

>> Sommaire

Actualité syndicale...p2 Interview.....p5

• La sécurité des tiers par l'aptitude ?

• Contentieux

Terrain.....p3

• La coopération médecins infirmières, le colloque E-pairs...

Institution.....p4

• Le code du travail bouc émissaire de la santé économique.

• Entretien, LM Barnier les CHSCT et les nouvelles organisations.

Chantier.....p6

• Pour des états généraux en santé au travail.

• Merci à l'ANIMT

Eurêka.....p7

• Notes de lectures et congrès.

le Journal des professionnels de la Santé au Travail

N°59

OCTOBRE 2015

>> Éditorial

Oui, les services de santé au travail sont traversés par une grande disparité, au gré de gouvernances inadaptées et de moyens inégaux. Sur le terrain des services interentreprises, souvent les plus défavorisés, mais aussi ailleurs, la tentation d'individualismes défensifs refoulent les coopérations salutaires des pratiques, et les infirmières ont bien raison d'alerter sur les risques de leurs dégradations sans lendemain. Les conditions de bonne coopération se dessinent désormais comme l'a montré le colloque E-pairs.

La résistance est d'actualité comme celle du Dr Kryvenac chez PSA. Il serait dommageable de réduire la sécurité des tiers à des avis médicalisés d'aptitude.

Non, le code du travail ne doit pas être le bouc émissaire de la mauvaise santé économique, et les CHSCT n'ont pas à abandonner leur place face aux nouvelles organisations de travail si souvent humainement délétères.

Oui, l'espoir est à reconstruire avec des États Généraux de la santé au travail, avec une nouvelle génération d'internes qui relancent la jeunesse de nos idées et avec de nombreux engagés qui écrivent pour la promotion de l'humain dans le travail.

Débattons, au congrès du SNPST par exemple le 21 novembre prochain à Paris.

Gérard LUCAS

Dérives des services de santé au travail

par Gérard LUCAS, Véronique BACLE et Joëlle MILLIEZ

On aurait pu penser que les services de médecine du travail en prenant le nom de service de santé au travail, allaient mieux contribuer à la préservation de la santé des travailleurs.

Hélas, l'alibi médico légal des avis d'aptitude était conservé, et surtout la mission dérivait vers l'assistance à la gestion des conditions de travail pour l'employeur.

Certains ont pu penser que la réforme de 2011 allait faciliter l'investigation du lien santé travail avec la parité des conseils d'administration et en levant partiellement les obligations des visites médicales d'aptitude.

Hélas, la maîtrise des choix managériaux reste largement patronale avec conflits d'intérêts et l'espacement des visites médicales dans le contexte de pénurie laisse le stakhanovisme réduire la qualité de l'approche de la santé au travail pour les salariés.

D'autres ont pu penser que l'insertion enfin d'infirmiers en santé au travail dans les services interentreprises allait recentrer leur mission sur l'investigation et l'accompagnement de la santé des travailleurs.

Souvent, les déficits d'orientation, de formation et de coopération ne facilitent pas la synergie des équipages pour la maîtrise des navires SST vers le cap de la santé des travailleurs.

Il est facile et évident de constater a posteriori, comme quelques acteurs en avaient lancé l'alerte avec le SNPST, que la diminution des coûts et l'exonération de la responsabilité des entreprises en matière de conditions de travail ont été prises en compte bien plus que la préservation de la santé des travailleurs, voire à sa place.

La diminution quantitative d'actes d'approche médicalisée de la santé au travail est sans doute inéluctable, mais qu'en est-il de la qualité ? Les entretiens de santé travail infirmier (ESTI) peuvent constituer une bonne

investigation clinique de santé au travail, mais les conditions indispensables de coopération avec les médecins restent à construire et à s'imposer. C'est pourtant là un atout majeur pour un dévoilement de la santé au travail et des accompagnements et préconisations qui étendraient les occasions d'améliorer les conditions de travail, en donnant du pouvoir d'agir aux travailleurs et des repères d'actions dans les entreprises, sans les limites sélectives et restrictives d'avis d'aptitude médicale.

La récente loi Macron, en accablant les médecins du travail de la responsabilité d'avis aptitude sécuritaire pour les tiers, risque de casser cette dynamique positive. C'est une incantation simpliste dont l'intention annoncée de sécurité juridique pour les employeurs est certainement illusoire et contre productive.

Dans beaucoup de services interentreprises de santé au travail, l'augmentation des effectifs par médecin ne permet pas une connaissance et un suivi du lien santé travail des salariés. Au milieu des années 2000, la promotion d'assistants en santé au travail prétendait améliorer le repérage des expositions et des risques des travailleurs. Mais leur positionnement favorisait souvent davantage la prestation pour l'image du service et pour l'employeur que pour le lien santé travail. Certains recensements des expositions et des risques pouvaient certes aider des médecins du travail, mais cette approche protocolaire par les risques du travail reste très partielle pour le dévoilement des atteintes à la santé par le travail et pour l'amélioration humaine concrète des conditions de travail.

Non seulement le recrutement d'infirmiers en santé au travail reste trop limité pour compenser la pénurie de médecins, mais leur intégration dans les services de santé au travail, hétérogène, est souvent fragile et ne permet pas les coopérations attendues. La non reconnaissance statutaire de leur spécialité santé au travail par le Ministère de la Santé et la non prise en compte par la convention de branche est un prétexte pour ne pas

développer une formation adaptée de niveau Master. C'est indispensable au déploiement de la fonction de clinicienne que la prochaine loi de santé devrait promouvoir, capital pour la santé au travail, mais loin d'être anticipé ni par les services, ni par les Ministères et même repoussé par une partie de la profession conservatrice corporatiste. (voir l'appel au respect qui suit cet article page 8).

Dans la première phase du contexte d'application de la loi de 2011, la discrimination par pénurie atteint beaucoup plus les services interentreprises que les services autonomes, dont l'attrait par le maintien de faibles effectifs de salariés et des niveaux de rémunérations n'est pas sans interroger les questions de dépendance.

Dans les Fonctions Publiques de même, les grandes unités tirent mieux leur épingle du jeu malgré la charge de travail commune décrétée. En Fonction Publique d'État les petites administrations décentralisées sont déficitaires et recourent à des modalités concurrentielles de recrutements qui ne les comblent pas, mais abondent les revenus des sites et journaux d'annonces ou des associations intermédiaires. En Fonction Publique Territoriale, de nombreux centres de gestion sont débordés, et de grandes collectivités territoriales sont démunies. Les petits hôpitaux sont loin de bénéficier d'une mutualisation avec les Agences Régionales de Santé.

La Mutualité Sociale Agricole, qui était citée avec l'OBBTP comme un exemple de gestion paritaire, propose une couverture de plus en plus déficitaire en médecine du travail.

Les artisans n'ont toujours pas de réel service de santé au travail.

Le suivi en santé au travail des intérimaires et autres précaires, souvent les plus exposés, est plus que jamais délaissé.

La facilitation de l'accès direct des travailleurs aux services de santé au travail est régressive tant par les restrictions de prise en charge que par l'illisibilité de leurs référents dans ces services.

>> suite page 8 >>

La sécurité des tiers par l'aptitude ?

par Mireille CHEVALIER

La loi n° 2015-994 du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi a promulgué quelques articles concernant la médecine et santé au travail, au dernier moment et sans véritable débat. L'article L 4622-2 du code du travail modifie les conditions de surveillance des salariés dans les missions des services de santé au travail : « la surveillance de l'état de santé des travailleurs en fonction des risques concernant leur santé au travail et leur sécurité et celle des tiers, de la pénibilité au travail et de leur âge ».

De la même façon, l'article L4622-3 rajoute aux missions des médecins du travail le fait d'éviter « toute atteinte à la santé des tiers », et l'article L4624-4 dans sa nouvelle version introduit une notion similaire en instituant une surveillance particulière pour les salariés affectés à des postes présentant des risques particuliers pour leur santé ou leur sécurité, celles de leurs collègues « *ou de tiers...* »

Le SNPST avait alerté le Rapporteur au moment du vote de cette loi sur les graves conséquences de ce texte, et il s'est associé à l'intersyndicale (CFTC, CGC, CGT, FO, SNPST, Solidaires) pour demander aux parlementaires de saisir le Conseil Constitutionnel sur ces articles. Ces courriers n'ont malheureusement pas abouti. Ils alertaient cependant sur le fait que la loi intro-

duit la notion d'une médecine qui sera plus sécuritaire que de prévention.

Cette notion de surveillance médicale pour la sécurité relève d'une médecine de contrôle, plus encore elle doit également assurer la sécurité des tiers.

Cette notion de tiers peut recouvrir toutes sortes de personnes, des clients, des passagers aux passants.

Cet exercice de médecine de contrôle est incompatible avec l'exercice de la médecine de prévention. Nous rappelons que la nécessité de séparer les activités de médecine de sécurité et de médecine de prévention est précisée dans le code de la santé publique aux articles R4127-100 et 105, et que le Conseil d'État dans sa décision du 7 juin 2006 (référéncée 279632) a notifié « *l'incompatibilité entre les fonctions de médecin du travail et de médecin d'aptitude sécuritaire* ».

Ceci repose sur le constat évident que les préventeurs ayant des missions de prévention de la santé des salariés, doivent adopter une posture particulière nécessitant la recherche de la confiance de ces derniers. Ils ne peuvent donc pas avoir en plus une mission de sécurité des tiers imposant une notion de contrôle voire de sélection. Cela serait totalement improductif en matière de résultats sur la prévention de la santé au travail et porterait un coup fatal aux valeurs de la Loi de 1946,

fondatrice de la Médecine du Travail.

La sécurité des personnes est un sujet important qui doit sans aucun doute faire l'objet de règles et de critères établis par des experts. C'est pourquoi l'aptitude sécuritaire doit être réalisée par un médecin qui n'a aucun autre rôle médical auprès de la personne concernée (médecin traitant, médecin du travail, etc...), sinon il risque de se trouver en conflit d'intérêt. C'est d'ailleurs pourquoi l'aviation civile par exemple a séparé depuis longtemps l'aptitude issue de l'activité préventive de la médecine du travail de l'aptitude au pilotage.

De plus, cette mesure est en complète contradiction avec les réflexions récentes concernant l'aptitude et son absence d'intérêt en matière de santé au travail. Cela remet en cause le travail en équipe avec les infirmières et tend à instaurer une pratique de sélection dans les services de santé au travail.

Le SNPST ne peut pas rester inactif devant ce coup porté au métier de tous les salariés des Services de Santé au Travail. Des actions sont prévues en direction des élus et des Pouvoirs Publics, et le syndicat appelle tous les préventeurs à une attitude de résistance pour sauvegarder l'éthique et les valeurs des métiers de prévention de la santé au travail.

Contentieux

par Michel HAMON

Services autonomes : l'indépendance est-elle possible ?

Le cas PSA.

L'affaire révélée le jeudi 25 juin 2015 par MEDIAPART concernant les difficultés rencontrées par le Dr KRYVENAC, médecin du travail sur le site PSA de Metz-Trémery, pose à nouveau la question de l'indépendance du médecin du travail. La lettre d'alerte qu'elle a adressée le 20 juin 2015 à la direction de PSA, publiée par MEDIAPART, est très explicite sur l'affectation d'effectifs supplémentaires sur un site voisin au mépris du contrat de travail et des règles qui le régissent (avis de l'ordre des médecins et des partenaires sociaux), sur les pressions de la direction pour obtenir sa démission (rupture de la période d'essai), sur le contrôle exercé par la direction sur les documents émis par le service médical (médecin, mais aussi infirmières), sur les pratiques de gestion sociale (déclaration des travailleurs handicapés, lutte contre l'absentéisme accident de travail) etc....

Cette affaire a été largement relayée par les médias nationaux... Le SNPST s'est associé à la pétition de soutien initiée par la CGT... Tout a été dit ou presque dans la presse.

Dans son courrier, le Dr KRYVENAC évoque deux points particuliers très révélateurs de la façon dont certaines grandes entreprises gèrent le handicap, la maladie ou l'accident de travail dans un objectif de réduction des coûts. Sont visés ici les travailleurs handicapés et les accidentés du travail.

Travailleurs handicapés : d'un côté on demande au service de santé au travail d'inciter les salariés à faire des demandes de reconnaissance de travailleurs handicapés. Il s'agit ici d'abord d'éviter les pénalités financières qui seraient liées à un taux insuffisant de travailleurs handicapés. Ceci doit être mis en parallèle, comme le fait le Dr KRYVENAC avec le « mécontentement du management » devant les restrictions et demandes d'aménagement de poste émises

par le médecin du travail. Et pourtant... c'est bien le rôle du médecin du travail de proposer des aménagements permettant le maintien au travail des salariés dont les capacités sont restreintes. Ce n'est pas le rôle du service de santé au travail d'inciter les salariés à faire des demandes de reconnaissance de travailleur handicapé... Il peut bien sûr expliquer au salarié en difficulté les avantages qu'il pourrait tirer d'une telle reconnaissance... à condition qu'il y ait réellement un bénéfice pour le salarié et pas seulement pour l'entreprise !

Accidents de travail : la « chasse » à l'absentéisme lié aux accidents de travail est destinée à diminuer le taux de fréquence (calculé uniquement sur les accidents avec arrêt) qui détermine le taux de cotisation AT de l'entreprise. Pour cela on peut demander au service de santé au travail de prendre en charge, en cas d'accident, des soins qui ne relèvent pas de l'urgence. On choisit le cabinet de radiologie où sont adressés les salariés... Il faut limiter les consultations de médecins généralistes trop prompts à prescrire des arrêts « injustifiés » mais surtout pénalisant pour le taux de fréquence. Dans le même esprit, on favorise les adaptations ou les changements de postes pour maintenir au travail les salariés accidentés dans l'entreprise... alors qu'il est souvent beaucoup plus difficile de trouver des solutions lorsque l'origine des restrictions ou demandes d'aménagement n'est pas en rapport avec un accident de travail.

Bien entendu, loin de nous l'idée, qu'on pourrait utiliser le service de santé au travail pour réduire les coûts de personnel... sans entendre le médecin du travail quand il alerte sur d'autres atteintes à la santé comme par exemple ceux qui sont liés à l'organisation du travail... Souvenons-nous du Dr Margaret MOREAU, médecin du travail chez PSA à



SOCHAUX en 2009, qui avait refusé de participer à un recueil de données qu'elle jugeait contestable sur la forme (confidentialité non garantie) et sur le fond (elle contestait la pertinence et la validité du dispositif d'évaluation et de suivi du stress professionnel mis en œuvre). Elle avait fait l'objet à l'époque d'une procédure de licenciement. Il est vrai qu'elle alertait aussi sur les conséquences pour la santé de l'organisation du travail basée sur le « Lean management ». Une mobilisation très importante des salariés avait fait reculer la direction qui avait abandonné son projet de licenciement. Le Dr MOREAU avait finalement choisi de quitter l'entreprise. Comment continuer à exercer sa mission dans ces conditions ?

Nous sommes bien sûr inquiets pour le Dr KRYVENAC qui refuse de se soumettre aux injonctions de la direction. Cette résistance lui a valu une procédure de rupture de période d'essai finalement refusée par l'inspection du travail. Cette décision fait l'objet d'une contestation par la direction de PSA. Nous ne pouvons que saluer le courage dont elle a fait preuve... Aujourd'hui elle est soutenue par les salariés de l'entreprise, mais comment tenir en face d'un employeur qui maintenant guettera le moindre faux-pas ?

L'exercice des professionnels de santé au travail en toute indépendance est-il possible en service autonome ? PSA n'est pas la seule entreprise à vouloir disposer d'un service de santé au travail « à sa main »... D'autres exemples comme ceux de la SNCF ou de FRANCE-TELECOM, sont là pour nous le rappeler... L'exercice des professionnels de santé au travail est-il possible en service autonome ? ... Nous aimerions le croire mais la réalité ressurgit lorsque le silence est rompu par ceux qui ont le courage de résister... Merci au Dr KRYVENAC d'être de ceux-là.

La coopération médecins infirmiers en santé au travail : E-pairs construit des repères.

E-Pairs

Association Fédérative des Groupes de Pairs
Pour Le Développement Professionnel Continu En Médecine du Travail

Synthèse libre par Gérard Lucas du colloque du 20 juin 2015

Sans faire abstraction des contraintes réglementaires mais au-delà des pratiques empiriques restrictives ou transgressives, E-pairs, organisme de DPC, a ouvert sa réflexion avec l'aSMT et le SNPST aux potentiels pratiques et éthiques des coopérations entre les infirmiers et les médecins du travail.

Clinique médicale du travail

En premier, la raison d'être des infirmiers en santé au travail n'est pas une approche par les risques que d'autres métiers sont à même de développer, mais une approche du lien santé travail, où la santé du travailleur est centrale. C'est par une pratique de clinique médicale du travail que les entretiens en santé travail infirmiers (ESTI), révéleront au mieux les enjeux du travail pour le salarié. La grille de lecture du travailler vient concrétiser celle des risques du travail évoqués par ailleurs. Par les compréhensions induites, la clinique médicale du travail de l'ESTI ou d'une consultation médico professionnelle, incite le salarié à envisager des objectifs de maintien ou d'amélioration de ses conditions de travail. Il devient plus à même d'élaborer une stratégie avec son entreprise et son collectif de travail.

Le balayage catégorisé des risques du travail et l'inventaire des dépistages normatifs de la santé ne permettent pas à eux seuls l'identification du lien santé travail.

La clinique médicale du travail ouvre la porte à l'exploration tant aux bien être et aux souffrances en cours qu'aux atteintes somatiques et psychiques différées dues au travail qu'à la réalité de la prise en compte des éléments objectifs de prévention et de la subjectivité des conduites préventives. Le questionnement et l'écoute sur le travail réel évitent de se cantonner à la plainte ou à la pensée en boucle... Elle contribue à l'appropriation par le salarié de son pouvoir d'agir.

C'est une source d'abondement d'un recueil sur le lien santé travail de chaque salarié, et pour les restitutions collectives.

Réglementation, engagement et confiance

Le cadre réglementaire n'est pas à ignorer. Les codes du travail, de santé publique et de déontologie sont incontournables pour la légitimité de l'action de l'infirmier comme du médecin. Ils placent l'acte infirmier, donc l'ESTI, sous la responsabilité du médecin du travail. Ce qui pourrait devenir un obstacle à l'autonomie de l'infirmier, est à subvertir au contraire comme une protection pour l'exercice de la mission de dévoilement et d'accompagnement du lien santé travail. Attention ! Certaines organisations, directives de services ou interprétations de circulaires peuvent aller à l'encontre des principes réglementaires et des espaces d'actions.

La responsabilité de l'infirmier de santé au tra-

vail ne pourra émerger qu'en confiance avec le médecin. Une telle confiance pour travailler ensemble ne se décrète pas, ne s'attend pas, elle se construit par les deux protagonistes. « *La confiance engage autant qu'elle promet : c'est sur cette réciprocité que la relation de confiance entre les êtres humains se structure* ». L'acquisition des connaissances indispensables ne peut être éludée, mais la constance de leur entretien et de leur amélioration est une base de la coopération. Leur implication dans un développement professionnel continu de santé au travail s'impose. Surtout la lisibilité des actes de chacun est essentielle pour la construction de cette confiance ; la transmission ciblée de l'infirmier vers le médecin du travail doit être formalisée d'une façon pertinente et suivie, mais ce dernier, de sa place de tuteur, doit aussi donner à voir ce qu'il fait, ses valeurs, ses objectifs, ce qu'il écrit, ce qui donnera à l'IST des repères pour s'investir et dans sa communication avec les travailleurs, et ce qui nourrira la possibilité de débats entre eux sur les moyens de la mission. La confiance pour « travailler ensemble » repose sur la compréhension des missions du médecin du travail, du côté du droit et des règles professionnelles qui permettent l'articulation entre les deux métiers.

Des étapes de travail ensemble où on analyse en retour d'expérience des consultations réalisées en commun, sont recommandées par de nombreuses équipes.

Protocoles

L'activité de l'infirmier en santé au travail est un travail qui lui est confié par le médecin du travail. Que ce soit l'ESTI ou l'Activité en Milieu de Travail (AMT) ou autres, un protocole doit servir de référence pour cette coopération. Un protocole ne peut pas être seulement tacite et oral, il doit être écrit. Les répartitions et les principes de réalisation des tâches de la mission y sont formalisés ainsi que les modalités d'échanges. L'élaboration de ce protocole par les deux coopérateurs des deux métiers est souhaitable, pour être compris et assumé, même si le médecin du travail est responsable de sa finalisation. C'est ce protocole qui soutient l'intervention de l'infirmier et lui permet de déployer aussi ses marges de manœuvre, dans la conduite de l'ESTI par exemple, avec sa personnalité et son savoir faire, mais sans dérive. Un tel protocole est opposable au service pour protéger la compétence et l'efficacité des métiers. Il y a tout avantage à ce qu'il soit mis en discussion collective et enrichi par chaque métier entre pairs et/ou dans les commissions médico-techniques, ne

serait-ce que pour la continuité du service pour le suivi de la santé des travailleurs. Ce n'est pas un transfert de compétences ni une délégation. Le protocole permet d'affecter à l'IST des effectifs de salariés à suivre en visites périodiques, des temps de consultations, des ressources et des moyens ou niveaux de recours et d'alerte, des soutiens logistiques. Un protocole d'ESTI précisera notamment les attentes en matière de contenu, privilégiant la recherche du lien santé travail à partir du vécu et des conditions de travail du salarié, en intégrant la place du contexte de la santé du sujet, de l'itinéraire de travail, et de l'entreprise. C'est dans cette approche que le « care » infirmier aura sa place.

Les écrits

L'écrit est nécessaire dans l'environnement organisationnel actuel pour valider nos observations, nos questionnements et nos préconisations. Le Dossier Médical en Santé au Travail (DMST) en est le support principal, et c'est là que l'infirmier laissera trace de ses ESTI en s'identifiant au même titre que le médecin. On doit pouvoir y lire le vécu voire l'histoire professionnelle du salarié, les éléments de sa santé individuelle pouvant interférer avec son bien être au travail, et les informations, recommandations ou liens donnés au salarié.

Une attestation de suivi infirmier donne acte de l'ESTI pour le salarié ou son entreprise ; elle va dans le sens du remplacement attendu des fiches d'aptitude par les fiches de suivi médical du travail. Son contenu peut être cadré ou incité par le protocole.

Les écrits dans le dossier médical devront à propos être complétés par des alertes et des transmissions ciblées.

On rêve que les fiches de traçabilité de la pénibilité des expositions soient un jour généralisées, mais en attendant l'équipe médicale, infirmier et médecin, doit s'impliquer dans le recueil des fiches d'entreprises avec l'équipe pluridisciplinaire et les affiner pour le dévoilement du lien santé au travail.

La concertation en groupe de pairs ou staffs en équipes médicalisées sont l'occasion d'écrire des monographies cliniques qui alimenteront les enjeux de développement professionnel continu.

La coopération entre médecins et infirmiers du travail est pleine de promesses pour l'évolution de nos pratiques professionnelles. C'est un enjeu pour la santé au travail.

CORRECTIF

Dans le JST 58 l'article de la page 3 aurait dû être intitulé : « travailler en coopération avec les infirmières dans un SIST... »

Une incompréhension de correction avait fait remplacer le titre par une première phrase de présentation du CIHL.

Désolé ! Mais c'est une occasion de retourner le lire puisqu'il traite le même sujet...

Le code du travail responsable de la crise économique ?

par Anne FRETTEL, Université de Lille 1, Economiste «atterrée»

Depuis plusieurs mois, une nouvelle offensive fait du droit du travail, et du code du travail en particulier, la cause de tous nos maux et notamment de notre niveau de chômage. Ce discours n'est pas nouveau : il s'exprime de façon récurrence depuis la fin du XIX^e siècle ; il témoigne de la dimension politique des rapports de force économiques. La précédente offensive datait du milieu des années 2000 où un certain nombre de rapports d'« éminents économistes » - comme Jean Tirole ou Pierre Cahuc - avaient plaidé, au nom de l'efficacité économique, pour une simplification du code du travail, pour un contrat de travail unique, pour des procédures de licenciements allégées, reprenant sans nuance une des antiennes du patronat. Aujourd'hui l'angle d'attaque est le même. Selon ses nouveaux détracteurs : « le droit social français se caractérise par un haut niveau de rigidités préjudiciable à la performance macro-économique du pays » (Barthelemy et Cette) ; « la vision d'un droit du travail perçu comme une forêt trop obscure et hostile pour qu'on s'y aventure joue contre le recrutement des salariés complémentaires dans les petites et moyennes entreprises. Et le droit du travail ainsi mystifié joue contre les travailleurs qu'il est censé protéger » (Badinter et Lyon-Caen).

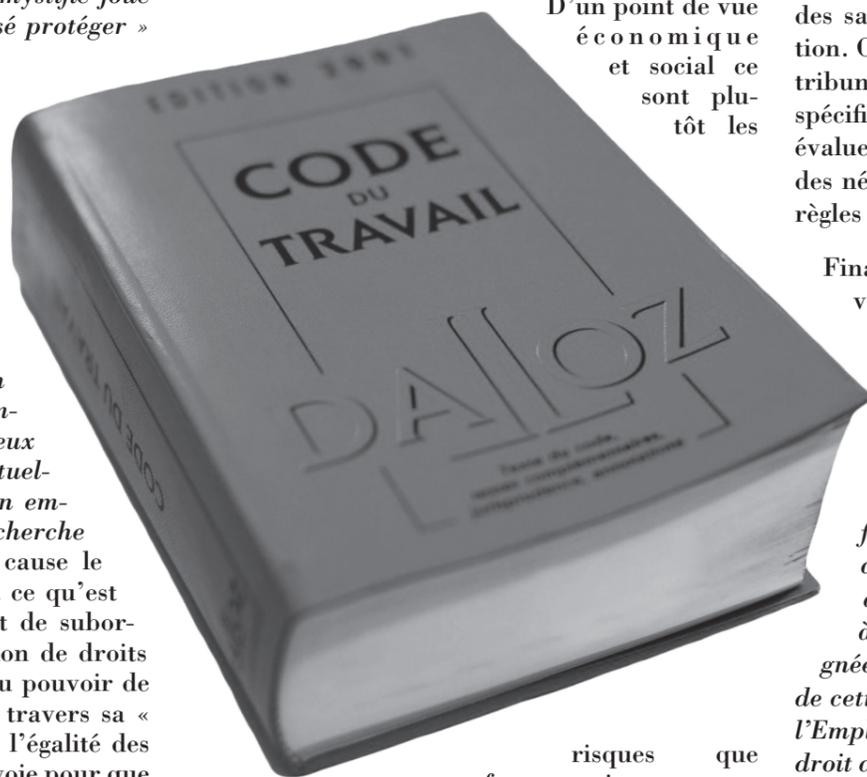
Ce discours est repris sans nuance ni analyse critique par le gouvernement. On peut même être surpris de voir à quel point un gouvernement dit « socialiste » malmène le droit du travail. Ainsi, le ministre du travail, François Rebsamen, a déclaré au Sénat, le 11 mars 2015 : « le contrat de travail n'impose pas toujours un rapport de subordination entre employeur et salarié: il est signé par deux personnes libres qui s'engagent mutuellement. Dans les situations de plein emploi, c'est même l'employeur qui recherche les salariés », remettant ainsi en cause le principe de subordination qui régit ce qu'est un contrat de travail - un rapport de subordination qui a justifié la construction de droits collectifs comme étant le pendant du pouvoir de l'employeur. Emmanuel Macron, à travers sa « Loi pour la croissance, l'activité et l'égalité des chances économiques », a ouvert la voie pour que les conflits du travail se règlent en dehors du droit du travail, nouveau pas vers la transformation du contrat de travail en contrat ordinaire. La loi Macron a aussi été l'occasion d'introduire un plafonnement des indemnités dues en cas de licenciement reconnu dénué de cause réelle et sérieuse, mesure retoquée le 5 août dernier par le Conseil constitutionnel.

Cette absence de débat serait-elle le signe que le lien négatif entre le degré de « rigidité du droit du travail » et le niveau de croissance économique est démontré ? Non, bien au contraire.

Si l'on s'en tient à la seule question du rôle joué par ce que les économistes appellent la législation protectrice de l'emploi (LPE), aucun lien ne ressort des études menées y compris celles conduites par les institutions les plus libérales (comme l'OCDE) pour relier le niveau de LPE à la situation de l'emploi d'un pays et sa dyna-

mique de croissance. Si en 1994 l'OCDE dans ses « Perspectives de l'emploi » plaidait pour la mise en place de réformes structurelles - mot doux pour parler de l'assouplissement du droit du travail en matière d'embauche et de licenciement - dix ans plus tard, l'institution constate que si les indicateurs de LPE se sont « améliorés » (c'est-à-dire que le niveau de protection s'est réduit), dans la plupart des pays, il est difficile d'en conclure que cela ait eu la moindre incidence sur le front de l'emploi : « il est encore difficile de déterminer si les réformes structurelles ont induit une régression durable du chômage, une fois pris en compte les fluctuations conjoncturelles et d'autres facteurs à caractère transitoire (comme par exemple la bulle Internet à la fin des années 90) ». On se retrouve même aujourd'hui avec un consensus scientifique concluant à cette absence de lien. C'est ce que rappelle le Conseil d'analyse économique (CAE) dans une synthèse récente des travaux théoriques et empiriques existants sur le sujet : « il n'y a pas de corrélation démontrée entre le niveau de protection de l'emploi et le taux de chômage ». Cela a le mérite d'être clair !

D'un point de vue économique et social ce sont plutôt les



risques que font courir une trop forte déréglementation de la législation protectrice de l'emploi qu'il faut souligner. C'est sous l'effet des dogmes libéraux, qui ont gagné en audience à partir des années quatre-vingt, que le code du travail a « enflé » suite à l'introduction de régimes dérogatoires censés introduire de la « souplesse » et aider au fonctionnement des entreprises. Or cela n'a pas eu pour effet de relancer l'emploi. Cela a avant tout contribué à doter les entreprises de nouveaux outils pour construire leurs politiques de segmentation de leur main d'œuvre et précariser de la sorte certains salariés (les plus jeunes, les femmes, les moins qualifiés). Les politiques visant à flexibiliser le code du travail sont principalement une incitation à ce que les entreprises procèdent avant tout à des ajustements quantitatifs externes (par exemple en facilitant le recours aux licenciements ou aux embauches en CDD), cela au détriment d'autres modes d'adaptation

(comme la réduction du temps de travail, la formation des salariés ou la valorisation de leurs savoir-faire pour assurer une montée en gamme). Ces derniers modes d'ajustement sont essentiels à la compétitivité économique et ils sont une des raisons de la compétitivité des entreprises allemandes bien avant les questions de compétitivité prix.

Le projet porté par le rapport Combrexelle censé favoriser la négociation collective va d'ailleurs renforcer ces risques. Il propose d'inverser la hiérarchie des normes en matière de droit du travail : les accords d'entreprises et de branches primeront sur les accords nationaux et sur la loi, sauf pour quelques grands principes d'ordre public. Ainsi, dans chaque entreprise, le patronat pourra essayer de faire passer son droit, avec ses règles de matière de temps de travail, de licenciements, de représentation des salariés, de remise en cause des salaires, etc. à travers du chantage à l'emploi. Les entreprises seront incitées à se concurrencer par le bas en dégradant la situation des salariés. Tout cela au nom de la simplification. Or il n'en sera rien car, en cas de conflit, les tribunaux devront juger sur la base des accords spécifiques à chaque entreprise, dont ils devront évaluer la légalité, accords souvent rédigés par des négociateurs peu formés et peu aguerris aux règles de la négociation collective.

Finalement se concentrer sur le droit du travail c'est se tromper de débat et éviter de regarder les vrais enjeux économiques et politiques. Par exemple la question de l'organisation de la division internationale du travail. Comme le souligne Alain Supiot : « la libre circulation des capitaux et des marchandises n'est pas un fait imposé par la nature mais le produit de décisions politiques. Depuis vingt ans le droit du commerce international tend ainsi à effacer toutes les limites territoriales assignées antérieurement aux marchés. L'incidence de cette configuration juridique des marchés sur l'Emploi est sans commune mesure avec celle du droit du travail. Ce n'est pas la situation de l'emploi qui dépend du droit du travail, mais ce sont au contraire les droits du travail nationaux qui dépendent de la division internationale du travail organisée par le droit du commerce international ». Autre enjeu occulté celui de la légitimité de la politique économique suivie actuellement en Europe. Notre déficit de croissance actuel et nos piètres performances en matière d'emploi sont avant tout le résultat d'une politique budgétaire qui a, pour seuls objectifs, de réduire le déficit et la dette publique. Elle ne parvient qu'au résultat inverse : alimenter une spirale déflationniste. Même des institutions comme le FMI ou l'OCDE dénoncent l'excès de rigueur budgétaire des pays européens et le risque que cela fait peser sur la croissance, sur l'emploi et sur le développement des inégalités. Mais à regarder ce qui s'est passé en Grèce, le débat démocratique n'est pas le bienvenu sur cette question !

Interview de Louis-Marie BARNIER

Quel est votre parcours ?

Mon parcours est sans doute atypique, que ce soit pour un sociologue ou un syndicaliste : embauché pour réparer les instruments de bord d'une grande compagnie aérienne, je me suis rapidement engagé. Le parcours syndical a été l'occasion de multiples fonctions, comme pour la plupart des syndicalistes, que ce soit comme délégué du personnel, délégué syndical, représentant syndical dans le domaine de la formation professionnelle ou au niveau de la branche du transport aérien. J'ai été aussi confronté à la répression syndicale, qui vise à briser l'autonomie des syndicalistes, et à l'absence de reconnaissance de toutes les compétences acquises, cause de tant de souffrance pour les syndicalistes (Barnier et Clerc 2015).

Ma dernière fonction syndicale, secrétaire de CHSCT sur un grand centre industriel, m'a amené à me plonger dans le domaine de la santé au travail, dont je ne suis pas encore ressorti. Parallèlement à ces engagements, le besoin d'outils de réflexion plus solides m'a poussé à m'engager dans des études de sociologie du travail.

Comment analysez-vous les évolutions récentes de l'organisation du travail ?

Quand on aborde cette question, on a tendance à saisir l'organisation du travail à partir de la vision parcellaire que nous livre notre environnement immédiat. Ce peut être aussi tel événement mettant en lumière un aspect particulier, ou un aspect mal vécu par les acteurs engagés dans cette organisation du travail. L'analyse sociologique du néolibéralisme (Dardot et Laval 2012) nous livre quelques repères. Cette nouvelle phase du capitalisme est d'abord caractérisée par une dégradation du rapport de force du monde du travail en faveur du capitalisme. Cela se voit particulièrement dans la répartition de la valeur ajoutée (-10 % entre 1982 et 2002). Pendant cette période, le néolibéralisme s'est construit comme une idéologie qui fait reposer la dynamique du marché, objectif sacré du capitalisme, sur la concurrence et la responsabilisation. Cette mise en concurrence a opéré des ravages dans les collectifs de travail. Mais elle s'accompagne de plus par des pratiques de responsabilisation des salariés dans leur travail. Or, on ne leur donne pas les moyens pour remplir leur office. Les conflits éthiques peuvent aussi émerger, quand le travail attendu implique des choix contraires aux valeurs professionnelles, morales des salariés.

Mais je voudrais aussi rajouter une autre dimension à ce tableau déjà bien sombre. L'éclatement du salariat a conduit à une grande précarité d'une partie de la population. Le circuit productif intègre de plus en plus de salariés en sous-droits, sous-traitants des grandes entreprises, salariés précaires. Les formations obligatoires pour les activités les plus dangereuses ou spécifiques sont-elles bien suivies ? Le suivi médical de ces salariés est-il assuré, les certificats d'exposition remis en fin de contrat ? Tout un vaste champ d'intervention que la médecine du travail ne pourra couvrir seule. Ceci doit s'inscrire dans une démarche globale, alliant mouvement syndical, mouvement syndical... et médecins engagés.

Quelles pistes paraissent les plus prometteuses ?

Un tel « nouveau modèle productif » ne peut

s'aborder que globalement, remettant en cause tout le système, sauf à permettre, en polissant les aspérités du système, d'offrir une meilleure viabilité à tout l'ensemble. Le mouvement ouvrier n'a pas aujourd'hui de réponse globale à apporter à cette crise du travail. Mais cela ne veut pas dire que nous restions l'arme au pied. Le nouvel investissement syndical dans les CHSCT en est le meilleur exemple. Et nous avons réussi à marquer des points.

Un premier exemple porte sur l'évaluation. Celle-ci a une place centrale, au point de parler d'une « folie évaluatrice » (Gori 2013). L'évaluation permet de mesurer la mise au service de l'entreprise, par le salarié, de sa subjectivité. C'est un « dispositif », au sens de Foucault, central pour le néolibéralisme, qui vise autant à mesurer cet investissement qu'à engager un asservissement toujours plus complet des individus. Le New Public Management complète cette approche dans le secteur public. La jurisprudence maintenant établie désigne cette évaluation comme étant centrale dans la santé au travail, même si elle reconnaît le principe de l'évaluation comme constitutif du pouvoir de direction de l'employeur. Mais cette évaluation doit être transparente, objective et connue à l'avance des salariés. Le CHSCT doit être consulté avant toute mise en place d'un système d'évaluation, et il peut le remettre en cause. C'est au nom de ces principes qu'un système basé sur le benchmarking, donc une mise en concurrence permanente des salariés entre eux, a été jugé néfaste par les Juges (Arrêt Caisse d'épargne 2012).

Sur un autre plan, les CHSCT ont gagné une place au débat sur l'organisation du travail lorsque les juges ont décidé que le devoir de résultat de l'employeur en matière de santé au travail implique « qu'il lui est interdit, dans l'exercice de son pouvoir de direction, de prendre des mesures qui auraient pour objet ou pour effet de compromettre la santé et la sécurité des salariés » (arrêt SNEC-MA 2008). Donc tout changement d'organisation devrait être confronté à ses conséquences pour les salariés, et pas seulement mesuré à l'aune du gain espéré (réel ou non) pour les profits actuels ou à venir.

La prise en compte de la pénibilité ouvre-t-elle à de nouvelles reconnaissances des atteintes à la santé ?

Oui, et paradoxalement, c'est là aussi un facteur de blocage important. Reprenons le fil de cette histoire. Lors des grands mouvements sur les retraites, en 1995, 2003 puis 2010, la remise en cause des régimes spéciaux de retraite, qui autorisaient un départ en préretraite notamment pour des populations confrontées à la dureté de leur métier, s'est faite au nom d'un système de reconnaissance moins « corporatiste » (pour reprendre les termes du débat) s'adressant à toutes et tous. La mauvaise volonté du patronat, notamment, a conduit ce débat à s'éterniser. Il a finalement accouché d'une définition socialement reconnue de la pénibilité, celle qui porte atteinte à l'espérance de vie en bonne santé. Douze critères ont été retenus (voir l'article D 4121-5 du Code du travail). Un compte pénibilité est ouvert pour chaque salarié, lui donnant un bonus suivant les années d'exposition pour partir plus tôt. Mais les arrêts

Amiante de 2002 ont mis en avant la faute inexcusable de l'employeur dans des épisodes anciens, où l'obligation de résultat de l'employeur, déjà citée, amène à un droit à la réparation intégrale (mais celle-ci a-t-elle un sens en cas de décès ?), y compris après coup. Qui peut dire si la reconnaissance d'aujourd'hui de la pénibilité, en tant qu'atteinte avérée à la santé, ne constituera pas le fondement d'une nouvelle vague d'indemnisations demain ?

Ce compte de pénibilité remet aussi en scène la tension entre réparation et prévention. Abordée sous l'angle de l'âge de la retraite pour des populations souffrant au travail, elle implique aussi pour les employeurs de mettre en place un plan de réduction de cette pénibilité. Or, comme dans les autres domaines déjà évoqués, faire de la prévention coûte cher aux yeux des employeurs...

Peut-on parler de prévention face à des organisations du travail pathogènes ?

Nous l'avons dit, la prévention des risques est difficile quand on aborde l'organisation du travail. Et ce d'autant plus pour un médecin du travail confronté à une hiérarchie qui voudrait bien le considérer uniquement comme un de ses conseils. Cela nécessite de s'opposer souvent, ou du moins de convaincre, des cadres dirigeants que les choix peuvent être différents. Donner de la place à la parole des salariés permet d'ouvrir des espaces où seraient débattus les choix.



Entretien avec Louis-Marie Barnier, sociologue du travail, syndicaliste, notamment co-auteur avec Hélène Adam de « *La santé n'a pas de prix, voyage au cœur des CHSCT* », Syllepse 2013.

L.-M. Barnier, F. Clerc, Égalité, équité, reconnaissance, démarches de valorisation du travail syndical. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2014/2 n° 18, p. 163-170.

P. Dardot et C. Laval, *La nouvelle raison du monde*, la Découverte, 2010.

Des États Généraux attendus pour la santé des travailleuses et des travailleurs : lutter et construire ensemble !

par Jean-Michel STERDYNIACH et Jacques RAVON

Dans le contexte de concurrence mondialisée depuis plus de trente ans, les salariés et autres travailleurs voient leurs conditions de travail se détériorer et porter atteinte à leur bien être et à leur santé. La loi de 2011 et les décrets ont acté une moindre prise en compte de la santé des salariés du fait de leur travail par les services de santé au travail, en aidant les employeurs pour la formalisation de la gestion des risques, en laissant se développer les précarisations et de nouvelles formes de travail portant atteinte au bien être humain.

Les mesures dites de simplification enfoncent le clou : la Médecine du travail présentée comme une contrainte administrative, les médecins des empêchements de licenciement. De la même façon, étaient mis en cause, à travers les lois dites Macron ou Rebsamen ou le rapport Combrexelle, les droits sociaux, notamment en matière de santé au travail. Citons la fusion des instances représentatives du personnel (DP, CE et CHSCT) avec confusion des rôles respectifs et affaiblissement des prérogatives, diminution du nombre de délégués et des heures de délégation. L'objectif du gouvernement et du patronat est également de faire prédominer les accords d'entreprise sur les accords de branche et la Loi.

La loi d'août 2015 confirme le nouveau paradigme où la prestation de services aux entreprises, pour ne pas dire aux employeurs, se substitue à la mission d'ordre public au service de la santé des travailleurs. Dernier avatar, l'intégration de la sécurité des tiers dans les missions des SSTI et des médecins du travail, qui s'ils entraient dans cette démarche, les transformeraient en médecins de contrôle. Dernière aggravation, la facilitation des licenciements des salariés déclarés inaptes après un AT ou une MP. Malheureusement, ces dossiers sont assez techniques et mal compris, y compris par ceux qui y sont les plus intéressés et le gouvernement a shunté tout débat démocratique sur la santé au travail en l'abordant exclusivement sous l'angle pseudo-économique et de simplification juridique.

Les partenaires sociaux syndicaux sont tiraillés comme toujours entre la légitime promotion de l'emploi, l'incontournable besoin d'activité économique, et les replis défensifs d'acquis sociaux dont il devient de plus en plus difficile d'en démêler la pertinence. Le risque était grand de nous voir nous isoler.

Même si depuis quelques années, quelques minorités ont intégré la santé au travail comme un élément majeur de la santé publique, les professionnels de la santé au travail restent marginalisés dans le système de santé, et encore trop peu d'opérateurs de soins, généralistes, spécialistes, universitaires, chercheurs ou paramédicaux, s'investissent dans la prise en compte du travail pour la préservation de la santé humaine.

C'est pourquoi, dès la fin de l'année dernière, le SNPST avait pris l'initiative de proposer à des organisations syndicales et au mouvement associatif la mise sur pied d'États Généraux de la santé au travail. Il nous semblait en effet essentiel de faire porter le débat et le combat par les forces vives du travail. La santé au travail est une question importante de santé publique. L'action de tous ceux qui y contribuent (professionnels de santé au travail des SSTI, inspecteurs du travail, CHSCT...) doit être renforcée et non affaiblie, sous peine de voir se dégrader encore plus les conditions de travail et la santé au travail. Déjà, les TMS et les RPS explosent.

Aujourd'hui, le collectif organisant les États Généraux regroupe des syndicats (SNPST, Solidaires, des fédérations CGT, FSU et SUD, Syndicat de la magistrature, Syndicat des avocats), des associations (a-SMT, l'association des experts de CHSCT, FNATH, Association Henri Pézerat...), ATTAC, la Fondation Copernic, et des représentants de professions intervenant dans la santé au travail (sociologues, ergonomes...).

L'objectif de ces États Généraux n'est pas seulement de dénoncer les attaques du gouvernement et du patronat contre les droits en matière de santé au travail. Plus fortement, l'idée est d'imposer la présence dans l'espace public d'un débat sur la question de la santé au travail. Ces États Généraux seraient ainsi un moment de rencontre entre tous les acteurs de la prévention réunis pour construire ensemble un projet pour la santé au travail qui pourrait être porté par le mouvement social. Ce serait l'occasion de travailler sur des pistes de revendications et de campagnes et de mobiliser les équipes syndicales et les CHSCT de terrain.

Un des enjeux importants pour la réussite de ces États Généraux de la santé des travailleuses et des travailleurs est de convaincre les confédérations syndicales de nous rejoindre. L'heure est maintenant à la mobilisation.

Espérons-les pour le premier semestre 2016.

Merci à l'ANIMT pour ses réflexions sur le rapport Issindou (Association Nationale des Internes en Médecine du Travail)

Le SNPST remercie l'ANIMT pour son document de 10 pages de septembre 2015 «quel avenir pour la médecine du travail».

Nous retrouvons des analyses et des positions largement partagées par notre syndicat de professionnels de la santé au travail sur tous les points :

1. L'évolution de la démographie médicale nécessite outre une reconquête, la transformation de l'approche médicalisée de la santé au travail.
2. La compétence médicale requise est de faire le lien entre la santé et le travail. Elle est à déployer pour tous les médecins et infirmiers du travail intervenants dans ce champ.
3. La suppression de l'aptitude est un combat encore à mener pour développer l'utilité des compétences médicales en santé au travail.
4. Y compris sur les postes sécuritaires où des illusions persistent entravant la prise en charge de la sécurité humaine par les entreprises. La prévention et la sécurité ne sont pas à confondre.
5. Les entretiens systématiques doivent être remplacés par des processus adaptés de connaissance de la construction et de la santé au travail et de l'atteinte à la santé des travailleurs du fait de leur travail.
6. Les visites à la demande des salariés et de préparation possible des reprises de travail sont des outils essentiels à la mission de médecine du travail.
7. L'avenir de la santé au travail est à questionner car c'est une priorité de santé publique.

Nous devinons aussi une exigence de transformation profonde de l'organisation des services de santé au travail, de leurs liens au système de santé et de leur gouvernance, combats partagés par le SNPST.

Les dernières réformes ne sont que compromissions entre la pénurie médicale subie, des conservatismes et des intérêts de lobbies.

Il est temps que nous regroupions nos forces et nos expressions dispersées pour permettre l'émergence enfin d'une réforme cohérente de la santé au travail.

**Le dernier congrès de l'ANIMT au futuroscope de Poitiers en juin 2015
laisse espérer un futur moins résigné pour la médecine et la santé du travail.**

Commentaires de lectures de Luc GERSON

LES RISQUES DU TRAVAIL

pour ne pas perdre sa vie à la gagner

La récupération du titre de ce livre 40 ans après incite à voir le chemin parcouru et à faire.

Les quatre coordonnateurs engagés et reconnus de ce nouveau livre préfacent quatre parties où sont rassemblés les écrits d'une centaine d'auteurs impliqués depuis des années dans des recherches ou des publications sur les conditions de travail, des points de vue de la sociologie, de l'ergonomie, du droit et de la santé. C'est un éventail riche où le lecteur peut retrouver les descriptions et des analyses qui suscitent inquiétudes et mobilisation. *L'impact de la mondialisation sur l'organisation de travail et l'inégalité sociale face aux risques* y sont confirmés comme des facteurs aggravants. *Les conditions de travail* évoluent avec les nouvelles organisations souvent de façon dégradée avec des intensifications, des pertes de sens, des contraintes de temps et d'horaires banalisées. L'impact du travail sur la santé y est évoqué des

Troubles musculo squelettiques aux nuisances cancérogènes ou perturbatrices et les risques psychosociaux en rappelant leur faible visibilité tant par la complexité différée de la physiopathologie que par l'énigme du travail. *Agir sur les risques, mode d'emploi* insiste à juste titre sur les rôles possibles des CHSCT et du syndicalisme. L'attente est portée aussi sur des approches réglementaires techniques et juridiques. Mais l'approche par les services et les professionnels de santé au travail y est faiblement présente malgré un article de P. Marichalar sur l'évolution des services en France et par D. Huez sur le bon usage de la médecine du travail.

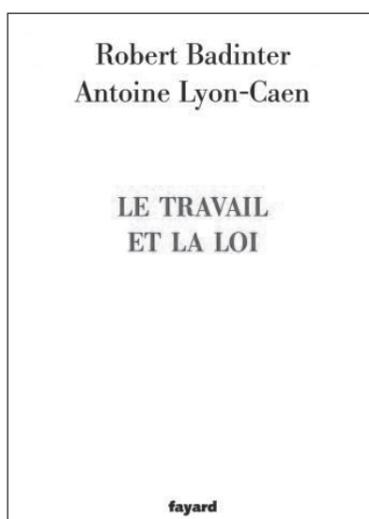
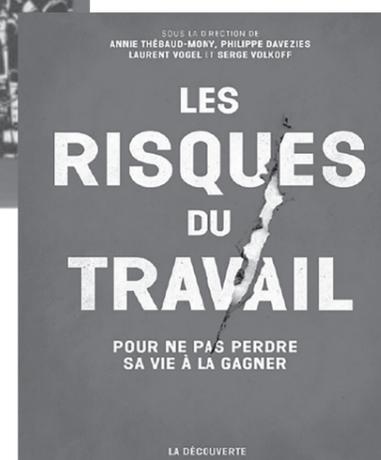
De mon point de vue le livre néglige les potentiels d'actions d'améliorations de la santé au travail par la réorientation de l'activité des services esquissée et espérée avec la relégation de l'aptitude et le recentrage sur la santé au travail avec le déploiement des infirmiers en santé au travail.

Mais peut être les auteurs n'y croient-ils plus ?

De 1987



à 2015



Le travail et la loi

de BADINTER et LYON-CAEN

Ce n'est pas la rédaction de moins de cent pages, assez peu étayée qui explique la couverture médiatique de ce livre. Mais l'association improbable de ses deux auteurs de notoriété juridique converge avec l'argumentaire à la mode de la simplification concomitante à l'intrusion de la loi Macron dans la législation du travail et autres érections de rapports. Il n'en est pas moins vrai que le code du travail même en écriture simplifiée en 2010 reste volumineux même s'il l'est moins que le code de commerce. Des foisonnements dispersés d'exceptions le rendent souvent peu lisible pour les usagers même avertis, où la complexité triomphe,

nuit à l'intelligibilité et génère des interprétations et des applications du droit contradictoires, paradoxales, dissuasives. En cinquante articles, ils prônent une simplification préservant de grands principes de dignité des personnes dans l'entreprise et contre les discriminations. Six chapitres : ruptures, discipline, durée du travail, rémunérations, litiges, défense et intérêt des salariés. Ils déclinent cette refonte par la reproduction de certains articles, mais aussi la synthèse et la novation d'autres.

Bof ! Il y a certes du bon sens dans ces suggestions. On ne peut s'empêcher de rappeler qu'une partie non négligeable de la complexité du code du travail trouve son origine dans son utilisation pour des préservations d'avantages économiques des entreprises qui devraient relever d'interventions économiques et non du code du travail. À suivre...

Santé au travail : pour une nouvelle dynamique

par Pierre JANSOU médecin du travail et Marcel DRULHE sociologue

L'affaire de l'amiante tout comme la récurrence des suicides sur les lieux de travail a mis sous la rampe médiatique l'enjeu de la santé au travail, bien au-delà des questions classiques d'accidents du travail et de maladies professionnelles obligeant les institutions judiciaires et législatives à s'en saisir au travers de l'obligation de résultat de sécurité et de l'évaluation des risques professionnels. La santé au travail devient un véritable enjeu de santé publique.

Malheureusement, la crise financière de 2008 a multiplié les difficultés, en particulier au sein des entreprises, de sorte que ces remarquables avancées ont été atténuées : au nom de la crise, les équipes de médecine du travail sont invitées, *mezzo voce*, à faire le gros dos en poursuivant leurs activités traditionnelles. La question de l'emploi une fois de plus prend le pas sur celle des conditions de travail.



Cet ouvrage veut témoigner qu'une autre voie est possible parce qu'elle a été déjà expérimentée par des équipes pluridisciplinaires de santé au travail en coopération entre universitaires spécialisés dans les sciences humaines et sociales et praticiens. Son écriture a été l'occasion pour certains des acteurs de terrain de retrouver les enseignants-chercheurs qui leur avaient transmis les repères théoriques et méthodologiques nécessaires à toute action de terrain éclairée et scientifiquement fondée. Par cette nouvelle collaboration dans la réflexion et l'écriture, praticiens et chercheurs se sont donnés les moyens de poursuivre leurs échanges à partir de situations concrètes.

Les contributions rassemblées dans ce livre se veulent un témoignage à la fois pour dépasser les incertitudes et les doutes en matière de prévention au sein des entreprises et attester de la possibilité de telles actions. Ce changement de paradigme pour les acteurs de la santé au travail nécessite alors une modification de leurs attitudes, de leurs façons de procéder et de l'organisation de leur activité. L'équipe pluridisciplinaire devient « éducatrice » en santé travail de l'entreprise.

>> suite de la page 1 >>

Coopérations RESPECTONS-NOUS !!!

Alerte de Véronique BACLE et Joëlle MILLIEZ

Suite aux propositions de réorganisation du suivi de santé des salariés après le rapport « Issindou », les réactions sont nombreuses. Celles-ci ne sont pas toujours très complaisantes à l'égard des infirmiers de santé au travail.

Certes la situation est délicate pour la santé au travail en général et pour les médecins du travail en particulier, cependant l'inquiétude légitime ne peut excuser ces attitudes plus que méprisantes, voire violentes à l'égard de notre profession. Nous avons été profondément choqués par certains propos et souhaits réagir.

Nous sommes nombreux à avoir découvert qu'en santé au travail, la coopération médecin-infirmier n'est pas évidente comme en milieu de soins.

Dans les services de santé au travail les changements organisationnels ont été mis en place avec un succès variable. Dans ce mode d'organisation en équipes pluridisciplinaires, l'infirmier coopère avec le médecin afin de mieux assurer le suivi de santé individuel des salariés, et ainsi laisser espérer une meilleure prise en charge de la prévention.

Le Ministère de la Santé rappelle que « l'enjeu de la démarche de coopération entre professionnels de santé est d'optimiser les parcours de soins, et d'apporter ainsi une réponse aux attentes des patients comme des professionnels. Il s'agit de permettre aux professionnels de se centrer sur les activités où leur plus-value est la plus grande et de faciliter les évolutions des métiers de la santé... »

Cependant pour être fonctionnel, un tel système doit comporter un but commun à atteindre avec les ressources de chacun des participants et des efforts conjugués. La cohésion et le succès de cette

coopération reposent sur la bonne volonté des participants et sur la qualité de la coordination exercée par le médecin du travail.

Ce qui suppose à la fois, communication, confiance et respect mutuel, ainsi que des compétences réelles et sérieuses. Les infirmiers sont diplômés d'État, diplôme obtenu en trois ans post bac complété par une formation en santé travail le plus souvent il s'agit de la licence, équivalent à un niveau Master.

Dans certains cas, il existe une vraie synergie d'actions et l'infirmier se sent complètement épaulé par le médecin, mais parfois aussi les conflits de rôle et le manque de volonté de part et d'autre créent des situations de véritable souffrance.

Dans les services, les conditions d'une bonne coopération ne sont pas toujours réunies.

Les infirmiers menant les entretiens santé travail se trouvent de plus en plus souvent soumis à une logique uniquement comptable, suscitant chez eux des interrogations quant au sens de leurs interventions.

On peut se demander quelles sont les répercussions de ces ratios d'entretiens de plus en plus élevés sur la qualité du suivi.

Ainsi le bel objectif du départ s'avère-t-il difficile à réaliser. Aussi nombreux sont les infirmiers qui vivent un sentiment de frustration devant les exigences de temps, de gestion des dossiers, ils vivent à certains moments un fort sentiment d'insatisfaction. Les tensions que vivent alors les infirmiers sont non seulement épuisantes sur le plan physique, mais elles sont aussi démoralisantes. Certains deviennent fatalistes, d'autres préfèrent abandonner et retournent dans les services de soins, ou changent complètement de métier.

Le manque de considération, le mépris affiché et les réflexions lues sur le net nous étonnent, leurs auteurs ne s'en trouvent pas grandis.

Dans une profession historiquement portée par des valeurs d'humanité et de compassion, ces contradictions renvoient au sens même de notre profession.

Plutôt que de se mépriser, de s'opposer, essayons de poser ensemble ce que nous voulons pour la santé au travail de demain et comment nous voulons y arriver.

Plutôt que d'ignorer les compétences d'un métier mal connu en santé au travail, apprenons à nous connaître, à comprendre nos valeurs de métier. Permettons l'émergence des infirmiers cliniciens en santé travail, formés et compétents et refusons une santé au travail au rabais, vidée de son sens.

Définissons aussi ce que nous ne voulons pas : formations a minima, dictature du chiffre, temps de coordination absent ou insuffisant...

C'est ensemble que nous ferons entendre notre voix, avec les autres acteurs de l'équipe : secrétaires, assistants, IPRP... parfois bien malmenés aussi...

L'union fait la force, la désunion risque de nous emmener collectivement là où nous ne voulons surtout pas aller !!!

>> Le SNPST à votre écoute >>

Pour nous Contacter : contact@snpst.org

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



Syndicat National des Professionnels de la Santé au Travail

CONGRÈS ANNUEL

samedi 21 novembre 2015

Bourse du travail, 3 rue du Château d'Eau Paris X

Économie et Code du Travail

et la santé au travail là-dedans ?

Points de vue et débat
avec **Henri STERDYNIAC**, Économiste «atterré»
et **Jean-Paul TEISSONNIÈRE**, Avocat de grandes causes en santé au travail

de 10h à 13h, débat ouvert à tous

Les impératifs économiques de compétitivité dans notre mondialisation concurrentielle ne laisseraient pas de place à la prise en compte de la santé au travail et à des dépenses jugées toujours coûteuses.

La sécurisation juridique des entreprises est invoquée pour justifier, au nom de la simplification du code du travail, des coupes sombres dans les droits des salariés.

La santé au travail ne mérite-t-elle pas une autre considération juridique ?

L'exposé des points de vue économiques et juridiques des deux intervenants critiques ouvriront les débats.

de 14h à 17h, débat en séance plénière réservé aux adhérents

Travailler ensemble en santé au travail - quels progrès ?

Infirmiers Santé au Travail, les résultats de l'enquête ; coopération ?
IPRP : Positionnement pour la santé ou autre ?
Médecins du travail : de 50 ans de pouvoir médical isolé à la production de santé au travail en équipe

Dans les services de santé au travail, les professionnels de santé au travail sont tous « le nez dans le guidon » pour produire des consultations, des ESTI ou des fiches, comme prestations valorisées. Quelles valeurs ? Quelles réflexions communes ?

le Journal
des professionnels
de la Santé au Travail

N°59

OCTOBRE
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 : Louis-Marie Barnier, Anne Fretel, Luc Gerson, Joëlle Milliez, Jacques Ravon

Conception éditoriale et graphique : Betty Bente Hansen
Imprimerie Cyan 12

75 avenue Parmentier - 75544 Paris Cedex 11

06 18 72 55 53