

## >> Sommaire

- Actualité syndicale ... p2
- CCN des Services de Santé au Travail Interentreprises
  - Contentieux
- Terrain ..... p3
- Le CIHL est le seul service interentreprises de santé au travail compétent du Loiret.
- Institution ..... p4
- Le DPC encore remanié
- Interview ..... p5
- Interview de Xénophon VAXEVANOGLOU
- Chantier ..... p6
- Collectif santé travail
  - Indépendance de l'inspection du travail ?
- Eurêka ..... p7
- EUROPE : La santé au travail face aux dérives commerciales des services de prévention

# le Journal des professionnels de la Santé au Travail

N°58

JUIN 2015

## >> Éditorial

**La santé au travail ne se porte pas bien. Comme l'a montré, notamment, la catastrophe du Rana Plaza, au Bangladesh, les délocalisations des activités productives sont source de conditions de travail déplorables pour les pays pauvres.**

**Dans l'Union Européenne, malgré la Directive de 1989, qui garantissait l'accès de tout travailleur à un service de protection de la santé au travail et de prévention, la santé au travail est victime des nouvelles formes d'organisation (sous-traitance, flexi-précarisation), des dérives commerciales des services de prévention et de l'atteinte à l'indépendance de la médecine du travail. Ces aspects seront développés dans ce numéro.**

**En France, une nouvelle réforme est engagée par le Gouvernement, destinée non à la promotion de la santé au travail, mais pour répondre à la demande du patronat de « sécurisation juridique » : comprendre moins d'obligations pour les employeurs, moins de droits pour les salariés, moins de coûts, moins de contrôle régaliens. Face à cela, pour essayer de préserver l'essentiel, des expériences se développent, des résistances se déploient. Le SNPST a jugé que pour contrecarrer les projets délétères sur la « médecine du travail », il fallait faire porter par le mouvement social des propositions constructives pour la santé au travail.**

**C'est ainsi qu'il a proposé à d'autres forces syndicales et associatives l'organisation d'États Généraux de la Santé au travail. Cette initiative est en plein développement depuis le meeting inaugural du 11 février dernier dont vous trouverez le compte rendu en p.6. Pour notre réflexion collective, le JST donne la parole à deux adhérentes du Loiret qui décrivent l'organisation du travail dans leur service. Nul doute que cette expérience provoquera de nombreuses réactions et contributions que le JST accueillera bien volontiers. À vos plumes !**

**Jean - Michel STERDYNIAK**

## Mondialisation des mauvaises conditions de travail

Par Gérard LUCAS et Véronique BACLE

**En 2014, le Rana Plaza s'effondre à Dacca au Bangladesh, provoque plus de mille morts et plus de deux mille blessés graves. Dans ce bâtiment de neuf étages, cinq mille ouvrier(e)s étaient regroupés plus de cinquante heures par semaine pour des productions textiles à destination des occidentaux.**

Le bâtiment avait été rehaussé des quatre derniers étages sans permis de construire sur un bâtiment commercial, et l'architecte lui-même dénonce l'inadéquation pour la rehausse et pour le support des machines installées. L'évacuation avait été demandée la veille suite à une inspection décelant des fissures. Les portes de secours de sécurité étaient à nouveau verrouillées, alors qu'elles avaient été débloquées temporairement suite à un incident quelques semaines auparavant.

Les salaires mensuels des ouvrières débutant à vingt huit euros étaient des salaires de survie, et même le salaire minimum fixé à cinquante euros depuis par l'Etat est loin de combler les besoins équitables (logement, énergie, eau, habillement, protection sociale, alimentation santé, transport, éducation) qui sont estimés à plus de deux cents euros par mois dans ce pays. Quatre vingt pour cent des ouvrières de cette usine avaient moins de trente ans... Nos bonnes consciences se sont d'autant indignées en apprenant que les fournisseurs de nos consommations habituelles étaient parmi les dizaines de commanditaires internationaux avec des contrats permissifs et des contrôles bien peu regardants. Révoltant encore plus, d'apprendre des mois plus tard que Carrefour et Benetton refusent de contribuer à l'indemnisation mise en place par l'Organisation Internationale du Travail.

Cet accident n'est qu'un épiphénomène des piteuses conditions de travail infligées

aux populations des pays sous développés par les délocalisations dans le contexte de mondialisation financière sans considération humaine. Pour la manufacture textile, les autres pays du sud-est asiatique sont en concurrence dégradante, et on sait que les situations intermédiaires du Maroc, de la Tunisie, de l'Égypte ou de l'Éthiopie génèrent des situations de travail pathogènes et facteurs d'usures précoces ainsi que des conditions de vie inéquitables.



D'autres domaines de la mondialisation peuvent être cités comme source de piteuses conditions de travail. *Allo, SMS, internet !* L'extraction et le commerce du matériau de base de la téléphonie mobile comme le Coltan en Afrique centrale au Kivu est un exemple déplorable. Comme pour d'autres mines de l'histoire industrielle, le creusement et les étayages manuels sont sources d'atteintes majeures de la santé physique,

d'usures précoces et d'éboulements et autres accidents. Ce trafic juteux profite des désordres de la grande instabilité politique de la région où les précarités et des désordres guerriers destructeurs pour les populations perdurent. L'invisibilité relative de ces dégâts du travail humain en est largement prétextée par le secret industriel, et noyée par les bagarres milliardisées entre Apple et Samsung.

Les quelques études qui ont pu mettre en évidence l'ampleur des atteintes à la santé physique, mentale et sociale de ces populations donnent le frisson.

Illusion de croire que les délocalisations n'auraient fait qu'améliorer les conditions de travail des pays riches en exportant les productions dans le tiers monde et le BRIC. Le chômage est une dégradation des conditions de vie dans toute l'Europe et à côté de législation protectrice, une dérégulation du travail aggrave les conditions de travail en augmentant les expositions à des pénibilités

horaires, d'intensifications, de perte de sens et de conflits de valeur au travail dans un climat d'insécurité.

C'est au prix d'une très grande précarité d'une part de plus en plus importante des travailleurs les plus pauvres que des pays Européens comme l'Allemagne et la Grande Bretagne ont accompagné leur meilleur équilibre économique financier cette dernière décennie.

>> suite page 8 >>

# Convention Collective Nationale des Services Santé au Travail Interentreprises et statut assimilé cadre pour la classe 12

Par Véronique BACLE

Suite à la révision partielle de la CCN des Services interentreprises de Santé au Travail, portant notamment sur la nouvelle grille de classification des métiers de ces services, la classe 12 de cette grille obtient le statut « Assimilé Cadre » : Infirmiers, Assistants de Service Social et Chargés de communication.

En ce qui concerne les Infirmiers, l'Intersyndicale et notamment le SNPST, avait demandé :

- L'exigence d'une formation au minimum DIUST ou Licence Santé Travail, et le niveau BAC+4
- Le statut Cadre
- Un niveau supérieur à la classe 12 dans la grille

Nous partions de loin, autant par rapport à l'ancienne grille que des propositions patronales.

Nous n'avons pas obtenu ce que nous demandions, loin s'en faut, mais avons cependant pu exiger un minimum de formation, et donc ce positionnement « assimilé cadre » permettra, nous a assuré la délégation patronale, d'accéder plus rapidement au statut cadre.

Cette décision est applicable par tous les services depuis le 1<sup>er</sup> Janvier 2015.

Beaucoup d'entre vous se sont émus, à juste titre, et nous ont alertés sur la répercussion sur leur fiche de paie de cette modification. Il semble que les services aient appliqué de façon diverse ce nouveau positionnement, et que les cotisations, pour

certain, ne touchent pas que la cotisation AGIRC, mais aussi la mutuelle, par exemple. D'autres services ont déjà augmenté le salaire brut, de sorte que le salaire net ne soit pas impacté.

Cette cotisation AGIRC permet de bénéficier du régime de retraite et de prévoyance des cadres, c'est donc un avantage, mais sur le long terme, et qui doit s'accompagner d'une revalorisation du salaire, ce que nous défendons auprès du CISME.

Nous réalisons actuellement une enquête (questionnaire téléchargeable sur notre site [www.snpst.org](http://www.snpst.org)) auprès des infirmiers, pour évaluer cela, et avons alerté le CISME.

Nous vous informerons de nos démarches.



**Le SNPST tiendra son congrès annuel  
samedi 21 Novembre 2015 à Paris**

**Retenez cette date sur vos agendas  
nous vous communiquerons ultérieurement  
le thème et l'invité.**

## **Brèves... Brèves... Brèves... Brèves... Brèves...**

Un médecin du travail retraité nous raconte :

Les jeunes générations de médecins du travail ont encore beaucoup à faire pour valoriser notre image. Lors d'une consultation, une jeune fille me demande :

**Docteur que devient votre fille ?**

Elle fait médecine.

**Ah bon, et elle va faire un vrai médecin ou comme vous ?**

Hum... hum...

**Mais vous avez quand même une bonne situation !**

Peu avant ma retraite, je suis amené à mesurer une jeune fille tellement grande que je dois me mettre sur la pointe des pieds pour lire la toise. Je lui dis :

Les jeunes sont de plus en plus grands !

Et elle me répond

**C'est parce qu'à votre âge on se tasse !...**

## Contentieux



De nombreux contentieux sont hélas toujours en cours :

- à l'Ordre des Médecins,
  - aux Prud'hommes,
  - au Tribunal Administratif,
  - au Civil...
- et même au Conseil d'État....!

pour assister des médecins, des infirmières et des IPRP ou pour défendre nos conceptions des métiers de la santé au travail d'abord au service des salariés.

La majorité des affaires sont en rapport avec l'instabilité actuelle des services de santé au travail et l'inadéquation de leur gouvernance, ou des plaintes patronales inévitables mais encore relayés par l'Ordre...

# Le CIHL est le seul service interentreprises de santé au travail

## compétent du Loiret. *Cet article a été écrit en mars 2015, avant la publication du rapport «Issindou» sur l'aptitude. Il n'en est pas moins d'actualité.*

Par Fabienne TRAVERS et Anne Christine D'HOOR

**Presque tous les services de santé au travail sont contraints de rechercher de nouvelles organisations pour pallier à la pénurie des médecins du travail avec l'intégration des infirmiers et des IPRP. La particularité de cet exemple du service du Loiret est d'avoir tenu une implication collective des professionnels dans les choix en évitant les inerties individuelles et les diktats infondés de management. C'est sans doute un compromis relatif et pas définitif, mais il a le grand mérite de pouvoir être mis au débat par la formalisation élaborée par des militantes du SNPST.**

En fin d'année 2004, il employait 73 médecins soit 57,17 ETP. Quatre années plus tard, il ne comptait plus que 68 médecins, soit 52,44 ETP alors que l'effectif à surveiller était passé de 159 205 à 167 300 salariés.

Dés 2004, suite au départ de plusieurs médecins à la retraite, s'est posé la question de la difficulté à leur trouver des remplaçants. Pour se préparer à cette échéance, un groupe de médecins sous l'impulsion du Dr Fabienne Bardot alors médecin coordonnateur du service, a évoqué la possibilité d'embaucher des infirmières. Fin 2007, le Conseil d'administration du service acte cette décision. L'objectif était d'assurer la continuité de la ressource dans le champ médical pour sauvegarder le suivi individuel et périodique, tout en étoffant l'approche hygiéniste par l'analyse des risques confiée à des IPRP.

Les infirmières recrutées progressivement sont alors « d'office » inscrites au DIUST ou à la licence santé/travail si elles ne sont pas déjà titulaires d'un de ces deux diplômes, et suivent une formation en alternance. L'objectif professionnel final est d'affecter l'infirmière à un secteur bien défini sous la responsabilité du médecin, afin qu'elle l'assiste et participe aux activités cliniques et de prévention individuelle et collective. La formation pratique s'effectue sous la forme d'un compagnonnage : l'infirmière assiste dans un premier temps aux consultations du médecin, ensuite en sa présence elle commence les Entretiens Santé Travail Infirmiers (ESTI), puis progressivement travaille seule mais à proximité du médecin, et enfin en « autonomie ». L'idée est de leur apprendre à repérer les problématiques santé/travail et d'en informer le médecin, et il faut aussi du temps pour que la confiance s'instaure.

Les équipes sont constituées d'un médecin, d'une infirmière et de deux secrétaires. La répartition du temps de travail pour le médecin et l'infirmière est identique, c'est-à-dire un tiers de temps AMT et deux tiers de temps en consultations. Au terme de leur formation, les infirmières réalisent progressivement et au maximum 8 ESTI par demi-journée. L'équipe médicale suit environ 4500 à 5000 salariés par ETP médecin.

Les ESTI sont réalisés dans le cadre des visites dites « périodiques », des embauches hors délais, des reprises maternité (et uniquement maternité) et à la demande (salarié, médecin ou infirmière).

Le médecin effectue les visites d'embauches, de reprises maladie et AT, de pré-reprises, et les occasionnelles à la demande du salarié, de l'employeur, du médecin du travail. Il peut « garder » ou « reprendre » des périodiques, c'est alors une décision d'équipe (par exemple, entreprises de réinsertion, travailleurs d'ESAT, salariés exposés à cancérogènes, postes de chauffeur PL, en cas de problématique ponctuelle d'une entreprise...).

Le **Staff hebdomadaire est incontournable**, durant ce temps d'échanges sont discutés : les dossiers ayant posé un problème clinique et/ou de travail à l'infirmière ; la déci-

sion, pour les salariés concernés d'être revus par le médecin et le délai le plus approprié ; les dossiers médicaux de salariés revus par le médecin après un staff ; les examens complémentaires ; les modifications de poste ou changements de poste des salariés ; les informations collectives concernant une entreprise ; la participation aux CHSCT ainsi que des échanges sur l'ordre du jour ; les décisions de se rendre dans une entreprise pour effectuer une étude de poste ou une fiche d'entreprise ; les demandes d'interventions des IPRP collectives ou individuelles...

Dans le service, il n'y a pas d'organisation du travail en pluridisciplinarité des IPRP par secteur. Nos demandes d'interventions sont faites via intranet, sur un espace dédié. Les IPRP se réunissent une fois par semaine pour se répartir les demandes (en fonction de leur spécialisation, de leur disponibilité et d'une intervention éventuelle antérieure dans l'entreprise). Ainsi, nous sommes amenés à travailler avec tous les IPRP du service.

Six techniciens de prévention (5.5 ETP) effectuent des Fiches d'entreprise, aident à la réalisation des Evaluations des Risques Chimiques et Documents Uniques, et peuvent intervenir aussi en vue de la sensibilisation à des risques particuliers.

Deux techniciens (1.5 ETP) de mesures (bruit, vibrations, prélèvements atmosphériques...), un toxicologue et cinq ergonomes interviennent dans le cas de demande d'expertise individuelle ou collective. Leurs rapports sont discutés et validés en staff, la restitution à l'entreprise peut se faire avec l'intervenant (en CHSCT ou non).

Une assistante sociale a été embauchée dans le cadre du maintien dans l'emploi. Elle intervient principalement sur demande du médecin (et aussi de l'infirmière avec accord du médecin).

Cette expérience nous confirme que le suivi périodique doit rester obligatoire, afin d'assurer la veille santé/travail et d'instaurer une relation de confiance avec les salariés et les entreprises. Le traçage régulier et individuel des événements de santé au cours de l'évolution de la carrière professionnelle comme le traçage régulier des expositions et des risques sont ainsi maintenus, ainsi que leur **indispensable mise en lien** éventuelle. La relation de confiance est en fait facilitée par le suivi infirmier qui se fait alors sans notion d'aptitude. De plus, grâce à son « rôle propre », l'infirmière aborde le suivi des personnes en évaluant leurs besoins, en amenant les salariés à être acteurs, les pratiques infirmières et médicales s'enrichissent mutuellement. Le médecin intervient si nécessaire, après décision en staff. Ces sollicitations se révèlent effectives et justifiées. Pour ces cas, **le médecin perd sa fonction de « contrôle », il apporte son expertise au sens de la santé au travail.** L'équipe médicale ainsi constituée est mieux identifiée, son rôle est clarifié. Le nombre des consultations à la demande va crescendo, les salariés comme les entreprises n'hésitent pas à nous solliciter. Nous observons un nombre croissant des demandes d'intervention faites par les équipes médicales auprès des IPRP. Ce fonctionnement nous permet ainsi de raccorder les connaissances qu'elles soient médicales ou infirmières aux connaissances des approches individuelles ou collectives, techniques et expertes réalisées par les IPRP.

Ces constats nous amènent à penser que nous pourrions aller « plus loin » sur le plan des pratiques et de la réglementation :

- **en conservant le suivi périodique infirmier obligatoire et en l'étendant aux embauches.** L'entretien infirmier d'embauche ou entretien d'entrée dans l'entreprise, permet comme pour les entretiens périodiques d'assurer une veille santé/travail tout en informant le salarié des risques de son poste et de leurs moyens de prévention, avec toujours la possibilité pour l'infirmière de staffer les dossiers problématiques au médecin qui reverra le salarié si nécessaire.
- **en supprimant toute obligation réglementaire pour les consultations médicales qui ne se feraient qu'à**

**la demande** des entreprises, des salariés, des médecins (traitants, spécialistes, médecins conseils), et des médecins du travail pour des populations spécifiques ou exposées à des risques spécifiques, ou suite au staff et aux transmissions de l'infirmière. Le médecin délivrerait un **avis médical de suivi** dépourvu de la notion d'aptitude. **L'inaptitude comme sauvegarde de la santé sans perte des droits sociaux et les demandes d'aménagements de poste (article L4624-1 du code du travail) seraient conservées.**

Il n'y aurait donc plus d'obligation de visites de reprise, celles-ci s'effectueraient seulement à la demande, en cas de besoin des différents intervenants. Par exemple, le salarié, parce qu'il s'interroge sur sa reprise future à son poste après une problématique de santé, l'employeur parce qu'il souhaite que toutes les précautions soient prises pour une reprise pérenne du salarié, le médecin traitant parce qu'il redoute pour son patient une reprise dans les mêmes conditions de travail que celles qui ont été la cause de sa maladie professionnelle ou liée à son travail.

Il nous semble par contre dangereux si l'on envisageait dans l'avenir, plutôt que de répondre à la demande, de procéder à un tri téléphonique en amont des reprises, sans approche clinique directe.

Il nous paraît aussi extrêmement périlleux de déléguer les visites de reprise maladie ou suite AT/MP aux infirmières, car ces consultations font appel à la clinique médicale et à la connaissance médicale des pathologies et des thérapeutiques. Comment, en effet, décider en staff, après qu'une infirmière ait reçu un salarié suite à un arrêt de travail, c'est-à-dire à distance, sur dossier, sans regard clinique réel du médecin, de la nécessité de revoir ou non, d'orienter ou non, de déclencher une demande d'aménagement de poste, pour un salarié arrêté par exemple 3 mois suite à une intervention pour hernie discale, suite à un AVC ou à une dépression ? De telles pratiques non adaptées professionnellement pour la prise en charge des salariés dans les suites d'un événement de santé, mettraient également l'équipe médicale en grande difficulté.

Le suivi périodique infirmier permettrait d'informer les salariés de la possibilité pour eux de solliciter le médecin comme actuellement et « rattraperait » les situations pour lesquelles cela n'a pas été fait, grâce au staff, le médecin recevant ensuite les salariés concernés. L'intérêt des visites de pré-reprise serait également rappelé régulièrement. Ces dernières pourraient être dans bien des cas suffisantes pour permettre la reprise future dans de bonnes conditions. Le médecin avec l'accord du salarié émettrait un avis médical si besoin d'un aménagement, comme il le fait actuellement parfois par courrier avant la reprise. La visite de reprise ne serait plus nécessaire, la demande d'aménagement ayant bien été faite en amont.

Pour faciliter le travailler ensemble et les échanges, ainsi que le suivi des entreprises, un technicien de prévention pourrait travailler avec une ou deux équipes médicales dédiées, avec mise en place d'un staff mensuel interdisciplinaire. Le médecin qui prendrait en charge les situations les plus complexes et assurerait un travail de coordination plus conséquent, devrait pouvoir disposer de la moitié de son temps de travail pour l'AMT et la coordination.

Nous pensons donc que la réglementation devrait être modifiée dans le sens de ces évolutions.

Quid des effectifs pris en charge ? Il est difficile de se prononcer sans une expérimentation préalable, car il n'est pas certain que la suppression de l'aptitude, comme celle de l'obligation de visite de reprise, diminue la fréquence du recours au médecin, ni le nombre de ses consultations... Mais ce n'est pas le sens de cette proposition qui nous semble ne répondre qu'à la nécessaire évolution de nos pratiques pour améliorer la veille santé/travail en conservant l'approche clinique comme connaissance centrale de cette veille, et en facilitant toujours l'accès au médical quand il est nécessaire.

# Le DPC (Développement Professionnel Continu) encore remanié

par Jacques RAVON

## Rappel historique :

La mise à jour des connaissances est une obligation déontologique médicale individuelle. Des groupes de formation médicale continue et des sociétés savantes de médecins de spécialités ont développé des événements, des conférences, souvent largement financés par l'industrie pharmaceutique.

En 1996, une loi très attendue sur la formation médicale continue (FMC) a permis un début de financement public et d'initier des organismes professionnels de FMC encore souvent dépendants des industries médicales.

2004 a été une étape importante avec les décrets associant la FMC à l'évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) sous l'égide des Conseils Nationaux de Formation Médicale Continue (CNFMC) et les références de la Haute Autorité de Santé (HAS). Le dispositif était complété par des mesures de suivi des organismes et la validation pour chaque médecin par l'obtention de 150 crédits en 5 ans.

La loi HPST en 2009 a érigé le Développement Professionnel Continu pour l'ensemble des professionnels de santé, en y ajoutant le suivi de l'amélioration des pratiques. L'exécutif a alors stoppé brutalement le dispositif précédent, créant un vide de plusieurs années, puisqu'il a fallu attendre 2012 la promulgation des décrets DPC, instituant l'OGDPC (Organisme Gestionnaire) et les CSI (Comités Scientifiques Indépendants). En pratique la mise en place de l'OGDPC s'avère laborieuse puisqu'au bout de plus de deux ans, sur près de trois mille organismes enregistrés, seulement quelques centaines sont évalués. La préoccupation est centrée sur les médecins libéraux, et le DPC des salariés médecins et autres professionnels de santé est abandonné aux employeurs et les OPCA (Organismes Paritaires Collecteurs Agréés), où le DPC est dilué dans le dispositif de Formation Professionnelle tout au long de la vie des salariés, sans aucune obligation de moyen spécifique.

En 2014 un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) conclut à des dysfonctionnements importants. La direction générale de la santé saisit l'opportunité de ces observations pour organiser une concertation globale de remise à plat de ce DPC en début 2015. L'Association des médecins salariés pour la FMC (AIMSFMC) a participé à cette concertation bien que dans un premier temps elle avait été annoncée pour les libéraux seulement, et sans trop d'illusion vue la proclamation réitérée de la primauté de la maîtrise des coûts des soins notamment du système libéral.

## À quoi s'attendre ?

La restitution de cette concertation est une information à laquelle il faut s'attendre avant la parution de décrets pour la fin de l'année 2015.

Le DPC devient une obligation triennale de maintien et d'amélioration des compétences, pour les professionnels de santé qui ont à justifier de leur participation à des actions de FMC et d'EPP.

Les programmes doivent répondre à des critères : des priorités nationales pluriannuelles, sur le cœur de métier, le contenu scientifique validé, associant apport cognitif et évaluation des pratiques professionnelles.

Des actions d'orientations nationales sur des enjeux de santé publique ou de maîtrise médicalisée seront fixées par le ministère de la santé sans évaluation individuelle.

La participation au financement de l'obligation est distincte par un fléchage de l'enveloppe COG - assurance maladie pour les libéraux et une prise en charge par les employeurs - OPCA pour les salariés, mais pour eux le fléchage d'une enveloppe n'est pas précisé.

La notion ne renvoie pas à une notion de contrôle sanctionnant ; c'est une démarche incitative d'amélioration des compétences et de la pratique.

Les Conseils Nationaux Professionnels sont mis en avant, pour proposer des modes d'actions pertinents pour la profession et la discipline, pour identifier les méthodes avec la HAS, pour proposer la répartition du temps dédié à l'actualisation des connaissances, l'évaluation des pratiques... définir l'outil de traçabilité adapté, et proposer les orientations thématiques prioritaires. On peut donc se louer de la création il y a deux ans du Conseil National Professionnel de Médecine du Travail (CNPMT) rassemblant toutes les représentations de la médecine du travail, universitaire, scientifique, syndicale, associative et les branches, même si son fonctionnement est encore balbutiant, car il devrait trouver là une raison d'être, importante pour toute la profession. La question reste posée pour les infirmières de santé au travail concernées par ce DPC. Doivent-elles être intégrées au CNPMT, ou constituer un CNPIST ?

## « Une maison commune »

Dans une « maison commune » nommée Agence Nationale du DPC, un Haut conseil réunirait les présidents des CSI, la HAS, des représentants des CNP, des employeurs publics et privés, des organisations syndicales et de l'Université et maîtriserait les critères d'évaluation des organismes et des programmes. En parallèle un comité d'éthique de juristes et de personnes qualifiées aurait sans doute des avis à émettre, et à la besogne, des CSI par profession auraient en charge l'évaluation des actions prioritaires.

Belle idée de cohérence de l'action médicale que cette « maison commune », mais autant des modalités de gestion spécifique sont imaginées pour les libéraux, autant la gestion du DPC des sala-

riés est confiée aux employeurs et aux OPCA, ce qui entérine la situation contestable instaurée par les décrets de 2012 sur le DPC.

En effet, on peut s'inquiéter particulièrement pour les services de santé au travail de la légitimité des gouvernances des services de santé au travail où l'évident conflit d'intérêt des employeurs n'est toujours pas traité, et où les organisations syndicales de salariés ne peuvent échapper à des intérêts secondaires paradoxaux. La représentation des professionnels spécialisés est écartée ou minorisée, non seulement dans les conseils d'administrations mais aussi dans les Commissions médico techniques et les commissions de formation où l'élaboration collective de leurs avis serait la première pertinence.

Il faudrait imaginer que les références du CNPMT soient suffisamment opposables pour encadrer le déploiement du DPC de chaque professionnel de santé au travail relevant du code de la santé publique dans les services. Un fléchage budgétaire particulier est indispensable, toujours ignoré par la réglementation, et rejeté par le CISME.

## Déqualification programmée

La réduction de la spécificité d'une formation médicale spécifique de métier va dans le sens d'un asservissement de nos professions à une gouvernance qui dans notre société reste dominée par les intérêts économiques. La médecine a été pendant le siècle dernier caractérisée par une mission intermédiaire entre la population, l'État et les forces économiques. Entre les dérives identitaires corporatistes et les dérives régaliennes, les forces économiques ont toujours tenté d'imposer leurs intérêts souvent spécieux. Que faut-il préserver de l'approche médicalisée ? devrait être le débat qui conditionne l'involution du caractère intermédiaire de la profession médicale. La santé au travail ne devrait pas échapper à ce questionnement politique, mais la tendance actuelle libérale des forces financières est de subordonner les métiers qui contribuaient à la régulation de la société.

**Le cloisonnement du DPC entre salariés et libéraux et la subordination inconditionnelle du DPC des professionnels de santé au travail est une des étapes tactiques qui évite le débat de fond et déqualifiera la profession à terme. Les forces sociales et humanistes ne sont pas en mesure de porter une résistance dans le contexte financier mondial actuel. C'est l'État qui de son pouvoir régalien devrait assurer l'équilibre et non le « confier » aux employeurs.**

**En attendant la résistance est à organiser.**

# Interview de Xénophon VAXEVANOGLOU

*Dir. Master Ergonomie Santé et Développement / Ergonome Européen - Psychologue du Travail à l'Université Lille 2*

**Q : Alors que la prise en compte de la pénibilité est considérée comme une avancée par des préventeurs et les organisations syndicales, vous exprimez d'abord des réserves voire des critiques, pourquoi ?**

Comme de plus en plus d'analystes du travail, je me méfie des quantifications et des seuils. Le travail est une activité humaine, qui devrait préserver sa propre ressource qui est l'humain. Mais progressivement c'est la standardisation qui s'impose avec une pression sur les gains de productivité et la rentabilité, sans prise en compte des effets que cela produit sur la santé au travail. Le modèle dominant actuel, qui n'est plus une simple méthode d'organisation mais un véritable dogme gestionnaire particulièrement défavorable aux conditions de travail et véritable intensificateur des risques pour la santé, c'est le Lean Management. L'intensification des contraintes, la densification des postes, la rationalisation financière des procédures de production écartent le travail humain des règles et des limites du fonctionnement physiologique, cognitif et psychique de l'homme, intensifiant ainsi les risques d'atteintes à la santé. Les enquêtes nationales (Sumer, SIP...) montrent depuis 20 ans les effets de l'intensification des contraintes au travail et les impacts dévastateurs de ce modèle gestionnaire sur les rapports sociaux au travail.

**Q : N'est ce pas un peu caricatural ?**

C'est la masse salariale qui sert d'ajustement aux entreprises. De PSE en PAE et de réorganisation en réorganisation, ce que l'on observe systématiquement c'est un standard : 10% de suppression des postes pour chercher 15 à 20% de baisse de la masse salariale. Les gains de productivité et la valeur ajoutée pour l'organisation sont générés par ce levier. Une des conséquences c'est l'intensification des exigences et des contraintes que les salariés « qui restent » doivent gérer, le plus souvent d'ailleurs sans moyens techniques et / ou organisationnels fiables. La charge de travail est devenue depuis vingt ans une des grandes problématiques de la santé au travail. L'intensification des contraintes temporelles et marchandes pèse lourd dans l'explosion des Risques Psycho Sociaux. Les indicateurs sociaux sont en berne dans des secteurs d'activités où on ne pense même pas que le modèle gestionnaire puisse avoir prise comme le secteur médicosocial par exemple.

Les rapports sociaux se dégradent fortement dans les entreprises où la recherche de valeur ajoutée pour l'organisation met en concurrence les salariés comme dans le secteur Banque Finance Crédit où il n'est pas rare que les commerciaux travaillent sur des portefeuilles partagés. Les salariés sont nombreux mais chacun est seul comme le dit si bien C. Dejours. Les collectifs de travail sont affaiblis et ne jouent pas leur rôle régulateur des atteintes à la santé. L'individualisation du rapport au travail conduit le Management et les DRH à une vision caricaturale de la santé au travail : les atteintes à la santé sont des cas ou événements isolés qui se produisent à la marge et qui concernent en général des salariés fragiles et vulnérables. Modèle gestionnaire de la santé au travail contraire à toute la législation

et la réglementation française qui est centrée sur la prévention collective et sur l'obligation de résultats de l'employeur. Les seuls contre-pouvoirs dans le monde du travail face à cette dérive sont les acteurs de la santé au travail et les CHSCT.

**Q : Ça Change le travail ?**

Fondamentalement. On observe une disparition des métiers dans de nombreux secteurs d'activité et sur la ligne managériale. Les salariés, y compris les managers opérationnels de premier niveau, sont enfermés dans des logiques de production qui nient le métier et le réel. Ils répondent à des exigences procédurales et de reporting et non à la demande ou besoin du client, du patient ou du citoyen... Du coup « n'importe qui » peut devenir un simple exécutant d'un bout de process sans avoir une compétence « métier ». C'est l'opérateur à la chaîne carrosserie dans une usine automobile qui visse une porte et qui remplace le soudeur qui soudait dans le process ancien. Soudeur est un métier, visseur non ! Aussi, les médecins généralistes sont invités à donner des aptitudes au travail sans connaissance des conditions de travail et sans compétences pour questionner le rapport travail-santé.



**Q : La pénibilité a-t-elle une place pour sortir de cette intensification / dégradation du travail ?**

La santé au travail est un enjeu négociable. Tous les risques doivent être inclus dans le DUERP. Les CHSCT ont à retrouver une place d'acteurs et de référents dans cette évaluation a priori des risques et en lien avec le travail réel, comme le spécifie la circulaire d'avril 2002 prise en application du décret de 2001, et les salariés devraient pouvoir confronter au réel leurs situations et leurs vécus.

Dans le sens courant la pénibilité est une notion subjective. L'objectivation qu'on veut en faire est-elle basée sur le réel ? Quels liens avec les sciences de l'homme qui nous rappellent les règles et les limites à ne pas dépasser ? En fait le cadrage de la partie « conditions de travail » de la loi sur la pénibilité, est l'objet d'une négociation sociale... Les seuils fixés sont le produit de tout sauf des connaissances de la physiologie ou de la psychologie.

Le dispositif de pénibilité en cours est perverti par la confusion entre la prévention des risques et le calcul des points pour le départ à la retraite. On assiste à une tendance à l'amalgame entre conditions de travail et qualité de vie et travail. Le bien être au travail, la qualité de vie au travail sont promus comme étant des

approches « positives », par opposition aux modèles utilisés dans les enquêtes nationales et les études en santé travail qui seraient des approches négatives.

Mais n'est-ce pas un risque d'intensification du déni des pénibilités produites par la recherche de taux de rentabilité nette sur capitaux investis de 10% annuels ?

C'est avec les CHSCT et les acteurs de la santé au travail qu'il faut procéder à l'analyse des facteurs de pénibilité, pour les catégories d'expositions : environnement physique marqué, agressif, ACD (Agents Chimiques dangereux) et CMR (Cancérogène, Mutagène et toxique pour la Reproduction), rythmes de travail de nuit et posté.

La traçabilité des expositions passe par la fiche que l'employeur remplit. Et cette fiche est transmise au Service de Santé au travail puis au Médecin du travail pour être intégrée au dossier médical de chaque salarié.

Cette transmission aux services de santé au travail est à défendre, mais c'est toujours l'employeur qui a la responsabilité de résultat. Cela se complique avec la déviation vers des responsabilités

sous traitantes ou subalternes, et en plus les délégations des entreprises dépendantes sont parfois très réduites. Et quelques trimestres gagnés entraînent les salariés dans l'illusion, sans intervention sur les conditions de travail. Le prétexte à des avantages secondaires, des primes ou des indemnités détournent aussi de la prévention.

On pourrait comprendre qu'un tel outil corrige des erreurs passées, mais il n'apparaît pas au préventeur légitime pour améliorer les conditions de travail à l'avenir.

**Q : Mais, concrètement, qu'attendre de la prise en compte de cette pénibilité ?**

Tout d'abord il faut identifier les 50% de salariés exposés. Une grande difficulté est dans la détermination des seuils, des critères scientifiques, de qui mesure. La fixation de seuil présuppose une absence d'impact sur la santé quand on évalue le risque au dessous. Mais comment traiter le cumul des expositions, les pratiques empiriques ou occasionnelles hors procédures « officielles », ou définir les actions de prévention primaire ? La quantification excessive est un piège qui empêcherait de reconnaître le travail réel. Il faudrait donc déverrouiller les seuils pour prendre en compte le travail réel et aller vers l'amélioration des conditions de travail au lieu de se contenter des mises en conformité.

La logique de l'ergonome est de rendre intelligente l'application de la loi et répondre à des demandes de l'entreprise, ce n'est ni de tamponner « vu », ni de faire à la place de l'entreprise.

La mobilisation de l'équipe pluridisciplinaire des SST devrait objectiver le travail réel pour dégager des axes de prévention primaire et pérenne. La coordination pluridisciplinaire et l'utilisation d'une méthodologie intégrée, pilotée, renforcerait les diagnostics et la pertinence de la prévention et des actions d'amélioration des conditions de travail.

# Collectif pour la santé des travailleuses et des travailleurs : des États généraux à l'automne 2015

par Eric BEYNEL

Ce collectif pour la santé des travailleuses et travailleurs est à l'origine de l'appel «**pour ne plus perdre sa vie à la gagner**» qui a réuni Annie Thebaud-Mony, Directrice de recherches honoraire à l'INSERM, Daniele Linhart, Sociologue, Directrice de recherches émérite au CNRS, Eric Beynel, porte-parole de l'union syndicale Solidaires, Christophe Godard, Secrétaire national de l'UGFF-CGT (responsable Santé-Travail), Jean-Michel Sterdyniak Secrétaire Général du SNPST, Dominique Huez pour l'Association Santé Médecine du Travail, Alain Carré pour le SMTIEG-CGT, Gilles Seitz pour le collectif CGT et UGICT-CGT médecins du travail, Arnaud de Broca, Secrétaire général de la FNATH, Julien Lusson pour ATTAC, Louis-Marie Barnier pour la Fondation Copernic, les syndicats CGT, FSU et Sud de l'inspection du travail, un Collectif de 27 cabinets experts CHSCT ou intervenants en santé au travail et les associations Henri Pezerat, Ban Asbestos et Robin des toits.

Des interventions d'une grande richesse. Le meeting, animé par Nolwen Weiler de Basta et François Desrioux de la revue Santé et Travail, a été l'occasion pour l'ensemble des composantes du collectif de faire le point sur les différentes attaques auxquelles nous sommes confrontés et de démontrer, si il en était besoin, l'utilité des outils de défense de la santé des travailleuses et travailleurs que sont les CHSCT, les services de l'inspection du travail ou les Services de Santé au Travail, les associations engagées dans la défense et la lutte, les cabinets d'expertises CHSCT et bien d'autres encore. En complément de ces interventions de nombreux actrices et acteurs de luttes pour

la défense de la santé du mouvement ouvrier sont venus témoigner de leurs batailles : Michel Capron pour la plateforme RSE sur l'importance d'avoir une action internationaliste sur ces enjeux, Pascal Vitte pour l'observatoire du stress et des mobilités forcées de France Télécom sur l'enjeu d'une appropriation collective des termes du débat santé travail, Philippe Billard sur la sous-traitance dans le secteur du nucléaire et l'urgence à agir pour avoir de réels outils de défense, Christine Poupin sur les CHSCT en zone Seveso, Gerald Le Corre pour l'intersyndicale inspection du travail de Seine Maritime et ses luttes à la fois pour donner des droits nouveaux aux CHSCT de la Fonction Publique et défendre l'utilité sociale de l'inspection du travail, Olivier Le Saec du syndicat Sud BPCE à l'origine d'une action juridique contre le Benchmark et Maud Beckers avocate du Syndicat des Avocats de France sur les actions devant les Prud'hommes, instance elle aussi attaquée par le projet de loi Macron.

Faire face à une logique globale ce meeting a été l'occasion de réaffirmer notre dynamique unitaire, indispensable pour ne plus être isolés face à des attaques qui ont une logique globale.

Depuis les lois Auroux de 1982, le Medef contre-attaque et s'attache à réduire le principe de la loi comme filet de protection via les possibilités d'accords dérogatoires sur certains sujets qu'il a réussi à obtenir au fil des Accords Nationaux Interprofessionnels et des lois qui les transposent dans le code du travail. Ces attaques font également suite aux atteintes succes-

sives ces dernières années à la médecine du travail, que les employeurs tentent d'instrumentaliser pour adapter les salariés au travail et faciliter l'exclusion des travailleurs, à l'inspection du travail, à travers la remise en cause de son indépendance et la réduction de ses moyens et aux Conseils de Prud'hommes entravés par le manque de moyens.

**Construire ensemble** : l'objectif du collectif n'est pas seulement de dénoncer les attaques du patronat et du Gouvernement contre les droits collectifs des travailleurs en matière de santé au travail mais aussi de lever les obstacles qui entravent encore trop souvent l'exercice de ces droits collectifs, notamment du fait de la taille de l'entreprise, de la précarité des salariés, de la pénurie de médecins du travail et du manque d'indépendance des services de santé au travail.

Il s'agira aussi d'améliorer ces droits en favorisant notamment les nécessaires collaborations entre tous les acteurs de la chaîne de la prévention de la santé au travail, notamment entre syndicats, représentants du personnel, médecins et autres acteurs des services de santé au travail, experts auprès des représentants du personnel au CHSCT, agents de l'inspection du travail et des Caisses d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT) et en construisant ensemble des droits nouveaux.

**C'est dans cette objectif que nous construisons dans les mois qui viennent les états généraux de la santé des travailleuses et travailleurs.**

## Indépendance de l'inspection du travail ? Alerte en condamnation

par Mireille CHEVALIER

*On connaît les manœuvres dissuasives sur les médecins du travail par les plaintes patronales relayées par les Conseils Départementaux de l'Ordre des médecins, là, c'est une inspectrice du travail qu'une plainte patronale envoie en correctionnelle, alors qu'elle fait son travail.*

Des articles récents de Médiapart et de l'Humanité ont dénoncé des mesures visant à neutraliser l'action de l'inspection du travail en Haute Savoie. Une inspectrice du travail est convoquée devant le tribunal correctionnel pour recels de documents volés d'une entreprise d'appareils électroménagers, sans que sa plainte contre l'entreprise en question ne soit retenue.

L'affaire remonte à 2013, alors que l'inspectrice du travail avait dénoncé un accord sur les 35 heures, qu'elle estimait caduc. Selon les articles, l'entreprise aurait manifestement joué de ses relations et de ses pouvoirs pour obtenir la mutation de l'inspectrice du travail trop gênante. Les faits ont pu être établis grâce à des documents internes et des courriels de l'entreprise, fournis par un informaticien qui a été licencié depuis pour faute grave.

A cette époque, l'inspectrice du travail, choquée, est en arrêt maladie pour quelques semaines, mais une reconnaissance en accident de service est refusée par la hiérarchie régionale et le ministère. Ceci, malgré l'avis du Conseil National de l'Inspection du Travail qui reconnaît les pressions exercées sur l'inspectrice et qui regrette qu'aucune intervention publique des autorités administratives ou de l'autorité centrale de l'inspection du travail ne soit venue condamner ces pressions.

Deux ans après, l'inspectrice vient de recevoir une citation à comparaître devant le tribunal correctionnel d'Annecy le 5 juin, pour recel de documents confidentiels et violation du secret professionnel. Ceci fait suite à la plainte déposée par l'entreprise contre la fonctionnaire et le salarié lanceur d'alerte qui lui avait fourni les preuves de l'action de l'entreprise pour neutraliser l'inspectrice.

D'après l'Humanité, le Procureur a opéré un choix, puisque deux procédures engagées par l'inspectrice elle-même font toujours l'objet d'une enquête. Il s'agit d'un procès verbal dressé par l'inspectrice contre

l'entreprise pour obstacle à ses fonctions et transmise au Parquet en avril 2014, et d'une plainte pour harcèlement contre son directeur qui a relayé les pressions de l'entreprise et contre la Direction Régionale du Travail qui refuse depuis des mois la reconnaissance en accident de service un arrêt maladie consécutif aux pressions.

L'inspectrice du Travail bénéficie, par contre, du soutien de l'intersyndicale de l'usine qui a prévu un rassemblement le jour de l'audience. Les syndicats CGT, FSU, Sud, FO et CNT de l'administration du travail estiment que leur collègue est poursuivie « *pour avoir fait son travail et dénoncé l'obstacle à ses fonctions* », ils se sont également mobilisés avec un appel à la grève le 5 juin. Ils écrivent, dans un tract commun, qu'il s'agit du « *procès de notre métier, de l'inspection du travail démantelée depuis des années par les Gouvernements successifs et qui doit faire face aux attaques incessantes du Medef et du patronat à travers la mise en cause de ses agents* ».

# EUROPE : La santé au travail face aux dérives commerciales des services de prévention

par Wim VAN VEELEN pour Heasamag #10

**L'ETUI (European Trade Union Institute, Regroupement des syndicats européens,) a consacré le dernier numéro de sa revue Heasamag à la santé au travail en Europe. Entre la cartographie bien peu dense de la médecine du travail, le patrimoine en péril de la médecine du travail à la Française, les remises en cause de l'indépendance de la médecine du travail, ... nous avons choisi cet article énonçant les insuffisances globales de la prise en compte de la santé au travail en Europe avec les dérives permises par la directive-cadre.**

Si la directive-cadre sur la sécurité et la santé au travail de 1989 prévoit l'accès de tout travailleur de l'Union Européenne à un service de protection et de prévention au travail, le droit européen laisse aux États membres une grande liberté pour organiser leur système de médecine du travail. La carte européenne de la médecine du travail se caractérise donc par des tonalités très contrastées.

Europe, 2014. De très nombreux travailleurs ont perdu leur emploi et recherchent désespérément un travail. Pour y parvenir, ils sont prêts à accepter de petits contrats temporaires ou à devenir indépendants. Le marché du travail européen se fissure de toutes parts. Le travailleur européen doit en outre travailler plus longtemps et donc veiller à rester plus longtemps en pleine forme. De nouveaux risques voient le jour, comme l'exposition aux nanoparticules ou le recours à une nouvelle génération d'appareils numériques (tablettes et smartphones) qui facilitent la disponibilité des salariés 24 heures sur 24, tandis que les législations pour mieux les protéger contre ces nouveaux risques se font attendre. Plutôt que de renforcer la protection des travailleurs, la Commission européenne tente de réduire la législation sociale, sous prétexte que «l'Europe doit faire face à la concurrence des économies émergentes». Les services d'inspection perdent eux aussi du terrain, ce qui contribue à éroder la protection de la santé des travailleurs sur le lieu de travail. Il est sans cesse plus difficile de répondre à la question : «À qui les travailleurs peuvent-ils s'adresser pour obtenir des conseils concernant la protection de la santé et la prévention?».

Emportés par la vague de l'économie libérale, de nombreux États membres n'ont pas résisté au chant des sirènes et se sont lancés dans un mouvement de privatisation de leur système de santé. Les soins liés à la médecine du travail sont, eux aussi, devenus un produit commercial. Course aux bénéfices et mercantilisme, d'une part, et soins de santé, d'autre part, sont difficilement conciliables et débouchent sur un effritement de la prévention et de la qualité des soins destinés aux travailleurs.

Face à ces menaces, les syndicats se doivent d'exiger la qualité de la part des prestataires de soins de santé au travail.

Les traités de l'Organisation internationale du travail, la directive-cadre européenne de 1989 sur la sécurité et

la santé au travail, ainsi que la Déclaration sur la santé pour tous au travail de l'OMS, ont conduit à l'adoption dans de nombreux États membres d'une législation concernant les services de médecine du travail. Il en a résulté un renforcement du concept de multidisciplinarité au sein des services de protection et de prévention, ainsi que l'inscription dans la législation d'une participation active des travailleurs dans les entreprises, dans le but de promouvoir de meilleures conditions de travail et, par là même, de mieux protéger la santé des travailleurs.

D'autre part, les dispositions de l'article 7 de la directive-cadre de 1989, à savoir que chaque travailleur doit avoir accès à un service de protection et de prévention, laissent une grande liberté aux États membres pour organiser la médecine du travail de la façon qui leur semble la plus adéquate.

De grandes disparités ont dès lors vu le jour entre les États membres, tant en termes de qualité que de prestation de services. Ainsi, aux Pays-Bas, les services de protection et de prévention («Beschermings- en Preventiediensten») n'organisent pratiquement aucune activité en matière de prévention, et les médecins du travail consacrent principalement leur temps à réduire l'absentéisme au travail et à contrôler que les travailleurs malades le sont «réellement». En Autriche, en revanche, chaque travailleur est obligé de consacrer un nombre minimum d'heures à la prévention, et les actes qui doivent être posés par un médecin du travail sont décrits de façon détaillée.

Certains États membres sont donc moins bien lotis que d'autres en matière de prévention.

Dès lors, la définition de règles communes à l'échelon européen s'impose.

## Menaces sur la qualité

Le travailleur d'une PME qui connaît des problèmes de santé ou qui se pose des questions en matière de risques sur son lieu de travail éprouve plus de difficultés à obtenir un avis indépendant qu'un salarié d'une grande entreprise. Nombreuses sont les entreprises dans lesquelles l'accès à un médecin du travail se révèle compliqué parce que l'entreprise n'a pas conclu de contrat avec un service de prévention ou parce que le travailleur se voit refuser l'accès à la médecine du travail par son employeur. Cet accès est souvent totalement inexistant pour des groupes importants de travailleurs en Europe. Pour les indépendants sans personnel à charge, mais aussi pour les travailleurs employés par des bureaux d'intérim et les chômeurs qui souhaitent revenir sur le marché du travail, il est tout simplement impossible d'accéder à la médecine du travail.

Pratiquement tous les États membres sont confrontés à des problèmes de qualité des prestations des services externes de protection et de prévention. Les entreprises veulent une médecine du travail la moins chère possible.

Cela signifie que les entreprises concluent des contrats minimums avec ces services ou, pire encore, des contrats en fonction du nombre des services de prévention se font concurrence, presque toujours au détriment de la qualité. Il n'est donc pas impossible qu'un travailleur pense avoir à faire à un médecin à part entière, diplômé, alors que dans la réalité, il s'agit d'un «médecin» qui n'est pas enregistré et assermenté en qualité de médecin du travail.

En outre, il est important que la médecine du travail puisse s'exercer en toute indépendance.

Il existe de nombreuses situations dans lesquelles l'employeur met la pression sur le médecin du travail pour qu'il se conforme à ses souhaits. Le refus du médecin de s'y soumettre peut avoir des conséquences sur le contrat conclu avec le service de prévention.

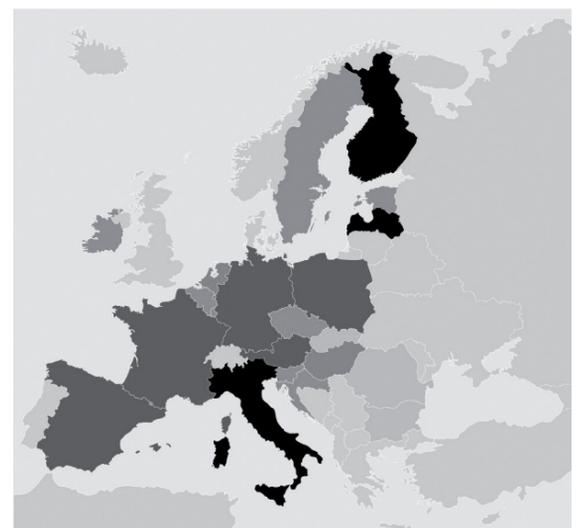
Dans plusieurs États membres, cela conduit à des situations où la médecine du travail omet de signaler des risques graves. L'indépendance de ces médecins est capitale pour créer une relation de confiance avec les travailleurs. Les intérêts commerciaux entachent malheureusement largement celle-ci, comme on le constate auprès des travailleurs.

Un autre problème majeur se profile dans de nombreux États membres: la profession de médecin du travail risque de disparaître. Nombreux sont les jeunes étudiants qui préfèrent opter pour une autre spécialisation ou la médecine générale. Reste à savoir si, à brève échéance, l'Europe comptera encore suffisamment de médecins du travail. Il est temps que les responsables politiques se penchent sur le sujet. À l'heure actuelle, de nombreux États membres connaissent déjà une pénurie de médecins du travail.

Dès 2004, la Commission prévenait qu'une part importante de la population des travailleurs échappait au champ d'action des services de prévention et que la qualité de la médecine du travail, notamment dans les PME s'avérait problématique, alors même que l'on attend des travailleurs qu'ils travaillent plus longtemps.

C'est donc à juste titre que les syndicats se montrent préoccupés. Si la directive-cadre impose une approche multidisciplinaire de la médecine du travail, ce sont les États membres qui doivent garantir les compétences et les capacités des professionnels actifs au sein des services de prévention. Ils le font d'une manière dispersée et bien trop peu transparente.

## Médecins du travail (spécialistes) et médecins fournissant des services de santé au travail pour 100 000 travailleurs



■ Moins de 10  
■ De 10 à 20  
■ De 20 à 30  
■ De 30 à 40  
■ Plus de 40

Dans notre pays, la sous-traitance permet le détournement massif de la réglementation du travail notamment quant aux horaires et aux protocoles de sécurité, d'autant plus avec le recours aux européens de l'Est comme par exemple pour plusieurs centaines sur les chantiers navals de Saint Nazaire. Le travail illégal s'accroît non seulement dans l'agro alimentaire ou dans le bâtiment, mais pour des petites industries clandestines, comme des ateliers de confection textile, et qui échappent avec beaucoup de ruses aux contrôles régaliens.

Y compris dans les Fonctions Publiques d'Etat et Hospitalières, les changements d'organisations de travail qui sont parfois justifiés et rationnels, sont souvent pour des raisons d'affichage de rentabilité à court terme incohérents et détériorent les conditions de travail au point d'en faire perdre le sens et la cohérence. Des Collectivités Territoriales peuvent s'attendre aux mêmes évolutions péjoratives.

Le dispositif de santé au travail dans notre pays devient de moins en moins efficace pour l'observation des conditions de travail et de la santé des travailleurs les plus exposés dans cette prolifération de dérégulation du travail. Dans les pays en développement ou émergents, le dévoilement des atteintes à la santé au travail reste encore plus marginal. Ni l'OMS ni l'OIT n'ont de réel pouvoir à côté de l'Organisation Mondiale du Commerce qui impose les contractualisations dites libres et humainement inconsistantes.

**Au total, la délocalisation des activités productives par et pour la financiarisation mondiale provoque non seulement une exportation des plus mauvaises conditions de travail où la part de bénéfice en qualité de vie pour les populations est modeste ou négative, mais en effet de retour une détérioration des conditions de travail dans les pays riches.**

**Que devient dans cette évolution la valeur du travail en tant que valeur humaine d'échanges, et développement et partage des savoir faire ? Il est à craindre que c'est le sens même du travail qui se perd en ne devenant qu'une monnaie de survie.**



## Entretien avec Charlotte SOULARY

**Chargée de Mission Dignité au Travail et Droits des Femmes (Peuples Solidaires - Action Aid France)**

*Ladélocalisationneconcernepasquelesemplois, mais aussi les risques : le réseau « Peuples Solidaires » nous alerte régulièrement sur les conditions de travail dans les pays émergents. Nous avons échangé avec Charlotte SOULARY, Chargée de mission Dignité au Travail et Droits des Femmes.*

**Q : Quels sont vos grands axes d'action ?**

C'est d'obtenir des salaires décent, qui répondent au minimum vital.. Le respect des règles en nombre d'heures de travail, le paiement des heures supplémentaires (par exemple, dans les usines textiles). Ce qui nous demande le plus d'énergie, ce sont justement les enjeux de santé et sécurité au travail. Au Cambodge, beaucoup d'ouvrières font des malaises car elles font trop d'heures, n'ont pas le temps de manger et n'ont pas de temps de pause (elles sont chronométrées)... Un autre enjeu est celui des maternités : elles travaillent jusqu'à la fin de leur grossesse, et sont exposées à des produits toxiques.

Enfin, un sujet tabou est celui des violences sexuelles au travail, peu visible car peu abordé...

Selon les continents, les secteurs et les risques sont différents : la production textile dans le Sud-Est asiatique, le secteur des services et l'agriculture en Afrique, les plantations agricoles et les mines en Amérique Latine, le secteur électronique en Chine,

où s'ajoute le scandale du travail des enfants...

Les mauvaises conditions de travail ajoutent des problèmes de santé chez des personnes déjà fragilisées de part leurs conditions de vie précaires.

**Q : Quelle prise de conscience ?**

Le drame du Rana Plaza a permis une prise de conscience, c'est l'accident le plus meurtrier qui a eu une résonance internationale... Mais il y en a eu avant, il y en a après, régulièrement des immeubles s'effondrent (récemment au Cambodge) ou brûlent...

Le Rana Plaza a permis d'éclairer et de favoriser la prise de conscience. Au Bangladesh, un accord sur la sécurisation des bâtiments et les normes incendie a été signé par 170 marques européennes, qui s'engagent à participer aux normes et aux plans d'actions.

Nous lançons des alertes, en coopération avec les associations et les syndicats. Nous intervenons auprès du Bureau International du Travail et de la Confédération Syndicale Internationale.

Nous avons déposé un projet de loi sur la responsabilisation du donneur d'ordre..

Nous avons une responsabilité aussi en tant que consommateur citoyen, lors de nos achats... et ainsi permettre le droit et la dignité au travail de tous !

>> Le SNPST à votre écoute >>

Pour nous Contacter : [contact@snpst.org](mailto:contact@snpst.org)

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

le Journal  
des professionnels  
de la Santé au Travail

N°58

JUN  
2015

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

**Responsable de rubrique:**

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

**CONTENTIEUX :** Michel Hamon

**TERRAIN :** Patrick Bouet

**INSTITUTION :** Mireille Chevalier

**CHANTIER :** Véronique Bacle

**EURÉKA :** Gérard Lucas

**Ont collaboré :** Eric Beynel, Anne Christine D'hour, Jacques Ravon, Charlotte Souly, Fabienne Travers, Xénophon Vaxevanoglou, Wim Van Veelen

**Conception éditoriale et graphique :** Betty Bente Hansen  
Imprimerie Cyan 12

75 avenue Parmentier/75544 Paris Cedex 11

06 18 72 55 53