

De la maladie du travail à la maladie au travail : témoignage

Dominique Baradat

Chargée de mission, ARACT Aquitaine, Bordeaux

Patrick Leclercq

Dominique Baradat

La communication que nous allons présenter va dans une première partie poser le cadre d'un projet mené à l'ARACT depuis 2003 sur les maladies chroniques et évolutives et sur le maintien dans l'emploi. La deuxième consistera à expliquer comment nous avons pu collaborer au sein du groupe Delpyrat avec le DRH, monsieur Leclercq, que je remercie de sa présence. Cette présentation a pour vocation d'ouvrir le débat sur la question « comment travailler avec les DRH sur les questions de santé au travail ? ».

1. Projet mené à L'ARACT

Dans ma pratique, le débat est souvent apparu sur le DRH en tant qu'interlocuteur dans la conduite de projet : « Il est demandeur. Il faut aller chercher le décideur et surtout ne pas s'arrêter à lui, il doit être un relais ». Depuis 5 ans, lors de mes interventions je me retrouve avec des DRH sont mes interlocuteurs quelques soient les sujets, investissements, santé au travail ou autre.

Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des maladies chroniques 2007-2011

A propos du projet maladie chronique, je souhaitais signaler que nous l'avons monté depuis 2003 et qu'en 2007 le plan d'amélioration de la qualité de vie des maladies chroniques posait déjà le fait que 20 % de la population de la population en France est atteinte de maladies chroniques. Nous verrons par la suite que 10 % de la population active travaille avec une maladie chronique.

Ce plan pose quatre axes stratégiques :

- Mieux connaître sa maladie pour mieux la gérer
- Elargir la médecine de soins à la prévention
 - Reconnaître de nouveaux acteurs de prévention
Ici ressort la question du rôle des RH, des ergonomes et des institutions dans cette nouvelle prévention.
- Faciliter la vie quotidienne des malades
 - Etendre aux malades chroniques les missions du correspondant handicap dans l'entreprise
 - Faire accéder les personnes atteintes de maladies chroniques aux prestations liées au handicap
- Mieux connaître les besoins
 - Développer les connaissances sur les conséquences des maladies chroniques sur la qualité de vie

Je trouvais intéressant de vous présenter ceci afin de comprendre la raison pour laquelle nous avons travaillé et nous continuons à travailler sur ces questions.

1.1. Estimation de 10% de la population active ayant une maladie chronique et évolutive

L'estimation de maladies chroniques à 10 % de la population active réinterroge les ressources humaines de façon assez fréquente. Aujourd'hui, de plus en plus de personnes atteintes de maladies chroniques évolutives travaillent, mais à quel prix ?

Le coût, les conditions et l'impact de ces maladies dans le travail sont la plupart du temps méconnus. Ces maladies, encore qualifiées d'extraprofessionnelles, engendrent des effets souvent non visibles aux yeux des collègues et de la hiérarchie. De ce fait l'identification des personnes reste problématique, d'autant plus que, très souvent, il y a une retenue de leur part à déclarer ce type de maladie ou à identifier la personne ressource dans l'entreprise. Le premier jour, François Daniellou a cité la question du VIH. Cela pose en effet des questions de dire et de non dire pour des gens qui sont dans l'emploi et qui aujourd'hui travaillent avec leur problématique.

Qui s'en occupe dans l'entreprise ? le médecin du travail ? seul ? La réflexion a débuté en 2003 on et depuis 2004 nous avons pu obtenir des financements à la fois régionaux (Agefiph et l'Etat) et européens (en montant des projets avec d'autres partenaires qui sont des associations, la médecine du travail, les professionnels de santé).

Trois postulats ont été posés

A ce moment-là il s'agissait d'identifier et de localiser ces maladies chroniques. La principale difficulté résidait dans les effets invisibles mais aussi dans l'absence de reconnaissances en tant que travailleurs handicapés, ou souffrant de maladies professionnelles (en effet il n'y pas de lien direct avec le travail). Nous avons donc décidé de travailler de façon plus large sur la question de la santé et de voir s'il était possible de s'inspirer des démarches mises en place pour la maladie du travail (en se servant de nos connaissances sur les TMS, les Risques Psycho-Sociaux etc.) et de les transposer à la maladie au travail. Notre conseil d'administration et l'ensemble des partenaires sociaux nous ont soutenus dans cette démarche.

1.2. Une nouvelle approche

Trois postulats importants :

- La pluri-pathologie et les impacts dans le travail

Même si nous avons sélectionné 6 pathologies dans un premier temps (cancer, VIH, hépatites, SEP, diabète, polyarthrite rhumatoïde), nous nous sommes d'abord intéressés à leurs impacts communs. Le cancer, par exemple, est différent du VIH, mais les dysfonctionnements que l'on va retrouver dans l'entreprise vont être du même type. Au niveau de l'organisation, on retrouvera des problématiques de fatigue qu'il va falloir gérer dans l'entreprise, notamment par les ressources humaines (on peut voir dans certains cas que le sujet est évoqué dans le bureau du DRH et pas forcément dans celui du médecin du travail).

- L'organisation du travail « discriminante »

Notre postulat sur la discrimination a été de la considérer comme individuelle. Les projets européens EQUAL et RACINE ont été mis en place afin de travailler sur la discrimination. En 2004 on se demandait si l'organisation du travail était discriminante, avec tout ce que cela impliquait. Aujourd'hui c'est un sujet plus largement répandu, on peut notamment entendre parler des RPS à la radio.

- L'approche pluridisciplinaire

Nous avons eu la volonté de travailler en collaboration avec les associations, par le biais d'approches communautaires et par le travail, mais aussi dans l'entreprise, c'est l'objet

aujourd'hui : voir comment nous pouvons travailler avec les acteurs de l'entreprise que sont les DRH et les partenaires sociaux, en se demandant comment passer d'une approche individuelle, aujourd'hui géré par le médecin du travail, à une approche collective.

Des outils ont été développés :

- Des interventions en PME avec des ergonomes
- Un guide
- Un site internet : www.maladie-chronique-travail.eu

1.3. Plusieurs actions

Impacts des maladies et des traitements :

- Les effets non visibles
- La question de l'absentéisme. Les personnes souffrant de maladies chroniques ont une santé qui peut être fluctuante et ont parfois besoin de s'arrêter pour se reposer, recevoir des soins ou encore pour des traitements. Cette question va directement se retrouver à la charge de la DRH.
- Répartition des charges de travail dans le collectif. On pourrait penser que c'est à la production de s'en occuper mais lorsque les collègues ne veulent plus travailler avec la personne à cause du surcroît de travail qu'ils doivent fournir pour compenser ils vont se plaindre à la RH.
- Travail hors entreprise. Pour pouvoir atteindre les résultats de l'entreprise, certaines personnes souffrant de maladies chroniques vont avoir une activité importante à l'extérieur de celle-ci.
- Activité professionnelle des proches
Cette activité en dehors de l'entreprise va parfois impliquer leur conjoint et/ou leurs proches.

Des formations aux pathologies ont été mises en place, à la fois pour les médecins de prévention, les médecins du travail et l'ensemble des professionnels du maintien.

Nous avons tenté d'identifier quelques étapes de la conduite de projet maintien de façon classique, excepté la partie hors entreprise qui comprend d'autres acteurs tels que les associations ou les proches.

Nous avons aussi mis en place et à disposition des outils et des informations auprès des professionnels du maintien et du milieu associatif.

Aujourd'hui le problème est toujours aussi important puisque nous n'avons pas pu avancer sur les questions de l'identification, du signalement (chose récurrente lorsqu'on parle du maintien) et du suivi. En effet, nous avons affaire à des pathologies chroniques évolutives (« épisodiques » pour les Québécois). Les aménagements organisationnels ou techniques mis en place à un instant donné pourront ne plus être valables six mois après car l'état de santé de la personne se sera amélioré.

1.4. Le médecin du travail et le DRH

L'an dernier l'accent a été mis sur les professionnels de maintien et les médecins du travail (spécialistes « du corps travaillant »). C'est incontournable mais finalement pas suffisant. Nous nous sommes donc tournés vers la RH, porteuse des questions de conditions de travail, afin de les aider à récolter des données collectives dans le but d'investiguer sur cette problématique.

2. Collaboration au sein du groupe Delpeyrat

2.1. Présentation de l'entreprise

Je vais commencer par présenter ma société. La société Delpeyrat est une société ancienne qui a été créée en 1890 à Sarlat dans le Périgord. C'est une société qui a évolué à partir de 1998 au moment où elle a été rachetée par le groupe Maisadour. Après une période très difficile et des réorganisations qui ont suivi, la société a engagé à partir de 2006 une stratégie de développement et de diversification. Le développement a concerné l'intérieur des usines, et s'est traduit par un accroissement des volumes à l'intérieur des sociétés. Quant à la diversification, elle a concerné la croissance externe, et s'est concrétisée par l'acquisition d'un certain nombre d'autres sociétés.

Ceci a donc commencé par l'acquisition de la société *Le Magicien Vert* à Agen qui est spécialisée sur la partie « plats cuisinés ». Puis, cela s'est développé ensuite par l'acquisition d'une société qui s'appelle *Campofrio montagne* noire, qui était une société spécialisée dans la salaison, et le numéro 2 français de la salaison derrière Aoste. Ensuite, l'acquisition de la société *Muller*, a positionné Delpeyrat comme numéro 1 des producteurs de canard en France, avant qu'en 2008 l'acquisition d'une nouvelle société *Chevalier*, permette notamment de développer l'activité « jambon de Bayonne ». Enfin en 2009, le développement de la partie « plats cuisinés », et l'acquisition en septembre 2009 de la partie « traiteur » de la société Loeul et Piriou, ont permis de doubler la capacité de production de la partie « plats cuisinés ».

Tout ceci fait qu'aujourd'hui Delpeyrat se dissocie en trois grandes filiales :

- l'activité historique qui est l'activité autour du canard et du foie gras ;
- une activité de salaison avec le jambon de Bayonne notamment ;
- et puis une activité de plats cuisinés.

2.2. Contexte lors du démarrage des diagnostics

Comme nous l'évoquions tout à l'heure, c'est au cœur de Delpeyrat Traiteur qu'a commencé la démarche sur les maladies chroniques évolutives (MCE). C'est aujourd'hui une société de 400 salariés avec trois établissements : le siège qui est à Agen, et deux établissements industriels : à Thouars (79) et Chinon (37), qui lui est plus spécialisé dans les produits exotiques. Au moment où nous nous sommes lancés l'étude, c'était une société qui était en très forte croissance puisqu'elle avait gagné 10 points de croissance sur la première année, et environ 5 points de croissance sur la deuxième année. Ces 16 points de croissance étaient relativement importants notamment en vue des autres perspectives de développement que nous aurions par la suite...

Lorsque nous avons démarré avec Dominique Baradat la démarche sur les MCE, nous avons souhaité dans un premier temps rencontrer le médecin du travail, pour pouvoir un peu lister l'ensemble des problématiques que nous pouvions avoir dans la société à propos des questions de santé au travail. Il y avait notamment un certain nombre de personnes qui étaient reconnues travailleurs handicapés, dont nous avions une connaissance ; et il y avait des personnes pour lesquelles le médecin avait défini des restrictions d'aptitude, qui étaient donc également connues de nous. De ce fait, au départ lorsque nous avons engagé la démarche avec le médecin du travail, nous pensions que nous aboutirions à 7-8 cas au grand maximum à l'intérieur de la société. Et puis, au fur et à mesure du travail réalisé avec le médecin, nous nous sommes aperçus qu'il y avait au moins une quinzaine de cas.

Il y avait notamment 3 situations de MCE connues à ce moment là par moi (c'est-à-dire que les employés s'étaient signalés auprès de moi à l'intérieur de la société), mais il pouvait également en exister d'autres sur lesquelles aucun signalement n'aurait été réalisé. Il faut savoir que les 3 cas qui avaient été évoqués initialement, étaient des cas qui, si aucune démarche n'était engagée risquaient d'aboutir sur un futur assez proche à des licenciements pour inaptitude. Nous commençons à arriver au bout du bout, nous n'avons pas de solution et toujours pas de connaissance sur le sujet ; et il commençait à y avoir un risque important sur l'avenir des salariés à l'intérieur de la société. Ainsi, les trois situations sur lesquelles nous avons travaillé ont été : une situation à un poste administratif, une autre à un poste de cuisinier, et puis la troisième sur un poste d'opérateur conditionnement sur la partie emballage.

2.3. La stratégie RH

Je vous disais que la société connaissait de fortes évolutions, qui se sont accompagnées d'un certain nombre de transformations. Celles-ci étaient relatives en partie à l'activité et son développement ; à l'acquisition de nouvelles technologies, de nouveaux outils, de nouvelles méthodes de travail, de nouvelles organisations ; à un renforcement des activités de traçabilité donc l'intégration d'outils informatiques à l'intérieur des ateliers, etc. L'ensemble de ces événements a engendré un certain nombre de fonctionnements en modes dégradés à l'intérieur de la société qui étaient compensés par l'humain. C'est-à-dire que le facteur qui était utilisé comme moyen de régulation du coup était l'humain, pour pouvoir réaliser la production dans les délais voulus, avec les niveaux de qualité voulus, mais sans que les outils soient suffisamment performants.

Nous avons également une problématique TMS à l'intérieur de la société, parce qu'il y a énormément de mouvements répétitifs, de manutentions, de ports de charges. Aussi, nous avons préalablement, et toujours avec le médecin du travail, réalisé une enquête à l'intérieur de la société à partir du dictionnaire INRS sur les TMS, qui avait conduit à un certain nombre de mises en avant de situations et qui avait également abouti à un plan d'action. Nous avons en effet, de notre côté, peut-être de manière un peu naïve aussi, défini une ligne que nous avons dite "de reclassement". Nous pensions que cette ligne permettrait de pouvoir maintenir les salariés dans l'emploi dans de bonnes conditions. Néanmoins, malgré le plan d'action et un certain nombre d'actions mises en place, nous avons constaté qu'il persistait un développement de la partie TMS à l'intérieur de la société.

Tout cela se faisait dans un contexte de rachat. Aussi, nous savons qu'à partir du moment où une société est rachetée c'est toujours très perturbant pour tout le monde : la direction, l'encadrement et également les salariés. Et puis, je le disais tout à l'heure, nous gardions une volonté de développer, et assez rapidement, les volumes dans une société qui connaissait déjà des développements d'activité et de volume. Donc forcément le RH, à l'intérieur de tout ça, expose un certain nombre de craintes, notamment quant à la capacité et aux modalités d'adaptation des salariés à l'évolution de l'ensemble des éléments que j'ai pu évoquer. Donc nous avons engagé assez rapidement, derrière le travail réalisé avec le médecin du travail et puis Dominique Baradat sur les MCE, une démarche assez forte de maintien dans l'emploi des salariés et d'amélioration des conditions de travail. Nous avons été bien aidés dans le domaine également par l'AGEFIPH qui nous a permis de prendre conscience d'un certain nombre de choses, d'évoluer et d'écrire déjà au départ une politique de sécurité et conditions de travail intégrant l'ensemble des acteurs de la société, ce qui a permis de commencer à progresser dans le domaine.

Il est vrai que sur cette partie "retour à l'emploi", et notamment de salariés qui sont en longue maladie, nous nous retrouvons parfois assez démunis par le peu de temps que nous pouvons avoir entre le

moment où l'on a connaissance de la difficulté de réintégration à l'intérieur de la société, et le moment où la personne se retrouve dans la société. C'est également le cas pour le médecin du travail qui est averti parfois une semaine ou quinze jours avant la reprise du travail ; ou si le salarié ne se manifeste pas avant, au moment même de celle-ci. Dans ce genre de cas, nous nous retrouvons dans des situations où il ne reste que très peu de temps pour que l'entreprise puisse trouver des solutions de repositionnement du salarié à l'intérieur de la société. Celles-ci peuvent se trouver dans des collaborations avec le médecin du travail ou d'autres services comme le SAMETH afin d'envisager une bonne réintégration du salarié. Les solutions comme les mi-temps thérapeutiques, si elles ne sont pas vraiment anticipées, elles sont réellement difficiles à mettre en œuvre. Lorsque vous avez un peu de temps, vous pouvez essayer de préparer votre organisation de manière à ce que le mi temps thérapeutique puisse s'intégrer dans de bonnes conditions. Mais lorsque l'on se place dans des activités de production, et notamment des usines où l'on travaille en 3x8, cela est beaucoup plus difficile, notamment relativement aux propriétés des collectifs de travail. Parce que sur une ligne, quand vous enlevez la moitié de la journée à un salarié, c'est le collectif de travail qui va être obligé de compenser.

2.4. Les résultats : c'est possible

En ce qui concerne les personnes qui étaient concernées par des MCE et avec qui on a travaillé, l'objectif a été atteint, et nous avons plutôt tiré un bilan positif de la démarche que nous avons engagée. En effet, en ce qui concerne la première personne, elle a réussi à être maintenue dans l'emploi. Cela fait trois ans que la travail est terminé, et aujourd'hui elle se trouve très bien à l'intérieur du poste qui a par ailleurs évolué, et qui lui a été aménagé par la suite. Le cuisinier lui est rentré plutôt sur une démarche personnelle à l'extérieur de l'entreprise : il avait déjà depuis longtemps un projet professionnel, et ceci lui a permis dans un premier temps de pouvoir le conserver et de le préparer progressivement, puis de le mettre en œuvre par la suite. Et la troisième personne sur le plan administratif a ensuite repris un congé individuel de formation pour progresser sur le domaine sur lequel elle avait évolué à l'intérieur de l'entreprise, pour acquérir de nouvelles compétences et pouvoir continuer d'évoluer à l'intérieur de sa fonction.

Les autres éléments à noter, ont été déjà une prise de conscience, notamment au niveau du comité de direction, des conséquences que peuvent avoir ces MCE, ainsi que les effets du traitement pour les salariés concernés. Parce qu'il est vrai qu'avant la présentation qui en a été faite nous n'en avions aucune connaissance. La prise de conscience était donc une étape importante, que nous avons enrichie par un développement et une diffusion à l'intérieur de l'entreprise, pour que même sur le plan opérationnel les personnes puissent tenir compte d'un certain nombre de contraintes qui découlent de ce type de maladies.

Autre élément, nous avons travaillé dès le départ avec le cabinet Ergonova, et en particulier Gabin Gindro, et puis Christian Martin ; dans un premier temps sur une formation d'intégration du facteur humain dans la conduite de projet, et le comité de direction a été formé sur le sujet. Pour ensuite prendre à l'intérieur des projets cette notion de facteur humain. Nous avons poursuivi par un certain nombre d'actions réalisées avec le comité d'ergonomes que j'ai cité. Puis, nous avons ensuite formé un groupe là plus opérationnel avec l'ensemble des encadrants de terrain, toujours sur cette conduite de projet, pour que l'ensemble des investissements soit piloté avec une intégration du facteur humain.

Dominique Baradat

Pour revenir à la question « pour quelles raisons la RH porte aujourd'hui toutes ces questions d'investissement ? », les québécois l'ont appelé le dérangeant et pour ma part je l'appellerai plutôt

l'arrangeant, en ce qui concerne Patrick Leclercq. Effectivement, il est aujourd'hui notre interlocuteur direct pour toutes ces questions. François Daniellou a parlé de « marginal séquent ». Pour nous l'intérêt était de connaître nos interlocuteurs, c'est pourquoi Patrick Leclercq a tenté de lister l'ensemble des missions qui lui sont affectées dans sa fonction.

Patrick Leclercq

2.5. Le DRH : chef de projet

La fonction de DRH a beaucoup évolué au cours de ces dernières années. Il y a encore quelques années, c'était une fonction qui était tenue par les directeurs des affaires financières et qui était réduite à la partie administration du personnel, et paye. Ensuite nous avons commencé à embaucher dans les entreprises des juristes, parce que les problématiques de droit social devenaient de plus en plus importantes et donc qu'il fallait quelqu'un pour les traiter. C'est alors une fonction qui a continué d'évoluer et qui s'est développée sur de la pluridisciplinarité, notamment avec une volonté d'intégrer des aspects qui sont plutôt psychosociologiques. Toujours en conservant des aspects juridiques, parce qu'il y a toujours un cœur juridique dans cette fonction, il est apparu une tendance pour la pédagogie par la formation, et la gestion des compétences.

La fonction RH aujourd'hui est une fonction qui accompagne la stratégie économique de l'entreprise en mettant en avant sa dimension sociale, et ça de plus en plus. C'est-à-dire que la fonction RH parvient de manière croissante à intégrer l'humain au cœur de l'entreprise. C'est une fonction qui siège maintenant au comité de direction et qui a son rôle dans l'ensemble des décisions qui sont prises à l'intérieur de la société ; et qui définit la politique RH. Cet élément est important puisqu'il signifie qu'il y a au moins il y a une politique concernant l'humain qui est définie à l'intérieur des entreprises.

C'est une fonction qui est aussi l'interface avec la direction générale. Elle a un rôle de conseil, elle a un rôle d'accompagnement, et c'est une fonction qui gère les relations sociales, c'est à dire la partie relation entre les représentants du personnel et la direction. C'est la croix de direction en quelque sorte entre les représentants du personnel et la direction.

C'est une fonction support auprès des responsables, c'est à dire au delà de la fonction qu'on pourrait considérer comme "fonctionnelle", c'est quand même une fonction qui a parfois un rôle opérationnel et qui s'implique. Et après, donc forcément c'est une fonction qui regroupe l'ensemble des activités que j'ai évoquées tout à l'heure, notamment pour les premières payes, administration du personnel, droit social, les parties recrutement, formation, gestion des compétences, des carrières et mobilité, et puis sécurité, conditions de travail.

2.6. Les perspectives

Ce qui ne figure pas, mais ce que l'on ressent à l'intérieur de ce que je viens d'évoquer, c'est que c'est une fonction qui se situe à la croisée des chemins de plus en plus, entre les partenaires internes qui sont les représentants du personnels, CHSCT, délégués syndicaux DP et CE ; les partenaires externes, notamment services de santé au travail, la CRAM, l'inspection du travail, l'AGEFIPH, les SAMETH et autres. C'est-à-dire l'ensemble des partenaires sans qui les ressources humaines ne pourraient pas faire grand chose à l'intérieur des entreprises, parce qu'il y a besoin effectivement d'apports extérieurs ; et notamment un qui vient s'ajouter de plus en plus, l'apport des ergonomes. Parce que même si, et ça a été le cas chez Delpeyrat Traiteur, nous avons essayé d'acquérir en interne des compétences en matière d'ergonomie, on se trouve malgré tout assez rapidement limités. Tout au long de ces dernières années, l'apport que pouvaient avoir les ergonomes à l'intérieur de la société pour proposer des idées,

proposer un certain nombre de choses, d'aménagements, et contribuer à l'amélioration des conditions de travail.

Dominique Baradat

Conclusion

Par rapport aux interventions qui ont été menées, dans l'ensemble des étapes du diagnostiquer le DRH est le fil rouge ou le chef de projet. Pour conclure, on se pose la question à la fois sur le sujet et sur l'interlocuteur. C'est-à-dire que lorsqu'on parle de santé au travail, et pas seulement des maladies professionnelles, je pense qu'il faut d'abord se poser la question de la santé : De quoi s'occupe-t-on ? Uniquement des salariés ayant des maladies professionnelles déclarées ou bien de l'ensemble des personnes malades dans le travail ? Dans ce cas n'aurions nous pas intérêt à se rapprocher de ces interlocuteurs que sont les DRH ?