

Sommaire

Actualité du syndicat ... p 2

- Nouvelles des négociations sur la convention collective
- Contentieux

Terrain p 3

- Le SNPST au congrès de Lille

Institution p 4

- Développement Professionnel Continu

Interview ...

et écriture p 5

- Interview de Michel Hamon

Chantier p 6

- Deux victoires notables pour l'Association des Anciens Verriers de Givors

Eurêka p 7

- Quelques réflexions sur le modèle de la fiche d'aptitude

le Journal des professionnels de la Santé au Travail

N° 56

AOUT 2014

>> Éditorial

Votre JST d'été est un numéro de réflexions et de combats. Réflexion avec, en bonne place (p. 1-8), une analyse du dossier médical par Gérard Lucas, qui après en avoir analysé enjeux et contradictions, plaide, dans le cadre de la pluridisciplinarité, pour un double dossier en santé au travail. Réflexions, encore, sur la fiche d'aptitude par votre serviteur qui espère susciter les réactions (p. 7). Le combat syndical est tout d'abord représenté par le portrait, par l'écrit et par l'image de notre ami Michel Hamon, en charge du contentieux au SNPST (p. 5), lourde charge par les temps qui courent (p. 2). Combats aussi du SNPST, à Lille (p. 3) et lors des négociations sur la convention collective (p. 2). Nous saluons aussi (p. 6) les victoires des anciens verriers de Givors dont les conditions de travail et l'histoire sont la justification, si besoin en était, de notre conception de nos missions, non pour la gestion des risques pour les entreprises mais au service de la santé des travailleurs.

Jean-Michel STERDYNYIAK

DOSSIER MÉDICAL DE SANTÉ AU TRAVAIL Associer un 2^{ème} dossier "conditions de travail"

Par Gérard LUCAS

La référence réglementaire au Dossier Médical en Santé au Travail est incantatoire. C'est un outil important du lien santé travail qui a été pendant des dizaines d'années trop souvent négligé dans des conditions d'exercice inadaptées. La dernière disposition lui adjoint d'y tracer les fiches d'exposition aux pénibilités. L'insertion de ces connaissances sur les conditions de travail serait appréciable si l'amélioration du dévoilement et de l'accompagnement des liens santé travail y était confirmée, ce qui n'est pas le cas dans les conditions de gouvernance et de pluridisciplinarité des Services de Santé au Travail.

DMST : un vrai dossier médical

Le DMST est un vrai dossier médical, qui concerne la santé d'un être humain dans un itinéraire particulier. Le travail lui-même, y compris pour une même tâche prescrite, n'est jamais tout à fait identique pour chacun : les trajectoires sont variées, les obstacles perçus peuvent être différents, ils n'ont pas le même sens etc...

Le lien santé travail est le résultat d'un parcours, d'un corps, d'une personnalité, de conditions de travail objectives et subjectives dont l'exploration et la reconnaissance sont essentielles à la compréhension et à l'appropriation des pouvoirs d'agir. Il nécessite une investigation ciblée, une clinique médicale du travail qui sera celle de ce travailleur sans amalgame avec celle de son groupe, mais avec la ressource des connaissances de son environnement de travail. La qualité de cette observation clinique écrite dans le DMST s'enrichira d'informations recueillies dans d'autres consultations de santé au travail de salariés avec lesquels les analogies de situations et de vécus résonnent.

Cette observation clinique est possible par le médecin du travail et ses collaborateurs directs relevant du code de la santé publique notamment les Infirmiers en Santé au travail. Les travailleurs ont besoin de confiance sur

l'objet santé travail de la consultation et sur la préservation du secret médical car la sincérité, la précision des confidences et l'engagement dans la réflexion relèvent de l'intime. Il y a beaucoup moins de pertinence sans cette confiance et ce respect absolu du secret médical, même si c'est un secret de polichinelle !



Beaucoup d'entre nous sont interpellés au cours d'une consultation quand dans le colloque singulier s'ébauche une analyse de leurs tâches ou une évocation de leur façon d'aborder les conditions de travail. La réassurance sur le respect du secret du dossier médical permet la levée des défenses et l'expression du réel. Ce n'est bien qu'à partir du réel du vécu que les travailleurs peuvent s'insérer consciemment et efficacement dans des dispositifs de changement pour une meilleure adaptation humaine de l'entreprise.

Le dossier médical de santé au travail de chaque salarié est sous la responsabilité du médecin et, en coopération, de l'infirmier en santé au travail. Ce n'est pas celui de l'Assistant en santé au travail, ni de l'intervenant en prévention des risques professionnels, ni du psychologue du travail, encore moins d'une direction d'un service de santé au travail. Si tel était le cas, il ferait perdre alors toute sa valeur de dossier médical.

Cela ne signifie pas l'absence de collaboration entre l'équipe médicale et les autres intervenants en prévention des risques professionnels d'un service de santé au travail. Dans la pratique, depuis longtemps, des procédures d'échanges se sont développées en respectant le secret médical. Des restitutions d'alertes cibles, orientées et anonymisées, sont même par leurs exigences souvent plus opérationnelles en incitant à une analyse mieux formalisée des conditions de travail pour lesquelles les partenaires et l'entreprise ont à sensibiliser et intervenir.

Les conditions de travail évidemment.

Il n'y a pas de santé au travail sans connaissance des conditions de travail et l'objectif est bien la prévention primaire en améliorant les conditions de travail. L'intégration au DMST des données sur

les conditions de travail, avec par exemple, entre autres, la fiche d'exposition et de prévention de la pénibilité est un enrichissement normal à systématiser avec toutes les possibilités numériques. Cet enrichissement sur la connaissance du travail ne se limitera pas aux catégories et aux seuils issus de la loi sur les retraites de 2010. L'investigation sera abondée avec les études de postes, les observations, ou les remarques émanant de l'entreprise, des professionnels du service de santé au travail, ou par les informations des travailleurs eux mêmes apportées lors de la consultation de santé au travail.

À l'inverse, la transmission du DMST aux professionnels des conditions de travail serait dangereuse et contre productive en matière de dévoilement et d'accompagnement de la santé au travail. Ce qui n'empêche pas l'équipe médicalisée de se concerter avec les autres partenaires des conditions de travail, en respectant

Nouvelles des négociations sur la convention collective

Par Gilles ARNAUD, Véronique BACLE, Mireille CHEVALIER, Jean-Michel STERDYNIAK

Comme nous vous l'avions déjà précisé, l'application des modifications de la convention collective pose problème dans certains services. Souvent, la partie employeur n'applique pas ces dernières de manière loyale, et rédige de plus un guide d'interprétation qui va au-delà de l'accord.

De plus, dans certains services, des fiches de poste apparaissent, non prévues dans la grille. Par exemple, il y a création de pôles et de responsables de pôles, au mépris des filières et de l'équipe pluridisciplinaire. Nous continuerons à soutenir les adhérents qui souhaitent s'opposer localement à ces dérives, que nous dénonçons lors des séances plénières de la commission nationale paritaire au CISME.

Nous en sommes maintenant à négocier une 2^{ème} salve d'accords portant sur :

- le droit syndical
- la durée du travail
- la parité hommes / femmes
- la prévoyance et les frais de santé
- la formation tout au long de la vie

- les dispositions obsolètes de la convention collective
- les conditions d'interprétation de la convention collective
- la situation des seniors
- la retraite

Cinq réunions sont prévues pour traiter de tous ces points dont deux particulièrement nous interpellent : le droit syndical et la durée du travail.

En ce qui concerne la durée du travail, l'objectif affiché des employeurs est de revenir à 35 heures par semaine stricto sensu (suppression des RTT !), d'appliquer le forfait jour et la modulation annuelle. Nous y voyons deux risques : la dénonciation des accords locaux actuels et l'instauration d'un travail par objectifs.

En ce qui concerne le droit syndical, nous aurions souhaité aller plus loin que la stricte application du droit du travail...mais il semble que ce souhait reste lettre morte...La seule avancée pourrait porter sur l'utilisation de l'intranet dans les services.

Nous avons commencé à discuter de la prévoyance et des frais de santé en choisissant un actuaire (qui fera une étude des besoins de la branche et des propositions d'organismes), le débat étant de décider s'il en fallait

un autre, pour que chaque délégation dispose du sien. Un consensus s'est cependant dégagé : un seul actuaire, avec un cahier des charges de transparence et d'impartialité, pour les frais de santé. Nous verrons ensuite si nous gardons le même pour la prévoyance.

A été évoquée aussi lors de la dernière Commission Paritaire de Branche du mois de Juin la question de la formation, sous l'angle de l'organisme collecteur : est-il intéressant d'avoir un OPCA unique pour tous les services ? UNIFAF, OPCA spécialisé dans le social et le médico-social, est venu présenter son organisme. Ce sujet sera abordé lors d'une prochaine réunion.

En conclusion, maintenant que les points sur la grille et les salaires ont été négociés, nous ne sentons pas une volonté d'aboutir de la part de la délégation patronale, les délais fixés n'étant pas tenables, d'autant plus que le fonctionnement de l'intersyndicale est difficile en ce moment.

**Prochaine session de la CPNB :
les 24 et 25 Septembre 2014, au CISME.**

Contentieux

par Michel HAMON

Les écrits des médecins en santé au travail au centre des procédures judiciaires

Les plaintes d'employeurs devant l'Ordre des médecins pour faire condamner des praticiens ayant attesté d'un lien entre l'état de santé et les conditions de travail semblent se multiplier. Stratégie organisée ou effet d'aubaine, il n'en reste pas moins que nous avons connaissance de plusieurs nouvelles plaintes déposées par des employeurs suite à la production par des salariés, dans des procédures contentieuses, de certificats, rapports ou courriers mettant en cause notamment le mode de management dans la survenue de manifestations pathologiques liées à une souffrance au travail. Certains médecins ont déjà été condamnés et des procédures sont en cours dont nous suivons attentivement l'évolution. La menace pèse aujourd'hui sur tous les médecins exerçant dans le cadre de la santé au travail et c'est bien le but recherché dans ces procédures.

Mais, dans ce contexte d'empêchement de la parole

des médecins, la décision de la Cour d'Appel de LYON du 21 février 2014 apporte quelques lueurs d'espoir. Cette décision fait suite à une plainte déposée en mars 2011 par le Syndicat SUD contre la CERA (Caisse d'épargne Rhône Alpes) pour faire interdire une organisation de travail (Benchmark) basée sur la mise en concurrence permanente des agences et des salariés responsable de nombreuses atteintes à la santé constatées chez les agents. Une première décision du TGI de LYON avait condamné la CERA en lui interdisant de poursuivre la mise en œuvre de cette organisation de travail. La CERA avait fait appel. La décision de la Cour d'Appel confirme le jugement de 2012 en considérant que l'organisation de travail mise en place par la CERA était bien attentatoire à la santé des salariés. Au-delà de la brèche qui est ouverte par les Juges dans le principe sacro-saint du pouvoir de direction sur l'organisation de travail, qui est un fait assez rare pour être souligné,

ce qui nous paraît particulièrement intéressant dans cette décision c'est la prise en compte des alertes et des interventions des médecins du travail. La reconnaissance de la souffrance collective des salariés de la CERA est motivée en grande partie par les observations issues des rapports annuels des médecins du travail. Ainsi de 2008 à 2012, la Cour d'Appel relève la constatation de signes de souffrance au travail dans les rapports annuels de 24 médecins intervenant dans les établissements et agences de la banque. C'est le nombre et la concordance de ces constatations qui a permis de forger la conviction des Juges. On voit bien ici l'importance des écrits des médecins dans la reconnaissance d'une souffrance collective et la motivation d'une décision qui constitue un élément très positif pour tous ceux qui luttent pour la prévention des risques psychosociaux dans ce secteur.



Le SNPST au Congrès de Lille

Par Mireille CHEVALIER

Au congrès de Lille, des communications intéressantes ont permis à chacun de trouver matière à enrichir ses connaissances.

Cependant le débat a été pauvre, tant sur les idées que sur les problématiques de fond.

Il suffit, pour s'en convaincre, de rappeler la table ronde des partenaires sociaux du COCT. Cette formule n'a pas permis au SNPST d'être représenté comme lors des précédents congrès. Chaque organisation, salariée ou patronale, a essayé de convaincre l'assistance que le paritarisme était la meilleure solution et qu'elle ne siégeait au COCT que dans le seul intérêt de la santé des travailleurs. Toutes les organisations estiment que les décisions sont prises en bonne intelligence. Nous savons tous pourtant, que s'y jouent là des intérêts politiques d'influence et que les décisions sont la résultante de compromis parfois difficilement avouables.

Un autre exemple est la participation active des entreprises à ce congrès et de leurs « expériences » en matière de santé au travail. C'est ainsi que nous avons pu entendre le discours lénifiant de la DRH d'Armatix (centres d'appel), présenter l'action de son groupe en matière de prévention des RPS...

Comme lors de tous les congrès, le SNPST était présent pour ses adhérents et pour faire connaître ses idées.

La distribution d'un questionnaire sur le vécu au travail des professionnels des services de santé au travail a remporté un réel succès.

Cela a d'abord permis d'exploiter les réponses aux questions, dont vous pouvez trouver les résultats sur le site. Mais également, cette initiative a permis à de nombreuses personnes de passer par le stand du SNPST et d'échanger avec ses représentants.

Nous avons fait des rencontres intéressantes et fructueuses, avec des professionnels intéressés, des internes, etc...

La distribution du JST 55 et la réunion d'informations du jeudi nous ont permis de transmettre nos analyses et nos propositions. Les adhérents et les sympathisants ont répondu à l'appel et la réunion a fait l'objet de riches débats.

Enfin, rappelons un moment fort du congrès, lorsque Gérard Lucas, intervenant au nom de E Pairs, a posé la question du sens du travail, de l'intérêt du salarié, et du secret médical dans le dossier médical de santé au travail (DMST). La table ronde ronronnante se posait alors plutôt la question des problématiques techniques afin d'associer l'ensemble des professionnels au DMST pour qu'il devienne un outil de traçabilité et d'action d'aide aux entreprises.

Enfin, ce congrès nous aura convaincu de la nécessité de continuer à réfléchir sur l'avenir de la prévention en santé au travail et surtout de ne pas abandonner notre positionnement du côté de la santé des travailleurs, et non de la gestion des risques pour les entreprises.



SIST : la crise s'amplifie

Par Jacques RAVON

Le SNPST a soumis aux participants au congrès national à Lille en juin 2014 un questionnaire sur les risques psychosociaux perçus par les professionnels de santé au travail. Alors que la tendance au mal être est identifiée dans les entreprises autour du tiers de réponses dites positives, les cents premières réponses à la trentaine de questions des six catégories déclinées par la DARES et l'INRS sont sans appel : plus de la moitié des médecins et infirmiers des SIST (Services Interentreprises de Santé au Travail) signalent des exigences excessives de travail, des manques de reconnaissance, des conflits de valeur et une insécurité du travail lui-même.

Même si, en raison du biais du volontariat, la valeur statistique ne peut pas être retenue, ce résultat est alarmant.

Pourtant c'est avec l'auto satisfaction habituelle que le faux bilan de la réforme diffusé en mars dernier a été représenté à ce même congrès par le nouveau Directeur Général du Travail, Yves Struillou, avec juste quelques évocations d'ajustements.

Pourra-t-il être plus réaliste avec un peu plus de temps dans sa nouvelle fonction ?

Le bref contre bilan du SNPST distribué avec le JST 55 serait donc bien en phase avec la réalité en dénonçant le déni envahissant de nos dirigeants administratifs, employeurs et politiques.

Au delà de la perception négative des professionnels de santé, de nombreux éléments objectifs s'accumulent pour expliquer la dégradation des services de santé au travail interentreprises particulièrement touchés par cette réforme qui épargne provisoirement les services autonomes et des Fonctions Publiques en exacerbant une santé au travail à plusieurs vitesses :

La pénurie des médecins du travail est désormais ressentie pratiquement partout. Les maigres compensations quantitatives par des médecins étrangers, retraités et/ou collaborateurs sont éphémères vue la prévision des départs encore plus massifs.

Les Infirmiers en santé au travail sont encore trop mal reconnus, pas tous suffisamment formés, trop souvent mal positionnés pour assurer le maillage du suivi des salariés en coopération avec les médecins.

Les incompatibilités avec l'agrément des services se multiplient sans effet sur les organisations des services. Le MEDEF n'arrête pas d'afficher des « missions impossibles » pour s'exonérer des obligations. Le CISME lui-même, dont la complicité d'employeur avec cette réforme n'est pas inconnue, estime que « après la mise en œuvre de la réforme (...), environ 45% des SSTI ayant bénéficié d'un agrément déclarent ne pas pouvoir être en conformité au regard des obligations de suivi individuel pendant toute la durée de l'agrément. Pour

20% d'entre eux, cette impossibilité court dès le premier jour. Un tiers des SSTI estiment que leur décision d'agrément ne leur permet pas d'assurer globalement l'ensemble de leurs missions. » Et nous sommes loin d'être sûrs que les deux tiers qui restent assurent réellement cette même mission de santé au travail !

Même dans la région la plus préservée de la pénurie, l'Inspection médicale du travail jette l'éponge ! Et le recrutement de nouveaux médecins inspecteurs du travail devient une gageure.

La proportion des CDD et de travail non déclaré n'a jamais été aussi importante depuis plus de 15 ans avec un accès au service de santé au travail très limité ou nul. De l'avis d'inspecteurs du travail et d'organisations syndicales, les conditions de travail en sont d'autant plus dégradées, et pas seulement dans les petites et moyennes entreprises.

Face à ces incohérences, de nombreux professionnels de santé continuent de se battre pour améliorer les conditions de travail et s'épuisent souvent à contre courant en constatant que le pouvoir d'agir des salariés non seulement progresse rarement, mais semble souvent désespérément s'effriter.

L'inventaire n'est hélas pas clos, mais espérons surtout qu'une reconstruction de la santé au travail est encore possible.

Développement Professionnel Continu. L'esquisse de l'IGAS esquive le fond.

Par Luc GERSON

Cinq ans après la loi HPST et plus de deux ans après la publication des décrets, la mission de l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) a remis en avril 2014 son rapport sur l'OGDPC (Organisme de Gestion du Développement Professionnel Continu). La synthèse de leur analyse critique et de leur proposition résumée ci dessous mérite d'être connue, mais suscite des compléments d'analyses et de commentaires.

Les dysfonctionnements cités sont évidents et leur pointage traduit une réalité critique déjà identifiée par beaucoup de professionnels.

Le penchant de la mission pour leur deuxième scénario est un choix partiellement réformateur d'attribution et de simplification gestionnaire. Il témoigne d'un souci de préservation du système mais pour ce qui est de l'adéquation du DPC aux besoins de santé et de l'amélioration des pratiques professionnelles dans chaque secteur d'activité, la déclinaison est lacunaire, particulièrement pour les médecins salariés et peut être encore plus pour les médecins du travail.

Il faudrait détailler le retard des évaluations a priori des organismes en précisant que seulement un peu plus d'une centaine ont été évalués a priori par les CSI pour lesquels les validations en surprennent plus d'un de part la non investigation des conflits d'intérêts déclarés ou la non validation pour des raisons formelles d'organismes reconnus particulièrement pertinents. Plus de 3000 organismes ont demandé leur enregistrement, dont la saisie en ligne directe est décrite comme capricieuse par des postulants. Cette pléthore d'organismes ne doit pas faire illusion. Les exigences administratives, de formes et de moyens demandées aux organismes risquent de sélectionner les grands opérateurs formels hégémoniques quels que soient les contenus. On assiste déjà à une embolie par les lobbies. Par exemple, en médecine du travail une officine contrôlée par les employeurs des services de médecine du travail inter entreprises a été une des premières à être validée par le CSI sans aucune réserve par rapport aux conflits d'intérêts ou au risque de sa prétention hégémonique.

L'inspection fait le grand écart entre la constatation des dysfonctionnements et une volonté affirmée de préserver à la fois la loi, ses décrets et son application par l'OGDPC. Non remise en cause, la loi est prônée pour des avancées de principe de nature libérale mais peu ou pas questionnée sur son efficacité pour les pratiques professionnelles en santé. L'offre et la liberté de choix, le respect de la concurrence sont invoqués comme les bienfaits d'un grand marché du DPC, obligé de surcroît, et qui serait adapté aux professions libérales.

Tout en reconnaissant que les textes régissant le DPC traitent peu la diversité des statuts et semblent exclusivement tournés vers les libéraux, l'inspection suggère de clarifier le statut du DPC pour les professionnels de santé salariés et leurs employeurs. Elle constate que l'adaptation au poste de travail, le maintien de l'employabilité et le développement de compétences sont des items communs aux obligations des employeurs, mais le dispositif du code du travail, ou l'équivalent pour les fonctions publiques, sont inopérants ni pour l'évaluation ou l'amélioration des pratiques ni pour la prise en compte de particularités d'obligations et de responsabilités individuelles.

Entre l'instrument à la main de l'employeur ou l'obligation déontologique personnelle, la mission souhaite une solution pragmatique pour le DPC en proposant une

Ce qu'écrit l'IGAS

Le contrôle de l'organisme relève des dysfonctionnements, mais pas de manquement grave. En revanche, la mission constate autour du DPC un épais nuage de problèmes de natures extrêmement diverses.

La réforme elle-même fait apparaître plusieurs vices de conception. L'obligation de formation n'a pas de contenu précis : ni le volume d'heures ni le contenu de la formation ne font l'objet de prescription. La sanction du manquement à l'obligation n'est pas organisée. Les aléas budgétaires ne peuvent assurer le financement du DPC de toutes les professions.

La procédure d'évaluation préalable des organismes par une commission scientifique indépendante n'offre pas toutes les garanties et la procédure de contrôle à posteriori n'est pas encore mise en place.

Un cadre juridique contraint des délais serrés et le recours exclusif à l'informatique ont mis sous une pression excessive l'OGDPC.

La mission déplore que ce qu'elle cite comme des avancées de principe de la loi de 2009 n'aient pas de concrétisation dans le DPC :

- Obligation de formation commune à tous les professionnels de santé.
- Méthodes communes validées par la HAS alliant l'apport de connaissances, l'évaluation scientifique et pédagogique des pratiques professionnelles.
- Lisibilité de l'offre de formations, ouverte à tous, en un point unique.
- Liberté du choix de l'organisme de formation par le professionnel.
- Le respect du droit de la concurrence

Un scepticisme qui entoure la réforme et l'évocation fréquente de son échec programmé, la mission incite à la recherche d'une concertation approfondie pour un accord sur les grandes règles de changement, à l'image de l'accord national sur la formation professionnelle continue du 14 décembre 2013.

Le rapport suggère quatre scénarios pour recueillir une meilleure adhésion des acteurs.

1. Maintenir le système actuel en corrigeant les dysfonctionnements. Consolider le financement du DPC, simplifier les procédures, assurer la qualité technique des formations, alléger la gouvernance, garantir une concurrence loyale entre les organismes de formation...et clarifier les relations entre les employeurs et leurs salariés.
2. Recentrer les missions de l'OGDPC sur les formations interprofessionnelles et les priorités de santé publique. Les DPC propres à chaque profession et à chaque secteur d'activité seraient confiés à des organismes gestionnaires spécifiques.
3. Circonscrire le DPC à un socle de connaissances à actualiser, déterminé après évaluation de la pratique du professionnel, acquis auprès d'organismes de formation évalués.
4. Appliquer le droit commun à la formation continue. L'obligation, de légale, devient déontologique. Le financement public est converti en incitations, le DPC est un élément de certification pour les établissements de santé.

La mission marque sa référence pour le deuxième scénario avec peu de changements institutionnels et des simplifications substantielles.

solution médiane assimilant le DPC au DIF (Droit Individuel à la Formation) sans distinction entre les catégories professionnelles. Consciente du caractère imparfait de cette solution dont l'unique ambition est de prévenir des contentieux dans des situations conflictuelles entre salariés et employeurs elle recommande (n° 32) :

« Modifier la partie législative du code de la santé publique en prévoyant que l'initiative de la formation valant DPC relève du salarié et que le refus par l'employeur pendant deux années civiles consécutives d'une formation demandée par le salarié emporte la possibilité pour celui-ci de choisir librement la formation et l'organisme qui la dispense pour la troisième année. »

Autrement dit, on inhibe le risque de contentieux les deux premières années mais aussi toute réflexion sur une régulation équilibrée et après ce pourrait être n'importe quoi ! Si les professionnels de santé salariés des établissements de santé peuvent être inquiets, les

professionnels des services de santé au travail le seront encore plus, puisque leurs employeurs représentent les mêmes employeurs des travailleurs dont ils sont chargés de préserver la santé au travail, et ce conflit d'intérêts majeur est toujours dénié par l'institution, la loi et son application.

Pour les professionnels de santé salariés et particulièrement ceux des SST, le dispositif de formation tout au long de la vie des entreprises du code du travail est inadapté aux obligations déontologiques du DPC. L'infléchissement du dispositif DPC est spécifiquement indispensable. L'identification d'une ligne budgétaire minimale propre au DPC des médecins du travail et infirmiers de santé au travail est un préalable à conquérir. À côté de l'obligation et de l'initiative individuelle et d'orientation publique, un processus d'émulation par les professionnels et une lisibilité critique par des représentants d'usagers s'imposent.

Michel HAMON - Le contentieux en santé au travail

Michel Hamon, depuis une dizaine d'années vous prenez en charge le suivi du contentieux pour le SNPST, constatez-vous une évolution du contentieux ? Si oui en quoi ?

Tout d'abord, je ne peux bien entendu parler que de ce qui concerne le SNPST. De ce point de vue, il faut distinguer deux choses à savoir le contentieux proprement dit, c'est-à-dire les procédures judiciaires engagées ou accompagnées par le SNPST et les questions ou sollicitations des adhérents en difficulté auxquelles il nous faut répondre quotidiennement. Dans cette deuxième catégorie force est de constater une augmentation du nombre des demandes de conseils depuis quelques années avec une progression très forte depuis la mise en place de la réforme de 2011, qui traduit les difficultés auxquelles sont confrontés les professionnels de santé au travail dans les services et en particulier les médecins et les infirmières. La logique de prestation de service qui devient de plus en plus la règle aujourd'hui, la pénurie médicale et ses conséquences, une indépendance professionnelle contestée, le dysfonctionnement de nombreuses CMT, l'application de l'accord de révision de la convention collective... sont des sources de difficultés fréquemment soulevées...

Concernant le contentieux proprement dit nous avons suivi plusieurs affaires concernant des adhérents (médecins, infirmières, IPRP) devant les prud'hommes et en Appel (licenciements abusifs, résiliation judiciaire ou prise d'acte de rupture et plaintes pour harcèlement notamment). Depuis la réforme de 2011, le SNPST (avec plusieurs autres organisations) a déposé des recours contre les décrets d'application de la loi de juillet 2011 obtenant une annulation partielle du décret n°2012-137 du 30 janvier 2012. Un recours contre la circulaire du 9 novembre 2012 est actuellement en cours devant le Conseil d'État.

Encore plus récemment nous avons aussi soutenu plusieurs médecins attaqués par des employeurs devant l'Ordre des médecins (et condamnés pour certains d'entre eux) pour avoir établi des certificats médicaux attestant d'un lien entre leur état de santé et leurs conditions de travail. Nous constatons actuellement une augmentation de ce type de plainte suite à l'utilisation par des salariés de ces certificats dans des procédures contentieuses contre leur employeur. Le but recherché est à l'évidence de réduire au silence les médecins intervenant en santé au travail. La position de l'Ordre des médecins dans ces affaires nous paraît intenable d'autant plus que l'organisation d'une conciliation entre le médecin et l'employeur plaignant avec modification éventuelle des termes du certificat équivaut à faire valider par l'employeur un certificat médical qui le met en cause !

Pour rester dans le domaine de la déontologie médicale, rappelons aussi que, dans une affaire récente, nous avons dû saisir le Conseil d'État contre une interprétation restrictive du secret médical affirmée par la chambre disciplinaire nationale et soutenue par le Conseil National de l'Ordre... Le Conseil d'État nous a donné raison !

La nouvelle gouvernance des services, entre des Conseils d'Administration paritaires à direction patronale et des Commissions Médico-Techniques diluées, est-elle facilitatrice de l'adaptation des services ou source de conflits contentieux ?

La gestion paritaire introduite par la réforme est effectivement une illusion. Il ne s'agit pas d'une véritable parité puisque le président employeur du conseil d'administration conserve une voix prépondérante. De plus, en pratique, cela suppose que les organisations syndicales de salariés se mobilisent pour investir les instances. Nous avons des exemples de services où la mise en place des instances paritaires n'est pas possible en raison d'une carence ou d'une insuffisance de la représentation salariée. Notons au passage que la commission de contrôle a été conservée (alors qu'elle n'existait pas précédemment dans les services à gestion paritaire) et que les procédures concernant par exemple

le licenciement du médecin du travail ou même le changement d'affectation d'un médecin doivent maintenant être soumises à ces deux instances... ce qui n'est sans doute pas un progrès pour l'indépendance des médecins.

En ce qui concerne les commissions médico-techniques, les retours que nous avons montrent de nombreuses difficultés dans la composition de la CMT, le mode de désignation des représentants, les procédures de vote des avis, la désignation du président et du secrétaire, le règlement intérieur... Au total, nous constatons beaucoup de difficultés pour que ce soit réellement une instance « professionnelle » et non pas une chambre d'enregistrement des orientations de la direction. Beaucoup de CMT ne sont pas conformes aux textes. Juste une observation concernant la composition de la CMT : en ce qui concerne le nombre de médecins du travail présents à la CMT, la circulaire d'application du 9 novembre 2012 prévoit des « délégués élus à raison d'un titulaire et d'un suppléant pour huit médecins ». Or cela ne figurait pas dans le texte du décret (1). C'est un abus de pouvoir qui fait partie de nos arguments pour l'annulation de la circulaire par le Conseil d'État. Il ne peut pas non plus s'agir des délégués médecins prévus à l'article R.4623-17 qui ne concerne que la participation des médecins aux organes de surveillance (commission de contrôle et conseil d'administration). Mais cet article ne concerne pas la commission médico-technique. En l'absence de texte prévoyant cette représentation tous les médecins devraient siéger à la CMT.



Médecin du travail depuis 1977, en service interentreprises jusqu'en 1982. De 1982 à 2001, médecin du travail dans une entreprise du secteur automobile. De 2001 à 2011, médecin en service interentreprises (deux services successifs). Membre du bureau national du SNPST depuis 2005. Responsable juridique et contentieux du SNPST depuis 2005. Secrétaire du groupe projet E-Pairs (EPP) de 2007 à 2009. Retraité depuis juin 2011, continue à assurer le service juridique et contentieux du SNPST.

Les métiers de la pluridisciplinarité IPRP et AST développés après le décret de 2004 et les IST confirmés par la loi de 2011 sont-ils l'objet de contentieux particuliers ?

Oui nous avons eu à traiter plusieurs dossiers concernant des IPRP ou des infirmières. Contrairement aux médecins du travail qui bénéficient d'un statut particulier de salarié protégé, les autres professions n'ont aucune protection statutaire. Il est donc tentant lorsque l'on veut se débarrasser d'un élément gênant de l'accuser d'une faute ou d'une insuffisance professionnelle et d'engager une procédure de licenciement. Nous avons ainsi défendu il y a quelques années un ergonome licencié pour insuffisance d'activité. Nous avons obtenu gain de cause en Appel. Un autre IPRP licencié pour insubordination et insuffisance d'activité a aussi obtenu gain de cause aux Prud'hommes, même si le montant modeste des dommages et intérêts accordés est loin d'être dissuasif pour les directions de services.

En ce qui concerne les infirmières, nous avons eu à défendre avec succès deux adhérentes, infirmières d'entreprise, sans rapport direct avec l'introduction de la pluridisciplinarité puisqu'il s'agissait dans un cas d'un problème de discrimination salariale (non reconnaissance de la qualification obtenue par une formation spécialisée en santé au travail) et dans un autre cas d'un licenciement pour faute et insuffisance professionnelle (objectifs non atteints). Ce dernier cas pose évidemment le statut des infirmières d'entreprise

et de leur position très difficile à assumer en pratique entre leur mission de santé au travail en collaboration avec le médecin intervenant dans l'entreprise et les fonctions que leur impose leur employeur en matière de gestion des risques. C'est souvent l'objet de conflits difficiles à gérer.

Plus récemment nous avons à traiter le dossier d'une infirmière d'entreprise licenciée injustement pour faute grave dans un contexte de dysfonctionnements majeurs d'un SSSI avec un management très autoritaire. Cela pose aussi le problème du rôle de chacun des acteurs de l'équipe pluridisciplinaire et de l'indépendance des professionnels de santé au travail.

Les contentieux des médecins du travail eux-mêmes sont-ils un enjeu de l'évolution de la santé au travail par leurs écrits, rapports annuels, lettres, certificats ?

Ce qui prime pour moi, c'est la possibilité pour les médecins du travail de témoigner des constatations que leur permet de faire leur pratique professionnelle spécifique, ancrée dans la réalité du terrain et validée par leur expérience et la confrontation entre pairs. Ils sont les seuls médecins à pouvoir le faire, soit au niveau individuel pour les salariés suivis, soit au niveau collectif. De ce point de vue ils ont des obligations et des responsabilités. La multiplication des plaintes d'employeur devant l'Ordre des médecins risque effectivement de les dissuader de faire de tels écrits et c'est bien le but recherché. L'enjeu est donc important et nous continuerons à nous mobiliser contre ces tentatives d'empêcher les médecins intervenant en santé au travail d'attester du lien entre la santé des salariés et leurs conditions de travail.

Heureusement, les écrits des médecins du travail sont quelquefois utilisés aussi par les Juges pour faire reconnaître le droit à la santé des salariés et condamner des organisations de travail délétères. C'est notamment le cas dans un jugement de la Cour d'Appel de Lyon du 21 février 2014 qui confirmait que l'organisation de travail mise en place par la CERA (Caisse d'épargne RHONE ALPES) (organisation de type Benchmarking) était attentatoire à la santé des salariés. Pour motiver sa décision la Cour d'Appel s'appuie notamment sur les conclusions des rapports annuels des médecins du travail.

Avec les nouvelles dispositions, une jurisprudence peut-elle contribuer à réguler le fonctionnement des services de santé au travail dans un avenir plus ou moins proche ou risque-t-elle d'être dépassée par des instabilités plus pérennes ?

Ce qui est certain c'est que l'on est depuis quelques années dans une situation très instable avec plusieurs réformes aussitôt dépassées, dans un contexte de pénurie médicale qui s'aggrave, d'entrée dans les services de nouvelles professions qui demandent la reconnaissance de leur identité, de gestion faussement paritaire, ... avec des confusions quant à la mission des services de santé au travail entre la prévention des atteintes à la santé des salariés en rapport avec le travail et la prestation de services aux entreprises... Les situations peuvent être très différentes entre les services... Le bilan de la réforme prévu prochainement dira que tout va bien... Quant à la jurisprudence, compte-tenu des délais qui sont ceux de la justice aujourd'hui, et de l'évolution incessante et incertaine des textes dans le domaine de la santé au travail on ne voit pas très bien ce qu'elle pourrait apporter en termes de régulation du fonctionnement des services. Il en irait sans doute différemment pour ce qui concerne le code de santé publique et la déontologie si des actions contentieuses permettaient de faire obstacle aux plaintes d'employeurs devant la juridiction professionnelle.

(1) Cet interview a été réalisé avant la parution du nouveau décret du décret 11 juillet 2014 qui, comme par hasard, modifie la rédaction de l'article D.4622-29 concernant la représentation des médecins.

Deux victoires notables pour l'Association des Anciens Verriers de Givors

Par S. MONTOYA



La verrerie BSN de Givors, dans le Rhône, avait fermé ses portes en 2003 suite à sa reprise par le groupe O-I Manufacturing, qui n'avait pas remis aux salariés concernés d'attestation d'exposition à l'amiante, aux CMR (cancérogènes, mutagènes et reprotoxiques) et aux solvants. De nombreux retraités souffrent depuis de cancers. Faute d'attestations d'exposition professionnelle, il leur est très difficile d'obtenir la reconnaissance de l'origine professionnelle de leur affection. Ils sont soutenus et accompagnés dans leurs démarches par l'Association des Anciens verriers de Givors et viennent récemment d'obtenir réparation dans deux dossiers. Ces victoires sont le fruit d'une ténacité sans faille... La Revue du JST avait évoqué dans son numéro sur le thème de la résistance (« Résistance : les retraités aussi ! ») les difficultés des anciens verriers : lenteur administrative, multiplicité des intervenants, relations parfois kafkaïennes avec l'Administration, intrusion dans la vie privée (café, alcool, ...)



L'origine professionnelle du cancer de Christian Cervantes reconnue :

Souffrant de deux cancers déclarés en 2005 et 2009, Ch Cervantes est décédé en 2012. Il avait travaillé à la verrerie de 1970 à 2003. Après 9 ans de procédures, sa famille vient d'obtenir la réponse favorable du TASS du Rhône à sa demande. Voici le communiqué de l'Association le 9 avril 2014 :

« Au terme d'un long exposé des motifs reprenant nombre d'éléments rassemblés par l'association des anciens verriers de Givors, le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale (TASS) de Lyon reconnaît le caractère professionnel du « cancer du plancher buccal », diagnostiqué le 17 juin 2010, dont était atteint Monsieur Christian CERVANTES au moment de son décès :

« Dans la mesure où aucun facteur de risque d'ordre privé, notamment génétique, environnemental ou comportemental (alcoolisme et/ou tabagisme) n'a été identifié par les médecins qui ont eu à connaître du dossier de Monsieur CERVANTES, et nonobstant les avis convergents des Comités de Lyon et de Dijon, refusant tout lien causal entre la maladie et le travail, le Tribunal considère que la conjugaison de ces différents éléments substantiels et concordants, établit, avec un degré de certitude suffisant, que le « cancer du plancher buccal » dont ce dernier était atteint, au moment de son décès, a été « directement et essentiellement » causé par son « travail habituel », au service de ses différents employeurs de 1963 à 2003, et particulièrement, par ses trente années de présence au sein de la verrerie de Givors, qu'exploitait la Société BSN GLASSPACK, étant ici souligné que l'instruction de la demande par la Caisse et l'administration de la preuve par la victime et ses ayants droit, se sont trouvées considérablement entravées par la disparition de cette Société en 2003.

« En conséquence, le « cancer du plancher buccal », diagnostiqué le 17 juin 2010, dont était atteint Monsieur Christian CERVANTES, au moment de son décès, doit être prise en charge par la Caisse

primaire d'assurance maladie du Rhône, dans le cadre de la législation professionnelle. »

Le Tribunal « Renvoie la Caisse primaire d'assurance maladie du Rhône, à régulariser la situation de la victime et des ayants-droit au regard des prestations auxquelles ils peuvent prétendre. »

Si l'on se réjouit de la victoire de la famille Cervantes, on peut s'interroger sur les suites données aux autres affaires en cours : quid des retraités consommateurs de tabac et d'alcool ?

O-I Manufacturing condamné pour « faute inexcusable » le 14 mai 2014 :

Joseph d'Introno avait travaillé 33 ans à la verrerie. Il est décédé en 2010 d'un cancer. Ses proches ont attaqué l'entreprise et ont été suivis par le TASS qui a estimé qu'O-I Manufacturing connaissait les risques liés à l'amiante et n'avait pas pris les mesures de protection et de prévention nécessaires. Or sur le site de Givors, l'amiante était très présente : « A chaque changement de fabrication, on changeait les réfractaires à chaud et on les calorifugeait. Il fallait changer les joints amiantés et les faire tenir avec du ciment. On cassait les réfractaires endommagés pour les remplacer. Il fallait s'isoler de la chaleur : on se protégeait avec des plaques d'amiante qu'on avait coupées nous-mêmes. Par la suite, l'amiante a été remplacée par du Kerlane. » L'amiante ETERNIT se retrouvait dans les plafonds, les murs, les tapis transporteurs de verre, les bleus, les gants de travail. Des opérateurs devaient s'habiller en vêtements amiantés pour intervenir sur les Feeders : chemins de verre qui apportent le verre en fusion (1 700 à 1800°) sur la machine. Mêmes vêtements amiantés pour graisser les machines. Port des gants amiantés, en continu. Bleus amiantés portés 8 heures/par jour. Le bras articulé (main de ripage) avait un guide amianté qui frottait et libérait des particules d'amiante : à changer tous les jours ou tous les 2 jours. La barre de pousoir des pots était en amiante.

Deux victoires, oui mais ...

Si l'on se réjouit de l'avancée positive pour ces familles, on peut souligner aussi quelques bémols : La longueur des parcours et procédures et la difficulté pour des personnes malades d'avoir à se justifier sur

leur comportement personnel et privé, sans que le lien entre le travail passé et la pathologie présente ne soit exploré. La lourdeur des démarches fait que les personnes concernées ne sont plus là au moment de la décision finale...

Le médecin du travail de la verrerie n'avait pas pu obtenir la signature d'attestations d'expositions professionnelles « amiante » par l'entreprise. Personne à l'époque n'a fait pression sur l'employeur : comment avoir conscience de pathologies à effets différés quand la priorité semble être la négociation la plus acceptable possible au départ des verriers en plans de préretraite ?

Ces documents ne portaient que sur l'amiante. Or de nombreux produits chimiques toxiques, dangereux, voire CMR étaient manipulés en production et en maintenance : silice, oxyde de sodium, de calcium, de magnésium et d'aluminium, des décolorants (cobalt, sélénium), des colorants (oxyde de fer, chrome, manganèse, cobalt), des oxydes et réducteurs (sulfates, charbon, sulfures), des oxydes de titane ou d'étain à partir de tétrachlorures, des acides gras, des émulsions de polyéthylène, des hydrocarbures aromatiques polycycliques, des braies de houille et de suies de combustion de charbon, de l'arsenic, des chromates, et enfin des amines aromatiques. Or le système français de réparation, ne prenant en compte qu'un produit à la fois, est obsolète car il ignore la poly exposition. La recherche sur les combinaisons de différents produits et sur les effets sur l'organisme est encore à mener.

L'inspecteur du travail qui suivait la verrerie souligne les difficultés que rencontrait le médecin du travail à obtenir la liste des produits chimiques manipulés. Les anciens verriers se rappellent que les fiches de données de sécurité étaient dans un placard fermé à clé, dans le bureau de la maîtrise. C'était en France, il y a 10 ans ...

Les prochaines étapes pour l'Association :

Le 16 juin, deux dossiers seront défendus auprès du TASS de la Loire par des malades atteints de cancers.

Le 2 septembre, 60 anciens verriers tenteront d'obtenir de leur ancien employeur des attestations d'exposition aux CMR ainsi que la reconnaissance du préjudice d'anxiété suite à la manipulation, durant leur carrière, d'amiante, de CMR et de solvants.

Pour en savoir plus :

Association des anciens verriers de Givors
60 rue du Moulin - BP 91 - 69701 GIVORS
www.verriers-givors.com

Quelques réflexions sur le modèle de la fiche d'aptitude

Par Jean-Michel STERDYNIAK

Position du problème :

L'arrêté du 20 juin 2013 (JO n° 152 du 3 juillet 2013) a fixé le modèle réglementaire de la fiche d'aptitude. Il n'y a rien de très nouveau. Ce modèle ne fait que « compiler » les stipulations des différents textes existants sur la fiche de visite mais cette superposition entraîne des confusions, notamment sur les responsabilités et enlève de l'autonomie aux médecins du travail. De fait, ce modèle obéit à une volonté de sécurisation juridique des employeurs. Barthes de façon provocatrice disait de la langue qu'elle est fasciste car le fascisme ce n'est pas empêcher de dire mais c'est obliger à dire. Toutes proportions gardées, il en est de même avec cette fiche d'aptitude qui nous oblige à cocher des cases mais ne s'inscrit pas dans une démarche de prévention de la santé au travail. Ces quelques réflexions personnelles non exhaustives et certainement pas définitives se veulent une contribution à la discussion.

Sur la SMR :

Le modèle laisse à penser que c'est le médecin du travail qui classe les salariés en SMR.

Pour la Direction Générale du Travail (DGT), c'est au médecin du travail d'identifier les salariés relevant de la SMR en fonction des risques déclarés par l'employeur et de rappeler l'article D. 4622-22 du code du travail. Certes, mais c'est l'employeur, qui après avis du médecin du travail, élabore un document précisant le nombre et la catégorie des salariés à suivre et les risques auxquels ils sont exposés. Dans la pratique, ce document est rarement réalisé, le problème reste entier (comme le montre dans les rapports annuels, la différence entre les SMR déclarées et les SMR constatées).

N'y aurait-il pas lieu de s'interroger sur la pertinence de cette SMR à l'heure de l'explosion du mal être, de la souffrance et des pathologies liées aux organisations du travail. N'y a-t-il pas confusion entre la question du suivi médical lié à l'exposition à des risques professionnels et la périodicité des visites médicales. Par exemple, en quoi un salarié exposé au bruit a-t-il besoin d'une SMR, d'une périodicité de visite médicale plus importante ? Cela dédouane-t-il l'employeur de son obligation de sécurité de résultats ? Ces réflexions suffisent à montrer l'inanité de « l'aptitude ». La différence SMR/non SMR est-elle opératoire aujourd'hui et ne sert-elle pas à espacer de plus en plus les visites médicales et à terme à ne réserver la rencontre avec le médecin qu'aux seuls salariés exposés à des risques « réglementaires » ? Et la clinique dans tout cela ?

Nature de l'examen :

Première discussion à avoir : appartient-il au médecin de qualifier la visite de reprise en fonction de l'origine professionnelle ou non de la pathologie à l'origine de l'arrêt ? Ne risque-t-il pas d'y avoir des conséquences importantes en cas de contentieux ultérieur ? La DGT ne voit aucun problème puisque, selon elle, seule l'origine de la visite de reprise et non celle de l'inaptitude, est renseignée sur la fiche d'aptitude, et de citer l'article R. 4624-22 du code du travail. La DGT précise, également, que la décision relative au caractère professionnel ou non de l'accident ou de la maladie continue à relever de la CPAM.

L'article R. 4624-22 se borne à lister les cas où la visite de reprise doit être organisée :

Le salarié bénéficie d'un examen de reprise du travail par le médecin du travail :

1° Après un congé de maternité ;

2° Après une absence pour cause de maladie professionnelle ;

3° Après une absence d'au moins trente jours pour cause d'accident du travail, de maladie ou d'accident non professionnel.

Il appartient à l'employeur d'organiser la visite et nulle part n'est mentionné que le médecin doit qualifier la visite, ni qu'elle doit être qualifiée sur la fiche. C'est, précise d'ailleurs la DGT, un apport de la consultation des partenaires sociaux lors du COCT.

Se pose toujours la question de la nature de la qualification visite pour les visites d'embauche ou les visites de reprise « hors-délais ». Est-ce au médecin du travail de requalifier les visites pour sécuriser les employeurs qui n'ont pas rempli leurs obligations et/ou craignent un contentieux ? Le médecin du travail doit-il qualifier la visite selon la demande de l'employeur ou selon ce qu'il constate, dans le respect du code du travail ?

Par ailleurs, en dépit de ce que semble sous-entendre la DGT, il nous semble légitime que le médecin du travail précise son avis sur l'origine professionnelle ou au moins pour partie professionnelle de l'inaptitude qu'il délivre, quand bien même la décision appartient à la CPAM et quand bien même la maladie n'est pas reconnue en MP.

Consultations à la demande du médecin du travail :

Dans le modèle prévu par l'arrêté, la visite à la demande du médecin du travail ne s'inscrit que dans le cadre de la deuxième visite d'inaptitude. Le fait est que dans le cadre de l'article R. 4624-24 : Le médecin du travail est informé de tout arrêt de travail d'une durée inférieure à trente jours pour cause d'accident du travail afin de pouvoir apprécier, notamment, l'opportunité d'un nouvel examen médical (...)

L'absence réglementaire de visite à la demande du médecin, hors la situation citée, pose problème dans la mesure où il est courant que le médecin du travail (et l'infirmière) demande à revoir un salarié, ce qui pose la question de la valeur juridique de cette « convocation ». Rappelons aussi que la doctrine des inspecteurs du travail est qu'une inaptitude ne peut être délivrée qu'à l'issue d'une visite prévue dans le code du travail (embauche, périodique, reprise, à la demande de l'employeur ou à celle du salarié) ce qui exclut les visites à la demande du médecin du travail, hors article cité.

Visites d'inaptitude :

Le modèle de fiche prévoit, dans les visites à la demande, une case pour les visites à la demande du médecin du travail définies comme 2^{ème} visite en cas d'inaptitude envisagée.

La DGT va plus loin puisqu'elle estime que si l'employeur est responsable de l'organisation effective de la deuxième visite nécessaire à la déclaration d'une inaptitude, celle-ci est déclenchée par la mention « à revoir dans quinze jours » portée par le médecin du travail sur la fiche d'aptitude émise à l'issue du premier avis. Voilà qui est particulièrement contestable, nulle part le code du travail ne mentionne cette procédure. Le code du travail stipule, dans son fameux article R. 4624-31, que le médecin du travail ne peut constater l'inaptitude d'un salarié à son poste de travail que s'il a réalisé deux examens médicaux de l'intéressé espacés de deux

semaines.

La demande d'une deuxième visite devrait relever de la responsabilité de l'employeur dont il demande l'organisation quand il estime ne pouvoir mettre en œuvre les préconisations émises par le médecin du travail pour assurer le maintien au poste. La succession est logique, le médecin du travail fait des préconisations que l'employeur estime ne pas pouvoir tenir. Celui-ci fait une demande motivée de seconde visite pour que l'inaptitude au poste soit constatée.

Lorsque le médecin organise la seconde visite, il a déjà anticipé l'inaptitude ; il affirme même se placer dans « la procédure d'inaptitude », procédure inexistante dans les textes, mais qui tend à ce que l'employeur se croit dispensé de ses obligations de recherche d'aménagement ou de reclassement et conduit souvent au licenciement. Souvent même, le médecin émet une inaptitude alors qu'il n'a eu aucun retour de l'employeur, suite à son premier avis. Dans tous les cas, le médecin du travail n'a pas à se substituer à l'employeur.

Pour rompre avec ce formalisme, ne serait-il pas plus pertinent d'utiliser plus souvent l'inaptitude en une seule visite quand le médecin constate l'impossibilité médicale à reprendre le poste et dans les autres cas faire référence à l'article L.4624-1 du Code du Travail qui stipule que « le médecin du travail est habilité à proposer des mesures individuelles telles que mutations ou transformations de postes, justifiées par des considérations relatives notamment à l'âge, à la résistance physique ou à l'état de santé physique et mentale des travailleurs » ?

Aptitude et conclusions :

Le modèle de la fiche d'aptitude crée une séparation entre un espace « Conclusions » et deux espaces binaires « Apte » et « Inapte ».

On se demande d'ailleurs quoi écrire dans l'espace « Apte », une fois qu'on a coché la case.

Pour la DGT, il n'existe effectivement que deux cas sur le plan juridique : l'aptitude ou l'inaptitude du salarié ! C'est vraiment l'armée. « Les réserves et les demandes d'aménagement du poste du médecin du travail doivent être portées dans les conclusions ou dans l'espace réservé à l'aptitude ». Ah, finalement ce n'est peut-être pas si binaire que cela puisqu'il existe bien des aptitudes « avec des réserves ». La DGT rajoute que toutes les propositions du médecin du travail ne se formalisent pas dans la seule fiche d'aptitude médicale. Certes, mais c'est tellement mieux pour le salarié (vu en consultation) que les choses soient clairement écrites sur la fiche et que soit formalisé par écrit sur la fiche tout ce qui va dans le sens de la préservation de la santé du salarié et rappelle les obligations de l'employeur.

Conclusions :

L'analyse du modèle de la fiche d'aptitude et, pour ceux qui en doutaient, les réponses de la DGT au SNPST et à la CGC, montrent que ce modèle obéit à une volonté de sécurisation juridique des employeurs et non à la préservation de la santé des salariés. Toutefois, le formalisme poussé à l'extrême, pour ne pas dire à l'absurde, de cette fiche est un excellent antidote à tout ce qui apparaît justement trop formel dans nos façons de faire et un appel à toujours veiller à garder notre positionnement du côté de la santé des travailleurs.

le secret médical. Les coopérations peuvent se développer intelligemment en interdisciplinarité.

Un 2^{ème} dossier salarié pour les conditions de travail

L'existence d'un deuxième dossier de salarié bien différencié sur les conditions de travail dans le service de santé au travail, ouvert aux autres professionnels de l'équipe pluridisciplinaire, clarifie et potentialise son élaboration et son utilisation.

Cette clarification des coopérations constructives en santé au travail est entravée par la confusion sémantique entretenue depuis plus de dix ans entre médecine du travail, santé au travail et conditions de travail. Le passage de la dénomination de médecine du travail à la santé au travail à l'occasion de la signature du protocole d'accord de 2000, dans la continuité de la directive européenne de 1989, était louable et nous l'avions accueilli favorablement. Mais nous alertions déjà sur le risque de l'envahissement des services par des investigations sur les conditions de travail dont la responsabilité relève des employeurs, au détriment du dévoilement et de l'accompagnement de la santé au travail. Cette dérive s'est hélas confirmée lors du décret de 2004 et de la loi 2011 où la notion de service de santé au travail maintient la confusion entre ce qui relève de l'investigation de la santé au travail des salariés qui nécessite des professionnels du code de la santé publique avec ses règles déontologiques et ce qui relève de l'investigation des conditions de travail.

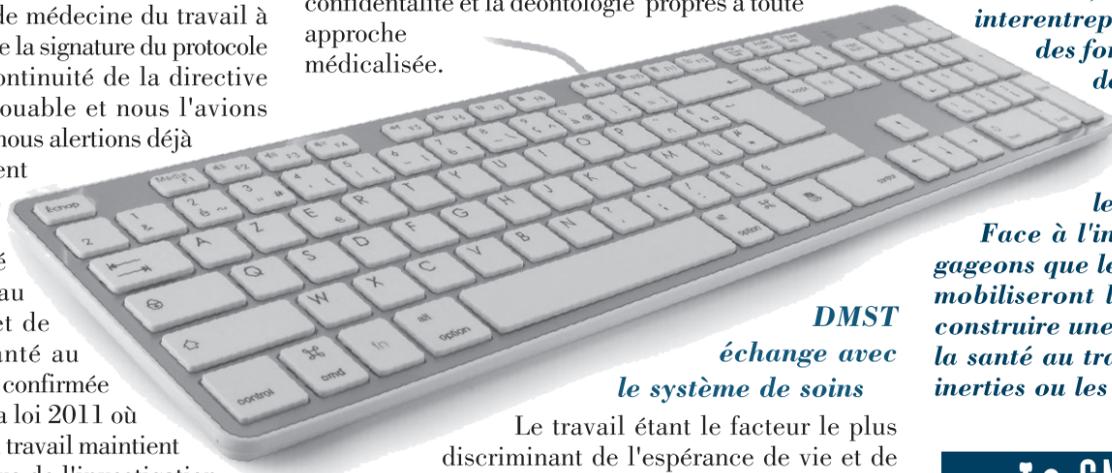
Sur cet aspect des conditions de travail, l'apport dans les services de santé au travail (SST) des Intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) et des Assistants en santé au travail est précieux s'il développe les approches ergonomiques, toxicologiques, réglementaires, statistiques, organisationnelles qui permettent une compréhension des situations de travail pour la prévention.

L'investigation des conditions de travail est alimentée en grande partie par les exigences réglementaires relevant de la responsabilité des employeurs. Quand les entreprises élaborent un document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) et des fiches d'exposition, leur lecture et leur décryptage sont souvent nécessaires pour une lisibilité des risques réels dans l'entreprise. Des analyses complémentaires par les professionnels des conditions de travail des SST sont souvent des plus-values indispensables à la mise en évidence de points de fragilité que, pour plein de raisons, les acteurs de l'entreprise minimisent, négligent ou

refoulent sous la prégnance d'habitudes ou de contraintes de productivité. Quand les petites entreprises n'ont pas la culture ni les moyens ou un soutien significatif de leur branche pour formaliser un DUERP, la prestation des professionnels des conditions de travail devient un élément majeur pour la constitution des fiches d'entreprises.

Deux fichiers distincts pourront être développés, dont l'un issu des parcours professionnels sur les conditions de travail est intégrable au DMST mais pas l'inverse.

Les échanges interdisciplinaires avec les professionnels des conditions de travail et les acteurs de l'hygiène et sécurité ne sont pas remis en cause mais font l'objet d'élaborations actives ciblées en respectant la confidentialité et la déontologie propres à toute approche médicalisée.



DMST échange avec le système de soins

Le travail étant le facteur le plus discriminant de l'espérance de vie et de morbidité avec le vieillissement, et les plus importantes atteintes à la santé étant différées et dues aux conditions de travail cumulées, le DMST bien conçu et bien renseigné devient un élément majeur de santé publique pour l'identification de la santé au travail, pour la sensibilisation et pour la prévention. La prise en compte de la santé au travail est déficitaire dans notre système de santé par le système de soins depuis plusieurs dizaines d'années en raison principalement d'une marginalisation de la médecine du travail de par son utilisation assurantielle par les employeurs et la suspicion a priori de dépendance par sa gouvernance. Une gestion médicalisée du DMST est un atout et une garantie éthique pour favoriser la reconnaissance de la santé au travail par le système de soins et renforcer la confiance et la pertinence des échanges, rendre possible un suivi synergique et une appropriation durable par les travailleurs.

Papier ou numérique ... mais qualité et suivi

Pour les deux dossiers, DMST et conditions de travail qui peut s'y intégrer, les questions d'adaptation, de lisibilité et de traçabilité sont essentielles. Autant des traditionnels dossiers papiers de médecine du travail pouvaient être limités par leur forme mais complétés

aisément par les médecins, autant les avantages de la numérisation des logiciels développés dans les services de santé au travail continuent à présenter des limites dans les saisies, dans leur abondement en clinique médicale du travail. L'association de la confidentialité et de la convivialité de leur usage reste relative ou à consolider. La durabilité de leurs lectures, la sécurité d'extractions ou de leurs transmissions sont incertaines. Toutes ces fonctions doivent être contractualisées avec les fournisseurs des logiciels et la compliance des deux dossiers Santé travail et conditions de travail doit être améliorée sans confusion. Comme dans d'autres institutions de santé et dans les hôpitaux, la maîtrise médicalisée des administrateurs des DMST s'impose.

La diversité, des services de santé au travail interentreprises, autonomes, de branche ou des fonctions publiques et la persistance des conflits d'intérêts sont certes des difficultés de taille pour clarifier le traitement des Dossiers Médicaux en Santé au Travail et les dossiers des conditions de travail.

Face à l'instabilité de la situation actuelle, gageons que les enjeux éthiques et fonctionnels mobiliseront les professionnels de santé pour construire une connaissance et une mémoire de la santé au travail dignes de ce nom malgré les inerties ou les entraves.

>> Le SNPST à votre écoute >>

Pour nous contacter : contact@snpst.org

Le site du Syndicat : <http://snpst.org>

le Journal

des professionnels

N° 56

AOÛT
2014

de la Santé au Travail

12 impasse Mas • 31000 Toulouse

Tél. : 05 61 99 20 77

<http://snpst.org>

Publication du SNPST
(Syndicat National des Professionnels de la Santé au Travail)
ISSN : 1775-0318

Commission paritaire : 1016 S 05549

Directeur de publication : Gilles Arnaud

Rédacteur en chef : Gérard Lucas

Secrétariat de rédaction : Micheline Chevalier

Illustrateur : Gérard Lucas

Mise en page : DHTL, 01 34 25 82 80

Responsables de rubrique :

ACTUALITE SYNDICALE : Gilles Arnaud, Véronique Bacle, Mireille Chevalier, Jean-Michel Sterdyniak

CONTENTIEUX : Michel Hamon

TERRAIN : Patrick Bouet

EUREKA : Gérard Lucas

INSTITUTION : Mireille Chevalier

CHANTIER : Véronique Bacle

ENTRETIEN : Jean-Michel Sterdyniak

Ont collaboré : Luc Gerson, S. Montoya, Jacques Ravon

Conception éditoriale et graphique : Betty Bente Hansen

Imprimerie Cyan 12

75 avenue Parmentier / 75544 Paris Cedex 11

06 18 72 55 53

LE CONGRES ANNUEL DU SNPST

se tiendra à PARIS, samedi 22 NOVEMBRE 2014

sur le thème : **Pénibilité, quel apport en santé travail ?**

Intervenant : **Xenophon VAXEVANOGLU (ergonome)**