

>> Sommaire

- Actualité syndicale** ...p2
- Pour une autre tutelle
 - Contentieux
- Terrain**p3
- Médecins et infirmiers, des repères pour coopérer
- Institution**p4
- ANSES : Agence Nationale de Sécurité Sanitaire
- Interview**p5
- Pierre Dharreville
- Chantier**p6
- Les risques chimiques : le rapport du professeur Frimat
- Congrès de Marseille 2018, le management !** p7
- Retour sur le congrès de médecine et santé au travail de Marseille

le Journal des professionnels de la Santé au Travail

N° 67

OCTOBRE 2018

>> Éditorial

La simultanéité de la commande de trois rapports sur la santé au travail et de leur diffusion cet été témoigne des attentes sur le sujet. Commandé par le premier ministre, le rapport Lecoq a motivé en première page la signature exceptionnelle du bureau du SNPST lui-même, surpris du prétexte de prévention primaire pour diluer voire noyer la visibilité de la santé au travail.

Le rapport du professeur Frimat sur les risques chimiques est un chantier plus précis sur la traçabilité, les maladies professionnelles et sur des compensations à négocier avec les partenaires sociaux.

L'initiateur et le rapporteur de la commission d'enquête parlementaire, Pierre Darrheville prône en entretien des mesures concrètes et un service public.

JM Sterdyniak rappelle la nécessité pour le ministère de la santé de s'impliquer pour la santé au travail. Encore une fois, le contentieux ordinal n'est pas à la hauteur, en déni du harcèlement sexuel au travail.

Face au démantèlement en cours et annoncé du dispositif de santé au travail, la coopération entre médecin et infirmier de santé au travail est plus que jamais à bien construire sur le terrain.

L'institution ANSES peut être une ressource pour les connaissances en santé travail et en tout cas le retour sur le thème du management du congrès national de juin à Marseille veut nous laisser lucide.

Gérard LUCAS

Simplifier pour une prévention renforcée ? Le rapport (Lecoq)

La mission demandée par le Premier ministre, sur proposition des ministres de la santé et du travail, le 22 janvier dernier à la députée LREM Charlotte Lecoq, avec Henri Forest et Bruno Dupuis, veut s'inscrire dans la tendance dite positive de la qualité de vie au travail. En raccourci, la commande était une simplification du mille feuilles, des normes, des contraintes et des acteurs dans un objectif d'efficacité pour les travailleurs et les entreprises. L'application des 16 recommandations suggérées impacterait de façon majeure les services interentreprises. Quelles perspectives pour la prise en compte de la santé au travail ?

En italique, les commentaires du bureau du SNPST.

Un diagnostic

Le diagnostic proposé du système de santé au travail Français reconnaît une contribution indéniable à la réduction de la sinistralité des accidents de travail et l'amélioration de l'indemnisation des victimes de maladies professionnelles. Mais il note la défaillance de la prévention des désinsertions professionnelles et d'une culture de prévention, notamment dans les TPE et PME, qu'il attribue à une multiplicité chronophage d'acteurs mal coordonnés. Les contraintes, l'empilement d'obligations seraient l'explication d'une passivité des entreprises face à la non visibilité de la politique nationale.

La réponse proposée est de se replacer du point de vue du « bien être et efficacité au travail » comme le rapport remis en 2010 () en suivant les objectifs du troisième plan « exemplaire » de santé au travail (PST3) pour développer une culture de prévention primaire. Et il préconise un portage politique fort, avec les partenaires sociaux, une pédagogie explicative et une dynamique de transformation.

Comme la lettre de mission, ce diagnostic reste paradoxal. Il attribue à un système de santé au travail qui serait à strates multiples, le manque de prévention primaire. Chacun sait que cette dernière ne relève que des

conditions et de l'organisation du travail des entreprises. Mais aujourd'hui les pressions concurrentielles financières d'une culture de subordination restent prégnante.

La comparaison des résultats avec d'autres pays notamment de européens est alléguée comme défavorable sans même l'esquisse d'une argumentation étayée. Le concept santé travail est confondu avec le domaine des conditions de travail elles-mêmes, ce qui ne permet pas une analyse pertinente.

Des propositions

Elles reposent sur le scénario d'une entité unique de prévention nécessaire :

Faciliter l'accès des entreprises par un guichet unique est susceptible de recueillir l'adhésion de beaucoup d'acteurs. Partir du besoin des entreprises et des travailleurs est perçu comme une évidence, encore que les besoins des uns et des autres ne sont pas toujours convergents, et que les demandes exprimées et négociées ne résument pas les besoins ni les solutions, ni la réalité des atteintes à la santé par le travail. Regrouper les contributions éparses en une cotisation unique des employeurs pour les structures régionales et un fonds national de prévention au moins à coût global constant répondrait à l'objectif.

Mais... Surprise ! les domaines de la MSA et des 3 fonctions publiques sont explicitement exclus du périmètre de ce projet de guichet unique de système de santé au travail. L'argumentaire de cette exclusion est inconsistant au regard de la prévalence particulièrement élevée des atteintes à la santé au travail dans le domaine agricole malgré le paritarisme allégué de son régime ; également au regard des conditions de travail alarmantes dans une partie importante des fonctions publiques notamment hospitalières et territoriales. Encore plus inquiétant, l'exclusion implicite des services autonomes de ce guichet unique risque fort de pomper les ressources médicales en santé au travail, qu'ils attirent déjà de façon significative au dépens des services inter entreprises. On est en droit de penser que ces exclusions relèvent de l'action de différents lobbys par exemple patronaux. Où est le courage politique ?

Structure nationale

La lisibilité nationale d'un organisme de droit public est plutôt bienvenue avec l'affirmation d'une tutelle du ministère de la santé à côté de celle du ministère du travail, à condition que sa composition et son fonctionnement garantissent son indépendance pour la validité des avis donnés à l'état « stratège ». Et on ne peut qu'apprécier que les missions

de veille et de vigilance soient distinctes et confiées à ANSES et Santé Publique France.

La création d'une école de santé au travail unique pose la question pré-occupante de la confusion entre les métiers de la santé au travail, et ceux de la connaissance des risques. Elle devient particulièrement problématique lorsqu'est proposée l'intégration des partenaires sociaux et du management des entreprises.

Une structure régionale de prévention,

Positionnée entre la structure de contrôle de la DIRECCTE et l'organisme d'assurance de réparations que deviendrait exclusivement la

Pour une autre tutelle

Par Jean-Michel STEROYNIAK

La gouvernance des services de santé au travail, derrière un paritarisme de façade, revient aujourd'hui aux seuls employeurs. Le conflit d'intérêt est majeur. La plupart des services de santé au travail fonctionnent selon une logique commerciale (cotisations contre sécurisation juridique des employeurs) au lieu de remplir leur mission, qui est de fait, d'ordre public, au bénéfice de la santé des travailleurs.

La tutelle du ministère du travail, dans le cadre du système actuel, fait de la santé au travail une variable d'ajustement dans les négociations entre partenaires sociaux. La santé au travail est souvent sacrifiée à la défense de l'emploi comme l'a montré jusqu'à la caricature la catastrophe sanitaire de l'amiante. Ce scandale de l'amiante que le gouvernement en place évoque à chaque réforme de la santé au travail alors que les conclusions n'en n'ont pas été tirées. Le rapport Lecoq

ne propose pas autre chose au niveau national et régional que des structures avec des représentants de l'État et les partenaires sociaux (comme le comité permanent amiante) et un pilotage régional par les DIRECCTE.

Or, le plus important facteur de discrimination de morbidité, d'espérance de vie et d'espérance de vie en bonne santé des travailleurs est leur statut et leur itinéraire professionnel. Cette donnée est vérifiée en France comme dans tous les pays développés du monde occidental. Elle n'est pourtant pas intégrée aux logiques des politiques de santé alors que la prévention en santé au travail devrait être au cœur de la santé publique.

En terme de santé publique, la collectivité supporte le poids des inégalités sociales de santé et des mauvaises conditions de travail. L'absence de prise en compte du coût des mauvaises conditions de travail et des pathologies qui en résultent, hors

AT et MP reconnus, contribuent fortement au déficit de l'Assurance Maladie et pérennise ces mauvaises conditions de travail.

Il faut donc sortir du système actuel et inscrire la santé au travail et les services de santé au travail dans la santé publique. Dans cet objectif, le SNPST demande l'intégration de la prévention en santé au travail dans le système de santé publique et le rattachement des services de santé au travail au Ministère de la Santé. Certes, il nous faudra être vigilant pour que les services de santé au travail développent des actions de santé au travail à dimension de santé publique et non sur des actions de santé publique générale et qu'ils ne soient pas embarqués dans une logique assurantielle. Le rattachement au Ministère de la Santé est toutefois un préalable pour atteindre cet objectif et pour préserver la mission régaliennne de la santé au travail.

Absentéisme au travail

Nous avons tous été à la rentrée l'objet d'une propagande continue relayée par tous les médias sur l'absentéisme des salariés en entreprise, absentéisme qui exploserait avec évidemment en contrepoint la culpabilisation des salariés qui abuseraient des arrêts de travail. Au contraire, les médecins et infirmiers du travail constatent que bien des travailleurs font preuve de présen-

téisme, en se maintenant dans leur poste, malgré une santé et des conditions de travail dégradées. La solution, un moment avancée par le ministère de la santé, était toute trouvée : faire payer aux entreprises le coût des arrêts d'une semaine. Mesure qui constituait un leurre car comment l'État pouvait-il obliger les employeurs à payer des jours d'absence ? La conséquence aurait, à l'évidence, été la mise en cause des accords d'entreprise et l'augmentation des jours d'absence non payés dits de carence. Cette proposition, par ailleurs, injuste pour les salariées malades,

portait, atteinte à notre modèle social fondé sur la solidarité. Mais voilà, l'Assurance maladie a affiné ses chiffres et il apparaît que la forte augmentation des arrêts est le fait des salariés de plus de 60 ans et peut être mise en lien avec le report de l'âge du départ à la retraite. Nul doute qu'à cet âge, l'usure professionnelle et les mauvaises conditions de travail y sont pour quelque chose et pas seulement le déclin de la santé ! Revoyant sa copie, le premier Ministre a sagement décidé de ne pas mettre en œuvre le funeste projet et de lancer une mission spécifique sur la question.

Contentieux

Par Jean-Michel DOMERGUE

Acharnement, Persécution, mais Obstination...



Le SNPST mène un combat contre l'injustice et pour défendre les valeurs de notre spécialité. Une difficulté majeure qu'il nous faut affronter provient sans doute encore de son manque de visibilité sur laquelle il nous faut sans doute continuer à travailler. Mais nous avons aussi en face de nous, semble-t-il, un bloc assez obscur de personnes et d'institutions qui manifestement ne font guère d'effort pour appréhender la complexité dans laquelle tout médecin du travail se trouve plongé. Comme pour les autres spécialités médicales, nous avons développé nos outils cliniques afin d'accroître notre pertinence dans notre domaine très pointu, mais aussi très sensible, situé entre le médical, le combat pour la santé des salariés, ou l'insertion sociétale. Cette place est sans doute considérée comme si névralgique par certains qu'un véritable acharnement s'abat sur ceux d'entre nous qui tiennent bon dans des situations où il faut y aller sans considérer les risques pour soi-même en retour. On peut se demander ainsi où se situe l'obscurantisme...

Trois affaires actuelles, chacune dans un domaine différent méritent notre obstination et notre persévérance.

Le recours en Conseil d'Etat contre la Loi d'août 2016 et le Décret qui a suivi en décembre a été formulé 2 mois plus tard par le SNPST. La procédure débute par une sollicitation du Ministre du travail qui en l'absence de réponse vaut rejet. Le recours a finalement pu être déposé en décembre 2017 pour être enrôlé en juin 2018. Notre position reposait sur l'inégalité de traitement entre les salariés SIR et VIP que la loi ne prévoyait pas, sur la liste des postes à risque établie par l'employeur, sur le reclassement

préconisé dans UN emploi et sur le recours contre l'avis du médecin du travail dévolu au conseil de prud'homme avec à l'époque l'avis d'un médecin expert. Le Conseil d'Etat n'a pas fait droit à notre demande sur la base d'arguments qui nous apparaissent méconnaître le réel fonctionnement de notre institution. Par exemple, si pour nous, les connaissances scientifiques ne permettent pas de déterminer qui est à risque a priori, pour le Conseil d'Etat cette détermination ne pose pas de problème puisque le Décret en détaille une liste, de surcroît augmentée si besoin par le fait de l'employeur. Pourtant cette liste ne repose pas sur des données validées scientifiquement. A contrario en effet, chacun d'entre nous sait bien que nous sommes en face de patients avec chacun son histoire et ses expositions passées, salarié d'une entreprise elle-même pas toujours conforme. Nous savons très bien que ces situations de patients ne sont pas modélisables au sens où le Ministère veut nous emmener en nous faisant cocher des cases sur une fiche.

Les plaintes d'employeurs au Conseil de l'ordre sont maintenant de pratique courante. Pour autant l'expertise des conseillers ordinaires ne nous semble pas pertinente puisqu'elle ne prend pas en compte la situation du patient que nous avons pourtant analysée. Finalement seul l'employeur qui porte plainte est entendu puisque le médecin du travail est privé de parole, sauf à révéler en présence de tiers des points relevant du secret médical. L'affaire récente d'un confrère condamné à 3 mois + 3 mois avec sursis, confirmés en Conseil d'Etat est l'illustration de cet obscurantisme en décalage avec nos pratiques. Une procédure est envisagée à la CEJDH.

Enfin certaines situations concernent une atteinte directe de la santé de collègues et sont tout aussi préoccupantes. L'affaire la plus tragique est sans conteste celle de ce confrère qui s'est suicidé en laissant à sa famille une lettre très explicite sur son geste dont les dysfonctionnements de son SST sont à l'origine. Le SNPST s'est associé à sa famille dans le cadre d'une plainte pénale. Mais là encore, le magistrat instructeur qui avait en face de lui essentiellement l'employeur et le SST a délivré une ordonnance de non-lieu fondée surtout sur les arguments développés en défense sans prendre en compte par exemple les observations de l'inspecteur du travail pourtant explicites. Le SNPST est là encore dans l'attente de la décision de la famille et reste engagé à ses côtés.

Médecins et infirmiers, des repères pour coopérer

Par Hélène RUCK et Pascale VARNOU

Depuis l'arrivée en 2011, des infirmières diplômées d'état en santé au travail (IDEST) dans les services de santé au travail, le médecin du travail ne peut plus penser ses pratiques professionnelles en solo.

Il forme avec l'IDEST une équipe médicale qui devra construire de nouvelles pratiques professionnelles basées sur le « travailler ensemble » ou autrement dit sur la coopération.

Une difficulté supplémentaire apparaît lorsque l'équipe médicale est amenée à travailler avec une infirmière d'entreprise non formée en santé au travail.

La construction de la coopération entre les deux métiers n'est pas inscrite dans la réglementation. L'équipe médicale est amenée à inventer de nouvelles règles professionnelles pour travailler au mieux vis-à-vis de la santé des salariés qui demeure centrale. La coopération ne se décrète pas et ne va pas de soi. La coopération ne se prescrit pas ! Elle se construit sur certaines règles.

La confiance : n'est pas de facto, elle nécessite d'être construite.

Elle est facilitée par la mise en visibilité (lors des consultations médicales ou des entretiens infirmiers en santé travail (ESTI)) des pratiques de chacun. Les médecins et les IDEST doivent pouvoir expliciter leur pratique en fonction de leur savoir, de leur formation et se donner des règles professionnelles.

Elle est cadrée par l'écriture des protocoles partagés et vivants (évoluant en fonction de l'expérience et de la pratique de l'équipe) pour orienter l'interrogatoire dans l'ESTI en fonction du vécu du salarié, de son histoire propre, des risques de l'entreprise, mais aussi pour asseoir les pratiques de l'IDEST devant les employeurs ou même la direction du SIST. Les protocoles ne doivent pas fixer les activités, ils doivent donner des points de repères pour penser les nécessaires évolutions du dispositif et des pratiques.

Ils doivent aussi aider à la décision de passer le dossier au médecin du travail et à sécuriser les pratiques de l'IDEST.

Construits avec l'IDEST, ils peuvent répondre à certaines questions comme par exemple : quels sont les attentes du médecin du travail ? quelles sont les marges de manœuvres des IDEST ? comment instaurer un langage commun à partir de la clinique médicale du travail pour orienter l'interrogatoire en fonction du vécu du travail du salarié face aux risques de l'entreprise ? Comment tracer l'information pour le suivi et la surveillance de la santé du salarié ?

La transmission des informations

La difficulté pour l'IDEST est de savoir quoi transmettre et quand transmettre l'information au médecin du travail.

La mise en place de staffs à une fréquence définie par l'équipe médicale apparaît indispensable voire incontournable, avec le médecin du travail et l'IDEST, et l'infirmière de l'entreprise.

Le temps d'échange et délibération à construire dans le staff est nécessaire pour une prévention de qualité. L'équipe médicale doit s'appuyer sur le staff en utilisant comme grille de lecture, l'activité réelle de travail pour transformer une situation de travail (différente de celle de l'approche par les risques professionnels) et pour améliorer le suivi du salarié.

Pour cela il est important de prendre en compte les disputes professionnelles au sein de l'équipe médicale (les informations, les remarques, les divergences de points de vue des infirmières et/ou du médecin qui vont faire débats).

C'est également le lieu d'une mise en commun des connaissances en générale de l'entreprise, des risques, des expositions en fonction du poste de travail, les pathologies qui peuvent en découler, le niveau de prévention existant dans l'entreprise.

Ces connaissances sont enrichies par celles recueillies sur le terrain par l'infirmière d'entreprise, les études de postes, les fiches de données de sécurité, le document unique.

En aucun cas, ces temps d'échanges doivent être restreints à résoudre des urgences ou encore à se limiter aux cas particuliers des restrictions ou des aménagements de postes. Ils doivent permettre à l'équipe médicale de comprendre le lien santé travail avec l'aide de la clinique médicale du travail, de coordonner leurs actions pour le suivi des évolutions et de pouvoir passer de l'action individuelle à l'action collective, (cahier de liaison, cahier de staff qui sert de fil conducteur, qui permet également la traçabilité du collectif), et de proposer des outils de dépistage ou de suivi (questionnaires...)

La traçabilité des informations.

Toutes les informations à transmettre ou transmises doivent être tracées.

Les transmissions peuvent être informelles (autour du café...) ou formalisées à l'aide d'outils comme par exemple :

- **Les fiches de postes** rédigées avec les salariés lors des entretiens médicaux et complétées par les informations recueillies lors de l'ESTI et qui reprennent le travail réel effectué par le salarié de l'entreprise et les risques auxquels ils sont soumis.
- **Des fiches de liaisons** alimentées par les informations recueillies par l'équipe médicale et l'infirmière.

Toutes ces informations devront apparaître dans le dossier médical de santé au travail (DMST). L'IDEST s'identifie au même titre que le médecin.

L'infirmière d'entreprise peut également enrichir le dossier médical avec les études de postes, les enquêtes d'accident du travail, les écrits issus du temps d'écoute des salariés

Le retour de l'information doit se faire à l'ensemble de l'équipe, c'est un autre temps de travail important dans la coopération afin de donner du sens au travail effectué.

La coopération à trois : Equipe médicale et infirmière d'entreprise : une difficulté supplémentaire ? L'infirmière d'entreprise n'est pas « clinicienne ». Des difficultés supplémentaires peuvent apparaître lorsque la coopération inclue l'infirmière d'entreprise. (*ndlr, ce qui ne signifie pas que toutes les IDEST en SSTI ont une pratique de clinique médicale du travail, et la pratique de cette infirmière d'entreprise n'exclut pas que d'autres infirmières d'entreprises puissent être cliniciennes...)

En effet, les infirmières d'entreprises sont le plus souvent occupées à des tâches de surveillance médicale (convocations, réalise les examens complé-

mentaires, assure l'interface avec les différents services pour s'assurer de la mise en place des préconisations émises par le médecin du travail). Elles ont aussi des tâches liées à leur rôle propre (accueil, écoute, soins), et des tâches annexes (secrétariat, saisie, gestion de l'infirmierie).

Le temps passé à informer le médecin apparaît comme une toute petite partie de son activité (informations autour des urgences à traiter, des préconisations non respectées...).

Bien souvent l'infirmière d'entreprise échange avec le médecin du travail par téléphone ou par mail. Les réunions d'équipes ou les staffs sont compliqués à mettre en place (coordination des différents emplois du temps, manque de temps).

L'infirmière d'entreprise n'est pas une « clinicienne », au sens où elle ne connaît pas la clinique médicale du travail, souvent, elle n'a pas de formation en santé au travail, mais elle a une bonne connaissance des risques de l'entreprise et des conditions de travail (elle assiste au CHSCT, réalise les enquêtes après les accidents de travail ou de maladie professionnelle, participe à l'évaluation des risques professionnels).

L'indépendance technique de l'infirmière d'entreprise peut poser question :

Son positionnement dans l'entreprise, surtout quand elle est rattachée sur le plan hiérarchique à la direction des ressources humaines peut mettre à mal son indépendance technique et sa latitude professionnelle, notamment par les tâches imposées ne relevant pas du service santé au travail.

Alors comment peut se construire une réelle coopération ? Comment adapter son rôle avec ses multiples tâches relevant ou non de la santé au travail dans le champs de la prévention ? Comment travailler ensemble le lien santé travail ?

Ces questionnements nous amènent à penser les staffs encore autrement :

Staff à trois ou encore staff entre l'IDEST et l'infirmière de l'entreprise qui permettraient de dégager d'autres règles de métiers, d'aborder les pratiques professionnelles du médecin du travail qui ne sont pas visibles pour l'infirmière d'entreprise.

Le cahier de staff ou de liaison qui serait le fil conducteur et diminuerait la perte d'information.

Les questions de la coopération dans l'équipe médicale sont encore à inventer, à élaborer grâce à l'activité déontique des équipes médicales. Si les règles de métiers ne sont pas débattues, ces coopérations professionnelles resteront fragiles.

Il ne faut pas oublier que la mise en place de cette coopération entre ces deux métiers demande un investissement en temps important et qu'il faut lui laisser une place dans nos pratiques quotidiennes.

ANSES : Agence Nationale de Sécurité Sanitaire

Alimentation environnement et travail

Par Gérard LUCAS

Baucoup de professionnels de santé au travail s'inquiétait de l'absorption des missions de l'AFSSET par l'ANSES, et y voyait un risque de dilution des investigations de la recherche en santé au travail.

Une direction traitant des risques liés au travail est quand même identifiée, et s'est préoccupée dans un premier temps des risques durs chimiques, physiques et biologiques dans des conditions traditionnelles. Désormais son objet d'étude devrait s'élargir, incluant aussi TMS, RPS...

La mission d'évaluation des risques de l'ANSES concerne certes le travail mais aussi globalement la santé face à l'environnement, l'alimentation, la santé animale et les végétaux.

Quelle visibilité pour les professionnels de santé au travail?

L'ANSES n'a pas les missions de recommandation de bonnes pratiques aux praticiens de santé comme la Haute Autorité de Santé (HAS) ou de référentiels pour l'activité directe comme l'Institut National de Recherche sur la Sécurité (INRS). C'est une référence de l'état des connaissances pour la société, souvent transversale aux 4 autres cibles de l'ANSES et dans laquelle peuvent venir puiser les professionnels de santé au travail. Il existe des tuilages avec le département santé et travail de Santé Publique France et des unités de recherche INSERM, mais l'ANSES devient un référent et un coordinateur sur ces sujets.

Deux axes sont à retenir : La veille et la production de connaissances

Le renforcement des travaux de veille et de vigilance visent à anticiper les risques émergents. Pour les travailleurs, l'ANSES coordonne le recueil des données statistiques du réseau national de veille des pathologies professionnelles (RNV3P) issues des consultations de pathologie professionnelle des Centre Hospitaliers Universitaires.

Sur le plan des productions des connaissances, le travail de l'ANSES est attendu pour identifier les dangers et les risques comme une contribution à la prévention. En santé et travail, le recours à des expertises collectives implique dans les conseils scientifiques des praticiens hospitaliers universitaires, mais aussi des médecins du travail de terrain, avec d'autres scientifiques, ...

Les travaux de l'ANSES orientés au départ sur les risques « durs » chimiques, physiques et biologiques, ont investis progressivement les risques moins matériellement objectivables mais tout aussi réels comme les TMS et les RPS. D'autres spécialités, des sociologues et des économistes par exemple, ont permis d'étendre la recherche du rôle des organisations de travail et du management dans les expositions aux risques « durs ».

L'ANSES s'efforce de développer son programme de recherche en proactivité avec le cadre européen. Par exemple, l'agence contribue à la classification harmonisée et la pertinence des étiquetages d'emballage (CLP - classification labeling packaging) pour les produits chimiques, qu'ils relèvent des règlements Reach, phytosanitaires ou biocides.

Elle conduit actuellement une expertise sur la cancérogénicité de la silice cristalline, qui n'est pas encore classée comme cancérogène au niveau Européen, ainsi qu'à une mise à jour des connais-

sances sur les expositions et les risques liés à cette substance.

De grands chantiers sont encore à développer

Les perturbateurs endocriniens font l'objet d'une coordination par des conventions avec les services de pathologie professionnelle et des pédiatres et Gynécologues pour établir l'incidence des expositions sur la fertilité et les malformations fœtales. L'ensemble des médecins du travail ne serait-il pas à impliquer dans cette recherche ?

Sur les nanomatériaux, l'ANSES gère la base de données des déclarations industrielles et fournit avec Santé publique France des guides pour le suivi en entreprise, en se questionnant sur les moyens de les porter dans REACH d'où leur faible tonnage les exonère parfois d'un enregistrement. Pourtant des risques sont à prévenir par exemple pour l'inclusion d'oxydes de titane ou de nanotube de carbone.

Pour des produits CMR (Cancérogènes, Mutagènes, ou toxiques pour la Reproduction), l'application des directives Européennes est un repère : les Valeurs Limites d'Exposition (VLE) ou les Valeurs Limites Biologiques (VLB) sont à revoir, le plus souvent à la baisse et l'ANSES travaille par exemple pour le Trichloréthylène, le 1-3 butadiène, ou le Béryllium. Mais plus globalement, suite aux différents PST, la création d'un site internet avec l'INRS et le CNAMTS favorise la promotion des substitutions.

On peut citer des objets d'études et de veille aussi sur les Fibres, les poussières, y compris celles des moteurs diesels, avec une recherche particulière sur les milieux souterrains des métros et tunnels. Il faut noter aussi des programmes sur les agents biologiques comme les moisissures ou les bio-aérosols, et des risques très répandus comme le bruit ou les champs électromagnétiques mais dont les cartographies d'exposition et la connaissance des effets sont encore à explorer.

Sur les facteurs organisationnels du travail, la publication coordonnée par l'ANSES sur le travail de nuit est une avancée solide, mais l'extension de ses travaux aux autres formes d'horaires atypiques est en cours avec la prise en compte des pathologies physiques et psychiques.

Une des préoccupations de l'ANSES est aussi le développement d'expertise sur les polyexpositions, malgré leur complexité. L'adjonction d'expositions professionnelles et environnementales en est une problématique étudiée, mais de nombreux autres cas font objet d'attention : BPA et pesticides, bruit/solvants/horaires/temporalité... La notion d'EXPOSOME s'avère utile pour la recherche, et devrait devenir centrale, même si elle est dénigrée par des producteurs.

Pour les tableaux de maladies professionnelles, une mission nouvelle de l'ANSES est de préétablir une expertise scientifique avant les négocia-

tions entre partenaires sociaux où les connaissances auraient été par le passé malmenées par des intérêts secondaires.

En perspective, l'apport des sciences humaines, sociales et économiques apparaît déterminant pour les travailleurs. Un enjeu est de projeter l'impact des changements sur la santé et le bien être professionnel dans des domaines très variés comme, le changement climatique, l'arrivée de nouvelles technologies comme la 5G, les expositions professionnelles de l'économie circulaire, les populations vulnérables comme celles des dé-tachés et des migrants...

L'ANSES est donc un relais financeur de la recherche en santé au travail, qui apporte à l'ANR (Association Nationale de Recherche) une sélectivité spécifique, et va promouvoir un parcours doctoral en santé au travail. Dans le cadre du programme nationale de recherche environnement et santé travail elle finance des projets de recherche en santé au travail à hauteur d'un million d'euros par an de différentes équipes ayant répondu à l'appel à projet. Les deux principaux ministères financeurs du programme sont l'environnement et le travail. L'agriculture, particulièrement concernée pour l'alimentation et l'utilisation des phytosanitaires pourrait y être davantage impliquée. La présence tutélaire et financière du ministère de la santé est réelle mais sans doute marginalisée par la prégnance d'autres structures de recherche et de référentiels avec l'INSERM (INstitut de Recherche Médicale), l'InVS, la HAS et la CNAM.

Le principe du PNREST l'ANSES est de précéder tout financement de projet de recherche ou de recherche par un comité scientifique élargi, pluridisciplinaire et indépendant. Puis un comité d'orientation va permettre la programmation des actions. La spécificité des risques d'atteintes à la santé des travailleurs doit persister en espérant qu'elle bénéficie de l'association à la préoccupation de l'environnement sans y être diluée.

La présence de la médecine du travail dans les comités scientifiques des projets de risques du travail, est principalement assurée par les hospitalo-universitaires du RNV3P. Quelques médecins du travail y sont aussi présents. Mais peut être que depuis quelques années les médecins du travail hyper sollicités notamment dans les services inter entreprises n'ont plus la disponibilité pour répondre aux appels d'offre et y participer.



Entretien avec Pierre DHARREVILLE

Par Véronique BACLE

Il a été un des animateurs et le rapporteur de la commission d'enquête parlementaire sur les pathologies professionnelles dans l'industrie, initiée en ce début d'année 2018 et dont le rapport a été diffusé ce mois d'août. L'appropriation de ce sujet par les députés parallèlement aux deux autres rapports témoigne des questionnements préoccupants en santé au travail. Plus éclectique, il confirme néanmoins des attentes pour l'amélioration de la prise en compte des pathologies professionnelles, de la prévention, et d'un service public de santé au travail.

JST. Quelle est l'origine de cette initiative de commission d'enquête parlementaire sur les pathologies professionnelles dans l'industrie, et comment vous y êtes-vous impliqué ?

Je suis élu dans un territoire industrialisé. Dans ce territoire, la sensibilité à l'égard de la santé au travail est particulièrement forte. Il a été marqué par le drame insupportable de l'amiante. Il a aussi vu naître des démarches novatrices pour combattre la maladie à sa source. Dans notre pays, on continue de s'abîmer au travail et parfois d'y trouver la mort. On ne peut pas s'y habituer. Ensuite, avec les ordonnances, le gouvernement a décidé de supprimer les CHSCT qui avaient constitué une grande avancée sociale. Donc on ne pouvait pas en rester là et j'ai proposé à mon groupe d'exercer son droit de tirage en instituant cette commission d'enquête dont j'ai été nommé rapporteur. Pendant six mois, nous avons donc beaucoup écouté, observé et réfléchi.

JST. Les auditions ? comment en avez-vous fait le choix ? Quels en ont été les apports les plus notables ?

Nous avons auditionné les principaux acteurs publics concernés car la responsabilité de l'État est en question, celle de nos institutions. Nous avons aussi auditionné les organisations syndicales, des associations de victimes, des chercheurs, des médecins, des inspecteurs du travail, des préventeurs, des infirmiers, des acteurs et actrices de terrain... C'est l'ensemble de ces auditions qui a permis le regard périphérique que nous avons tenté de porter. J'ai été frappé par l'apport du GISCOP 93 et de l'APCME, deux structures qui agissent concrètement pour éliminer les maladies, notamment par le moyen du cadastre, de la cartographie et qui se heurtent bien souvent à des institutions jalouses de leurs données. Nous avons voulu proposer des mesures permettant une amélioration immédiate des dispositifs.

JST. Parmi les 43 propositions, quelles sont les trois qui vous semblent fondamentales ?

C'est un ensemble qui fait sens, il n'y a pas de mesure magique. Mais d'abord, citons la réactivation de cette obligation tombée en désuétude pour un professionnel de santé de signaler une maladie dont la cause lui semble être professionnelle, avec un véritable dispositif derrière pour recueillir



Pierre DHARREVILLE
Études d'histoire suivi d'un engagement à la jeunesse ouvrière chrétienne pour les jeunes des milieux populaires.
Journaliste, notamment à l'humanité
plusieurs publications, nouvelles, biographie de Michel Vaxès, Romans et essais
Depuis 2017 député gauche démocratique et républicaine, membre de la commission des affaires sociales.

ces signalements et agir. Dans le prolongement, nous disons que chaque maladie dont la cause professionnelle est reconnue doit déclencher des mesures. Pour cela, il faut un service public puissant qui ne peut se considérer comme un simple

outil de conseil aux entreprises, capable d'utiliser à fond les données dont il dispose. Cela passe nécessairement par des démarches de type cadastre des postes de travail producteurs de maladie, registre des cancers... Et cela doit se faire dans la transparence. Dans ce contexte, il faut s'interroger sur l'organisation de la médecine du travail...

JST. En confrontant votre travail parlementaire aux deux autres rapports, quels sont les enjeux à venir ?

Parler de santé au travail, c'est parler de l'humain au travail, c'est parler des modes de production, des dégâts de la compétitivité libérale, des logiques prédatrices du capitalisme, des nouvelles méthodes de management, du coût humain et environnemental de la course au profit. Or, le gouvernement explique en permanence qu'il faut déréglementer, s'attaquer aux statuts, donc aux droits, lever les obligations formelles... C'est ce qui s'est passé sur les risques chimiques au moment des ordonnances. Et on ne peut en rester là. Il y a donc dans le rapport du professeur Frimat qui fait suite à un amendement adopté que j'avais déposé, des choses à prendre. La demande de rapport par le Premier ministre visait une réorganisation totale du système. S'il peut y avoir des convergences concrètes, l'idée de séparer le conseil du contrôle par exemple risque de priver des acteurs publics d'outils d'intervention et d'affaiblir l'action. Nous avons un débat sur la philosophie des transformations à opérer, sur leurs objectifs. Mais en tout état de cause, je considère mon rapport comme un éclairage, un point de départ pour imposer d'autres exigences en matière de santé au travail, se doter de vrais outils... Les organisations syndicales sont saisies du sujet, elles ont des propositions... Il peut y avoir beaucoup de monde au rendez-vous pour que la santé des travailleuses et des travailleurs ne soit pas une variable d'ajustement mais une exigence incontournable.

Extrait des 43 propositions de la commission d'enquête parlementaire.

Très éclectiques et trop longues pour être listées ici, mais accessibles sur le web.

À défaut d'exhaustivité, en voici un regroupement par quelques thèmes :

• Améliorer les connaissances en santé travail :

Réactiver l'obligation de signalement de toute maladie à caractère professionnel sous le patronage de Santé Publique France. (1)

Études épidémiologiques sur les populations à risques (2), et avec les registres de cancer (3). L'exploitation des données d'assurance maladie et des Dossier de médecine et Santé au Travail (DMST) (7), Créer une école nationale de santé au travail avec Réseau National de Vigilance de Prévention des pathologies Professionnelles (RNV3P) (4).

• Mieux cibler les postes de travail :

Assurer les mesures de toxicologie (5), abaisser les Valeurs Limite d'Exposition (VLE) (6), focaliser sur les postes de travail (8) avec fiches de risques

(9, 39), archivage public des Documents Uniques d'Exposition aux Risques Professionnels (DUERP)(10).

• Améliorer l'approche médicalisée :

DMST avec parcours professionnel appuyé sur le DMP.(11), formation initiale de tous les médecins (13), les sensibiliser (14), doubler les ressources en médecins du travail (15), liens entre médecins (16), suivi post professionnel (17), formation et statut des IST (34, 35)).

• Améliorer la reconnaissance et la prise en charge des maladies professionnelles :

Convergence avec des critères invalidité (20), inverser la charge de la preuve pour la dépression professionnelle (21), améliorer les tableaux, les ressources et faciliter les reconnaissances et les prises en compte (de 22 à 31).

• Pour un service public de prévention avec la CARSAT (33), et un service public unifié de santé au travail, décloisonné, en réseau (36,37), gérant les archives des DUERP en garantissant leur disponibilité (42).

• Mieux intégrer les salariés et leurs représentants :

Par des formations (26), leur information et sollicitation pour les reconnaissances de maladies professionnelles (27, 28), abaisser le seuil pour la Commission Sociale de sécurité et des Conditions de Travail (CSSCT) (41), les associer aux démarches de prévention (43).

Les risques chimiques : le rapport du professeur Frimat

Par Jacques RAVON

L'abandon de quatre facteurs majeurs du compte de prévention et de pénibilité a suscité de fortes protestations. Face à la vague d'indignation suscitée par l'exclusion des Agents Chimiques Dangereux (ACD) de ce dispositif, la ministre du travail a missionné en novembre 2017 le professeur de médecine du travail Paul Frimat pour réfléchir sur la prévention et la prise en compte des ACD. Les vingt trois propositions du rapport rendues publiques en août 2018 sont plus spécifiques que les deux autres contributions de cet été, mais sont au cœur de l'évolution de la santé au travail.

Un état des lieux rappelle que l'exposition aux ACD ne concerne pas que l'industrie mais aussi de nombreux services aux particuliers et aux collectivités allant de l'agent d'entretien au coiffeur et au personnel de santé. La dangerosité pour la santé du très grand nombre de produits chimiques utilisés en Europe n'est que partiellement connue par Reach entre autre, et les effets de multi-expositions sont très peu connus ni explorés. Plus de deux millions de travailleurs salariés sont impactés en France. Les ACD sont impliqués dans seulement 1 % des accidents de travail mais cause de 2 % des décès. La reconnaissance de maladies professionnelles est très faible. Seulement 1 à 2 % des cancers sont reconnus d'origine professionnelle, alors que Santé Publique France en estimait déjà la prévalence de 4 à 8,5 % en 2016, sans être exhaustif. On pourrait ajouter à son observation l'exposition des travailleurs agricoles ainsi que les inquiétudes vis à vis des perturbateurs endocriniens et le portage démultiplié dans le corps humain par les nanoparticules.

La réglementation prévoit la classification des ACD, mais avec des dispositions spécifiques pour les Produits Cancérogènes, Mutagène et toxiques pour la Reproduction (CMR), et encore plus précisément pour l'amiante, la silice cristalline et le plomb.

Dans la démarche d'évaluation des risques, obligation de l'employeur considérée comme la première étape de la prévention, l'inventaire de tous les produits et l'analyse de leurs risques exigent des ressources internes et externes. La priorité de suppression du risque et de substitution est suivie de la réduction du risque d'exposition, en système clos, par des protections collectives, puis individuelles. La traçabilité des ACD est en transition incertaine depuis l'abrogation du décret du 22 septembre 2017. Entre les Quatre vingt Valeurs Limite d'Exposition Professionnelles (VLEP) contraignantes, les trente quatre « incitatives » et les cinq cents à caractère non réglementaire, les obligations de contrôles, de suivi et la gestion des bases de données restent relatives. Si la démarche de prévention est similaire selon les directives européennes, la mise en œuvre est différente selon les pays.

Au total, cette réglementation est complexe et insuffisamment appliquée.

L'orientation des auditions a été structurée autour de trois thématiques, la prévention, la traçabilité et les compensations, qui sont reprises dans les propositions. Le résumé et les quelques commentaires qui suivent ont simplement pour but de vulgariser des repères pour cette prévention contre les ACD.

Il convient de mentionner les souhaits de simplification de la réglementation dès la proposition 1 « améliorer la lisibilité du droit pour favoriser son appropriation par l'ensemble des acteurs » avec pour illustration la succession des obligations en matière d'outils de traçabilité qui pourrait être significativement simplifiée.

Mais pour les entreprises les préconisations suivantes affirment plutôt des renforcements de procédures pour les entreprises. Dans la 2 : « améliorer l'articulation entre les mesurages » de l'exposition des travailleurs aux ACD et la mise en œuvre effective de mesures de prévention, et la suggestion « d'amplifier la place de la bio-métriologie », avec un impact probable direct sur le suivi médical.

Dans la 3 : avec « l'extension aux ACD les plus préoccupantes de la liste des travaux interdisant le recours aux Contrat à durée déterminée et au travail temporaire ».

Dans la 4 : avec la création d'un dossier ACD associé au Document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP), qui devrait être mieux conservé et mieux traçable.

Et dans la 5, avec l'introduction dans le code du travail « des amendes administratives en cas de non-respect d'obligations formelles en matière de risque chimique ». Ou la 6 avec « l'extension de la procédure d'arrêt temporaire d'activité à certains ACD en cas de manquement grave ». Et la contre partie positive avec la 7 : qui outre la mise à disposition des entreprises des repères pour leur évaluation, suggère « une nouvelle ristourne travail... bonus » accordée aux entreprises dont l'évaluation et le plan d'action ont des indicateurs pertinents.

Parallèlement pour la sphère santé au travail des moyens sont suggérés. Dans la 8 : « taxation des ACD les plus dangereux, CMR », pour « financer la toxicovigilance et la recherche associée ». La 9 : « un dossier d'entreprise numérique tenu par les services de santé au travail ». Complété en 10 et 11 : en associant aux documents établis par les SST, ceux transmis par l'entreprise, et en assurant un point de rencontre annuel entre les entreprises, intégrant les représentants du personnel du CSE, et les SST. Remarquons que ça aurait pu être le rôle des anciens CHSCT...

Il nous semble logique de nous attarder sur l'aspect de prise en charge du travail par le système de santé. En 12 : l'instauration d'un volet santé travail dans le dossier médical partagé (DMP) en favorisant le transfert des données médicales du dossier médical de santé au travail (DMST), sous

format numérique, est une avancée possible qui ne manque pas de générer des craintes pour le secret médical malgré « l'utilisation d'un identifiant sécurisé ». Avec la 13 : le système de santé serait impacté aussi par le suivi post-professionnel et post-exposition des salariés exposés à certains ACD.

Des compensations qui à notre avis, toute de bons sens qu'elles soient, relèvent de la régulation négociée avec les partenaires sociaux

En 15 : des droits à la formation professionnelle sont à étudier pour les salariés exposés à certains ACD. En 16 : le compte personnel de formation serait abondé en cas de maladie professionnelle liée au risque chimique ou allergique. Et le 17 : des expérimentations visant à accompagner les victimes à des produits sensibilisants vers le retour à l'emploi.

EN 19 : l'amélioration de la reconnaissance des maladies professionnelles est souhaitée en cas de difficulté d'établir l'exposition. Sont évoqués des analyse d'experts, reprenant celles des CARSAT, la finalisation de cursus laboris, une réflexion du pouvoir de la CRRMP, et la caractérisation de pathologies en éliminant des causes extra professionnelles y compris par des examens complémentaires.

On aurait aimé aussi une extension des tableaux et le bénéfice de la présomption pour l'élargissement aux pluri-expositions.

En 20 : la veille à la qualité des formations nécessaires aux professionnels des services de santé au travail en matière de toxicologie... ne serait pas en vain.

On ne peut que soutenir l'idée d'une acculturation des salariés et de leurs représentants, d'une recherche ambitieuse sur les risques chimiques, et d'un accès territorial aux données disponibles.

Plusieurs des propositions de ce rapport nous semblent contribuer à clarifier les rôles attendus pour la prévention face aux ACD, entre la responsabilité des entreprises, la contribution des services de santé au travail, les relais avec le système de soins, ainsi que l'appropriation par les travailleurs et leurs représentants. Ces obligations et ces objectifs sont des atouts pour la préservation de la santé et l'amélioration des conditions de travail. qu'il ne faudrait pas balayer par une simplification excessive.

Certaines de ces préconisations seraient aussi bienvenues pour d'autres pénibilités évincées du compte de prévention, telles que les manutentions, les postures, ou les horaires décalés.

La santé au travail par le management

Retour sur le congrès de médecine et santé au travail de Marseille

Par Luc Gerson

J'étais, comme beaucoup, perplexe sur l'intérêt du troisième thème du congrès de Marseille de Santé et Médecine du travail en juin dernier, managé par Gérard Lasfargues et Quentin Durand Moreau : Le management peut-il encore faire quelque chose pour la santé au travail ? Je ne me suis donc pas donné la peine d'assister aux séances. Je restais dubitatif aux retours de collègues qui avaient apprécié des communications et les débats. La collecte des communications dans les archives professionnelles et la diffusion intégrale audiovisuelle des séances sur cnmst.org m'ont permis d'en profiter pleinement, et de vous en faire part dans cette rubrique Eureka.

Même si des bouleversements du droit du travail sont affichés pour l'amélioration de la prise en compte de la santé au travail, la discussion reconnaît que les pouvoirs managériaux continuent à développer dans un contexte concurrentiel, sous couvert de formalisations trop souvent de façade et parfois hypocrites voire cyniques, la préservation des rendements au détriment de la dimension humaine.

L'interpellation incontournable de l'organisation du travail est confirmée par un spécialiste reconnu des Troubles Musculo Squelettiques (TMS). Au delà de la difficulté à infléchir les facteurs biomécaniques, les risques psychosociaux sont déterminants dans leur survenue et leur chronicisation. Des mécanismes physiologiques explicitent désormais le développement de TMS à partir non seulement de l'intensité du geste, mais des manques de marge de manœuvre, de reconnaissance et de sens du travail, et l'épidémiologie confirme. La prévention tertiaire par éviction de l'exposition et soin des atteintes a encore de beaux jours devant elle, tant les contraintes de rendement économique à court terme ne semblent pas laisser de place aux managers pour des réorganisations de travail. L'impact préventif des interventions simples éducatives ou ergonomiques reste mal analysé, mais reste sans doute modéré. Des interventions complexes multi dimensionnelles dans la durée ont une efficacité probable sur un infléchissement des symptômes et des absences au travail, mais la nécessité participative et pluridisciplinaire est une exigence difficile à intégrer par les organisations de travail.

L'exemple est donné pour l'industrie automobile, où les procédures standard précisément définies et prescrites s'imposent aux encadrants de proximité, finalement considérés comme exécutants sans marge de manœuvre.

Plus généralement les cadres ont a priori un pouvoir théorique sur les conditions de travail et la prévention de la santé au travail, mais ils sont de plus en plus souvent dans des injonctions paradoxales, devant à la fois mettre en place et évaluer des procédures dont leur hiérarchie supérieure ne semble pas préoccupée de la dimension humaine.

Les « faiseurs de performance » prennent l'ascendant, dans la mondialisation financière actuelle du travail, sur les « producteurs de travail », et ce sont les logiques professionnelles des gestionnaires qui s'imposent.

Alors dans ce contexte, le management peut-il encore faire quelque chose pour la santé au travail ?

Dans le nouveau management public ou dans l'entreprise libérée, les outils de management se révèlent insuffisants pour transformer l'activité au service de la préservation de la santé au travail, et des acteurs peuvent contribuer à reconstruire des ressources dont les limites sont plus ou moins consciemment perçues. Les actions externes des préventeurs ont peu de prise sur ces organisations. Comble, les objectifs chiffrés en santé au travail presque toujours ponctuels et formels, font perdre leur identité aux préventeurs.

Le management à distance profite largement des techniques d'information et de communication, avec des indicateurs dont la pertinence devrait être appropriée par les partenaires. Ces indicateurs ne dispensent pas de la confiance, des marges d'autonomie et de la reconnaissance dont le déni est parfois encore plus destructeur dans l'isolement.

Face à la prévalence augmentée des santés précaires pour les bas revenus par les mauvaises

conditions de vie et de soins, il fallait oser suggérer au médecin du travail de pouvoir questionner des rémunérations insuffisantes comme source de workaholisme ?? ou de résignation aux mauvaises conditions de travail.

Des managements par projet sont déployés entre les métiers sans vraie latitude décisionnelle en cumulant des charges de travail et décisionnelles dans un but de productivité, au prix d'épuisement professionnel ou désengagement émotionnel.

La Qualité de Vie au Travail, la QVT, apparaît comme un cache-misère. La restitution des atteintes à la santé au travail aux chefs d'entreprises doit-elle alors être mise en scène avec du rire pour qu'elle soit entendue ? On n'en voit guère les résultats. D'autres, au Québec, rêvent de l'efficacité d'une boîte à outil internet qui faciliterait l'analyse de leurs douze indicateurs de RPS.

Mais pourquoi donc synthétiser dans la rubrique EUREKA ce panoramique d'impuissance des managements actuels sur la prévention des atteintes à la santé au travail. Eh bien je trouve que ce traitement du thème management lève pas mal de confusions ambiantes sur le rôle de la santé au travail. Il met en évidence qu'une large part des professionnels de santé au travail constatent l'inadéquation de la tendance des organisations de travail pour la préservation de la santé au travail des salariés et l'importante inertie de presque toutes les formes d'entreprises publiques et privées dans l'environnement actuel. Les prestations des préventeurs ne peuvent se substituer aux incapacités contraintes des managers et invitent à rester modestes et sans illusion sur des actions de prévention primaire. Il reste à dire et redire la santé au travail.

Congrès 2018... Congrès 2018... Congrès 2018... Congrès 2018... Congrès 2018...



MUTATIONS DU TRAVAIL ET LES DÉFIS POUR LA SANTÉ

17 Novembre 2018 de 9h à 17h

Bourse du travail - annexe Varlin 85 rue Charlot 75003 Paris - métro République

9H30 : Travail et maladies chroniques, conférence de Dominique LHUILIER, Cnam

11H00 : Automatisation, intelligence artificielle et santé au travail, conférence de Michel HERY, Inrs

Après-midi débat : perspectives pour la santé au travail et stratégies syndicales (rapport Lecoq...)

Le choix du SNPST a été de prendre de la hauteur et du recul par rapport à l'actualité marquée bien évidemment par le rapport de la mission Lecoq. Celui-ci ne sera toutefois pas oublié puisqu'il sera le sujet du débat de l'après-midi et qu'il fait déjà l'objet d'une analyse dans le numéro du JST.

CARSAT, regrouperait les compétences des services de santé au travail interentreprises (SSTI) actuels, les services prévention de l'ARACT, l'OPPBT, et des services de prévention de la Carsat. Sa gouvernance serait de droit privé avec un CA paritaire (à l'instar du statut des CARSAT) « où siègent un représentant de l'État en région » (sic).

D'aucuns ont constaté que le partage égalitaire des voix entre patronat et syndicats de salariés aboutit toujours à une domination patronale. Pour rappel, avant les ordonnances de 1967, les salariés avaient trois quarts des voix à la sécurité sociale.

Cette structure régionale doit offrir les services d'un cahier des charges établi au plan national, être dotée de plateaux techniques de proximité géographique avec les entreprises. *Le suivi individuel obligatoire des travailleurs est évoqué, mais seul celui des handicapés et des travailleurs fragilisés est affiché. Un accompagnement pluridisciplinaire en prévention des risques n'apparaît que comme une prestation pour les entreprises.*

Il est à noter que le pilotage régional associerait l'Agence Régionale de Santé (ARS) à la DIRECCTE, ce qui n'est pas absurde mais questionne sur les arbitrages. *Les Médecins inspecteurs régionaux du travail seraient dans les ARS. Et les autres professionnels de santé au travail ?*

Des membres du collectif « ne pas perdre sa vie à la gagner » (A. Carré, LM Barnier, S Reggui) proposent une analyse du même rapport en 10 pages sous l'approche « santé au travail : « pas de prévention sans coercition ». nous avons extrait ce décompte de leur ordinateur :

Quand un ordinateur compte les occurrences de certains mots dans le rapport Lecocq :

- conseil, conseiller, etc. : 136
- accompagnement, accompagner, etc. : 95
- contrôle, contrôleurs, etc. : 43
- sanction, sanctionner, etc. : 11
- infraction : 0
- faute inexcusable : 0
- qualité de vie, QVT : 46
- bien-être : 23
- mal-être : 0
- souffrance : 3
- stress, stressés : 7
- suicides : 1
- partenaires sociaux : 53
- syndicat, syndicats, syndicales : 16
- prévention primaire : 9

L'orientation vers le service aux entreprises est très clair. Quid de la santé des travailleurs ?

Les seize recommandations

Celles ci seraient supposées, comme écrit en recommandation UN (1) donner davantage de visibilité nationale à la politique de santé au travail.

Le financement (2, 3, 4) fait appel aux fonds d'état, à la branche AT/MP (*Et encore ne faudrait-il pas faire un hold-up de la mission réparation de la branche AT/MP.*), aux contributions des branches, aux budgets des SSTI, avec 2 % des cotisations des organismes complémentaires, *dont on peut se demander quelle sera la contre partie*, et enfin une part volontaire de cotisation des travailleurs indépendants et chefs d'entreprise, *bien énigmatique.*

Un rapprochement avec la santé publique (5) *pourrait être convaincant s'il renforçait la prise en compte du travail dans la santé*, l'implémentation des risques professionnels du travailleur dans le DMP peut favoriser la prise en compte du travail par le système de soins, *mais comment*

garantir la confidentialité de ces données vis à vis des entreprises ?

Prévenir la désinsertion professionnelle (6) est une intention partagée. *La refonte complète préconisée du cadre juridique et institutionnel est-elle bien la réponse aux difficultés d'application du système actuel ? Ne faudrait-il pas renforcer les possibilités ou obligations d'intégration dans l'entreprise par des aménagements de l'organisation et des postes de travail, plutôt que d'avoir recours aux inaptitudes et à des formations inopérantes.*

L'optimisation (7) des ressources médicales et des professionnels de santé est *réduite au numérique et à la télé médecine. Mais ces outils doivent être encadrés et privilégier la dimension humaine et non technique de la prise en charge de la santé. Le rapport préconise un investissement plus grand pour des salariés fragilisés ou en situation de précarité. Cette proposition n'explique pas la nature de cet investissement et oublie l'intérêt préventif d'une vision globale de la santé au travail ? Paradoxalement, le recours à des conventions avec des médecins généralistes pour les employés des particuliers est un véritable abandon de ces populations fragilisées, précaires et à risque. Le siphonage de financement et de temps au détriment des services autonomes n'est-il pas un pari illusoire ?*

La formation des professionnels dans un objectif interdisciplinaire (8) est une notion tout à fait intéressante pour clarifier les coopérations dans les actions. *De notre point de vue, ce n'est pas qu'une question de formation, mais de positionnement et d'évaluation des pratiques.*

C'est une bonne intention de mieux prendre en charge la prévention des risques liés aux organisations de travail (9) et à leurs transformations. Le recours proposé à des formations et des prestations, des recherches des liens entre santé et transformation du travail, et un déploiement de démarches participatives *est un pari sur des moyens dont on ne peut anticiper les résultats. L'observation des atteintes à la santé des travailleurs sur le terrain est plus que jamais le moyen de repérer, d'alerter et de prévenir les atteintes à la santé des salariés.*

Une cellule spécifiquement dédiée au RPS (10) dans chaque région est sans doute aussi une bonne intention, *mais beaucoup d'acteurs observent aujourd'hui la généralisation de l'augmentation des risques psychosociaux qui doivent faire l'objet constant d'analyse et d'accompagnement des équipes de santé au travail sur le terrain, sans attendre le déclenchement d'une ressource régionale.*

Le guichet unique (11) serait plutôt bien accueilli, *mais sans l'intégration de la fonction publique et des services autonomes, il risque de creuser l'écart de suivi, et de rester celui des plus défavorisés avec le moins de moyens.*

« L'inter opérabilité » des systèmes d'information (12) est hautement souhaitable, tant pour les recherches que les évaluations ou les traçabilités. *Encore faut-il que ces données soient bien accessibles aux travailleurs, et que ces dispositifs soient validés par les professionnels de santé au travail de terrain.*

La simplification de l'évaluation des risques dans les entreprises (13) *aboutirait à un véritable appauvrissement de la traçabilité des risques de l'entreprise. La structure régionale n'a pas à participer à la responsabilité d'un plan de prévention interne à l'entreprise. La suppression de la fiche d'entreprise priverait la prévention et les salariés d'un avis indépendant sur la santé au travail. On ne voit pas comment « la proportion*

des obligations et des moyens » (14) pourrait se substituer au cadre réglementaire sans créer des inégalités.

Quant aux deux dernières recommandations sur les moyens de participation des partenaires sociaux (15) et l'amélioration de la QVT dans les fonctions publiques, *elles sont affichées comme des vœux pieux... en décalage et virtuelles.*

Au-delà de ces recommandations et de la lecture de ce rapport, le SNPST constate et s'interroge :

1. Absence de toute mention d'un suivi par une équipe pluridisciplinaire
2. Absence de mention du rôle de coordination du médecin du travail
3. Possible déconnexion entre les équipes de préventeurs et les équipes de professionnels de santé
4. Quelle sera l'indépendance et les objectifs des équipes de terrain ? seront-ils toujours en capacité de dire la santé au travail ?

Au total, ce rapport donne la part belle aux entreprises, et met la structure régionale de prévention à leur service par une approche par les risques. Le SNPST constate que cela n'a rien à voir avec son projet qui met le salarié au centre du dispositif pour la prévention de sa santé.

>> Le SNPST à votre écoute >>

Pour nous Contacter : contact@snpst.org

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

le Journal des professionnels de la Santé au Travail

N°67

OCTOBRE
2018

65/67 rue d'Amsterdam - 75008 PARIS

Tél. : 01 40 23 04 10

<http://snpst.org>

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

Directeur de publication : Gilles Arnaud

Rédacteur en chef : Gérard Lucas

Secrétariat de rédaction : Diana et Claudine

Illustrateur : Gérard Lucas

Mise en page : DHTL - 01 34 25 82 80

COMITÉ DE RÉDACTION :

Gilles Arnaud, Véronique Bacle, Mireille Chevalier, Gérard Lucas, Joëlle Milliez, Jean-Michel Sterdyniak

ONT COLLABORÉ :

Gilles Arnaud, Véronique Bacle, Mireille Chevalier, Jean-Michel Domergue, Luc Gerson, Gérard Lucas, Melissa Menetrier, Joëlle Milliez, Isabelle Legras, Jacques Ravon, Hélène Ruck, Pascale Varnou

Conception éditoriale et graphique : Betty Bente Hansen

Imprimerie Poisneuf - 56120 Josselin - 02 97 22 23 40