

## >> Sommaire

- Actualité syndicale**...p2
- Prochaine réforme, régression annoncée de la santé au travail
  - Contentieux
- Terrain** .....p3
- Enquête, Infirmiers IDEST
- Institution**.....p4
- Services de Santé au Travail Autonomes
- Interview** .....p5
- Entretien, Isabelle Kryvenac et Margaret Moreau.
- Chantier** .....p6
- 2034.
- Euréka** .....p7
- Recherche boussole pour la santé au travail.

# le Journal des professionnels de la Santé au Travail

N°60

MARS 2016

## >> Éditorial

**C**e premier numéro de l'année 2016 est fortement marqué par l'actualité et l'avenir de la médecine du travail.

En page 1-8, Me Jean-Paul Teissonnière fait l'analyse des réformes déjà réalisées sur le code du travail, dont « la logique clairement assurée est de réduire les garanties accordées aux travailleurs par la réglementation », et qui introduisent la prééminence de la négociation collective d'entreprise, ce qui est particulièrement inquiétant dans le domaine de la santé au travail.

En effet, ces réformes et le projet de loi menacent d'anéantir un siècle de progrès, une décennie d'avancées dans le domaine de la santé au travail, comme le souligne Me Teissonnière, mais également une quarantaine d'années de construction d'une médecine du travail subvertie au service de la santé des salariés. L'aptitude de sécurité prônée par M. Struillou (p2) constitue la cerise sur le gâteau offerte au patronat afin de dompter la médecine du travail, et mettre les équipes médicales au service de la productivité des entreprises.

Le vécu des IST au sein des équipes actuelles rapporté par J Milliez et V Bacle (p3), les attaques récentes des médecins du travail au CROM et les jugements de ces derniers (p2), l'analyse de l'état des services autonomes (p4), le témoignage des Drs M. Moreau et I. Kryvenac, sur les conditions d'atteinte à leur indépendance dans une grande entreprise (p5), les démarches qualité ou de progrès dans les SST pointées par J-M Sterdyniak (p6), sont des effets de la perte de boussole pour la santé au travail expliquée par Gérard Lucas en page 7.

Il est grand temps que tous les acteurs se saisissent de cet instrument pour fixer un cap à la médecine et la santé au travail, et se donnent les moyens pour le suivre.

Mireille CHEVALIER

## LE TRAVAIL N'EST PAS UNE MARCHANDISE

(Déclaration de PHILADELPHIE 10 Mars 1944)

Par Jean-Paul TEISSONNIÈRE, avocat de Santé au travail



Les principes posés par l'Organisation Internationale du Travail au cours de la première partie du 20<sup>ème</sup> siècle constituent une référence utile quand il s'agit d'évoquer un siècle plus tard la place prise par les questions de santé au travail.

L'actualité nous offre une porte d'entrée ouverte à deux battants avec l'opération en cours de démantèlement du Code du Travail et la communication qui l'accompagne. Alain SUPIOT dans un article récent souligne que l'expression « réforme courageuse mais nécessaire », constitue le nom de code camouflant l'opération de déconstruction de la réglementation du travail.

### UN ENSEMBLE CONFUS, UNE LOGIQUE CLAIRE

L'examen des lois MACRON et REBSAMEN du mois d'Août 2015 donnent l'impression d'un ensemble confus dont la logique clairement assumée par ailleurs est de réduire les garanties accordées aux travailleurs par la réglementation.

Le texte emblématique de la Loi MACRON concerne l'ouverture des commerces de vente et de détail le dimanche et en soirée, mais il s'agit aussi du détachement temporaire des salariés sur le plan international

dont on peut lire dans leur présentation qu'il « n'impacte pas le principe de concurrence libre et non faussée », ce dont on se doutait.

La simplification des textes entrainera ainsi la disparition de la plupart des peines de prison pour les délits d'entrave au fonctionnement des institutions représentatives du personnel, de grandes modifications dans le fonctionnement des conseils de prud'hommes et une diminution des indemnités perçues par les salariés.

La loi REBSAMEN de son côté permettra aux seuls employeurs de faire le choix de la mise en place d'une Délégation Unique du Personnel (DUP) dont le seuil est porté de 200 à 300, ce nouveau mode de délégation entraînant une réduction automatique du nombre des élus, du temps et des délais de consultation.

Au-delà des réformes en cours ou prévues dont il n'est pas question ici de dresser la liste, le fil rouge qui les sous-tend est clairement celui de la déconstruction du Droit Social.

### L'OPERATION EST PRECEDEE D'UNE IMPRESSIONNANTE MISE EN SCENE :

L'ouvrage Le Travail et la Loi censé préparer l'élaboration des principes

fondamentaux du Droit du Travail sera suivi de la mise en place d'une Commission présidée par l'un de ses auteurs, Robert BADINTER, qui rendra dans des délais très courts un rapport contestable.

Le droit de grève, droit social d'exercice collectif y apparait si l'on peut dire d'une façon bien singulière avec l'article 49 du projet de la Commission BADINTER :

« Tout salarié peut défendre ses intérêts par l'exercice du droit de grève ». Disparaît ainsi la notion d'intérêt collectif et de mouvement collectif dans une présentation qui ne retient que l'exercice d'un droit individuel (« tout salarié »), pour défendre ses propres intérêts la nouvelle définition du droit de grève par le nouveau Code du Travail étant destinée à s'appliquer à un salarié porteur d'une revendication d'augmentation de salaire pour lui tout seul et se mettant en grève tout seul.

Il s'agit de remplacer le « Droit du Travail » par les « Droits de la personne au travail », de transformer le Droit du Travail dont la dimension collective est essentielle en droit individuel.

L'intitulé de l'ouvrage « Le travail et le droit » est symptomatique d'une césure qui tend à isoler le contenu du travail de sa part d'humanité et donc de sa part de droit.

Il y aurait ainsi l'homme d'un côté avec ses droits et le travail de l'autre redevenu marchandise malgré la charte de l'Organisation Internationale du Travail et la déclaration de PHILADELPHIE.

Le deuxième texte fondateur de l'opération en cours est bien le rapport de Jean-Denis COMBEXELLE sur l'architecture nouvelle du Code du Travail et la négociation collective.

Il bouscule la hiérarchie et des normes jusque là arrimées au caractère indérogable des dispositions du Code du Travail qui ne pouvaient être qu'améliorées par les voies de l'accord collectif ou du contrat.

A cet ordre cohérent et protecteur va succéder un ensemble juridique émietté et confus comprenant les principes fondamentaux issus de la Commission BADINTER dont le contenu contestable ne pourra être de toute façon utilisé devant les Tribunaux, un deuxième niveau relatif à l'ordre public dont les frontières sont floues, un troisième niveau

# Prochaine réforme, régression annoncée de la santé au travail

par Luc GERSON

Nous savions que la loi de 2011 sur la réforme des services de santé au travail, n'était qu'une adaptation transitoire et bancal à la pénurie de médecins du travail et une application confuse de la directive Européenne.

La nouvelle réforme annoncée, après les offensives de simplification Macron et la réduction du droit du travail Rebsamen, est adossée à la préoccupation de l'emploi et la séduction des entreprises. Le Directeur Général du Travail Monsieur STRUILLLOU en recevant la délégation du SNPST en ce début d'année 2016 dévoile un projet encore bien plus préoccupant.

Même s'il se dit soucieux de respecter les principes fondamentaux de la loi de 1946, sa vision de l'adaptation à la réalité actuelle apparaît bien spéculaire. À l'affirmation que la prévention selon cette loi passe par l'aptitude de sécurité, le SNPST doit lui rappeler que les avis d'aptitude médicale n'existaient même pas dans cette loi. Il répète le prétexte habituel de l'accident d'avion... mais aussi pour un poste d'opérateur sur machine à commandes numériques, sans argumentaire de résultats !

1/La réforme en cours serait une « vraie réforme », plaçant toujours le médecin du travail au cœur de l'équipe, au cœur du dispositif mais qui abordera des questions qui n'avaient pas été

traitées lors des réformes précédentes : aptitude, inégalités des suivis médicaux, périodicité... avec des modalités en fonction des postes de travail et de la population.

Les bornes de la modularité ne sont pas encore définies, mais nous avons compris qu'on pourrait aller jusqu'à 5 ans environ.

L'aptitude ne serait maintenue que pour les « postes à risques », pour le salarié lui-même, pour les collègues et pour les « tiers intéressés ».

Le SNPST a rappelé son extrême opposition à cette conception du suivi médical, à la confusion aptitude sécuritaire/santé au travail, à la sélection de fait des salariés, sans amélioration ni de la santé des travailleurs ni des conditions de travail...

Monsieur STRUILLLOU nous a mis en garde : selon lui, le ministère de l'économie ne voit pas l'intérêt de la médecine du travail, et l'aurait bien transférée aux médecins généralistes, ne gardant les médecins du travail que pour les postes dits de sécurité... (Ndlr, eh oui ! Le ministère partenaire n'est pas le ministère de la santé mais celui de l'économie!)

Les caractéristiques de ces postes à risques ne sont pas encore claires, mais le SNPST a étonné

la DGT en lui rappelant que selon le code déontologie, la médecine de contrôle ou de sélection est incompatible avec la médecine de prévention et notre détermination à contester cette double activité non productive en santé au travail.

Notre délégation a alerté sur la fragilité de l'exercice infirmier en santé au travail à partir de l'enquête (voir p3) en déclinant trois points :

- Demande d'un socle minimum de formation, uniformisé sur le territoire, universitaire et validant.
- Demande d'une écriture plus complète, décret ou circulaire, des missions des infirmiers en santé au travail
- Indépendance professionnelle reconnue.

L'élargissement des missions des IDEST évoqué par la DGT ne résout pas la complexification des coopérations avec les médecins du travail si l'intrusion des aptitudes sécuritaires médicales se confirment.

Bref, ce gouvernement et cette DGT n'ont pas intégré du tout les progrès de la réflexion sur la santé au travail de ces dernières décennies, et restent sur des traditions de pouvoir médical alibi de décisions sélectives qui ignorent les potentiels de l'accompagnement de la santé au travail par la restitution aux travailleurs, à leurs collectifs et aux entreprises.

## Contentieux

par Henri MADRAIS

### Plainte d'employeurs à l'Ordre, ça marche pour eux !

Une consœur Médecin du travail se voit imposer une expertise psychiatrique par le CDOM de Seine-Saint-Denis, dans le cadre de l'article R4124-3 du code de la santé publique. Cet article vise « l'état pathologique rendant dangereux l'exercice de la profession ». À l'origine de cette affaire, la délivrance de deux avis d'inaptitude pour deux salariées en grande souffrance qui se plaignaient d'être l'objet de harcèlement moral et/ou sexuel de la part de leurs employeurs respectifs. Les employeurs en cause avaient porté plainte contre ce médecin du travail devant l'Ordre des Médecins. Notre consœur a été condamnée par la Chambre Disciplinaire Régionale à une peine exceptionnellement sévère de six mois d'interdiction d'exercice.

L'audience devant la Chambre Disciplinaire Régionale s'est tenue au mépris des normes du droit avec de nombreuses irrégularités. En effet, notre consœur avait demandé en vain le report de l'audience car son avocat avait fait part de son indisponibilité. Les deux affaires différentes ont été irrégulièrement jointes dans le même procès, au motif que c'était bien le comportement d'un médecin qu'il fallait juger, instituant ainsi une présomption de culpabilité. Sans aucune connaissance des faits, faisant fi de la souffrance des salariées et du mémoire de défense, la Chambre Disciplinaire Régionale n'a fait que reprendre mot pour mot les arguments et les dires des employeurs. Devant cette situation d'arbitraire, notre consœur ne pouvant se faire entendre a décidé de quitter en toute dignité la salle. C'est cette attitude, ainsi que les études de poste élaborées à l'occasion de la délivrance des inaptitudes, qui a amené le Magistrat Président de la Chambre à demander au Conseil de l'Ordre la mise en place d'une « procédure en état pathologique ».

Même si l'étude de poste du médecin du travail était maladroite ou mal rédigée, cette utilisation de la psychiatrie par le Conseil de l'ordre aux fins de faire taire un médecin qui a essayé de préserver la santé de salariées est plus qu'inquiétante. Si le Conseil de l'Ordre estime notre consœur « dangereuse », c'est bien évidemment pour les intérêts de ces employeurs et non par rapport à sa mission de préservation de la santé des salariés, car de plaintes de salariés, il n'y en a eu aucune. C'est manifestement une façon de s'associer aux employeurs pour shunter ou invalider le traitement de fond de l'affaire par une autre juridiction adéquate prud'homale ou pénale. Ceci apparaît comme un dysfonctionnement majeur, grave.

Plus troublant, nous apprenons qu'une autre médecin du travail du même département a été condamnée par la même juridiction régionale ordinaire de l'Ile de France à six mois d'interdiction d'exercice dont trois avec sursis suite à une plainte de salarié, mais avec une analyse et des attendus stupéfiants : « Le Dr x s'est immiscée dans les relations de Mme B. avec son employeur... »

Le SNPST affirme son soutien à notre consœur. Le SNPST demande au Ministre de la Santé de mettre fin aux dysfonctionnements de ces institutions ordinaires et en appelle à une justice impartiale, soucieuse des normes du droit.

L'association Santé et Médecine du Travail (aSMT) rappelle qu'en quelques années une centaine de plaintes d'employeurs ont été reprises par des Conseils Départementaux par des propositions de conciliations inconciliables avec le respect des salariés et le secret médical, ou par le portage sans pondération à l'instance disciplinaire régionale.



« Dès lors qu'elle n'est pas précédée d'une investigation autonome destinée à élaborer une position indépendante sur des faits reprochés à un médecin relevant d'une mission de santé publique et a fortiori si le CDOM se contente de reprendre verbatim les griefs du plaignant, cette plainte d'un Conseil de l'Ordre, qui constitue en fait un portage de la plainte irrecevable, constitue un abus de droit en tentant de contourner les dispositions de l'article L4124-2. »...

## 2016 : le MIOP

Le Mouvement médical d'Insoumission Ordinaire Partielle vient d'être créé.

Initié par une centaine de médecins signataires ci-dessous, il a pour buts :

- d'être un révélateur des pratiques ordinaires nocives et multiples,
- d'exiger un débat public pour faire le bilan de cette institution,
- de demander le préalable de liberté associative,
- et proposer des alternatives aux pouvoirs actuels de l'Ordre (avec entre autres la suppression des juridictions ordinaires et la transmission des dossiers pouvant relever d'une infraction pénale au Procureur).

Contact : [mmiop2016@gmail.com](mailto:mmiop2016@gmail.com)

# Enquête, Infirmiers IDEST

Véronique BACLE - Joëlle MILLIEZ

*Suite à de nombreuses remontées d'Infirmiers Santé Travail, le SNPST a souhaité initier un groupe de travail dont les objectifs étaient de pointer à la fois les richesses mais surtout les difficultés actuelles de l'exercice infirmier en santé travail, et d'élaborer des propositions très concrètes à transmettre aux Ministères concernés.*

*Une enquête a été réalisée au printemps 2015, et 252 infirmiers y ont répondu.*

*Le premier constat à faire est que les pratiques diffèrent pour un même métier, que l'on soit en entreprise, en service inter, en Fonction Publique...*

## EN ENTREPRISE

Les principales difficultés identifiées ont montré qu'en entreprise, la mission est quelquefois très large, parfois loin du cœur de métier, malgré le cadre réglementaire :

« J'ai un mi-temps agent administratif au service RH, je gère les intérimaires, les tenues de travail, les indicateurs qualité, les badges d'accès sur le site. Mais cela fait partie de mon poste, le contrat a été fait ainsi... »

Les infirmiers dénoncent une surcharge de travail de ce fait. Les pressions sur le secret médical, sur les déclarations AT ne sont pas rares :

« quand un salarié est considéré en arrêt maladie et non en accident du travail »

Plus de difficultés de coopération avec les médecins du travail sont relevées, car leurs temps de vacations sont diminués. Quelquefois, il n'y a pas d'accès aux dossiers médicaux. L'entrée en formation est plus difficile. Manque de protection et insuffisance de reconnaissance sont souvent revenus dans les propos.

## EN SERVICE INTER

En service inter entreprise, la mission n'est pas toujours préparée ni très claire.

Une certaine productivité commence à être demandée au niveau des ESTI :

« Il est question de diminuer le temps d'entretien. Je suis inquiète quant à la charge de travail et de son sens. La prise en charge globale de la personne, qualité première du métier infirmier, s'efface au profit de la productivité. »

Il n'y a quelquefois pas d'action en milieu de travail :

« Il y a souvent un manque de lien entre l'entretien infirmier et les sociétés que nous suivons. L'absence de visuel sur l'entreprise ou sur les actions découlant de nos entretiens enlève un peu d'intérêt pour le travail. J'ai parfois l'impression de faire du recueil de données. »

« Avoir la possibilité de réaliser un ensemble d'actions cohérentes, avec une finalité. Ne pas réaliser uniquement des actions dissociées les unes des autres »

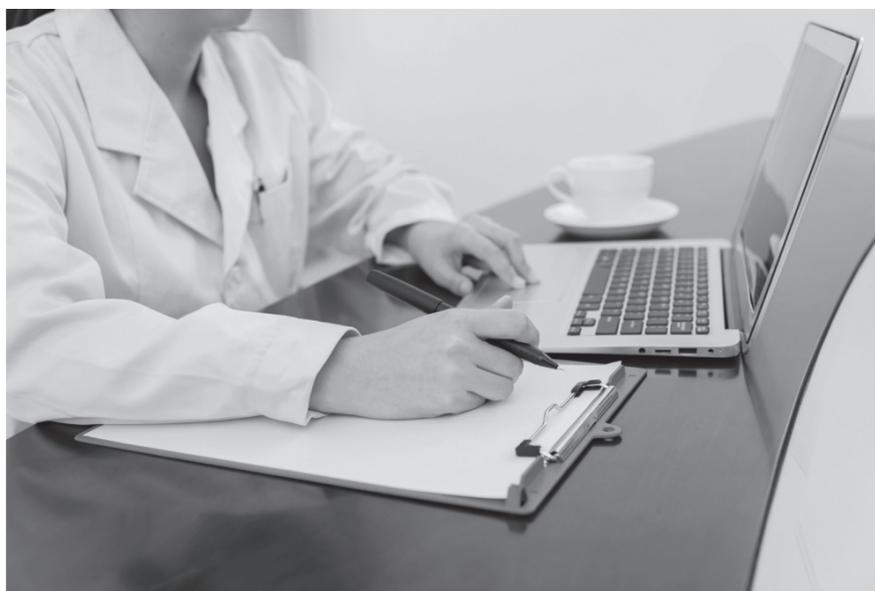
L'insuffisance de reconnaissance des directions de service et des médecins du travail réticents sont les propos qui reviennent le plus souvent quant au mal-être exprimé :

« Je ne ressens pas de reconnaissance, ni de mon savoir-faire, ni de mon savoir être. La valeur ajoutée de l'infirmier dans l'équipe est réelle. La prise en charge des salariés s'est améliorée avec l'arrivée de la compétence infirmière. Pourquoi

avoir l'impression d'être décriée et dénigrée sans cesse ? Pas de reconnaissance financière, alors que les responsabilités augmentent, mais sans latitude décisionnelle. Je suis pieds et poings liés. Je gagne moins aujourd'hui qu'il y a un an. Mon expérience n'est jamais reprise dans le calcul de mon salaire. J'ai 44 ans, et je gagne le même salaire qu'un infirmier jeune diplômé, je gagne moins que l'AST qui a 10 ans d'expérience dans mon service... »

## POUR TOUS LES EXERCICES

Les formations très diverses et souvent trop courtes sont particulièrement dénoncées.



Heureusement, des points positifs ont été identifiés, ce qui nous permet d'identifier les conditions de celle-ci :

- La possibilité d'« aller jusqu'au bout » de ce qu'on fait car toujours sur place en entreprise
- Une qualité d'exercice bien meilleure, l'impression de faire vraiment partie d'une équipe en service inter-entreprise
- Pour les deux exercices, le sens du travail trouvé quand on est dans son cœur de métier, la santé :

« Reconnaissance des salariés, des entreprises et des médecins concernés : c'est gratifiant. Les salariés sont contents du déroulé des entretiens. Les médecins satisfaits des remontées d'infos : la veille et l'alerte sanitaires fonctionnent avec efficacité et réactivité. »

## PROPOSITIONS

Cette enquête pointant les difficultés, mais aussi les réussites, nous a conforté dans les revendications que nous portons depuis plusieurs années pour les infirmiers de santé au travail : nous avons été reçus le 8 Février dernier par le directeur général du travail, Monsieur STRUILLOU, et son cabinet, ainsi que par Madame Patricia MALADRY, cheffe du corps des médecins-inspecteurs du travail.

1/ Nous souhaitons une rédaction de décret sur les missions et rôles des infirmiers en santé travail, qui remplacerait la circulaire Oheix, et permettrait de corriger les dysfonctionnements constatés, reprenant :

- Une obligation de formation universitaire validante de niveau Master1 et la reconnaissance des « pratiques avancées » en santé travail.
- Une rédaction du contenu des missions, se basant sur les 10 compétences du référentiel de formation, sur nos décrets d'actes et règles professionnelles, qui précise le positionnement et

les limites de l'exercice, et conforte l'indépendance professionnelle des infirmiers.

2/ Nous demandons la création de postes d'« infirmiers référents » : le problème d'absence d'interlocuteur métier a été maintes fois évoqué.

Cette enquête sera présentée dans le cadre du Congrès de Médecine et Santé au Travail en Juin prochain, à Paris.

Le GIT a également réalisé une étude, qui fera aussi l'objet d'une communication.

**Il est important de nous prendre en charge et de défendre collectivement notre profession.**

## Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Le projet de loi crée le cadre d'un exercice en pratique avancée pour les professions paramédicales, permettant la reconnaissance des infirmières cliniciennes.

Une infirmière de pratique avancée a acquis les connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de son métier ; pratique avancée dont les caractéristiques sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière est autorisée à exercer. Un master est recommandé comme diplôme d'entrée (CII, 2008) [6]. La pratique avancée est clinique. Elle est centrée sur le patient et/ou les aidants en tant que partenaires de soins. Six compétences clés définies par Ann Hamric (2014) [7] font consensus au niveau international : le coaching, la consultation, la recherche, le leadership professionnel et clinique, la collaboration et la prise de décision éthique. (<https://www.santelog.com>)

# Services de santé au travail autonomes

Par Gérard LUCAS

## Constat historique

Depuis la loi sur la médecine du travail de 1946 en France et même avant, la plupart des grandes entreprises ont autonomisé avec des moyens particuliers un service de médecine d'entreprise.

C'était le cas pour les grands établissements des mines, de la métallurgie ou de la chimie, mais aussi pour de grands groupes comme EDF ou la SNCF.

Les médecins du travail sont restés dans ces postes de façon plutôt stable, motivés par des conditions considérées comme meilleures que dans des services interentreprises. Les effectifs de salariés y étaient moins nombreux, les rémunérations souvent plus élevées, les postes de travail et l'évolution des processus plus repérables, les moyens logistiques et d'assistance plus importants, et des bénéfices secondaires de la « Boîte » pouvaient être appréciés.

Incontestablement des médecins du travail ont acquis dans leur entreprise une connaissance des techniques de travail, des encadrements et des collectifs qui leur donnait une compréhension des risques, la possibilité d'une perception des pathologies du travail ou incapacitantes. Leurs avis les rendaient partenaires de la régulation des affectations et des aménagements des postes. Le rôle de certains d'entre eux dans la reconnaissance de maladies professionnelles ou même dans la constitution du tableau est notable. Dans d'autres groupes, des médecins du travail se sont impliqués dans le développement de l'ergonomie, dans l'expérience et la recherche épidémiologique ou dans des actions de psychodynamique du travail. La médecine du travail ne semble pourtant pas avoir toujours été performante dans tous les services autonomes. Dans des grandes usines par exemple, le décalage entre la santé ou l'usure des ouvriers couramment observé et le faible taux de déclarations de maladies professionnelles pose question. Il n'est pas rare que des structures paternalisantes englobent, avec un affichage de bonnes intentions et l'adhésion des syndicats, les missions de médecine de soins, la médecine de contrôle et la médecine du travail qui comme à la SNCF est resté longtemps source de conflits

d'intérêt et de non lisibilité de la santé au travail. La dépendance directoriale des infirmières d'entreprise ou d'autres professionnels de la sécurité, dans un climat d'appartenance compassionnel pouvait ajouter à la confusion dans la mission, Ces vingt dernières années, dans des entreprises moyennes des médecins se sont retrouvés en difficulté, en contentieux ou en conflits éthiques au point de démissionner, d'être démissionnés ou licenciés.

Le suivi de la santé au travail des sous traitants, souvent concernés par les mêmes conditions de travail voire pires, a été diversement ignoré, délégué, négligé ou restreint par l'entreprise demandeuse.

## Évolution législative et réglementaire, et dans les faits.

Chacun sait que la pénurie, les dernières réformes réglementaires et la loi de 2011 impactent significativement le fonctionnement des services de santé au travail interentreprises et ont augmenté la taille minimale des effectifs de salariés pour les services autonomes. Certes de plus en plus de moyennes entreprises conventionnent avec des SIST, mais les grands établissements et les grands groupes gardent la gouvernance individualisée de leur service de santé au travail. Leur attractivité semble non seulement persister, mais prendre de l'ampleur avec l'augmentation des écarts favorables aux services autonomes quant aux moyens, aux effectifs, aux rémunérations.

La moyenne des effectifs de salariés à suivre par médecin est de l'ordre 1500, mais il n'est pas rare de croiser des médecins du travail de ces grandes établissements avec moins de 1000 salariés pour un temps plein, avec la justification de risques importants d'expositions industrielles physiques, chimiques et horaires.

La discrétion des salaires est fréquente, mais des échos citent pour certains plusieurs dizaines de pourcentages au dessus de la convention des services de santé au travail interentreprises. Le basculement des missions des infirmières d'entreprise en infirmières santé au travail est variable.

Concrètement l'attractivité de certains services autonomes explique leur résistance à la pénurie des médecins du travail et contribue à déplumer encore plus les autres services de santé au travail interentreprises, des Fonctions Publiques ou de MSA.

Parallèlement, des marges de manœuvre des professionnels de santé au travail de ces grandes entreprises peuvent se restreindre dans le contexte mondial concurrentiel où les exigences de productivité associées à des démarches qualité rigides s'imposent en gommant la dimension humaine d'adaptation au travail. Leurs interpellations ou leurs questionnements des liens santé travail sur la préservation de la santé des travailleurs impactant les process deviennent dérangeants, inaudibles ou rejetés par les directions ou par la position négociatrice des représentants syndicaux dans les CHSCT.

Ce n'est pas un phénomène nouveau, mais il apparaît plus fréquemment sous des formes de conflits éthiques, où la résignation fait place à la fuite, des contentieux et des déstabilisations graves. Les conditions d'indépendance de la mission des médecins du travail sont mises à mal par cette gouvernance d'entreprise, quoiqu'on en dise.

Nous assistons donc à l'exacerbation des différences des moyens entre les services de santé au travail avec la confirmation de dispositifs à plusieurs vitesses où les plus délaissés sont les salariés des petites entreprises et les travailleurs isolés.

La France avait défendu jusqu'à ces dernières années un principe général de médecine du travail qui n'avait pas su se délester de l'emprise des avis d'aptitude sélectifs pour développer tout son potentiel d'amélioration des conditions de travail. Désormais, l'amalgame Européen dans la santé au travail des conditions de travail et du suivi de la santé des salariés au travail entretient sans le recul d'un positionnement extérieur à l'entreprise une confusion plutôt qu'une interactivité claire.

## Après 30 ans d'exercice en service interentreprises, un service autonome apprécié.

Par Yves-Henri MARTIN

Entré en 1982 dans un service de Médecine du Travail un peu par hasard et y être resté finalement une trentaine d'années après avoir cependant hésité.

Tout paraissait simple au début, même si l'enseignement reçu était aux antipodes de la réalité de terrain.

Puis les difficultés sont arrivées : pénurie en temps médical, échecs itératifs des lois et règlements, et, in fine désarroi du médecin qui ne s'y retrouve plus, avec 30 ans après, une seule idée : quitter ce mode d'exercice, changer de métier. Mais pour faire quoi, il approche de la soixantaine, quand quitter son emploi devient impératif mais qu'il reste encore quelques années à parcourir dans le monde du travail ? Réponse : s'activer, chercher et ne pas laisser passer l'opportunité si elle se présente.

Aussi, quand une proposition de recrutement ar-

rive d'une grande entreprise, assortie de conditions de travail fondamentalement différentes qui laissent envisager un avenir plus serein que ce soit grâce à des effectifs pris en charge qui le permettent, ou parce que le positionnement du médecin dans l'entreprise est de fait, avec une garantie d'indépendance confirmée par les collègues déjà en poste, il n'est pas question d'hésiter un seul instant.

Les freins sont pourtant réels. L'âge, la prise de risque qui existe dans tout changement d'activité, et surtout tout le mystère qui entoure le travail du médecin en service autonome.

Quatre ans après, aucun regret. Les conditions de travail sont telles qu'elles étaient annoncées, l'indépendance est certaine ce qui n'exclut pas que le médecin doive rendre des comptes à son employeur comme aux instances représentatives du personnel.

S'il fallait aujourd'hui citer les points forts qui différencient les modes d'exercice entre service autonome et service interentreprises : d'abord le fait qu'en service autonome, c'est le médecin qui est en charge des missions, en pleine responsabilité de ses actes, de l'organisation de son équipe, du service rendu.

Le second tient à ce que le médecin est lui-même salarié de l'entreprise. Le dialogue se fait donc de collègue à collègue, d'égal à égal, quels que soient les niveaux de responsabilité, tout en conservant indépendance et objectivité.

Ce second point est fondamental. Si le médecin y réussit, il peut exercer réellement le métier qu'il a choisi en toute éthique et dans le respect des règles de droit.

Mais s'il y échoue, alors toutes les dérives sont possibles.

# Interview : Isabelle KRYVENAC et Margaret MOREAU

Margaret Moreau, médecin du travail en Service inter entreprise à Mulhouse de 1987 à 1990, chez PSA à Sochaux de 1990 à 2010, en service de santé au travail interentreprise à Besançon depuis 2010.



Isabelle Kryvenac, médecin du travail, médecin inspecteur du travail région Champagne Ardenne de 2013 à 2014. Médecin du travail PSA à Metz depuis janvier 2015.

## Que pensez-vous du positionnement d'un médecin du travail en service autonome ?

**Isabelle Kryvenac :** Les difficultés rencontrées dans l'exercice de mes missions au sein d'un service autonome m'amènent à penser que l'indépendance professionnelle du Médecin du Travail et la subordination contractuelle du Médecin à son Employeur, sont incompatibles.

L'indépendance professionnelle fait partie des devoirs généraux des Médecins, devoirs auxquels le Médecin du Travail ne peut déroger. Elle est rappelée dans de nombreux codes (Code de Déontologie, Code du Travail, Code de Santé Publique, Code de la Sécurité Sociale).

Cependant, lorsqu'il exerce en service autonome, le médecin du travail exerce ses missions comme tous les salariés de l'entreprise sous la Direction de l'Employeur (dont l'entreprise génère les risques professionnels auxquels sont exposés les salariés).

Cette subordination inhérente à la qualité de salarié ne pourrait créer, dans le cas du Médecin du Travail, que des sujétions relatives aux conditions de travail, comme le lieu et les horaires de travail et les moyens en matériel et en personnel mis à sa disposition.

Mais déjà, concernant les conditions de travail, peut-il y avoir une réelle indépendance du Médecin du Travail lorsque les conditions de travail sont dégradées (manque de moyens humains ou matériels, alors même que l'entreprise a les moyens financiers d'y pourvoir ; travail sur plusieurs secteurs sans contrat écrit pour chacun des secteurs, comme l'impose la réglementation...).

Concernant les missions, la loi assigne au Médecin du Travail un rôle exclusivement préventif (hormis les cas d'urgences médicales). Il doit œuvrer pour la santé publique, ce qui va bien au-delà de la vision juridique et sécuritaire qu'ont de nombreux employeurs sur la médecine du travail.

**Margaret Moreau :** La réponse est plus politique qu'il n'y paraît. Mon expérience en service autonome et en service de Santé au Travail m'amène à penser que l'indépendance technique du médecin ne dépend pas que du type de service médical.

Elle est menacée quand le médecin se positionne par rapport aux organisations du travail, s'il s'agit de défendre la santé des salariés par rapport aux composantes professionnelles. L'évolution exponentielle des troubles musculo squelettiques et psycho sociaux (TMS, TPS), le potentiel inquiétant des Cancérogènes (CMR), et l'avènement croissant des inaptitudes au travail, découlent essentiellement des nouvelles organisations du travail, perfectionnées depuis les années 80. Nos constats et recueils de pathologies en lien avec ces composantes professionnelles, mettent en lumière l'échec de tout un système de prévention et de choix organisationnels qui s'imposent en économie et en politique. Nous devenons des témoins gênants, en ciblant des cofacteurs professionnels, qui accentuent le déficit de la Sécurité Sociale et celui des ASSEDIC.

De même quand ces alertes s'appliquent à des filiales ou entreprises obéissant à des Organisations à Références Standardisées et Centralisées (ORCS) de type Lean. PSA en est un laboratoire parfait. Et de même des Très Petites et Moyennes Entreprises (TPE, PME) sont souvent otages de ces ORCS.

J'ai connu et connais encore des tentatives d'intimidation, de manipulation, des incitations à signatures collectives, de ce type de structure, pour tenter de me déstabiliser, à chaque fois que je milite contre les contraintes de temps et financières en lien avec des souffrances sur le terrain, imposées par ces ORCS.

Le déni de notre indépendance s'accompagne alors d'un déni de notre expertise. L'étape suivante est le lynchage public.

Dans mon secteur, de 2010 à 2015, ce sont ces filiales ORCS, (moins de 10 salariés, 10 à 50, ou < 200), qui génèrent le plus d'inaptitudes. Sur des postes transformés en « unité de travail flexible » aux contours flous, les exigences physiques et mentales ne cessent d'augmenter au mépris des caractéristiques humaines.

## Quels sont les moyens ou les obstacles à l'indépendance pour les différents professionnels de santé au travail dans les services autonomes ?

**IK -** Les entretiens d'évaluations et les objectifs fixés par l'Employeur (effectués dans mon établissement par le DRH pour les Médecins et les Infirmiers) peuvent avoir des incidences sur l'indépendance des professionnels de santé et sur les règles d'exercice de la Médecine du Travail.

L'employeur peut accorder à certains salariés une promotion ou gratification. Sur quel critère l'employeur peut-il gratifier ou promouvoir un des Médecins du Travail (Médecin coordonnateur ou Médecin « responsable administratif ») ou un(e) des Infirmier(e)s, alors qu'il n'a aucune compétence technique pour évaluer les professionnels de santé ?

Les Infirmier(e)s n'ont pas de statut de salarié protégé : le Médecin du Travail étant le seul membre de l'équipe à bénéficier d'un statut protégé, il devrait être le garant de l'indépendance de l'équipe.

**MM -** L'analyse de Dr Kryvenac est juste. J'ai combattu, chez PSA, l'application des objectifs de santé, décidés par la direction et relayés par les coordinations médicales, nommées par l'employeur. J'ai toujours estimé que ces objectifs faisaient écran à la réalité du terrain, et que la parole médicale ne pouvait être unique. Il est certain qu'un service autonome est plus coercitif sur ce plan. Même réponse qu'à la première question : la parole d'une équipe médicale n'est entendue que si nous restons dans un consensus qui ne remet pas en question l'organisation du travail, quand elle est en cause.

## Quels sont les problèmes de gouvernance et d'organisation pour les services de santé au travail dans les grands services autonomes ?

**IK -** Les Services de Santé au Travail autonomes sont administrés par le Chef d'Entreprise.

La gestion d'un Service de Santé au Travail peut-elle être confiée à un Employeur ? alors qu'en France, de nombreux rapports et témoignages montrent la faiblesse d'un système de prévention des risques professionnels géré par les Employeurs. Le contexte actuel de crise économique a en outre radicalisé la position de certains employeurs (surtout dans les grandes entreprises), priorisant la compétitivité et la réduction des coûts.

Ceci sans parler du problème de sous déclaration et sous reconnaissance des AT et MP, et de stratégies diverses de certaines grandes entreprises pour échapper à leur responsabilité financière.

Enfin, les nuisances des entreprises vont bien au-delà des risques au sein de l'entreprise pour les seuls salariés (environnement, Santé Publique). L'État et les Représentants des Salariés ont un rôle important à jouer : le travail humain et la santé ne sont pas des marchandises.

La gouvernance et les modalités de financement des Services de Santé au Travail devraient être revues, en particulier dans les services autonomes.

**MM -** Nuance par rapport à l'analyse de Dr Kryvenac. Peut-on imaginer notre indépendance mieux garantie par l'État qui soutient les écoles du Lean et ces entreprises qui l'appliquent ?

L'État engagé dans les performances du Lean, est-il encore crédible ou vraiment légitime pour plaider la prévention primaire ou même secondaire contre des facteurs professionnels qu'il génère lui-même dans ses propres institutions ?

Le Lean permet à l'échelle nationale et européenne de réaliser les économies en effectif dans le secteur public et privé. La réforme de l'inspection du travail met les rares garants de notre indépendance dans une situation de contrainte de temps et de moyens d'action, qui ne leur permet plus d'assurer leur fonction comme attendue. Leur propre indépendance n'est pas garantie. La question reste sans réponse. C'est avant tout un choix de société.

## Dans les grandes entreprises, quelle est selon vous la place des partenaires sociaux dans la défense de l'indépendance des professionnels de santé au travail et quel est le rôle du pouvoir régalien ?

**IK -** au niveau des partenaires sociaux : certains partenaires m'ont fortement soutenue et défendue au sujet de mon indépendance.

Au niveau de l'État : faiblesse des moyens de contrôle en termes d'effectifs. Malgré cela, je souligne que j'ai bénéficié d'une enquête exhaustive et minutieuse de la part des Inspecteurs du Travail et du Médecin Inspecteur Régional.

L'État peut-être il à la fois dans le champ du contrôle et celui de la coopération (politique de l'emploi) ?

Les grosses entreprises ne donnent que peu d'informations sur le fonctionnement de leur SST (et dans le cas de mon service autonome, les pressions exercées par le DRH sur mes rapports et travaux me donnent le sentiment que la transparence ne peut exister).

**MM -** Le rôle des partenaires sociaux est essentiel. Mieux ils sont formés aux rouages des textes du code du travail et des organisations du travail, plus leur aide sera précieuse. J'ai été soutenue par des partenaires sociaux et je le suis encore.

L'inspection du travail a un devoir de contrôle et d'enquête, mais leurs décisions peuvent être contredites par leur direction pour des raisons politiques, des pressions à l'emploi... etc..., quand il s'agit des grandes entreprises. Le pouvoir régalien ne remplira pleinement son rôle, que s'il ne partage pas lui-même les mêmes principes et moyens que les grandes entreprises pour atteindre finalement les mêmes objectifs financiers.

**Les démarches de qualité ou de progrès sont toujours présentées comme bénéfiques. Derrière des slogans à tonalité conviviale et consensuelle, les missions des services de santé au travailleurs ne s'effacent-elles pas au profit de services aux clients entreprises...**

Demain, c'est aujourd'hui. L'innovation est la clef de l'avenir. Dans un monde en pleine mutation où les choses vont en s'accéléralant, savoir s'adapter est indispensable. Voilà quelques expressions (pour ne pas dire quelques clichés) que votre Direction vous rabâche tous les jours. Il m'étonnerait fort qu'il en soit autrement.

« *Rendre service à nos clients* » fait aussi partie des idées-forces qui doivent guider les professionnels des services de santé au travail dans leur travail quotidien selon nos conseils d'administration. Dans l'économie d'aujourd'hui, tout est marché. Marché des marchés, tout est marché. Le marché a même envahi l'économie solidaire et écologique dont certaines grandes entreprises ont compris l'intérêt économique, et tentent même d'en reprendre les concepts, en les détournant de leurs buts originels. La santé au travail peut-elle échapper à ce vaste mouvement ? Las, par quelque bout que l'on prenne la question, il nous faut répondre par la négative. D'une part, une petite visite sur le site de votre mutuelle vous démontrera que, dès aujourd'hui, elle se positionne en aide aux entreprises dans des missions réglementées et dévolues aux médecins du travail, comme le maintien dans l'emploi. D'autre part, certains services de santé au travail comme le montre l'interpellation d'une de nos adhérentes, s'engagent à fond dans cette nouvelle forme d'économie notamment en proposant au personnel d'intégrer le modèle de *l'économie de la fonctionnalité et de la coopération* dans la réflexion stratégique du service.

L'économie de la fonctionnalité et de la coopération (EFC), je cite la plaquette distribuée aux représentants du personnel, est « une économie qui se met au service de l'humain, de la nature. Imaginez une économie qui s'appuie sur des ressources immatérielles potentiellement infinies et non plus sur des ressources matérielles en quantité limitée ».

Comme le montrent ses 4 piliers, cette EFC est une nouvelle (sic) philosophie du rapport au « client » (ces fameuses externalités, dont je vous reparlerai) et de la gestion du personnel. L'EFC s'adresse aux dirigeants visionnaires qui veulent INNOVER et qui sont conscients de la force du COACHING collectif et individuel. C'est bien l'entrée de plein pied dans la modernité !

L'innovation, tout d'abord, comme je vous le disais, il faut innover en permanence. L'innovation est la clef de la croissance (et donc de la

pérennisation de l'entreprise). L'innovation peut être une innovation de produit (par exemple, le téléphone portable), une innovation de production (remplacement de la main d'œuvre par des machines, robotisation), une innovation dans les rapports dans l'entreprise (mode de gestion du personnel, nouvelle dynamique de performance, promotion de la coopération). Le but de tout cela est quand même, il le faut bien, d'augmenter la rentabilité. Évidemment, le changement, l'innovation peuvent ne pas être vus de la même façon selon que l'on soit patron ou salarié. En général, ce sont les patrons qui proposent les bonnes innovations qui vont dans le sens du progrès. Quand les salariés font des contre-propositions, il s'agit de revendications. En bref, les patrons innoveront, les salariés revendiqueront.

L'externalité est une notion essentielle à connaître même si jusqu'à maintenant, vous avez vécu dans l'ignorance tranquille de ce concept majeur de la nouvelle (sic) économie. L'externalité caractérise le fait qu'un agent économique crée, par son activité, un effet externe en procurant à autrui, sans contrepartie monétaire, une utilité ou un avantage de façon gratuite, ou au contraire une désutilité, un dommage sans compensation. De la sorte, un agent économique se trouve en position d'influer consciemment ou inconsciemment sur la situation d'autres agents, sans que ceux-ci soient parties prenantes à la décision : ces derniers ne sont pas forcément informés et/ou n'ont pas été consultés et ne participent pas à la gestion de ses conséquences par le fait qu'ils ne reçoivent (si l'influence est négative), ni ne paient (si l'influence est positive) aucune compensation. Par exemple, une entreprise qui pollue, c'est une externalité négative pour les riverains. Une entreprise qui se crée est une externalité positive pour la commune en matière d'emploi. Dans l'EFC, l'entreprise se doit de tenir compte de ces externalités et d'engager une coopération avec son environnement.

L'intérêt de cette approche est évident pour un dirigeant visionnaire de SST qui a compris que la santé au travail relevait désormais de la prestation de services aux employeurs. La politique du SST doit être définie en concertation avec les entreprises adhérentes afin d'éviter toute externalité négative. Aussi par un habile coaching, le directeur doit faire comprendre aux médecins que leurs préconisations doivent tenir compte des conséquences économiques sur l'entreprise considérée (coût en investissement, en indemni-

tés de licenciement) ainsi que sur les finances du SST si l'entreprise mécontente en vient à quitter le service.

L'EFC s'accompagne aussi d'une modification de la gestion du personnel (sur laquelle doivent porter les efforts de coaching individuel et collectif) : « pilotage organisationnel fondé sur les ressources immatérielles », « chercher un impact positif par la promotion de la coopération ». L'idée est de donner beaucoup plus d'autonomie aux salariés afin qu'ils s'épanouissent dans la joie et le bonheur de l'auto-exploitation. « Soyez autonome dans le cadre que je vous fixe » tel est le mot d'ordre. On comprend comment et combien cette EFC peut être complémentaire à la démarche de progrès (sic) dans les SST, surtout vis à vis des médecins auxquels par on ne sait quelle aberration le code du travail donne une certaine indépendance qu'il s'agit de contrôler ; et finalement peu importe cette indépendance, si les compétences des médecins sont mises « spontanément » au service de la rentabilité et de l'aide aux employeurs.

Demain dans une entreprise de santé au travail autogérée, ces principes (innovation, coopération, externalité positive), coaching individuel et collectif) seront appliqués pour le grand bonheur des salariés. Le personnel sera géré selon le principe de la « hiérarchie plate », c'est à dire que chacun tour à tour sera chef de projet et responsable des résultats (même ceux qui ne le souhaitent pas car c'est tellement mieux pour eux). Certes, les salariés se mettront une certaine pression et ce sera le plus grand bonheur de tous. L'employeur n'aura même plus à se mêler du trivial problème de l'organisation du travail. Les salariés heureux ne quitteront plus l'entreprise, sauf les quelques uns n'étant pas à la hauteur de ce que le collectif attend d'eux. Le Directeur du service pourra constater la réussite éclatante de l'expérience quand les salariés, sans qu'on leur demande, feront des heures supplémentaires sans compter et qu'il lui faudra même intervenir car ce sera devenu abusif et néfaste à la santé. Ne l'oublions pas, ce sont bien l'humanisme et les valeurs éthiques qui sont à la base de cette nouvelle économie au-delà de la recherche de rentabilité.

*Le dernier chapitre n'est malheureusement pas de la science-fiction. Il est basé sur la description d'une entreprise réelle dont le dirigeant fait partie d'un groupement patronal promouvant l'EFC. Ce n'est plus 1984, c'est 2034...*

Brèves... Brèves... Brèves... Brèves... Brèves... Brèves... Brèves... Brèves... Brèves...

### IDEST : le secret médical entrave.

Une enseigne de la distribution a rompu la convention avec le service de prestation d'infirmiers d'entreprise et a recruté elle-même ces deux infirmières d'entreprise. Le service paie a récupéré « l'enveloppe service médical » et sa responsable a clamé son soulagement : « On n'aura plus de problème avec le secret médical ! »

# Cherche boussole pour la santé au travail

par Gérard LUCAS

**Le titre du dernier prix Goncourt « Boussole » est l'instrument qui manque à la santé au travail pour retrouver son orientation et prévenir nos insomnies. Parmi les institutions logiquement impliquées par la santé au travail ou parmi les professionnels des services de santé au travail, plus personne ne semble pouvoir synthétiser ou inventorier les repères pertinents.**

## Recherches et références délaissées

Au Ministère du Travail, la Direction Générale du Travail s'obstine dans une conception réglementarisée de la santé au travail, et reléguant en annexe des besoins des entreprises et des affichages d'objectifs d'emplois.

Le ministère de la santé n'a jamais pris la mesure du travail comme premier discriminant de la santé pour la population adulte de notre société.

Les partis politiques s'accommodent de ce manque de prise en compte, souvent résignés à l'intérêt supérieur de l'économie. D'ailleurs, bien peu s'offusquent de la prépondérance du ministère de l'économie dans les dernières propositions sur le code du travail.

Pour les confédérations syndicales, la santé au travail est une préoccupation à l'Arlésienne qui s'atténue voire s'éteint au moment des enjeux de négociations sur les revenus et l'emploi.

Les employeurs gardent la gouvernance de pratiquement tous les services de santé au travail et notamment par le CISME qui privilégie les prestations quantitatives et assurantielles pour les entreprises aux risques de l'invisibilité des liens santé travail pour les salariés.

Les sociétés de médecine du travail tentent de préserver ou redéfinir des références professionnelles perdues dans la dispersion des missions et des acteurs. Lors de leurs congrès ou journées d'études, de moins en moins de communications sont présentées par les acteurs professionnels de terrain.

Dans le registre universitaire, le collège des enseignants et la société Française de médecine du travail (SFMT), accaparés par l'enseignement, résistent plus ou moins pour le maintien ou la conquête de reconnaissance des critères de pathologies professionnelles.

L'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS) se disperse dans des normes de compromis souvent mal adaptées à l'abord de la santé humaine.

Le département Santé Travail de l'InVS (Institut de Veille Sanitaire), après avoir développé des nouveautés par le programme maladies à caractère professionnel par exemple, a des difficultés à garder le lien avec le terrain dans les réorganisations actuelles.

L'ANSES récupère les thèmes de recherche de santé de travail avec l'environnement sans en permettre une plus grande visibilité ni mise en

débat. Les investigations de l'INSERM restent parcimonieuses.

Les professionnels n'ont plus le temps ni le recul pour intégrer les seules observations réelles de la santé au travail sur le terrain par des formalisations qui devraient faire référence. Même l'enquête EVREST qui regroupe un nombre significatif de volontaires est un indicateur global sensibilisant mais pas opérationnel sur le terrain.

Au niveau de l'Europe, les solides références Suédoises et Finlandaises ont été démantelées par les pouvoirs libéraux etc...

## Pourtant

Les savoirs et les savoir-faire des médecins du travail avec les infirmiers de santé au travail s'améliorent et s'affinent dans beaucoup de services. La progression du nombre et de la qualité des certificats pour maladies professionnelles se confirme surtout pour les TMS, et de plus fines analyses en montrent le lien avec l'augmentation des pressions et contraintes sur les travailleurs par les nouvelles organisations de travail.

Les notions de stress, de harcèlement moral ou de risque suicidaire, centrées sur les individus font place progressivement à la mise en question des risques psycho sociaux dont l'analyse dans chaque collectif de travail peut devenir un vrai moteur de compréhension des décompensations individuelles et favoriser l'amélioration des conditions de travail et leur adaptation à l'humain.

Des militants syndicaux s'engagent dans des luttes pour des conditions de travail meilleures dans des CHSCT.

Sous des formes associatives le plus souvent, les atteintes différées de la santé comme des cancers sont mises en évidence par la reconstitution des itinéraires professionnels. L'ANDEVA s'illustre pour la reconnaissance des mésothéliums et des cancers bronchiques, et d'autres comme le GIS-COP 93, les retraités de GIVORS ou du port autonome de SAINT NAZAIRE dévoilent des corrélations prégnantes entre les expositions professionnelles multiples et des cancers.

Le relais par les médias de quelques grands problèmes de santé au travail n'est pas négligeable, mais la maîtrise de divulgations plus explicites renforcerait l'acculturation attendue. La focalisation sur l'amiante au passé n'est pas un modèle d'information de l'exhaustivité des atteintes différées. L'évocation répétitive du burn out au

présent traduit enfin une préoccupation humaine des effets du travail, mais n'éclaire pas toujours les citoyens sur la complexité des atteintes psychiques à la santé et les processus de management et de dérégulation en cause.

Des clusters ou agrégats de pathologies corrélés au travail sont sans doute plus souvent suspectés, mais souvent sans suite car des dispositifs scientifiques de mise en évidence physio pathologique ou épidémiologique sont manquants.

Des groupes de pairs de médecins du travail, en confrontant leurs pratiques, se rapprochent l'investigation des liens santé travail et de leur compréhension. Ils élaborent des repères pour l'accompagnement des salariés et leur donner du pouvoir d'agir. Des infirmières de santé au travail (IDEST) commencent à tenter elles aussi en groupes de pairs de sortir de leur isolement et de protocoles restrictifs non pertinents. L'émulation des professionnels de santé au travail passe par ces espaces collectifs d'échanges entre pairs, en équipes et avec les professionnels du système de soins et de santé.

Les médecins et les infirmiers ont bien conscience que ce sont les conditions de travail qu'il faut améliorer pour la prévention. Mais la porte d'entrée de la connaissance et de l'accompagnement de la santé au travail est celle qui donne l'orientation des conditions de travail à promouvoir, interpellé ou à changer. L'orientation pluridisciplinaire de la dernière loi, prétextée par le chapitre un de la directive européenne de 1989 sur la responsabilité de l'entreprise sur la santé de ses employés en délaissant le chapitre deux sur le suivi et la prise en charge médicale des travailleurs, est source d'une désorientation qui fait perdre le nord à tous les acteurs de la prévention au travail. Il est urgent de remplacer la polyvalence pluridisciplinaire dans la confusion, par la clarification d'interactivités interdisciplinaires.

*C'est dans les services de santé au travail eux mêmes que les acteurs de santé au travail, à l'aide de leur boussole, peuvent reconquérir les choix et les orientations « santé » des commissions médico techniques où les priorités régionales doivent être pondérées par l'analyse des besoins réels locaux. C'est à ce niveau que la réflexion professionnelle pourra retrouver ou maintenir le cap de la santé au travail.*

Brèves... Brèves... Brèves... Brèves... Brèves... Brèves... Brèves... Brèves... Brèves...

Un médecin du travail signale des maladies professionnelles dans cette grande entreprise.  
Le directeur commande : « débarrassez-moi de ça. (« ça » étant le médecin du travail !!) ».

Quand on vous dit que le travail humain n'est qu'un produit comme un autre,  
y compris l'activité de santé au travail.

>> suite de la page 1 >>

# LE TRAVAIL N'EST PAS UNE MARCHANDISE

(Déclaration de PHILADELPHIE 10 Mars 1944)

Par Jean-Paul TEISSONNIÈRE, avocat de Santé au travail

consacré au champ conventionnel avec une préférence nette pour l'accord d'entreprise, terrain par nature le plus défavorable au salarié et un quatrième niveau qui est une sorte de sous-sol du Droit du Travail destiné à « la supplétabilité » en l'absence d'accord collectif.

La confusion est telle que la santé-sécurité qui devrait relever du deuxième niveau, celui de l'ordre public, risque fort de se retrouver au sous-sol quand on constate que la durée du travail partie éminemment sensible des conditions de travail, relève de la négociation collective. Enfin l'examen des textes sur la pénibilité fait apparaître des référentiels incluant les doses d'expositions qui relèveraient à défaut d'accord, de décisions unilatérales des organisations d'employeurs.

## L'ÉCHEC HISTORIQUE DE LA NEGOCIATION COLLECTIVE :

Le rapport COMBREXELLE est un document étrange qui commence à évoquer la négociation collective dans des termes très négatifs : elle ne marcherait plus nulle part et surtout pas en Allemagne où le Droit Conventionnel serait mort.

« Pour les employeurs, la négociation collective ne participe pas à la création de valeurs, elle est perçue comme un « centre de coûts », plus que comme un lieu de performance ».

Elle ne produirait pratiquement aucun accord innovant.

Il ajoute que « le contrat de travail et la jurisprudence passent du champ de compétence du Directeur des Relations Humaines à celui du Directeur Financier qui calcule le montant des provisions en vue du contentieux à venir. »

Jean-Denis COMBREXELLE ajoute : « Cette évolution est particulièrement préoccupante dans le champ de la santé au travail. »

Pourtant, les décisions des politiques à l'envers des leçons de l'expérience conduiront les auteurs des différents rapports à refonder le Droit du Travail sur les rapports contractuels et le délaissement de l'Etat.

## UN RAPPEL HISTORIQUE : LES RAPPORTS AMBIGUS ENTRE LE TRAVAIL ET LE MARCHÉ :

Contemporain de la conférence de PHILADELPHIE, Karl POLANYI dans « La Grande Transformation », en avait énoncé les principes d'une façon simple. Si le marché lui apparaissait comme un instrument efficace de distribution des marchandises, c'était à la condition d'en tenir éloignés le travail, la nature (on dirait aujourd'hui l'environnement) et la monnaie.

Pour les industriels, l'exigence qui caractérise la constitution du travail en marché, concerne le caractère fongible, c'est-à-dire substituable, des salariés les uns par rapport aux autres.

Les industriels n'ont besoin ni d'artistes, ni de stakhanovistes dont les performances qualitatives ou quantitatives ne font que troubler la fluidité et la continuité du travail.

C'est le Taylorisme qui inventera le séquençage du travail manuel si bien illustré par le film de CHAPLIN « Les temps modernes », séquençage et formatage qui seront appliqués au travail intellec-

tuel et aux services avec l'invention des nouvelles formes de management à la fin du 20<sup>ème</sup> siècle et les conséquences que l'on connaît en termes de suicides et d'atteintes psychiques dans les entreprises où les réformes ont été appliquées avec le plus de rigueur.

La création du Droit Social au sens large (Droit du Travail, Droit de l'Environnement) naîtra donc avec la révolution industrielle pour instaurer au bénéfice des entreprises un régime de responsabilité limitée.

Pour dire les choses directement, c'est le droit naissant de l'environnement qui va organiser à grande échelle la pollution du territoire.

Le mouvement ouvrier imprimera au Droit Social une trajectoire plus complexe qui devra tenir compte de sa capacité de résistance. La Loi du 22 Juin 1893 sur l'Hygiène et la Sécurité qui concerne essentiellement les machines dangereuses et les poussières industrielles, permettra une relative efficacité dans la prévention des risques professionnels.

Mais cette efficacité s'émoussera notamment après le compromis instauré par la loi du 9 Avril 1898 sur la réparation des accidents du travail étendue en 1919 aux maladies professionnelles.

## L'IMMUNITÉ DE L'EMPLOYEUR

Par rapport à la jurisprudence de l'époque, le compromis de 1898 constituera une régression sociale.

On a souvent écrit que la Loi de 1898 avait échangé le caractère systématique de la reconnaissance des accidents du travail contre une réparation forfaitaire. On oublie qu'en contrepartie d'indemnités dérisoires, il instaure au bénéfice de l'entreprise un régime d'« immunité de l'employeur » pierre angulaire du système le protégeant de poursuites judiciaires des salariés.

Il faut préciser que la loi de 1898 entérine un compromis très en-deçà de la jurisprudence en ce sens que loin de reconnaître la responsabilité de l'employeur, il consacre le principe d'un partage de responsabilité en cas d'accident du travail !

C'est la raison pour laquelle, les rentes d'accident du travail sont fixées à 50 % du taux d'incapacité retenu par l'expertise médicale.

Il faut noter d'ailleurs que l'inclusion de la Loi de 1898 dans le cadre du Code de la Sécurité Sociale à la Libération n'a pas empêché le maintien de ce partage de responsabilité. L'égalité entre le taux de rente et le taux d'incapacité n'étant garantie que pour les incapacités permanentes totales (100 %).

Mais la loi de 1898 est dès l'origine aussi une banalisation du risque professionnel.

Jules GUESDE à la tribune de l'Assemblée Nationale dénoncera le projet présenté au Parlement comme susceptible de provoquer une « boucherie ouvrière ».

## L'OBLIGATION DE SECURITE ET DE RESULTAT : Une longue nuit suivie d'un réveil tardif

S'exprimant dans des termes différents, Pierre SARGOS (Président de la Chambre Sociale de la

Cour de Cassation qui rendra les arrêts amiante du 28 Février 2002 redéfinissant l'obligation de sécurité de l'employeur à l'égard des salariés comme une obligation de sécurité de résultat) indiquera dans un article paru dans la Semaine Juridique que « la loi de 1898 (sur les accidents du travail) avait tué la loi de 1893 (sur l'hygiène et la sécurité) », en d'autres termes que « l'indemnisation avait tué la prévention ».

L'expérience montre en effet que le marché de la compensation est incapable de réguler le risque industriel, que la destruction de l'encadrement répressif ouvre la voie au pire (l'importance du Droit Social en raison de sa fonction anthropologique mériterait de plus longs développements).

Face à des risques démultipliés par le marché et la technologie, la précarisation récente par la Cour de Cassation de l'obligation de sécurité de résultat et les réformes en projet menacent d'anéantir un siècle de progrès hésitants mais aussi une décennie d'avancées substantielles dans le domaine de la santé au travail.

>> 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°60

MARS  
2016

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 : Luc Gerson, Isabelle Kryvenac, Yves-Henri Martin, Henri Matais, Joëlle Milliez, Margaret Moreau, Jean-Paul Teissonniere,

Conception éditoriale et graphique : Betty Bente Hansen  
Imprimerie Cyan 12 - 75 avenue Parmentier  
75544 Paris Cedex 11 - 06 18 72 55 53