

Service social et service de santé en milieu de travail : quelle coopération ?

57^e Journée d'étude du travail
organisées par l'ANAS

N° 244
La Revue Française de Service Social

INDEX THÉMATIQUE | MAGAZINE | FORUMS | INFOS | CONTACTS

OASIS

<http://www.travail-social.com>

Le Portail du Travail social

OASIS - Organisation d'Acteurs Sociaux Indépendants et Solidaires - Association loi 1901

**Vous pouvez retrouver certains articles de la revue dans OASIS,
le portail internet du travail social**

Sommaire

I. 57^e Journée d'étude du travail

Discours d'ouverture	6
Françoise LÉGLISE, présidente de l'ANAS	
La coopération en santé au travail : Présentation générale	7
Laurence LÉBOUVIER	
Présentation de la réforme des services de santé au travail	10
Jean-Denis COMBEXELLE, directeur général du travail	
L'approche psychosociologique des questions de santé au travail 12	
Luce JANIN-DEVILLARS, psychosociologue	
La santé : entre avoir et être	14
Sylvie QUEVAL, philosophe	
<i>Questions de la salle</i>	
La coopération entre infirmière en santé au travail et médecin du travail : récit d'une expérience à deux voix	26
Véronique BACLE, infirmière en santé au travail, Service social du travail social Nord de France (SSTRN), Lille	
Claude BUISSET, médecin du travail, Pôle santé travail Métropole Nord, Lille	
<i>Questions de la salle</i>	30
Approche ergonomique des activités coopératives	34
Flore BARCELLINI, ergonome	
Comment les différents acteurs de la santé au travail envisagent-ils la coopération ?	38
Témoignages et expériences. Table ronde	
Assistantes de service social, infirmière en santé au travail, médecin du travail, ergonome	
<i>Questions de la salle</i>	49
Retour sur les décrets d'application de la loi du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail	52
Annie Ho DINH-VRIGNAUD, chargée de mission à la Direction générale du travail	
Synthèse de la journée	54
Jacques TRÉMINTIN, travailleur social dans la protection de l'enfance, journaliste, formateur et intervenant	
Conclusion	57
Françoise LÉGLISE	

Les numéros de RFSS.....	58
---------------------------------	-----------

II. Communications

Hommage à Mary Richmond à 150 ans de sa naissance	
Mary E. Richmond : portrait d'une pionnière (1861-1928)	60
Brigitte BOUQUET, professeur émérite, Conservatoire national des arts et métiers (CNAM), Paris	
Mary E. Richmond : une figure oubliée ?	72
Compte rendu de l'ouvrage d'Elizabeth N. Agnew, <i>From Charity to social work. Mary E. Richmond and the Creation of an American Profession, Champaign (IL), University of Illinois Press, 2004</i>	
Lilian GRAVIÈRE, doctorant en philosophie, formateur à l'institut de travail social de la région Auvergne (ITSRA 63)	

III. Vie de l'ANAS

Les présidentes (et présidents) de l'ANAS	76
Henri PASCAL, 12 septembre 2011	
Avis technique : Préconisations pour les professionnels soumis au secret et confrontés à des révélations ou constats d'infractions. Fondements légaux et déontologiques pour maintenir des pratiques efficaces de travail social	79
Laurent PUECH, septembre 2011	
Le devenir de la formation des assistants de service social : quels changements en cours ? quelle position de l'ANAS ?	104
Marcelle ORSONI, avril 2011	
Les freins et les leviers de l'accueil de stagiaires vus par les professionnels ASS	
Analyse de l'enquête réalisée par la commission « Formation » de l'ANAS en mai et juin 2011	125
Synthèse.....	132
Rencontre avec le syndicat des professionnels diplômés en travail social (SPDTS) malgache.....	134
Marcelle ORSONI, octobre 2011	
L'aventure des JET 11	139
Brigitte RIZZO	
Nous avons reçu.....	140
Nous avons lu	141
À vos agendas !	142
Bulletin d'abonnement	144

La santé : entre avoir et être

Sylvie QUEVAL, philosophe

Jean-Louis Le Corvoisier

Sylvie Queval, vous êtes philosophe, agrégée de philosophie, maître de conférences en philosophie de l'éducation à l'université Lille 3. Vous évoquerez aujourd'hui la santé, entre avoir et être.

Sylvie Queval

Il m'a été demandé de réfléchir avec vous sur le concept de santé. Or, il me semble très instructif de partir de nos façons de parler les plus ordinaires car elles nous révèlent souvent le sens impensé que nous donnons à telle ou telle réalité ; réfléchir sur les mots nous aide à des prises de conscience sur la représentation que nous nous faisons des choses dont nous parlons.

À propos de la notion de santé, vous avez remarqué qu'il existe deux usages linguistiques aussi ordinaires l'un que l'autre : on dit de quelqu'un qu'il *a* ou *n'a pas* une bonne santé comme on dit aussi qu'il *est* ou *n'est pas* en bonne santé. Le titre de cette communication indique que j'aimerais explorer avec vous les contours de ces deux modes d'expression. Nous sentons confusément que ce n'est pas exactement la même chose d'avoir une bonne santé et d'être en bonne santé. Que dit-on de différent quand on conjugue la santé sous le régime de l'avoir ou sous celui de l'être ? Quelles représentations de la santé sont-elles véhiculées par ces tournures différentes ?

Ce parcours d'exploration nous conduira à une proposition de définition de la notion de santé et rencontrera la pensée — incontournable sur la question — de Georges Canguilhem sur laquelle je reviendrai :

« Je me porte bien lorsque je porte la responsabilité de mes actes, lorsque je peux porter des choses à l'existence, et lorsque je peux créer entre les choses des liens qui ne leur viendraient pas sans moi⁷. »

Enfin, je n'oublierai pas que c'est dans le cadre de la réforme des services de santé au travail que s'impose cette réflexion et nous verrons comment l'assistant de service social est concerné par elle.

Partons donc des faits de langue et écoutons ce que les mots nous apprennent. J'explorerai d'abord le versant « avoir ».

⁷ Cette définition était venue conclure une conférence donnée en 1988 à Strasbourg par l'auteur. On peut la retrouver dans le recueil de textes *Écrits sur la médecine*, Seuil, 2001, p. 68.

La santé comme capital à entretenir

Quelques expressions usuelles

Une représentation fréquente de la santé en fait un *bien*, non seulement au sens de quelque chose qui est bon et agréable, mais au sens patrimonial du mot, au sens où l'on dit de quelqu'un qu'il possède de grands biens. On dit d'ailleurs que la santé est un *capital* dont on dispose et qu'on peut *dilapider* ou au contraire faire *fructifier*. Je relève l'expression « *se ruiner la santé* » et il est significatif que ce verbe « *ruiner* » désigne d'abord une perte financière. C'est dans cette logique-là qu'on fait un « *bilan* » de santé pour établir ce qui fonctionne bien et ce qui fonctionne moins bien, voire mal. Ce vocabulaire comptable se retrouve encore quand on dit de quelqu'un qu'il a *perdu* la santé ou inversement qu'il l'a *trouvée*.

Dans toutes ces expressions, on traite toujours la santé comme une chose quantifiable et c'est aussi ce qu'on fait quand on dit que Un tel a une « *petite santé* ».

Je relève un autre fait de langue : il en va des mots qui désignent les maladies comme du mot « santé » ; ils s'emploient tout autant avec l'auxiliaire « avoir » qu'avec l'auxiliaire « être ». Ainsi, il est notable qu'on peut aussi bien dire « j'ai la grippe » ou « j'ai un rhume » que « je suis grippée ou enrhumée ».

Restons sur le versant « avoir ». Quand la santé est un bien qu'on possède, on a ou on attrape des maladies qui viennent amputer notre capital mais qu'on peut combattre pour restaurer le bien initial. Ce n'est pas exactement la même chose de dire « avoir du diabète » ou « être diabétique », « avoir des migraines » ou « être migraineux »... Dans cette logique comptable où l'on parle de la santé comme d'un avoir, la maladie est pensée comme une diminution ou une perte de cet avoir : diabète ou migraines écornent votre capital santé.

Que nous révèlent ces façons de parler en termes quantitatifs de la santé et de la maladie ?

Sous les mots, des représentations

Dans ce cadre-là, santé et maladie forment un couple de contraires, la santé apparaît comme l'absence de maladie. C'est sans doute la notion la plus commune que nous en avons. Explorons plus avant les conséquences de cette représentation.

Quand le rapport du sujet à la santé ou à la maladie se dit sur le mode de l'avoir et de la perte, ce rapport est distant, c'est celui que nous entretenons avec les choses. On a, par exemple, une jolie maison ou une grande voiture ; on peut aussi traiter les humains sur le mode de l'avoir et dire « avoir une femme, ou un mari, et des enfants », cela indique un rapport de possession qu'on pourrait discuter. Ce qui importe ici c'est que cette santé-avoir s'entretient (bien ou mal) comme on entretient sa voiture. Le modèle médical révélé par cette façon de parler est un modèle mécaniste qui fait du médecin et des personnels de santé des sortes de garagistes, des techniciens compétents pour réparer ce qui ne va pas et prévenir d'éventuels incidents. Si ma santé est un

capital, la vaccination, qui vise à la protéger, est assez comparable au fait de mettre de l'antigel dans le réservoir de sa voiture avant l'hiver en sorte que le froid n'endommage pas le moteur.

Cette représentation de la santé a longtemps eu cours et nos habitudes de langage témoignent qu'elle n'a pas disparu. Le médecin dans ce contexte s'intéresse plus à la maladie qu'au malade puisque c'est la maladie qui peut faire perdre la santé. De ce point de vue, on voit bien que le travailleur social n'a rien à faire dans un service de santé ni aux côtés des personnels de santé. Si l'on s'en tenait à cette représentation, sa fonction serait ailleurs.

Or cette vision de la santé est récusée de façon récurrente dans tous les travaux sur la question depuis, une soixantaine d'années⁸. La santé ne peut se définir comme l'absence de maladie, nous allons le découvrir en examinant l'autre façon d'en parler, celle qui emploie l'auxiliaire « être ».

La santé comme tonalité de l'existence

Quand on dit « je suis » ou « je ne suis pas en bonne santé », on introduit non plus un rapport de possession entre le sujet et sa santé mais on fait de cette santé une composante de son être, une détermination qui définit une manière d'être. La santé n'est *plus une chose quantifiable, c'est une qualité* dont les variations caractérisent l'existence. Là encore nos façons de parler sont très significatives.

Quelques expressions usuelles

Quand on est en bonne santé, on dit qu'on va bien. Je souligne cette synonymie : *être* en bonne santé c'est *aller* bien. La santé est une *allure* de vie, elle est *l'allant* qui nous fait avancer dans la vie — et j'insiste sur le caractère dynamique de ces expressions. La bonne santé est la capacité d'avancer dans l'existence, de ne pas stationner sur place quand surgit un obstacle mais de le contourner ou surpasser. Elle est la capacité de s'adapter aux nouvelles données imposées par les aléas de la vie.

On dit aussi de quelqu'un en bonne santé qu'il *se porte bien*. Il vaut la peine de s'arrêter sur cette formule qui, si on y regarde, peut surprendre : comment se porter soi-même ? Comme le baron de Münchhausen qui s'était sorti d'un marais où il était tombé en s'attrapant lui-même par les cheveux ? C'est absurde ! Non il faut donner un sens imagé à l'expression et avancer que se porter bien, c'est se supporter soi-même, accepter son existence telle qu'elle est avec ses heurs et malheurs. Porter suppose l'idée d'un poids ; nous savons tous que l'existence peut être parfois pesante, nulle ne la traverse sans dommages. Être en bonne santé, c'est justement être apte à porter les poids en tous genres de l'existence, maladies bien sûr mais aussi chocs émotionnels de toutes sortes allant de la contrariété aux deuils les plus traumatisants.

⁸ Le préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) de 1946 qui définit la santé comme un « état de complet bien-être physique, psychique et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » fait date en la matière. On peut aussi noter l'ouvrage de 1943 de Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique* (dernière éd. : PUF, « Quadrige », 2009).

On va évidemment d'autant mieux et on se porte d'autant mieux qu'aucune maladie ne perturbe notre existence, mais il faut noter deux faits :

– On peut aller mal en l'absence de toute maladie.

Certaines personnes vont mal alors même que la médecine ne détecte aucune maladie. Elles vont mal parce que les soucis et le stress attristent leur vie, parce qu'elles ne trouvent pas à s'épanouir dans leur métier ou dans leurs relations... Elles ne se sentent pas en bonne santé tout en n'ayant aucune maladie. *Elles n'ont pas mal, elles sont mal, elles vont mal ; elles se portent mal.* Certaines développeront même des troubles somatiques, symptômes de leur mal-être et non pas causes de celui-ci.

– Inversement, on peut aller bien y compris dans la maladie.

On peut, en effet, avoir telle ou telle maladie et pourtant se sentir bien. Certes la maladie ralentira peut-être l'allure de vie, elle empêchera certaines activités mais le moral restera bon. On aura même éventuellement mal sans pour autant être ébranlé dans son être. La bonne santé est précisément cet art de vivre qui s'accommode des maladies (ce qui ne veut pas dire qu'on ne les soigne pas bien évidemment). Toute la philosophie antique se définissait par son projet d'apprendre à vivre bien en dépit des aléas de l'existence, je dirais volontiers d'apprendre à souffrir, d'apprendre à *avoir mal sans être mal, à aller bien et se porter bien y compris quand la maladie est là.*

C'est dans ce contexte de réflexions que se comprend la définition de la santé de Georges Canguilhem que je mentionnais en commençant et sur laquelle nous nous arrêtons maintenant.

Une définition de la santé

Je reprends la définition en question :

« Je me porte bien lorsque je porte la responsabilité de mes actes, lorsque je peux porter des choses à l'existence, et lorsque je peux créer entre les choses des liens qui ne leur viendraient pas sans moi ».

Trois formulations de la bonne santé sont ici posées par les trois « lorsque » qui apportent, chacun, un regard complémentaire et convergent.

Se porter bien ou aller bien c'est d'abord « porter la responsabilité de ses actes ». Autrement dit c'est être sujet et auteur de sa vie de quelque type que soit cette vie. Et, pour reprendre les deux situations précédemment évoquées, il est clair qu'on peut ne présenter aucune pathologie mais être privé de responsabilité parce qu'on est soumis à la tutelle d'un tyran, d'un maître, d'un geôlier. L'aliénation, de quelque ordre qu'elle soit, entrave l'allure de la vie et — pour plagier la formule célèbre — nuit à la santé (ce qui est mauvais dans la cigarette, c'est la dépendance plus que le tabac). On peut, en revanche, assumer la responsabilité de ses actes du fond d'un lit d'hôpital. Celui qui peut encore dire « je veux » ou « j'ai voulu et j'assume », va bien, même dans la maladie.

Se porter bien, c'est ensuite « porter des choses à l'existence » ; c'est-à-dire être créateur ou producteur de « choses », comprenons aussi bien d'objets d'art ou d'artisanat que de produits culturels ou d'actions. C'est agir sur le monde, y laisser la marque de sa présence.

Ces deux premiers items sont inséparables : pour être responsable de ses actes, il faut qu'il y ait des actes. La maladie, sauf sans doute en phase terminale (et encore), n'exclut pas qu'on soit créatif dans un domaine ou un autre.

Pour préciser le sens qu'il donne à cette idée de production de choses, Canguilhem précise — et c'est le troisième moment — que ces « choses » peuvent être des « liens », le mot exact du texte est « rapports ». C'est une autre façon de dire que la santé passe par la capacité d'agir sur le monde, d'en infléchir le cours mais l'accent est ici mis sur l'activité de pensée et de connaissance. Ce qui met en rapport les choses, c'est la connaissance qui donne la compréhension des choses. Canguilhem développe ce point dans son texte en précisant que pour « changer les choses, il faut les connaître ».

Ailleurs, mais dans le même esprit, il dit que se porter bien, c'est instaurer ses propres normes de vie quand se présente une crise organique et il a cette formule parlante « la santé c'est le luxe de pouvoir tomber malade et de s'en relever⁹ ».

On est bien loin ici de la représentation de la santé évoquée d'abord et du modèle médical qui lui est corrélatif. On avait noté que le travailleur social serait étranger au domaine sanitaire si celui-ci concernait la maladie plus que le malade et si la santé ne consistait qu'à se garantir des maladies.

C'est une tout autre perspective qu'ouvre la définition de Canguilhem et où nous a conduit l'examen de la santé comme façon d'être, allure de l'existence, et finalement art de vivre. De ce point de vue, la santé n'est certainement pas le domaine réservé des personnels sanitaires. Ils conservent bien sûr tout leur rôle de prévention et réduction des maladies, rôle que nul ne leur conteste, mais ils n'en ont plus le monopole si la santé n'est pas seulement préservation de la maladie. Conjointement et de façon coopérative, il appartient aux travailleurs sociaux de prendre en charge les questions de santé. C'est ce point qu'il nous faut développer pour conclure.

La coopération du sanitaire et du social

Si la santé est l'aptitude d'un sujet à mener sa vie, dans tous les domaines, de façon autonome et responsable, il est clair que la bonne santé ne relève pas d'un seul champ professionnel mais, au contraire, mobilise tous ceux qui sont en mesure de protéger contre les agressions du milieu et de renforcer les défenses personnelles.

C'est parce que chaque être humain est multidimensionnel, que l'approche de sa santé doit être pluridisciplinaire.

Le sujet humain n'est en effet pas la simple addition de différentes strates, l'une biologique, une autre psychologique, une autre encore sociologique, une autre encore historique et ainsi de suite. On ne comprend rien à une personne si on s'en tient à des approches successives de ses caractères par les différentes sciences humaines. Chacun de nous intègre des caractères d'ordre à la fois biologique, psychologique, sociologique, etc. Aucune de ces disciplines ne rend compte, seule, de ce que nous sommes car nos traits psychologiques, par

⁹ *Le normal et le pathologique*, PUF, 1988, 2e éd., p. 167.

exemple, se sont forgés dans un milieu à la fois naturel et culturel, ils sont tout à la fois l'effet et la cause de nos caractères organiques qui les conditionnent tout en étant modifiés par eux. Parce qu'une personne humaine ne se débite pas en tronçons, sa santé ne saurait être le fait d'une action unidimensionnelle.

La question qui nous retient, est : « Comment préserver et, plus, contribuer à épanouir la santé au travail ? » Resserrer ainsi l'approche au monde du travail et à la vie professionnelle, c'est évidemment effectuer une abstraction car la vie professionnelle ne peut pas se désolidariser de la vie familiale, amoureuse, spirituelle... Toutes ces dimensions interagissent nécessairement comme interagissent les plans de l'existence (biologique, psychologique, sociologique...). L'être humain est tout entier engagé dans chacun des secteurs de son activité, nous endossons des personnages différents mais nous sommes la même personne. Ou, pour parler le langage du cinéma, si la caméra cadre sur la vie professionnelle, il ne faut pas oublier que « hors champ » continuent d'exister les autres dimensions de la vie. On est au travail en fonction de ce qu'on est hors travail. Et c'est bien pourquoi l'ASS a sa place dans un service de santé du travail.

Assurer la santé de la personne au travail, c'est bien sûr sécuriser le poste de travail, protéger des accidents inhérents à tel poste de travail, vérifier l'ajustement des exigences du poste et des compétences de la personne... Tout cela va de soi. C'est aussi faire régulièrement des dépistages et examens de contrôle. C'est tout aussi évident et tout aussi important. On limitera ainsi, autant qu'il est possible, les maladies et accidents.

Tout cela, et plus, pourra être fait sans que, pourtant, le bien être des personnes soit garanti. Tout peut être irréprochable en termes comptables, et pourtant totalement inhumain.

Je ne veux pas laisser entendre que la dimension humaniste au travail soit la seule tâche des ASS. Humaniser les conditions de travail doit aussi être le fait des personnels sanitaires. Mais il appartient certainement aux travailleurs sociaux de veiller au bien-être au travail, de veiller à ce que la personne soit en mesure de faire face aux charges qu'impose son poste de travail.

Questions de la salle

De la salle

Je suis médecin du travail dans le secteur du bâtiment et des travaux publics. Notre service comprend une assistante sociale, une psychologue du travail, un ergonomiste, une assistante en santé-travail. Chacun de ces professionnels est indispensable à l'équipe. Je tiens à préciser que la psychologue du travail n'exerce pas le même métier que l'assistante sociale. Celle-ci s'occupe à mon sens des risques sociaux tandis que la psychologue du travail s'occupe des risques psychosociaux. Les salariés du BTP qui ont une cinquantaine d'années sont aujourd'hui inquiets de leur devenir et des portes de sortie qui leur seront ouvertes. Les assistantes sociales nous seront d'une aide incroyable lorsque ces salariés âgés, mais jeunes, ne sauront comment envisager leur avenir. Je pense que plus que le maintien dans l'emploi, lutter contre la précarité constitue un objectif prioritaire.

De la salle

Bonjour, je suis assistant social du travail chez France Télécom Orange. Ma question s'adresse au directeur général du travail. Je m'intéresse depuis longtemps aux aspects juridiques du service social du travail. Si celui-ci existait dans le code du travail en 1942, cela n'est plus le cas aujourd'hui. Le service social est désormais inclus dans le service de santé au travail. Notre profession, que vous avez qualifiée de particulière, est tellement particulière qu'elle a disparu du code du travail ! Quand reviendra-t-elle dans les textes ?

Jean-Denis COMBEXELLE

Je n'ai jamais dit que vous constituiez une population particulière mais j'ai indiqué que vous jouiez un rôle particulier. Je pensais que l'un des objectifs de cette journée était de mieux définir votre rôle. Il existe une attente de plus en plus importante sur les questions de santé dans le monde du travail. Toutes les personnes compétentes doivent répondre à cette attente. La première personne responsable de la santé du salarié est le salarié lui-même. Intervient ensuite par ordre de responsabilité le manager, le médecin du travail et le technicien. Les assistantes sociales ont la particularité de travailler à la fois sur les questions de santé et sur les questions sociales. Il est nécessaire que l'ensemble des personnes que j'ai mentionnées travaillent dans le même sens. La loi de réforme sur la santé au travail reconnaît explicitement le rôle des assistantes sociales du travail. Ce rôle devra être précisé dans le cadre des décrets d'application. Vous aurez un rôle à jouer dans la rédaction des décrets. Vous avez dans l'entreprise et dans les services de santé au travail une expertise particulière et une proximité spécifique avec les chefs d'entreprise et les salariés. Nous devons reconnaître ce rôle dans les décrets d'application afin que vous puissiez être aussi « efficaces » que possible.

Jean-Louis LE CORVOISIER

Pourquoi ce rôle n'est-il pas précisé dans la loi ?

Jean-Denis COMBEXELLE

Nous pensons, en France, que l'inscription d'un fait dans la loi sera suivie de grandes transformations immédiates. La loi ne peut pas être précise sur

tous les points. La précision interviendra dans le décret mais surtout dans les entreprises. La loi a reconnu le principe, le décret viendra préciser le rôle du service social du travail et chaque entreprise définira le rôle de ses services.

Jean-Louis LE CORVOISIER

Vous comprenez qu'il existe une attente. Le texte est précis concernant la médecine du travail et les services de santé au travail.

Jean-Denis COMBEXELLE

Je pense que la question des réformes mériterait un colloque. Par ailleurs, je signale que la loi se borne à fixer des principes s'agissant des médecins du travail. Si j'étais devant les médecins du travail, je dirais que la loi a fixé les principes et qu'une grande partie de la réforme sera développée dans les décrets. Je dis aujourd'hui la même chose aux assistantes sociales du travail. Nous ne souhaitons pas rédiger des décrets qui concernent votre expertise dans le secret des bureaux du ministère du travail. Nous souhaitons au contraire travailler avec vous.

Jean-Louis LE CORVOISIER

Quand vous évoquez la « place particulière » des assistants sociaux, signifiez-vous « place essentielle » ?

Jean-Denis COMBEXELLE

Le problème n'est pas de savoir quelle profession occupe la place la plus importante mais de savoir si les agents sont efficaces dans leur mission et s'ils parviennent à travailler ensemble. Le médecin du travail ne peut pas assumer tous les rôles.

Luce JANIN-DEVILLARS

Je souhaitais réagir aux propos du médecin du travail, qui disait que les assistants sociaux s'occupaient des risques sociaux et n'étaient pas des psychologues. Je ne partage pas tout à fait ce point de vue. Tout d'abord, toutes les entreprises n'emploient pas de psychologue. Par ailleurs, dans un contexte de crise et de précarité, les assistants sociaux accomplissent un travail d'écoute exceptionnel auquel ils ont été formés à la faculté ou dans le cadre de formations privées et peuvent se reconverter dans les métiers ayant trait à la psychologie. Enfin, je dirai que, si le titre de psychologue est protégé, la psychologie appartient à tout le monde.

De la salle

Je travaille dans un service de santé au travail important qui suit environ un million de salariés en Île-de-France. Toutes les entreprises qui adhèrent à notre association bénéficient du service social depuis sa création en 1945. Je précise également que 70 % de nos adhérents emploient moins de dix salariés. Nous nous félicitons que le service social soit inscrit dans la loi. L'absence de pluridisciplinarité ne constitue pas un manque, de notre point de vue. Nous manquons de médecins du travail : certains, dans notre association, suivent plus de 5 000 salariés par collectivité. La loi prévoit que le médecin animera l'équipe pluridisciplinaire. Notre indépendance au sein de l'association nous permet d'intervenir directement dans les petites entreprises et de prévenir la

précarité. L'autonomie est un élément important au sein de l'association, un élément dont nous félicitons.

De la salle

Bonjour, je suis assistante sociale dans une entreprise high-tech dont le siège social et l'usine sont localisés en France. Je regrette que les assistants sociaux ne soient pas directement associés au médecin du travail dans le texte de loi. Cette inscription aurait facilité nos rapports et le contact avec nos directions. Parfois, les médecins du travail n'acceptent pas de travailler avec les services sociaux. Que faire avec cette réforme qui peut nous exclure davantage ?

Jean-Denis COMBEXELLE

Les liens entre les personnes ne sont pas facilités par une loi ou un décret. Les textes visent à dessiner une organisation prenant en compte l'ensemble des acteurs. Les difficultés personnelles relèvent du fonctionnement du service. Tous les problèmes ne peuvent pas être résolus par des textes.

Jean-Louis LE CORVOISIER

La loi peut donner une impulsion...

Jean-Denis COMBEXELLE

Nous souhaitons justement rédiger les décrets avec vous afin qu'ils soient en adéquation avec la spécificité de votre rôle et vous permettent de travailler avec les autres acteurs.

De la salle

Je travaille depuis vingt-trois ans dans un service social de la presse quotidienne régionale en province, un service qui n'est pas obligatoire. J'ai pris acte de la spécificité du service social, par laquelle je suis convaincue. L'autonomie de l'assistante sociale justifie cette spécificité. En revanche, nous ne sommes pas forcément dépendants du médecin du travail. Pourquoi le décret ne pourrait-il pas rendre obligatoire le service social dans les entreprises ?

Laurence LEBOUVIER

Je crois qu'il est obligatoire depuis les modifications du code du travail. Le texte précise l'obligation du service social pour les entreprises de plus de 250 salariés. Je ne sais pas, toutefois, ce que stipuleront les décrets d'application à cet égard.

Jean-Louis LE CORVOISIER

Des personnes dans la salle affirment que le service social est conseillé mais pas obligatoire.

Jean-Denis COMBEXELLE

Nous sommes en train de travailler sur les décrets d'application.

De la salle

L'organisme public où je travaille représente 15 000 salariés. Nous avons la chance d'être un service autonome — l'autonomie du service social me paraît essentielle. Il me semble que le fait que la loi ne reconnaisse qu'à minima

le rôle du service social dans les entreprises constitue un manque de reconnaissance. Le texte ne pousse pas les entreprises à nous offrir la place que nos fonctions exigent. Le fait que nous ne fassions pas partie des préventeurs légaux au sein des entreprises confirme mon interprétation. Un texte de loi établit le fonctionnement et le périmètre d'une fonction. Cette définition me paraît nécessaire. Enfin, j'aimerais connaître la position de l'ANAS sur ce point.

Jean-Denis Combrexelle

Je ne dis pas que la loi n'a aucune utilité. Votre rôle dans le cadre de la santé au travail est explicitement reconnu par le législateur. Vous serez associés à la rédaction des décrets d'obligation qui détailleront votre rôle. Enfin, la loi, les décrets et les circulaires d'application ne pourront pas régler les difficultés personnelles propres à certains services. Certaines questions devront être réglées au niveau de l'entreprise. Ne réduisons pas la question de la santé au travail à celle des risques psychosociaux.

Jean-Louis LE CORVOISIER

Vous entendez bien la demande des assistants sociaux d'être associés à la prévention.

Jean-Denis COMBEXELLE

Pour les questions concrètes de reclassement des salariés ou d'inaptitudes, le rôle des assistants sociaux est évident.

Françoise LÉGLISE

Nous avons déjà rencontré Monsieur Combrexelle en début d'année dernière concernant cette réforme. L'article que j'ai mentionné tout à l'heure ne cite que les conseillères du travail. Or nous sommes une association d'assistantes de service social du travail, avec une formation spécifique. Les assistantes sociales du travail ont en outre la particularité d'être soumises au secret professionnel. Nous avons rencontré Monsieur Combrexelle pour lui demander l'introduction des assistantes sociales dans le code du travail, en vain. Les décrets d'application seront peut-être plus précis sur ce thème. J'entends bien, enfin, que nous serons consultées pour l'élaboration des décrets d'application.

Jean-Denis COMBEXELLE

Lorsque les projets de décrets seront prêts, les instances officielles seront consultées, de même que certaines professions.

De la salle

Je travaille au conseil général du Languedoc-Roussillon. La réforme s'appuie exclusivement sur le médecin du travail. Or je ne trouve plus ce partenaire sur le terrain, sachant que la réforme des retraites s'appuie également sur cette profession. Que ferons-nous lorsque nous n'aurons plus de médecins du travail ?

Jean-Denis COMBEXELLE

L'objectif de la réforme n'est pas de remettre en question la place de la médecine du travail. Il est plutôt de considérer que les médecins du travail constituent une ressource rare et importante. La réforme confère une place centrale

au médecin du travail, et prévoit qu'il travaille avec les autres professionnels. Il s'agit de déployer des moyens pour répondre à une attente de plus en plus forte en matière de santé au travail, et de placer les médecins, qui constituent une ressource rare, au centre du système.

De la salle

La pénurie de médecins du travail nous oblige à travailler avec des médecins libéraux qui n'ont ni la culture de la médecine du travail, ni l'habitude de la pluridisciplinarité. Dans dix ans, il n'y aura plus de médecins du travail.

Jean-Denis COMBEXELLE

Les pouvoirs publics ont une responsabilité que j'assume quant à ce déficit. Les médecins du travail portent également une responsabilité, celle de rendre la profession attractive. Il s'agit d'une profession magnifique qui joue un rôle de plus en plus important. Il convient de faire en sorte que ce métier difficile, mais passionnant, attire les étudiants en médecine.

De la salle

Nous suivons trois millions de salariés en Ile-de-France. Les services inter-entreprises d'Ile-de-France se réjouissent de la place qui est faite aux assistantes du service social dans la loi du 20 juillet. Nous avons besoin de vous, notamment en matière de prévention de la désertion professionnelle. Nous mettons en place un groupe de réflexion qui sera composé de professionnels, de directeurs de service de santé au travail et d'autres acteurs. Grâce à cette loi, toutes les entreprises, quelle que soit leur taille, pourront bénéficier de vos compétences. Je pense qu'il faut se réjouir des textes. L'essentiel est que nous parvenions à travailler ensemble. Les médecins du travail sont de plus en plus conscients de la nécessité de travailler en réseau avec d'autres compétences. Ensemble, nous parviendrons à faire progresser la prévention du risque professionnel.

De la salle

Je suis directeur d'un service de santé au travail à Paris et je représente la Confédération générale du patronat des petites et moyennes entreprises (CGPME) dans les instances d'hygiène et de sécurité. Je suis venu ici pour apprendre à connaître ce milieu mal connu. Alors que, jusqu'en 1979, la réglementation relative à la médecine du travail obligeait les services à disposer d'un service social, la réforme votée la même année a obligé les services à se séparer de leur service social. Il me semble que l'essentiel, ici, n'est pas la collaboration entre les spécialistes, mais la potentialisation des compétences au service de l'entreprise et de ses acteurs.

Les petites entreprises ne peuvent pas s'offrir les services d'une assistante sociale. C'est la raison pour laquelle les partenaires sociaux ont souhaité introduire le service social. Le service social n'est ni particulier, ni spécifique, mais il est différent. Son approche est plus globale que l'approche sanitaire d'un médecin ou l'approche technique d'un ergonomiste. Il doit prendre en compte une dimension solidaire, citoyenne et sociale. Je m'appête à créer un service pour la prévention de la désinsertion professionnelle. Votre rôle est de préserver les droits et les responsabilités des individus.

Toutefois, je me demande si j'obtiendrai aujourd'hui une réponse sur le maintien dans l'emploi et sur la désinsertion professionnelle. Enfin, je pense que la solution ne consiste pas à intégrer la pluridisciplinarité dans les services de santé. Je propose que le cœur de l'organisation du service de santé au travail soit le plan pluriannuel régional qui sera élaboré par la commission médico-technique. Nous devons exiger que des représentants du service social siègent dans cette commission.

Jean-Louis Le CORVOISIER

Je remarque que deux mots ont été prononcés à de multiples reprises : reconnaissance et autonomie. Qu'est-ce que ces mots vous évoquent ?

Luce JANIN-DEVILLARS

La reconnaissance c'est aussi la possibilité d'être légitimé par ses pairs. Je crois que les assistants sociaux ont des compétences multiples. La demande d'autonomie passe, à mon avis, par une gestion hiérarchique des assistants sociaux par les assistants sociaux eux-mêmes. Je ne comprends pas la nécessité de placer un médecin du travail à la tête de l'organisation.

Sylvie QUEVAL

Je pense que nous subissons les conséquences de la tradition française du pouvoir médical. Je ne comprends pas, toutefois, la demande d'autonomie dès lors que la personne humaine n'est pas un empilement de strates. Je ne vois pas pourquoi les personnes qui travaillent pour le bien-être des salariés devraient travailler en strates, les uns à côté des autres. Il ne faut pas penser en termes de juxtaposition mais en termes de transversalité. La coopération suppose un regard transversal. Il faut trouver une façon de travailler dans la transversalité.

