Contraintes machiniques	62	1,10**	43	1,12***	58	NS	43	NS
Au moins 3 contraintes physiques intenses	48	0,88***	32	1,11***	48	0,92***	33	0,95**
Bruit intense	60	1,34***	50	1,26***	60	NS	44	NS
Rayonnement	59	1,36***	37	1,18***	59	1,18***	45	1,17***
Produits chimiques (au moins 3)	48	NS	34	1,2***	50	1,07**	36	1,06*
Agent biologique	56	0,89***	33	1,12***	53	1,20***	37	1,19***
Forte demande psychologique	60	1,11***	35	NS	61	NS	40	0,96**
Faible latitude décisionnelle	56	NS	33	0,96**	52	0,96**	35	0,94***
Faible soutien social	56	NS	34	NS	52	0,92***	35	0,95**

(1) IPRP: intervenant en prévention des risques professionnels ou autre consultant; intervention au cours des 12 derniers mois
*** significatif au seuil de 1 % (resp. ** 5 % et * 10 %) ; NS : non significatif ; X : variable non prise en compte dans le modèle logit

Lecture : 97 % des salariés bénéficiant d'un service autonome de médecine du travail sont couverts par un CHSCT. Dans un modèle de type logit, permettant d'estimer l'effet de chaque caractéristique à autres caractéristiques identiques ("toutes choses égales par ailleurs"), la probabilité pour un salarié couvert par un service autonome de disposer d'un CHSCT plutôt que de ne pas en disposer est multipliée par 3,58 (Odds ratio) relativement à la situation de référence, celle d'un salarié couvert par un service interentreprises de santé au travail
champ : salariés de France métropolitaine et de La Réunion

↓ Encadré 3

> DISPOSITIFS DE PRÉVENTION : COMPARAISON ENTRE SUMER 2010 ET REPONSE 2010-2011

Concernant la présence d'institutions représentatives du personnel, en particulier de CHSCT, et de dispositifs de prévention, l'enquête SUMER 2010 peut être rapprochée de l'enquête Relations professionnelles et négociations d'entreprise (REPONSE), dont la dernière édition a été réalisée en 2010-2011. En se restreignant au champ de REPONSE (les établissements de plus de 10 salariés du secteur marchand), les deux enquêtes donnent des résultats similaires concernant la proportion de salariés couverts par un CHSCT (tableau A). Les réponses fournies par les représentants du personnel dans les établissements où ils ont été interrogés par l'enquête REPONSE sont à cet égard totalement cohérentes avec celles données par les membres de la direction dans la même enquête. Les médecins du travail, dans SUMER 2010, signalent un peu plus

de CHSCT dans les petits établissements, ce qui peut s'expliquer par une différence de formulation : le questionnaire SUMER demande s'il existe un CHSCT « pour cet établissement » alors que REPONSE demande s'il en existe un « dans cet établissement ». Les médecins du travail qui ont administré SUMER 2010 ont pu logiquement répondre « oui » quand les salariés d'un petit établissement étaient couverts par un CHSCT siégeant dans un autre établissement de l'entreprise. Par ailleurs, un biais possible de l'enquête SUMER réside dans le fait que les salariés effectivement suivis par la médecine du travail sont susceptibles d'être plus souvent couverts par un CHSCT. Mais la comparaison avec l'enquête REPONSE montre que ce biais est d'ampleur limitée. Concernant l'existence d'un document unique d'évaluation des risques

professionnels actualisé en 2010, les médecins du travail en signalent beaucoup moins souvent dans SUMER que les représentants de la direction dans REPONSE, surtout dans les petites et moyennes unités. Dans ces dernières, alors qu'ils confirmaient la présence du CHSCT signalé par leur direction, les représentants du personnel répondants à l'enquête REPONSE indiquent moins souvent que leur direction l'existence d'un document unique actualisé, se rapprochant ainsi des fréquences mentionnées par les médecins du travail. Concernant l'intervention d'experts extérieurs, les deux sources donnent globalement des résultats proches, même si REPONSE signale davantage d'interventions dans les petits établissements et SUMER dans les grands.

↓ Tableau A

> COMPARAISON DES ÉVALUATIONS FOURNIES PAR DEUX SOURCES, SUMER 2010 ET REPONSE 2010 (en %)

Taille de l'établissement	CHSCT REPONSE 2010	CHSCT SUMER 2010	Document d'évaluation REPONSE « direction »	Document d'évaluation REPONSE « représentant du personnel »*	Doc. d'évaluation SUMER		Expert extérieur SUMER		
					« oui »	« oui » + nsp**	Expert extérieur REPONSE	« oui »	« oui » + NSP**
Moins de 20 salariés	8	15	65	46	28	78	23	11	30
20 à 49 salariés	16	23	71	54	41	82	30	21	38
50 à 99 salariés	61	64	84	64	61	88	36	34	51
100 à 199 salariés	83	84	86	71	70	90	35	46	62
200 à 499 salariés	94	89	90	76	76	92	40	55	70
500 salariés ou plus	97	96	92	77	86	93	54	68	77
Ensemble	59	61	81	67	61	87	36	39	55

* Établissements où un représentant du personnel a été interrogé

** La somme des réponses «oui» et «ne sait pas» fournit une valeur maximum pour la fréquence concernée

Champ : établissements de plus de 10 salariés

Sources : enquête SUMER 2010 et enquête REPONSE 2010-2011

ceux-ci appartiennent en général à des entreprises de plus grande taille.

S'agissant d'une instance émanant en principe du comité d'entreprise, l'existence d'un CHSCT dépend étroitement de la présence

de représentants du personnel, et surtout de délégués syndicaux (encadré 1) : 87 % des salariés des établissements couverts par un délégué syndical bénéficient d'un CHSCT et 38 % de ceux où existe une représentation élue mais pas

de syndicats, contre moins de 3 % des autres salariés (figure 1 page suivante).

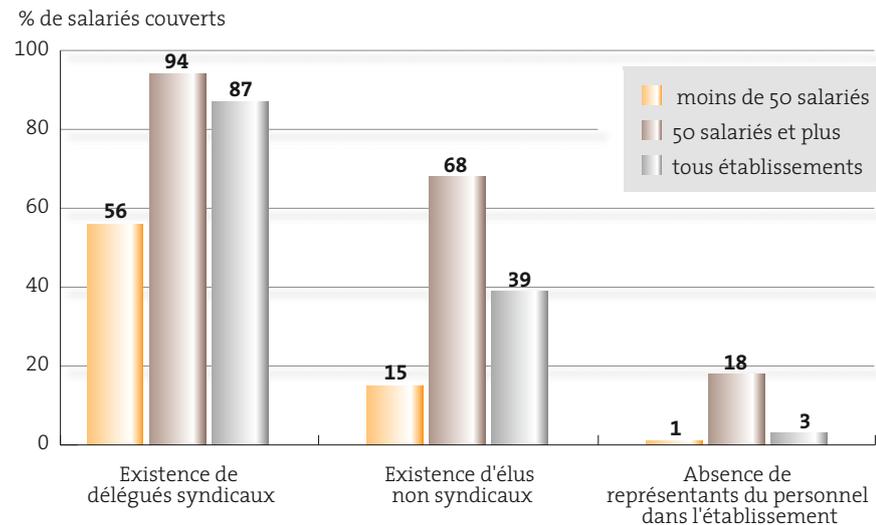
Les médecins du travail qui réalisent l'enquête SUMER disposent de l'information concernant l'existence d'un CHSCT pour 95 % des

La prévention des risques professionnels
vue par les médecins du travail*

salariés enquêtés. En revanche, ils connaissent moins bien l'activité concrète de ces comités : dans les établissements qui disposent d'un CHSCT, ils ignorent le nombre annuel de réunions pour 45 % des salariés (et même 60 % pour les plus petits établissements) (figure 2). Quand ils connaissent ce nombre, ils signalent, dans 29 % des cas, que le CHSCT a tenu moins de 4 réunions au cours des douze derniers mois ; dans 49 % des cas, le CHSCT s'en est tenu aux 4 réunions réglementaires et, pour 22 %, il s'est réuni plus souvent⁽⁴⁾.

Figure 1

LA PRÉSENCE DE CHSCT DÉPEND FORTEMENT DE LA PRÉSENCE SYNDICALE

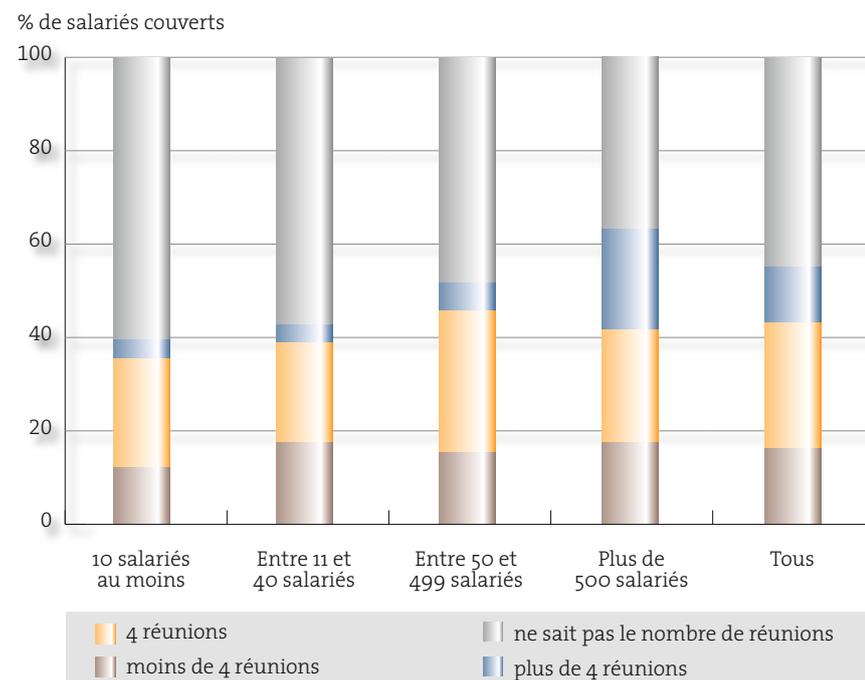


(4) Ces proportions sont proches de celles fournies par les représentants de la direction interrogés dans l'enquête REPOSE : respectivement 28 %, 43 % et 29 %.

Lecture : selon les médecins du travail, 56 % des salariés travaillant dans des petits établissements (moins de 50 salariés) couverts par un délégué syndical sont aussi couverts par un CHSCT.
Champ : salariés de France métropolitaine et de la Réunion.
Source : DGT-DARES-DGAFP, enquête SUMER 2010.

Figure 2

NOMBRE DE RÉUNIONS DU CHSCT SELON LA TAILLE DE L'ÉTABLISSEMENT, D'APRÈS LES MÉDECINS DU TRAVAIL



Lecture : pour 12 % des salariés travaillant dans des établissements de 10 salariés ou moins et couverts par un CHSCT, le médecin du travail signale que ce dernier s'est réuni moins de 4 fois dans les 12 mois précédant l'enquête SUMER 2010.
Champ : salariés de France métropolitaine et de La Réunion.
Source : DGT-DARES-DGAFP, enquête SUMER 2010.

LES DÉMARCHES FORMALISÉES D'ÉVALUATION DES RISQUES ET DE PRÉVENTION NE SONT PAS GÉNÉRALISÉES

Un document unique d'évaluation des risques professionnels doit en principe être rédigé puis actualisé annuellement dans toutes les entreprises, et donner lieu à un plan de prévention (encadré 1). Les médecins du travail interrogés dans l'enquête SUMER 2010 signalent un document unique d'évaluation à jour pour 51 % des salariés et la double démarche (évaluation et plan de prévention) pour seulement 35 % des salariés (mais 64 % dans les établissements d'au moins 500 salariés) (figure 3)⁽⁵⁾. Dans 11 % des cas ils mentionnent l'existence d'un document unique actualisé, mais sans plan de prévention correspondant. Pour 18 % des salariés, les médecins du tra-

vail indiquent qu'il n'existe ni document d'évaluation ni plan de prévention. Toutefois, dans 29 % des cas, ils déclarent ne pas savoir si le document unique a été élaboré ou actualisé, ni s'il existe un plan de prévention, proportion qui atteint 50 % dans les établissements de 10 salariés ou moins (figure 3).

Le degré de connaissance du médecin du travail concernant ces dispositifs dépend beaucoup de sa plus ou moins grande proximité avec l'établissement : 36 % des médecins des services interentreprises signalent ne pas savoir si le document unique a été élaboré ou actualisé, contre seulement 15 % des médecins de prévention et 5 % des médecins de services autonomes, propres aux grandes entreprises du secteur privé⁽⁶⁾. Cependant, le fait qu'un médecin

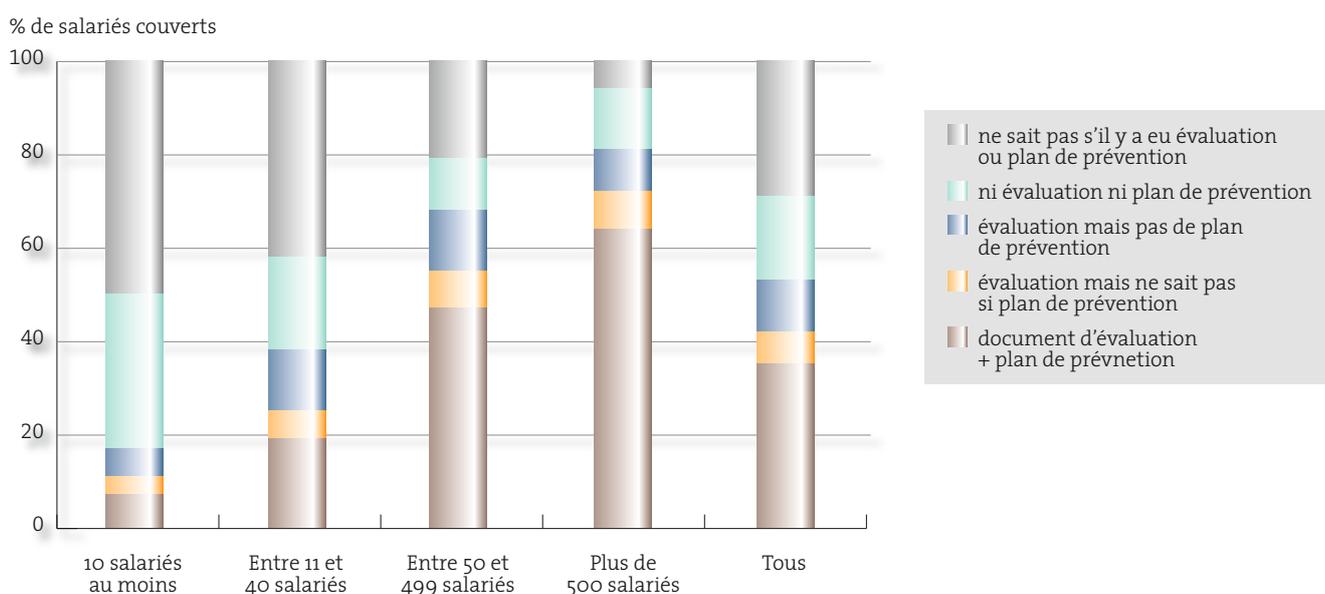
du travail d'un service interentreprises ne puisse répondre à une question concernant la politique de prévention d'un établissement dont il surveille les salariés, même après avoir interrogé sur ce point un salarié de cet établissement, laisse à penser que les dispositifs

(5) À champ identique, l'enquête REPONSE 2010 donne des indications plus optimistes, notamment celles basées sur les déclarations des représentants de la direction des établissements enquêtés : 81 % d'entre eux déclarent avoir actualisé un document d'évaluation des risques en 2010 (encadré 3).

(6) En 2009-2010, une entreprise pouvait créer un service autonome (interne) de santé au travail dès qu'elle employait 412 salariés, et était tenue de le faire à partir d'un seuil de 2 200 salariés. Dans SUMER 2010, 9 % des salariés sont couverts par un service autonome, 17 % par un service de prévention et 74 % par un service interentreprises.

Figure 3

ÉVALUATION ET PRÉVENTION DES RISQUES SELON LES MÉDECINS DU TRAVAIL



Lecture : pour 8 % des salariés travaillant dans des établissements de 10 salariés ou moins, les médecins du travail signalent l'existence d'un document unique d'évaluation des risques et d'un plan de prévention et, pour 50 % de ces salariés, les médecins ne savent pas répondre.

Champ : salariés de France métropolitaine et de La Réunion.

Source : DGT-DARES-DGAFP, enquête SUMER 2010.

La prévention des risques professionnels
vue par les médecins du travail*

de prévention qui pourraient y exister sont peu visibles et peut-être, de ce fait, peu opérants. Enfin, selon les médecins du travail, 33 % des salariés auraient bénéficié de l'intervention d'un expert (intervenant en prévention des risques professionnels ou IPRP)⁽⁷⁾ au cours des douze derniers mois (figure 4 et tableau I).

LES DISPOSITIFS FORMALISÉS DE PRÉVENTION SONT PLUS FRÉQUENTS DANS LES GRANDS ÉTABLISSEMENTS ET LA FONCTION PUBLIQUE

Plus la taille de l'établissement est importante, plus les salariés disposent d'une représentation collective du personnel, et plus la prévention est formalisée dans des dispositifs connus du médecin du travail (figure 1). C'est naturellement le cas pour les CHSCT car leur constitution dépend de l'existence d'un comité d'entreprise, en principe obligatoire au-delà de 50 salariés : dans les établissements de 50 à 499 salariés, 78 % des salariés sont couverts par un CHSCT, et 95 % au-dessus de 500 salariés (tableau I). C'est également le cas pour les autres dispositifs de prévention : ainsi, dans les établissements de 1 à 10 salariés, les médecins enquêteurs signalent l'existence d'un document unique d'évaluation des risques pour seulement 16 % des salariés, contre 80 % dans les unités de 500 salariés ou plus (figure 3 et tableau I). La diffusion des dispositifs formalisés de prévention est inégale selon les secteurs d'activité. L'agriculture y recourt relativement peu, notamment du fait de la prédominance de petits établissements. À l'inverse, ces dispositifs ou leurs équivalents sont largement diffusés dans les fonctions publiques d'État et hospitalière et, dans une moindre mesure, dans l'industrie

et la fonction publique territoriale. Ces écarts tiennent, pour une part, à des différences dans la taille moyenne des établissements de ces secteurs. Dans une analyse « *toutes choses égales par ailleurs* », neutralisant notamment cet effet de la taille, la construction et l'industrie manufacturière se distinguent par une probabilité plus élevée d'avoir mis en place des dispositifs de prévention (tableau I)⁽⁸⁾.

LA PRÉSENCE DE CERTAINS RISQUES PROFESSIONNELS FAVORISE LA MISE EN PLACE DE DISPOSITIFS DE PRÉVENTION

Les dispositifs de prévention des risques sont donc plus souvent signalés par les médecins du travail dans les établissements de grande taille disposant d'une représentation élue du personnel

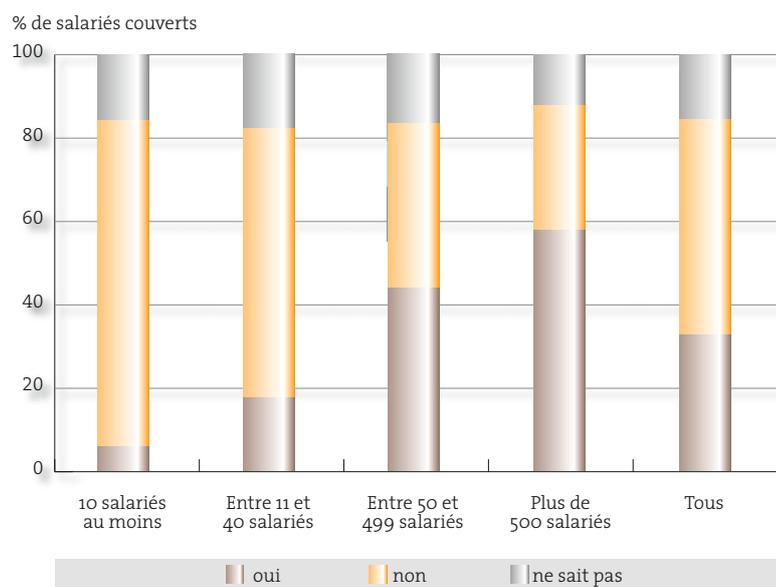
et de délégués syndicaux. Mais d'autres facteurs jouent : la nature des risques, le mode de management de l'entreprise... Une analyse « *toutes choses égales par ailleurs* » permet de préciser dans quelle

(7) L'IPRP est un spécialiste de la prévention des risques professionnels (ergonome, médecin du travail, psychologue, ingénieur de prévention...), appartenant soit à un service de santé au travail, à une caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT), à une Agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT), soit à un organisme privé habilité (décret n° 2003-546 du 24 juin 2003). Sur ce point, les réponses des médecins du travail enquêteurs de SUMER rejoignent presque exactement les déclarations des directions d'établissement à l'enquête REPONSE 2010 (36 % de salariés concernés par l'intervention d'un expert extérieur selon ces dernières).

(8) Ceci est vérifié que l'on inclue ou non les expositions aux risques dans les variables de contrôle.

↓ **Figure 4**

> INTERVENTION D'UN EXPERT EXTÉRIEUR AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS SELON LES MÉDECINS DU TRAVAIL



Lecture : selon les médecins du travail, 6 % des salariés travaillant dans des établissements de 10 salariés ou moins ont bénéficié de l'intervention d'un expert extérieur (intervenant ou autre consultant en prévention des risques professionnels) au cours des 12 derniers mois. Champ : salariés de France métropolitaine et de la Réunion. Source : DGT-DARES-DGAFP, enquête SUMER 2010.

mesure ces facteurs sont liés au développement de la prévention tel que le perçoivent les médecins (tableau I).

À taille, secteur et implantation syndicale identiques, les CHSCT sont plus présents quand les salariés travaillent en équipes (travail posté : 2x8, 3x8...), qu'ils sont soumis à un bruit intense ou à des radiations : la présence de ces risques professionnels, qui font l'objet, dans le Code du travail, de dispositions spécifiques instaurant des obligations de prévention pour les employeurs, favorise aussi des dispositifs comme l'intervention d'experts, l'évaluation des risques ou la définition de plans de prévention⁽⁹⁾. Ces pratiques sont également plus développées en présence de risques chimiques ou biologiques, mais le sont un peu moins là où les salariés connaissent une forte pénibilité physique et une faible autonomie⁽¹⁰⁾.

(9) En présence de bruit intense, l'écart de probabilité de disposer d'un document unique ou d'un plan de prévention n'est pas statistiquement significatif.

(10) L'intervention d'autres préventeurs (IPRP) est cependant plus probable en présence de pénibilité physique. Ces résultats, ainsi que ceux présentés ci-dessous concernant la qualité de la prévention et la santé des salariés, rejoignent ceux d'une étude qui s'appuyait sur les enquêtes SUMER 2003, REPONSE 2005 et Conditions de travail 2005 [2], et sont cohérents avec la littérature scientifique internationale sur ces questions [3].

(11) La certification ISO garantit que l'établissement suit des procédures permettant la traçabilité des processus et des produits ; l'EAQF (évaluation d'aptitude à la qualité pour les fournisseurs) est une norme spécifique au secteur automobile.

L'accréditation est une reconnaissance par un organisme tiers de la compétence d'une organisation dans le domaine de la qualité ; elle s'est, par exemple, développée dans le secteur hospitalier.

LES SALARIÉS MOBILES SONT MOINS SOUVENT COUVERTS PAR UNE POLITIQUE DE PRÉVENTION DES RISQUES

Près d'un quart des salariés signale qu'il travaille plus souvent chez un client, sur un chantier ou dans un autre lieu (voie publique, véhicule...) que dans les locaux de leur employeur. Une fois contrôlées les caractéristiques de l'établissement et du poste de travail (expositions), ces salariés mobiles ne sont pas moins nombreux à être couverts par un CHSCT ; en revanche, ils bénéficient moins souvent de dispositifs de prévention connus du médecin du travail. Ainsi, celui-ci signale l'existence d'un document d'évaluation des risques pour seulement 41 % d'entre eux (contre 55 % pour les travailleurs sédentaires), un plan de prévention pour 26 % (contre 38 %), et l'intervention d'un expert pour 23 % (contre 35 %) (tableau I). L'éclatement des lieux de travail semble rendre plus difficile la définition d'une politique de prévention.

LA DIFFUSION DES DISPOSITIFS DE PRÉVENTION VARIE SELON LES MODES DE MANAGEMENT

Les salariés qui indiquent « *devoir suivre des procédures de qualité strictes (certification ISO, accréditation, EAQF...)* »⁽¹¹⁾ sont plus souvent couverts – selon les médecins du travail – par un CHSCT et par les divers dispositifs de prévention ici recensés (tableau I) : le respect des obligations légales en matière de santé-sécurité fait souvent partie des critères d'accréditation ou de certification. Il en va de même pour les salariés qui disent avoir au moins un entretien individuel d'évaluation par an : leurs employeurs ont mis en place des procédures formalisées de pilotage du travail et/ou de gestion des compétences, et ce contexte orga-

nisationnel est également propice à la formalisation de politiques de prévention. Ici encore ce résultat demeure valide « *toutes choses égales par ailleurs* ».

De même, les salariés soumis à des astreintes, dont le temps de travail est donc organisé de façon rigoureuse, sont davantage concernés par les dispositifs de prévention recensés par l'enquête. À l'inverse, ces dispositifs sont moins fréquents pour les salariés dont les horaires ne sont pas prévisibles une semaine à l'avance, ce qui semble indiquer une gestion peu formalisée du temps de travail.

PRÉVENTION ET QUALITÉ DE L'ORGANISATION DU TRAVAIL ENTRETIENNENT UN LIEN AMBIGU

Pour chaque salarié enquêté, les médecins enquêteurs ont porté un jugement synthétique sur la « *qualité du poste et/ou de l'environnement de travail* » dans les quatre grands domaines de risques professionnels : organisationnel, physique, chimique et biologique. Dans le domaine organisationnel, 78 % des postes de travail sont ainsi jugés de « *très bonne* » ou « *bonne* » qualité par les médecins. Cette proportion semble dépendre assez peu des pratiques de prévention signalées dans l'établissement (figures 5 et 6 page suivante).

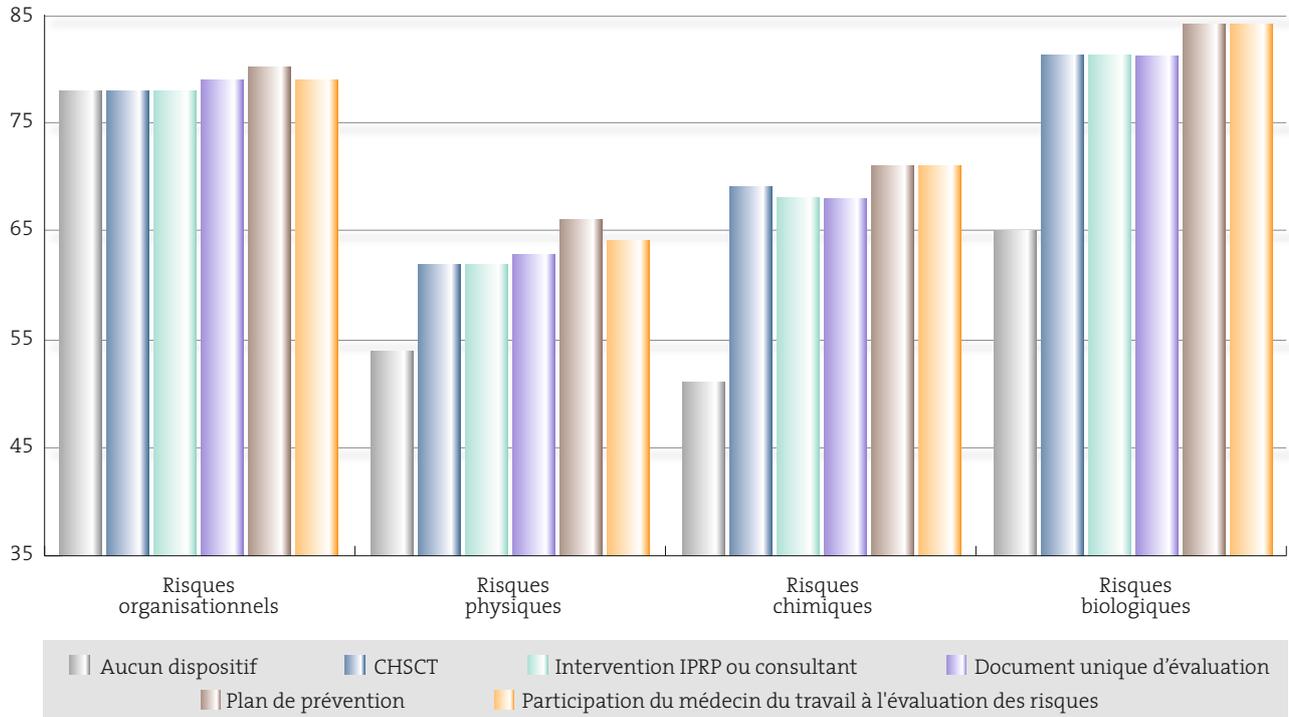
Toutefois, ce constat masque deux phénomènes contradictoires, comme le montre l'analyse « *toutes choses égales par ailleurs* » (tableau II page suivante). D'un côté, la qualité organisationnelle des postes de travail apparaît bel et bien meilleure quand le médecin indique l'existence de dispositifs formalisés de prévention : la probabilité d'un jugement favorable est accrue de 7 % quand il signale un document unique d'évaluation

La prévention des risques professionnels
vue par les médecins du travail*

↓ Figure 5

➤ TYPE DE DISPOSITIFS DE PRÉVENTION ET JUGEMENT DU MÉDECIN SUR LA QUALITÉ DU POSTE DE TRAVAIL AU REGARD DES DIFFÉRENTS RISQUES PROFESSIONNELS

% de postes de bonne ou très bonne qualité



Lecture : selon les médecins du travail, 78 % des salariés non couverts par un dispositif de prévention ont des postes de travail de bonne ou très bonne qualité au regard du risque organisationnel, et 80 % pour les salariés couverts par un plan de prévention ; la différence n'est pas significative pour les risques organisationnels, mais l'est pour les autres risques.

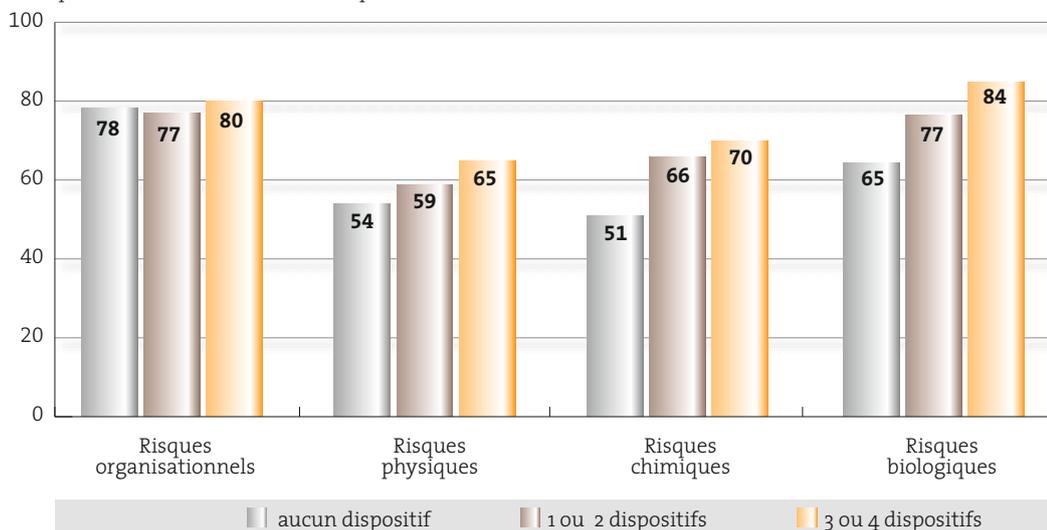
Champ : salariés de France métropolitaine et de la Réunion.

Source : DGT-DARES-DGAFP, enquête SUMER 2010

↓ Figure 6

➤ NOMBRE DE DISPOSITIFS DE PRÉVENTION ET JUGEMENT DU MÉDECIN SUR LA QUALITÉ DU POSTE DE TRAVAIL AU REGARD DES DIFFÉRENTS RISQUES PROFESSIONNELS

% de postes de bonne ou très bonne qualité



Lecture : selon les médecins du travail, 78 % des salariés non couverts par un dispositif de prévention ont des postes de travail de bonne ou très bonne qualité au regard des risques organisationnels, et 80 % pour les salariés couverts par 3 dispositifs de prévention ou plus. La différence n'est pas significative pour les risques organisationnels, mais l'est pour les autres risques. Pour chaque graphique le champ est limité aux salariés exposés au risque considéré. Champ : salariés de France métropolitaine et de la Réunion. Source : DGT-DARES-DGAFP, enquête SUMER 2010

↓ **Tableau II**

➤ JUGEMENT DES MÉDECINS SUR LA QUALITÉ DE LA PRÉVENTION PAR RAPPORT AUX DIFFÉRENTS RISQUES, SELON LES CARACTÉRISTIQUES DES SALARIÉS, DES ÉTABLISSEMENTS ET DES POSTES DE TRAVAIL

		Risque organisationnel (n = 46 347)		Risque physique (n = 25 785)		Risque chimique (n = 14 242)		Risque biologique (n = 9 054)	
		% de postes de bonne qualité	Odds ratios	% de postes de bonne qualité	Odds ratios	% de postes de bonne qualité	Odds ratios	% de postes de bonne qualité	Odds ratios
Ensemble		78		59		62		76	
CARACTÉRISTIQUES DU SALARIÉ									
CSP :	Cadres	82	1,17***	73	1,47***	74	1,16***	88	1,38***
	Professions intermédiaires	79	Réf	68	Réf	70	Réf	83	Réf
	Employés administratifs	81	1,13***	68	NS	51	0,54***	73	0,64***
	Employés de commerce et de service	75	0,85***	55	0,63***	67	NS	74	0,71***
	Ouvriers qualifiés	78	0,90***	59	0,67***	57	0,73***	71	0,81***
	Ouvriers non qualifiés	74	0,74***	49	0,45***	53	0,62***	64	0,62***
Sexe :	Femmes	77	0,90***	58	0,87***		1,32***	77	0,76***
CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉTABLISSEMENT									
Nature du service de santé au travail :	Service interentreprise	79	Réf.	69	Réf.	76	Réf.	89	Réf.
	Service autonome	79	1,12***	64	1,14***	71	1,14***	76	NS
	Médecine de prévention	78	NS	57	NS	58	0,73***	72	0,62***
Taille :	Moins de 20 salariés	81	Réf.	58	Réf.	54	Réf.	68	Réf.
	Entre 20 et 49 salariés	75	0,72***	56	0,89***	61	1,12***	72	NS
	Entre 50 et 499 salariés	76	0,74***	57	0,81***	61	NS	75	NS
	500 salariés ou plus	79	0,83***	66	NS	75	1,22***	85	NS
Secteur :	Industrie	78	Réf.	58	Réf.	58	Réf.	79	Réf.
	Agriculture	86	1,58***	65	1,63***	58	2,1***	53	0,72***
	Construction	85	1,53***	56	NS	50	NS	56	0,43***
	Tertiaire	77	NS	58	NS	62	1,11***	72	0,65***
	Fonction Publique d'État	86	1,57***	75	1,98***	74	1,85***	79	1,43***
	Fonction Publique Hospitalière	75	NS	66	NS	82	1,60***	92	2,74***
	Fonction Publique Territoriale	77	1,15***	59	1,28***	64	1,52***	71	NS
PRÉSENCE DE CHSCT									
Oui		78	0,85***	62	NS	69	1,19***	81	1,19***
DISPOSITIFS DE PRÉVENTION									
Document d'évaluation des risques		79	1,07***	63	1,14***	68	1,26***	81	1,26***
Plan de prévention		80	1,28***	66	1,36***	71	1,45***	84	1,45***
Intervention d'IPRP ou consultant		78	0,95**	62	NS	68	NS	81	NS
Participation du médecin du travail à l'évaluation des risques		79	1,10***	64	1,11***	71	NS	84	NS

*** Significatif au seuil de 1 % (resp. ** à 5 % et * à 10 %) ; NS : non significatif

Lecture : 79 % des salariés bénéficiant d'un service autonome de médecine du travail ont un poste de bonne ou très bonne qualité au plan organisationnel selon les médecins du travail. Dans un modèle de type logit, permettant d'estimer l'effet de chaque caractéristique à autres caractéristiques identiques "toutes choses égales par ailleurs", la probabilité pour un salarié couvert par un service autonome d'avoir un poste de bonne ou très bonne qualité plutôt que non est multipliée par 1,12 (Odds ratio) relativement à la situation de référence, celle d'un salarié couvert par un service interentreprises de santé au travail.

Champ : salariés de France métropolitaine et de La Réunion

Source : DGT-DARES-DGAFP, enquête SUMER 2010

des risques, et de 28 % pour un plan de prévention. En revanche, la probabilité que le jugement du médecin soit favorable est réduite

de 15 % en présence d'un CHSCT. C'est en partie lié au fait que la présence d'un CHSCT est souvent associée à des dispositifs managé-

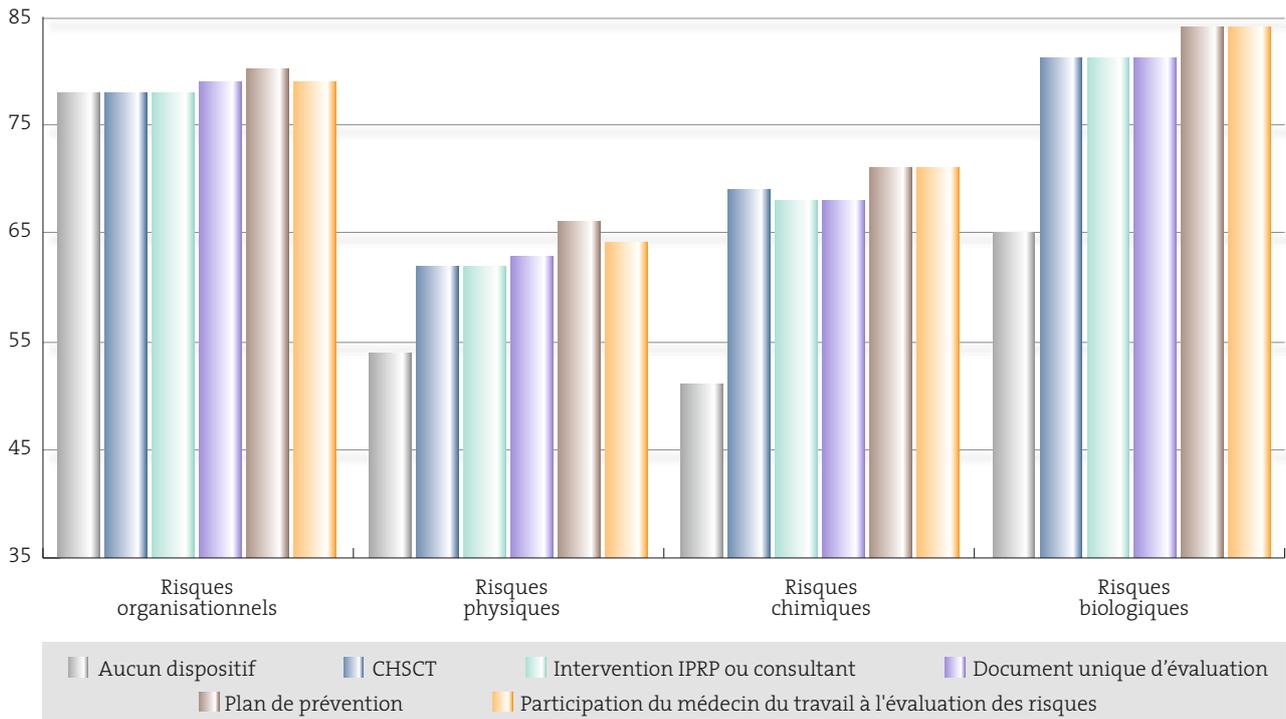
riaux qui accroissent la pression sur les salariés (normes de qualité, objectifs individuels quantifiés...) (tableau I).

La prévention des risques professionnels
vue par les médecins du travail*

↓ Figure 7

➤ DISPOSITIFS DE PRÉVENTION ET PROTECTIONS MISES À DISPOSITION DES SALARIÉS

% de postes de bonne ou très bonne qualité



Lecture : selon les médecins du travail, 72 % des salariés exposés au bruit et non couverts par un dispositif de prévention disposent de protections, et 83 % pour les salariés couverts par un plan de prévention.
Champ : salariés de France métropolitaine et de La Réunion.
Source : DGT-DARES-DGAFP, enquête SUMER 2010.

LA QUALITÉ DE LA PRÉVENTION DES RISQUES PHYSIQUES, CHIMIQUES ET BIOLOGIQUES APPARAÎT MEILLEURE EN PRÉSENCE DE DISPOSITIFS DE PRÉVENTION

Dans le cas des autres expositions – physiques, chimiques et biologiques –, le fait de signaler un CHSCT, un document d'évaluation des risques et, surtout, un plan de prévention, améliore sensiblement l'opinion des médecins du travail sur la qualité des postes de travail, « toutes choses égales par ailleurs ». Par exemple, pour les salariés exposés à des risques chimiques ou biologiques, la probabilité d'un jugement favorable sur la qualité de la prévention au regard de ces risques est accrue

de 45 % dans le cas où est signalé un plan de prévention (tableau II). Cette corrélation provient-elle d'une propension des médecins à valoriser de façon trop subjective leur propre action ? Il semble que ce ne soit pas le cas, les médecins jugeant de la même façon la qualité des postes de travail, qu'ils aient participé à l'évaluation des risques ou non⁽¹²⁾.

En outre, ce résultat est confirmé concernant la présence de protections individuelles ou collectives mises à disposition des salariés : ainsi, parmi les salariés exposés à un produit chimique, 51 % de ceux couverts par un CHSCT bénéficient d'une protection collective (ventilation générale, aspiration

à la source, vase clos...) ; ils sont 54 % quand un plan de prévention est signalé, contre 45 % en moyenne et 38 % seulement parmi ceux pour lesquels le médecin ne signale aucun dispositif de prévention (figure 7). Des résultats analogues sont observés avec la mise à disposition de protections individuelles contre le bruit ou les agents chimiques ou biologiques, qui est logiquement plus fréquente quand des dispositifs de prévention sont signalés. Ici encore, le plan de prévention, comme c'est prévisible, semble avoir un impact plus fort que le seul document d'évaluation des risques.

(12) En effet, le coefficient de la variable « le médecin a été consulté par la direction lors de l'évaluation des risques » n'influe pas de façon significative sur le jugement du médecin concernant la qualité du poste de travail à propos des risques chimiques et biologiques (tableau II).

PRATIQUES DE PRÉVENTION ET SANTÉ DES SALARIÉS NE SEMBLENT PAS DIRECTEMENT CORRÉLÉES

Cinquante-quatre pour cent des salariés estiment que leur travail n'a pas d'impact sur leur santé,

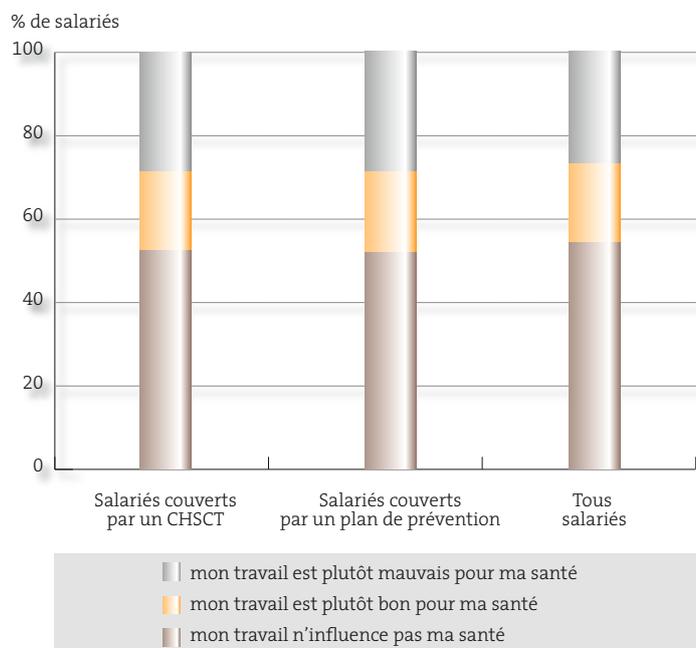
19 % qu'il a un impact positif et 27 % un effet négatif (figure 8). En présence de CHSCT, 29 % des salariés attribuent à leur travail un impact négatif sur leur santé. La différence semble faible mais est

significative « *toutes choses égales par ailleurs* » : en contrôlant par les caractéristiques de l'établissement, du salarié et du poste de travail (expositions), le rapport de chances que le salarié juge son travail mauvais pour sa santé plutôt que le contraire est accru de 10 % en présence d'un CHSCT. Il s'agit d'un effet indirect qui peut être interprété de deux façons [2]. D'une part, comme on l'a vu, les CHSCT sont plus présents quand les salariés sont exposés. D'autre part, la prévention peut avoir pour effet que les salariés deviennent davantage conscients des expositions et des risques pour la santé. Cependant, le signalement d'un CHSCT ou d'un autre dispositif de prévention par le médecin du travail ne semble pas avoir d'effet significatif sur les aspects de la santé décrits par l'enquête SUMER : ni l'occurrence d'un accident du travail au cours des 12 derniers mois, ni la durée des éventuels arrêts pour maladie, ni la santé perçue⁽¹³⁾, ni la santé mentale diagnostiquée par un score statistique⁽¹⁴⁾ ne sont statistiquement liées au signalement de dispositifs de prévention, même dans une analyse « *toutes choses égales par ailleurs* » en contrôlant par la présence d'expositions professionnelles.

(13) Évaluée par la réponse à la question « *comment est votre état de santé général* » ou par la déclaration d'être « *limitée depuis au moins 6 mois à cause d'un problème de santé dans les activités que les gens font habituellement* ». (14) Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) (score normalisé d'anxiété et de dépression).

↓ Figure 8

➤ DISPOSITIFS DE PRÉVENTION ET JUGEMENT DU SALARIÉ SUR L'INFLUENCE DE SON TRAVAIL SUR SA SANTÉ



Lecture : 52% des salariés couverts par un CHSCT estiment que leur travail n'influence pas leur santé, et 54% de l'ensemble des salariés. Champ : salariés de France métropolitaine et de la Réunion. Source : DGT-DARES-DGAFP, enquête SUMER 2010.

BIBLIOGRAPHIE

1 | ARNAUDO B, LÉONARD M, SANDRET N, CAVET M ET AL. - Les risques professionnels en 2010 : de fortes différences d'exposition selon les secteurs. *Dares Anal.* 2013 ; 10 : 1-12. Également publié

dans Vu du terrain TF 207. *Réf Santé Trav.* 2013 ; 133 : 59-74.
2 | COUTROT T - Le rôle des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail en France : une analyse empirique. *Trav*

Emploi. 2009 ; 117 : 25-38.
3 | WALTERS D, NICHOLS T (Eds) - Workplace Health and Safety. International Perspectives on Worker Representation. Basingstoke: Palgrave Macmillan ; 2009 : 248 p.