

Activité syndicale ..p2 contentieux Vous avez dit contentieux	Interview.....p5 Alain Carré
Terrain.....p3 SST, un tournant gestionnaire dans les pratiques de prévention	Chantier.....p6 Infirmier en santé au travail et responsabilité
Institution.....p4 l'indépendance pour quoi faire	Eureka.....p7 Reach, filtre ou passoire



Un changement d'année qui n'incite pas à la fête en santé au travail.

Des attaques cyniques envers les professionnels de santé, des atteintes frontales... Notre expertise et notre spécificité sont systématiquement minorées. L'actualité du contentieux est riche, bien plus riche que les réflexions que l'on peut glaner de ci de là sur la Santé au Travail.

D'ailleurs, peut-on encore parler de santé au travail quand tout tourne autour de l'offre de services aux entreprises ? Bien sûr, dans un monde idéal, l'entreprise protège la santé et assure la sécurité, la qualité de vie au travail de ses salariés...Le procès de l'affaire France-Télécom est là pour nous rappeler à la réalité.

Alors, faisons du paritarisme pour prévenir les atteintes à la santé du fait du travail. L'entretien avec Alain Carré est glaçant à cet égard. Il décrit bien les limites de l'exercice. Alors, on peut s'attrister et s'alerter des propositions du rapport d'expertise sur la réforme de la santé au travail (rapport Expert, Lanouzière, Seiller) : ces experts prônent ni plus ni moins l'abandon du contrôle de l'Etat dans la protection des travailleurs. Certes, France Santé au Travail serait à la tête du réseau des futures structures régionales, mais la réflexion sur la Santé au Travail, la consultation sur les évolutions législatives resteraient dévolues au COCT...et retour au constat d'Alain Carré qui a pu observer au plus près les difficultés d'une gestion paritaire de la Santé au Travail.

La question est : jusqu'à quel point les atteintes à la Santé peuvent être négociées ?

Isabelle Legras

**Meilleurs vœux
du JST
Pour la santé au travail
que 2020
ne soit pas vain**

LA SOUFFRANCE AU TRAVAIL : REGARDS CROISÉS

Par Véonique Bacle

À partir de l'interventions de Marie PEZÉ et Danièle LINHART lors des journées d'études de la Licence Santé Travail à Lille, Elles nous proposent de mieux comprendre les grandes mutations du monde du travail et des théories du management. Elles rappellent aussi l'importance de maîtriser ces concepts : c'est très important, quand on s'occupe de souffrance au travail, d'avoir une connaissance des théories du travail.

Le travail : une centralité dans la construction identitaire encore méconnue.

Marie PEZE prend l'exemple de son expérience professionnelle.

Dans les années 1970, dans un service de chirurgie de la main, après un accident, l'important était de réparer pour retourner au travail. S'il y avait des douleurs, l'explication était psychologique (sinistrose..) On cherchait une manière d'expliquer. Nous avons notre carte scientifique pour expliquer le monde

Dans les années 1980, avec l'explosion des syndromes du canal carpien, des TMS, les chirurgiens s'interrogent. Mais nous sommes toujours dans la science moralisatrice, ce sont des gens de service, des femmes de ménage. On ne comprenait pas ce qui leur arrivait. A l'époque, Christophe DEJOURS (chaire de psychologie du travail) commence ses recherches. On commence à s'interroger sur le geste, ce geste qui se crée dès l'enfance. Nous héritons des gestes de nos parents et grands-parents. Et de la même façon pour nos racines sexuées. Le comportement psychomoteur différent entre filles et garçons s'inscrit dans l'éducation reçue. Dans le monde du travail, les gestes sont chorégraphiés, protocolisés, c'est la « taylorisation » du corps. Nous emportons la construction de notre identité dans le monde du travail, dans le champ social. Le travail a une place colossale, dans la dynamique de la reconnaissance, dans le jugement d'utilité. Il y a une grande importance à faire un métier « qui serve ». Le jugement d'utilité est donné par nos pairs, par nos patients, par la hiérarchie. Il est important de se dire que le travail est bien fait. Nos formations reposent essentiellement sur les règles de métiers, ce sont nos pairs qui reconnaissent les règles de métier, c'est le « jugement de beauté ». Ce sont les règles éthiques d'exercice du travail. Ce dont souffre le salarié français, c'est de mal faire son travail...

Il faut comprendre le rôle central du travail comme pacificateur individuel, et pacificateur social. Le chômage chronique montre comment une société peut devenir violente. La question se pose en sociologie. Les organisations du travail ne reconnaissent pas la professionnalité des travailleurs. Pour les directions, l'objectif est d'obtenir le meilleur investissement possible, avec les meilleurs critères, les plus adaptés à leurs objectifs, en faisant oublier aux salariés leurs propres valeurs. Et donc, ne pas oublier l'importance des organisations du

travail dans la souffrance au travail, ce croisement entre l'organisation et le profil individuel.

Comprendre le travail est à la croisée de beaucoup de champs. Philippe DAVEZIES a bien montré l'écart entre la prescription du travail et ce qu'il faut ajouter (de soi) pour y arriver. Si on faisait tout ce qui est écrit dans la procédure, tout s'arrêterait. Il y a une double invisibilité du travail réel : perte de la construction du collectif de travail, et le « travailler par corps », dont l'organisation ne veut rien savoir. (Lire « Le travail invisible » de Pierre-Yves GOMEZ)

Danièle LINHART reprend l'histoire des organisations du travail depuis le 19^{ème} siècle. Et pose d'emblée que les organisations du travail ne respectent pas la professionnalité des travailleurs.

Pour une direction, l'intérêt est d'avoir le meilleur investissement possible, avec les meilleurs critères, et les plus adaptés à leurs objectifs. Et donc, faire oublier aux salariés leurs propres valeurs. C'est une problématique qui a agité le 19^{ème} siècle. Taylor a introduit « l'organisation scientifique du travail », avec en premier objectif celui de la rentabilité, mais aussi de ne pas laisser le savoir aux ouvriers, car celui-ci leur donne du pouvoir. Le succès du taylorisme est historique, quasiment mondial (système repris par Lénine.)

Au 20^{ème} siècle, cette logique est remise en question, notamment en 1968, et de façon particulièrement forte en France. « On veut se reconnaître dans le travail ». Les nouvelles technologies apparaissent, il y a la montée du tertiaire dans l'économie. Le management est confronté à un nouveau dilemme, et une nouvelle pensée managériale apparaît dans les années 1980, qui s'appuie sur plusieurs piliers :

L'individualisation, avec l'attaque en règle des collectifs de travail, et la psychologisation de la relation au travail (« sortir de sa zone de confort », « faire grandir ».)

Un foisonnement de chartes éthiques, pour légitimer les nouvelles organisations

Des changements permanents (« secouer le cocotier »), qui demandent des adaptations permanentes. De nouvelles consignes, de nouvelles valeurs, avec la volonté de rendre obsolètes les connaissances des salariés (rappel ; le savoir, c'est du pouvoir.)

VOUS AVEZ DIT CONTENTIEUX?

Par JM Domergue

D'après un dictionnaire étymologique de la langue française, le terme « contentieux » viendrait du latin contentiosus qui signifie « chicaneur » cad « qui aime les disputes ». Les synonymes nous renvoient vers litige, conflit, différend, discussion et contestation, et les analogismes orientent vers chicane, argutie, avocasserie, manœuvre, vers chipoter et ergoter, etc

Pourtant sans aucun doute y a-t-il de bonnes et saines disputes. Ce sont celles qui permettent à la fois d'explorer ou creuser un sujet, et bien sûr à la fois de faire avancer (en l'occurrence le droit) pour contribuer à ce qu'une situation litigieuse ne se reproduise pas et réparer un préjudice. Le SNPST est donc souvent interpellé par ses adhérents, mais aussi par d'autres professionnels de santé, voire par des salariés de toute sorte d'entreprises. A chacun le syndicat apporte une réponse ou une orientation. Et en ce qui concerne ses adhérents un accompagnement approfondi tel qu'un courrier à l'employeur pour rappeler une règle par exemple de la convention collective (salaires, congés,...), une recherche de textes, de jurisprudence ou l'écriture d'un mémoire en soutien de l'adhérent. En cas de procédure judiciaire qu'il n'aurait pas été possible d'éviter, une intervention volontaire au procès lorsque la situation s'y prête, est décidée par le bureau national.

Le SNPST peut être aussi interpellé par la publication d'une nouvelle législation, rédigée bien souvent par des fonctionnaires très éloignés du terrain, ou sous influence de certains lobbys. Il s'agit alors soit de rédiger une réponse argumentée pour une bonne (re)lecture du texte litigieux par les adhérents en rappelant les valeurs du syndicat. Parfois, on peut envisager d'attaquer le texte au Conseil d'Etat ce qui est une procédure très lourde et coûteuse. Mais la décision, qu'elle soit favorable ou non, peut enrichir la compréhension de certains points difficiles à admettre ou renvoyer la décision au législateur. Dans le feu de l'actualité des SST, plusieurs questions récurrentes ont été posées ces derniers mois par les adhérents à propos :

- des fusions de services et de leurs conséquences tant sur les contrats de travail que sur les accords d'entreprise
- du fonctionnement des CA/CC et de la gouvernance des SST
- des procédures et stratégies électorales dans les CSE, et des conflits intersyndicaux
- des négociations dans les SST

Beaucoup de questions portent sur l'indépendance des professionnels de santé, ce qui va fréquemment de pair avec les dysfonctionnements des gouvernances des SST.

Une question pertinente nous a aussi été posée au sujet du devenir des dossiers médicaux dans

un service de la fonction publique dont la direction est reprise par un ingénieur de sécurité. Son poste de médecin du travail n'était pas remplacé.

Un autre adhérent nous a demandé ce qu'il pouvait se permettre d'écrire dans son avis destiné au renouvellement de l'agrément de son SST en sursis pour 2 ans du fait de nombreuses irrégularités.

Dernièrement, une adhérente médecin du travail, licenciée pour de mauvais rapports avec certains de ses collègues, a été convoquée comme il se doit en Conseil d'Administration/Commission de Contrôle (CA/CC) pour apporter ses explications contextuelles et recueillir un avis. Or, d'une part les participants au CA étaient exactement les mêmes personnes que ceux de la CC, mais en plus le président du Service de Santé au Travail a clairement expliqué l'inutilité de tenir la CC pour cette raison. Les compte-rendus récupérés auprès de l'Inspecteur du Travail peu après ont montré que les 2 réunions auraient pourtant bien eu lieu avec un horaire de CA curieusement inclus dans celui de la CC. Cette pure mascarade n'a perturbé personne parmi les participants patronaux ou syndicaux des CA/CC, et pas même l'IT ni le MIRTMO (Médecin Inspecteur Régional du Travail).

Dans un autre cas, une Infirmière en Santé au Travail (IDEST) a été licenciée pour avoir appliqué le protocole AES utilisé avec son médecin du travail. Ce dernier venant de démissionner, il lui a été reproché un exercice illégal de la médecine. Le responsable de la structure de soins intéressée l'a soutenue. Mais bien sûr, à aucun moment le directeur n'a été inquiété pour avoir laissé cette IDEST faire ses nombreuses consultations infirmières sans médecin. Là encore on peut constater une sorte de mascarade dans le fonctionnement du service. Il est vrai que l'intérêt financier (la rentrée des cotisations adossées aux visites) a bien semblé primer sur le reste.

Un adhérent remplaçant récent d'un collègue nous questionne sur la situation d'un cadre supérieur en arrêt en Maladie Professionnelle (MP) depuis 2 ans pour harcèlement moral et bientôt consolidé. Le dossier médical est vide sur ce sujet, y compris la dernière consultation quelques jours avant le départ du médecin remplacé et l'arrêt de travail MP du salarié. Plusieurs entretiens téléphoniques avec le salarié et des envois de documents ont permis de reconstituer l'histoire. Une affaire prud'homale avait eu lieu pour récupérer divers salaires dus et le conseil a constaté à ce sujet un harcèlement. Le salarié a écrit à son employeur et au SST pour prévoir une consultation de reprise de travail à une date proche. Mais le médecin remplaçant n'a jamais vu le salarié et n'a pu aller qu'une fois dans l'entreprise pour rencontrer l'employeur. Ce dernier demande au médecin

du travail un certificat tendant à démontrer qu'en cas d'inaptitude, celle-ci n'a aucune origine professionnelle...

Ces 3 exemples de demande d'adhérents montrent qu'il peut être légitime de se battre d'abord pour faire reconnaître un préjudice indéniable dans les deux premiers cas et pour trouver une solution juridiquement fondée dans le dernier cas. Surtout, tous ces cas démontrent les dysfonctionnements majeurs une fois de plus des gouvernances des SST : la mascarade des conseils d'administration et commissions de contrôle et la mauvaise foi des employeurs. Il n'est pas inutile de rappeler à ce sujet les articles 1134 du code civil et 1222-1 du code du travail. Même si dans son application « travail » le sens du terme « exécution de bonne foi du contrat » a été un peu dévoyé puisque cet article insiste plus sur les obligations des salariés que sur celles des employeurs, alors que le code civil est plus équilibré, la signification de l'exécution (réciproque) de la bonne foi est une application loyale et correcte de toutes les lois de la République, dont bien sûr les textes directement applicables au fonctionnement des SST mais aussi à la prévention des risques professionnels en particulier dans ces services.

Dans le premier cas, il semble que la direction au courant de la situation ait laissé faire les choses jusqu'à ce qu'un conflit ouvert éclate et le fonctionnement du CA/CC de ce SST est une provocation. Dans le deuxième cas, la mauvaise foi de l'employeur est évidente. Quant au troisième cas on touche à des SST en dérive pour des causes multifactorielles sans doute, mais où la gouvernance est en cause.

Nul doute par ailleurs, que si en amont les SST avaient un fonctionnement vraiment démocratique, on n'en serait pas là. On peut rêver de décideurs en CA qui comprennent les missions de service public au service des travailleurs, des CC qui débattent vraiment sans conflit d'intérêt et enfin des CMT qui leur apportent le regard des professionnels en toute indépendance. On peut rêver aussi au recours naturel et à l'arbitrage de l'inspecteur/médecin inspecteur du travail pour départager et désamorcer des conflits de posture.

Dans le genre des cas relatés ci-dessus, dénoncer une situation déviante et la porter parfois devant les juridictions appropriées est bien une saine dispute !

Vous pouvez saisir le service contentieux du SNPST si vous êtes adhérent à jour de cotisation, il vous suffit d'adresser un mail à l'adresse du syndicat snpst@free.fr. Pensez lors de cet envoi à joindre des pièces jointes déterminantes et à rédiger un court mémo sur votre difficulté. N'oubliez pas de noter vos contacts : portable et adresse mail personnels.>>

Services de santé au travail: un tournant gestionnaire dans les pratiques de prévention

par Blandine Barlet

C'est pour les besoins de ma recherche doctorale en sociologie que j'enquête pour la première fois en 2010-2012 le terrain des services interentreprises de santé au travail, alors en pleine évolution. Une fois ma thèse soutenue, j'ai l'occasion d'y revenir en 2017 puis en 2019 pour d'autres travaux de recherche. Cette amplitude dans le temps m'a permis de confirmer des tendances observées dès le début des années 2000.

En effet, sur cette période, les services de santé au travail ont beaucoup changé mais les problématiques restent les mêmes et la situation est préoccupante. Les médecins du travail sont désormais peu nombreux, surtout dans les régions pauvres en médecins, loin des plus grands centres urbains. Ils se retrouvent alors surchargés, dans un contexte où la santé au travail pose des problèmes aigus : les troubles musculo-squelettiques, le maintien en emploi de travailleurs handicapés, les expositions aux risques psychosociaux et aux risques chimiques qui aboutissent à des pathologies graves, constituent leur quotidien. Le mantra de la « prévention primaire » est alors de moins en moins présent : les médecins du travail font face à des pathologies avérées et, de ce fait, ont moins l'opportunité d'aller sur les lieux de travail et d'effectuer des consultations périodiques qui permettraient aussi d'accéder à une connaissance des conditions de travail. Or, cette connaissance est depuis 1979 au cœur de l'expertise qu'ils mettent en œuvre, en un jeu d'aller-retour entre consultations et visites d'entreprises. Leur crainte de se retrouver cantonnés dans leur cabinet médical par l'arrivée de nouveaux personnels était donc fondée : ils sont désormais éloignés du terrain et connaissent de moins en moins les entreprises qui leur sont affectées. Pour une majorité de médecins, le « tiers temps » est réduit à une peau de chagrin car des visites qui présentent un certain caractère d'urgence (notamment les visites à la demande et les visites de reprise après arrêt de travail) prennent le dessus. L'absence de plafond de salariés et d'entreprises suivis par médecin, mis en place en 2012, a amplifié cette tendance : à la tête d'une équipe constituée d'une ou plusieurs infirmières et d'une assistante, il arrive que le médecin du travail se retrouve responsable du suivi de jusqu'à près de 9000 salariés. Dans ce type de secteurs, l'activité de convocation des salariés à la visite médicale n'a plus lieu d'être : les médecins sont sur-sollicités par salariés et employeurs et n'ont plus le loisir de voir des salariés bien portants. Ils développent ainsi, de leur propre aveu, une conception biaisée et très noire de la santé au travail, qu'ils ne voient plus que par le prisme de sa dégradation.

En contrepartie de la désertion des milieux de travail par les médecins, des interventions opérées par des IPRP ou des assistantes santé travail permettent de conserver une approche en terme de prévention primaire et de la mener en mobilisant diverses disciplines, ce qui constitue un apport souvent précieux pour les salariés. Cependant, ces intervenants n'ont pas toujours les moyens d'effectuer cette prévention. Ils sont mis en difficulté du fait de l'inscription de leur activité sur le terrain conflictuel de l'entreprise, et ce sans les protections dont les médecins disposent en terme de statut légal ou même d'autorité symbolique. Les assistantes prennent aussi un rôle inédit et central dans la mise en œuvre effective de la prévention, entre médecins, entreprises et salariés. Malheureusement, les services ne leur donnent pas toujours les moyens de se positionner uniquement comme des assistantes médicales, et elles se retrouvent mobilisées sur des prestations diverses, comme la gestion de bases de données, dont la responsabilité incombe pourtant à l'employeur.

Parallèlement, le fonctionnement « en équipe », quand des moyens logistiques adéquats sont mis en œuvre pour l'accueil des infirmières, permet de conserver un suivi malgré la surcharge de travail. Les infirmières gagnent en autonomie et effectuent de plus en plus de visites de suivi, ce suivi de proximité étant globalement très apprécié par les salariés et permettant de conserver une forme de veille sur les conditions de travail. Depuis début 2017, les infirmières peuvent désormais assurer un rôle de prévention dès l'embauche, du moins sur les postes ou les salariés n'étant pas classés comme étant à risque.

Cependant, les politiques d'embauche et de formation des infirmières sont encore très hétéroclites. Alors que dans certains services, les infirmières choisies ont suivi une formation universitaire en santé au travail ou bénéficient d'une expérience importante en entreprise, dans d'autres, elles sont orientées à l'embauche vers une formation sommaire.

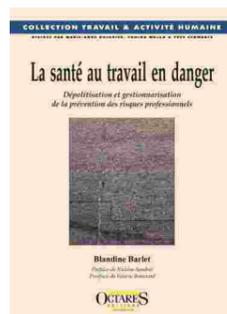
De plus, l'impressionnant *turn over* infirmier dans certains services donne une idée des difficultés qu'elles rencontrent pour trouver une place.

Un changement notable de ces dernières années est également l'arrivée de médecins collaborateurs formés sur quatre années et suivis par un médecin du travail qui joue un rôle de tuteur. Selon les politiques des services et l'avancement de leur formation, ces médecins peuvent soit prendre en charge une partie de l'effectif de leur médecin tuteur, soit récupérer un effectif complet. Si, dans le meilleur des cas, leurs binômes avec les médecins du travail pendant les quatre ans de tutorat permet à ces derniers de transmettre leur savoir-faire avant de partir en retraite, il arrive aussi que les médecins du travail déplorent l'arrivée d'un personnel qui, attiré par des salaires élevés et un rythme de travail rompant avec celui de l'exercice libéral ou hospitalier, ne montre que peu d'intérêt à l'exercice de la médecine du travail. Or le passage de relais est essentiel car seuls ces « collaborateurs » (très souvent des collaboratrices) peuvent assurer la continuité d'une présence médicale dans des services menacés de « démedicalisation ».

Ainsi, les politiques de ressources humaines des services occasionnent toujours des tensions entre les médecins du travail et le personnel avec lequel ils collaborent au quotidien. Ces tensions ne sont en rien apaisées par des textes juridiques qui laissent encore des marges d'interprétation importantes aux services employeurs. Elles peuvent en revanche l'être quand les commissions médico-techniques, instances consultatives réunissant les différents acteurs des services, jouent leur rôle d'arène de débats. Les nouveaux arrivés (infirmières ou assistantes, par exemple) ont dû et doivent encore y négocier leur présence ; la seconde étape est alors que leurs voix soient entendues.

Le renouvellement du personnel des services, loin de se réduire à une simple « démedicalisation », a opéré un changement dans le contenu du travail effectué et dans les missions poursuivies. Le médecin du travail reste, malgré la multiplicité des acteurs professionnels avec lesquels il interagit désormais dans son quotidien professionnel, le seul acteur au statut de salarié protégé, soit le seul qui, en théorie, peut se permettre le luxe de se positionner uniquement du côté de la protection de la santé des salariés. De fait, ce positionnement devient minoritaire et l'objectif de gestion des risques s'immisce alors jusque dans les pratiques médicales mêmes : le terme de « prestation », de même que l'appui à la rédaction du document unique, sont aujourd'hui tout à fait banalisés pour les salariés des services, médecins compris, alors qu'ils faisaient en 2010 encore largement débat.

La gestionnarisation de l'activité des services de santé au travail, repérée à un moment charnière de la mise en place de la pluridisciplinarité (2010-2012), se confirme donc aujourd'hui. La mise en place d'un nouveau management public dans le domaine de la santé au travail a certes entraîné des bouleversements techniques, touchant les modalités d'intervention des équipes, mais aussi et surtout rendu acceptable un glissement vers un idéal gestionnaire et non plus vers un idéal de santé.>>



L'indépendance... pour quoi faire?

par Pascal Marichalar, sociologue, chargé de recherche au CNRS

En 1997, la sociologue américaine Lily Hoffman a publié un article intéressant sur la question de l'indépendance professionnelle des médecins (Professional Autonomy Reconsidered, CSSH). Son terrain d'enquête est historique: la Tchécoslovaquie de l'époque communiste. Elle décrit comment les médecins étaient réputés indépendants, alors qu'en fait ils étaient l'objet de multiples contrôles insidieux de la part des autorités: on ne leur fournissait pas certains médicaments, ni certains outils ; on leur offrait l'abonnement à telle revue mais pas à telle autre; on leur disait qu'ils étaient libres d'exercer leur métier comme ils et elles le souhaitaient, tout en rappelant la définition officielle de leur métier...

J'ai lu cet article alors que je commençais une thèse de doctorat en sociologie sur la médecine du travail en France, et bizarrement, j'ai trouvé de nombreux parallélismes entre les deux. Les médecins du travail ont un droit et même un devoir d'indépendance, mais doivent néanmoins composer avec un statut inconfortable, qui en fait des salariés, et donc des subordonnés, d'associations gérées par les employeurs. Certaines et certains m'ont expliqué avoir fait l'objet de pressions via la non-fourniture de matériel, les sanctions à l'égard des assistantes et infirmières qui travaillaient avec elles et eux, le contrôle tatillon du nombre de vacations réalisé – au détriment d'autres conceptions du travail qui auraient pu insister davantage sur le tiers-temps en entreprise, au plus près des postes de travail. Alors, bien sûr, on n'a pas le droit de faire pression sur le médecin du travail pour qu'il révèle un secret médical ou change sa décision. Mais il y a tant de moyens de faire des pressions *indirectes*.

J'ai rencontré, aussi, des praticiennes et praticiens qui ne subissaient aucune pression, jamais ; peut-être parce que leur exercice ne froissait personne en haut lieu (je pense à ce médecin qui passait ses vacances à expliquer aux salariés comment prévenir l'usage du cannabis chez leurs enfants – le lien avec le travail semble distant). Ceci renvoie à une question fondamentale : être indépendant, d'accord, mais pour faire quel métier ? "Éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail" ? Ou simplement vérifier l'aptitude d'un corps humain à se faire polluer, user, mutiler? Ou conseiller aux salariés de manger cinq fruits et légumes par jour?

Les médecins du travail qui cherchent à remplir leur mission de prévention le font généralement en s'appuyant sur d'innombrables ressources : des personnes et des institutions, aussi bien du côté de l'Etat, des directions d'entreprise, du monde médical que des salariés. Grâce à ces soutiens, ils parviennent à ne pas dévier du cap qu'ils se sont fixé. Ceci vaut a fortiori pour tous les personnels des services de santé au travail – à la nuance près qu'ils n'ont pas tous un statut aussi protecteur que le médecin, et donc il peut être encore plus difficile de rester autonome. Au final, le mot indépendance m'est apparu trompeur, et j'ai préféré celui d'autonomie. Non pas n'être dépendant de personne – cela condamne à l'impuissance – mais se donner la loi à soi-même, en adépte éclairé de la morale kantienne.

L'autonomie professionnelle est également au cœur de mon enquête suivante, qui a porté sur l'histoire des ouvriers de la verrerie de Givors, une usine créée en 1749 et fermée en 2003. C'est une histoire dans laquelle il y a de nombreux professionnels de santé: certains isolés et impuissants, d'autres bien connectés et œuvrant au service de la prévention, d'autres enfin qui ont choisi le camp de la mise en doute de la parole du salarié.

Dans cette usine, les médecins du travail successifs ont eu, au mieux, un effet marginal en termes de prévention, au pire, un effet de légitimation de la mise en danger. La dernière titulaire du poste a insisté pour que les verriers licenciés ou reclassés repartent avec une attestation d'exposition à tous les produits chimiques qu'ils avaient rencontrés au cours de leur carrière.

Cependant, elle avait besoin de la contre-signature de l'employeur. Celui-ci n'a pas voulu signer. Les attestations n'ont donc jamais été délivrées aux salariés. Ceci a démultiplié, ensuite, les difficultés des verriers pour obtenir un suivi médical post-professionnel et faire reconnaître l'origine professionnelle de leurs pathologies.

Des médecins, il y en a aussi derrière les fiches de données de sécurité, ces brochures qui accompagnent les produits chimiques utilisés et qui sont censées informer de leur dangerosité. L'un d'eux, employé par une filiale de Total, a osé écrire sur la fiche d'une huile minérale employée pour le graissage des moules de verrerie que le produit était inoffensif tant qu'il n'était pas chauffé. En feignant d'oublier qu'une goutte de verre à 800° tombe chaque seconde sur le moule, transformant l'huile en un brouillard d'hydrocarbures aromatiques polycycliques cancérigènes. En voilà un qui a sans doute perdu de vue l'impératif de ne pas nuire.

Des médecins, il y en a enfin dans les Comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles. L'examen de cette histoire a montré que nombre de ces professeurs éminents n'hésitent pas à entretenir le mélange des genres, œuvrant en tant que consultants pour des entreprises mises en cause en justice, tout en statuant sur le caractère professionnel des maladies contractées par les salariés de ces mêmes entreprises. Le conflit d'intérêt est aussi interne aux services de pathologie professionnelle, lorsque l'expert appelé à infirmer ou confirmer la décision de rejet établie par un précédent médecin n'est autre qu'un collègue dudit médecin, voire, comme cela a pu être le cas dans cette affaire, la même et unique personne.

Mais dans cette histoire il y a aussi une infirmière, Marie-Christine Cabrera Limame, qui ne quitte pas sa boussole morale et agit pour aider les verriers à faire reconnaître l'injustice subie. Elle n'est pas seule, mais s'appuie sur un large collectif de réflexion et d'action.

Indépendance n'est pas synonyme d'isolement, surtout lorsqu'on agit contre le vent. C'est grâce à leurs ressources collectives que les soutiens des verriers, et les verriers eux-mêmes, ont pu développer une réflexion et une action en propre. Seuls, ils seraient ballottés par les forces dominantes. Ces hommes et ces femmes doivent néanmoins se débattre avec une conception majoritaire de l'indépendance, selon laquelle un médecin qui aide un ouvrier sans incitation financière est nécessairement "engagé", et donc non fiable. Au contraire, un expert qui témoigne pour des entreprises contre argent sonnante et trébuchant, ou qui défend l'Etat contre toute accusation de défaillance, peut, lui, garder sa réputation de "neutralité".

Aujourd'hui, des marges de manœuvre immenses existent pour éviter des dizaines de milliers de cancers professionnels, des centaines de milliers de problèmes péri-articulaires, et bien d'autres maladies, accidents et handicaps dus au travail. Ce n'est pas une question de savoir ou d'ignorance. La grande majorité des risques sont connus, bien que les marchands de doute tentent de manière soutenue d'obscurcir les connaissances déjà acquises. Le problème n'est pas technique, mais politique. Une prévention véritable des risques professionnels suppose de donner le primat à la personne de la travailleuse, du travailleur, sur les considérations de productivité, de rentabilité, de profit. Elle suppose aussi de donner, à tous les professionnels de la prévention, les moyens d'une véritable autonomie professionnelle au service de leur belle mission. N'en déplaise à certains, les collectifs de réflexion autour du métier comme l'est celui du SNPST et de son journal le JST donnent les armes de cette autonomie.

Pour en savoir plus biblio :

Pascal Marichalar, *Médecin du travail, médecin du patron? L'indépendance médicale en question*, Presses de Sciences Po, 2014

Pascal Marichalar, *Qui a tué les verriers de Givors? Une enquête de sciences sociales*, La Découverte, 2017

Alain CARRE le COCT et la santé au travail

JST - Dans quelle commission du COCT avez-vous siégé et quel était votre rôle?

J'ai siégé avec une de mes camarades, particulièrement compétente, ingénieur conseil d'une CARSAT, de fin 2009 à fin 2014 puis seul jusqu'à fin 2017 pour représenter les travailleurs pour la CGT à la commission N°4 du COCT (pathologies professionnelles)

JST - Avez-vous obtenu des avancées pour la santé au travail?

Mon rôle, comme celui des représentants des salariés, était de faire évoluer le processus de réparation des pathologies professionnelles dans l'intérêt de la santé des travailleur.euses. Jusqu'en 2018, les plénières ne sont que des chambres d'enregistrement. Le véritable travail se déroule en "groupes de travail" thématiques dans lesquels les personnes compétentes dont les universitaires de pathologies professionnelles peuvent être soumis à critique et leurs savoirs en discussion.

En fait, je me suis rapidement aperçu que mon rôle consistait plutôt à limiter la dégradation du système par les représentants des employeurs et l'administration du travail. Pourtant à l'exception du représentant d'une seule autre confédération, nous avons construit une stratégie d'alliance avec les représentants de travailleur.euses des autres confédérations. Cette alliance a été mal vécue par certaines d'entre elles qui n'ont pas reconduit le mandat de leurs mandatés, pourtant particulièrement compétents.

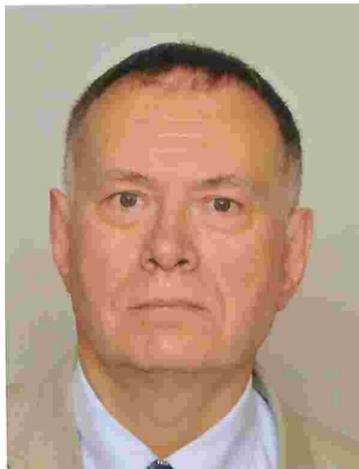
Les seules avancées qui me restent en mémoire : la diminution du pourcentage d'incapacité prévisible en alinéa 4 (maintenant alinéa 7), des instructions au CRRMP pour les maladies liées aux RPS sur les pathologies en relevant et pour les références aux étiologies de la "commission Gollac" (les six axes). A mettre à notre action également le tableau "chlorure de vinyl monomère" qui doit beaucoup à ma co-mandatée. Pour le reste il s'agit d'un combat de tranchée en milieu particulièrement hostile.

JST - Quel est pour vous le fait le plus marquant dans votre expérience dans cette commission?

Le fait le plus marquant est survenu dès ma prise de mandat et dans les mois qui ont suivi : il s'agit du sabotage du tableau 57 paragraphe A (épaule). J'ai vite compris l'alliance sacrée entre l'administration (à la fois comme représentant de l'exécutif et sans doute comme employeur) et les représentants des employeurs. Cela s'est terminé par un vote en commission (ce qui ne s'était jamais fait et ne répond pas au règlement) organisé par le représentant de l'administration, sans avoir l'aval du président de la commission,

en faisant voter les personnes compétentes et en ajoutant au tableau in extremis une mention scélérate d'un représentant des employeurs. Malgré un combat pied à pied, y compris un recours devant le conseil d'état (lieu de destination de certains hauts fonctionnaires du ministère du travail quand il ne vont pas pantoufler dans des entreprises du CAC 40) et sans soutien des universitaires du groupe de travail, cette révision a été un désastre pour les salariés soumis au risque, les pathologies de l'épaule entraînant des invalidités conséquentes souvent désastreuses pour l'emploi et ne pouvant être reconnues en MP. Pour être complet le scandale était si évident que nous avons pu (relativement) sauver les autres paragraphes du T57.

Le second fait marquant est l'impossibilité après un groupe de travail particulièrement "manipulé" de passer à l'acte pour aboutir à un tableau sur les pesticides (qui existe dans le régime agricole). L'universitaire de service étant visiblement "en sympathie" avec le lobby des entreprises agricoles et ses experts de même nature.



CV : Médecin du travail EDF-GDF retraité en 2008, il est actuellement responsable de la consultation de Suivi Médical Post Professionnel des agents inactifs des industries électriques et gazières.

Il a commencé son exercice en 1973 en SSTI puis dans divers petits services autonomes. En 1976 il est médecin du travail d'une centrale thermique au charbon de production d'électricité EDF et des sous-traitants internes de deux centrales nucléaires. A partir de 1979 il est en même temps médecin du travail d'une unité de transport de gaz et d'une unité de recherche. Après un cursus d'ergonomie du CNAM de 1985 à 1987 et un DEA, il exerce de 1987 à 2008 dans une unité de distribution d'électricité et de gaz.

De 2003 à 2006 il est élu à la délégation professionnelle nationale des médecins du travail EDF-GDF.

Parallèlement il est syndicaliste et membre du bureau d'un syndicat CGT de médecins du travail de son entreprise. Il a été mandaté par la CGT de 2009 à 2017 à la commission des pathologies professionnelles (commission N°4) du conseil d'orientation des conditions de travail (COCT).

JST - Que pensez-vous du fonctionnement du paritarisme au sein du COCT?

Le paritarisme au sein du COCT est une fiction. Il y a d'un côté les représentants des salarié.es (qui sont souvent désunis) et de l'autre l'union sacrée entre représentants des employeurs et l'administration. Quant aux personnes compétentes elles ont en majorité (il y a des exceptions notables) une carrière à poursuivre dans des organismes publics ou parapublics. Le rapport de force est donc particulièrement défavorable aux travailleur.euses.

JST - Que pensez-vous du fonctionnement du COCT pour la médecine du travail?

Il n'y a donc rien à attendre du COCT en matière de médecine du travail. L'intérêt public n'est plus, là comme ailleurs, porté par l'administration qui fera ce que ses mandataires politiques lui diront de faire. En matière de reconnaissance des maladies professionnelles, alors que ceux qui devraient la porter sont les médecins du travail, la stratégie patronale de sabotage des tableaux et les plaintes devant le conseil de l'ordre rendent les médecins du travail si frileux que leur métier sera bientôt mort de froid.

Pour en revenir aux MP deux faits marquants depuis la fin de mon mandat qui confirment les craintes dans ce domaine : Les groupes de travail qui permettaient de confronter les points de vue et de mettre en débat contradictoires les dires d'experts ont été supprimés. C'est en plénière que seront présentées des expertises et que se dérouleront les débats. Cela ne présage rien de bon et le travail des représentants sera particulièrement difficile. Le but recherché est ici la fin de la présomption d'imputabilité c'est-à-dire des tableaux de MP. Depuis deux ans aucun nouveau tableau n'a été promulgué (quelques modifications de tableaux existants toutefois rarement en mieux). Ainsi le tableau trichloréthylène-cancer du rein qui avait fait l'objet d'un consensus en 2017 n'a toujours pas été publié : il serait toujours à la signature du ministre. Ma proposition : une souscription nationale pour lui procurer un stylo.

Le rapport Lecoq qui fait la peau de la médecine du travail porte aussi sur une révision drastique du système de reconnaissance. Les deux édifices connaîtront-ils un malheureux sort commun vers une construction de l'invisibilité des effets de l'exploitation de la force de travail?

Infirmières en santé au travail ET RESPONSABILITE

par V Bacle et J Milliez

La responsabilité infirmière recouvre l'ensemble des situations dans lesquelles une infirmière peut être appelée à répondre de ses actions ou de ses omissions du fait de ses obligations ou de son exercice professionnel. La responsabilité engagée sera tantôt civile, pénale et/ou disciplinaire.

La responsabilité civile : Le but de la responsabilité civile ou administrative n'est pas de punir mais de permettre au patient victime d'un dommage d'obtenir des dommages et intérêts en guise de réparation.

En principe, le salarié qui agit dans le cadre de ses fonctions ne peut voir sa responsabilité civile engagée à moins de démontrer une faute intentionnelle même si elle est commise sur ordre de l'employeur

Pour obtenir cette indemnisation le patient doit alors rapporter la preuve de trois éléments cumulatifs :

- Un dommage
- Une faute : elle peut être simple ou grave, volontaire ou involontaire, résultant d'une action ou d'une omission établissant que l'infirmière n'a pas dispensé à son patient des soins "attentifs, consciencieux ou conformes aux données acquises de la science".
- Un rapport de cause à effet certain entre la faute reprochée et le dommage subi.

La responsabilité pénale : La responsabilité pénale a pour objectif de punir le comportement dangereux ou illicite d'un professionnel de santé du fait des dommages qu'il a pu causer à son patient ou du simple fait d'avoir fait courir un risque injustifié à celui-ci.

Ce qui particularise la responsabilité pénale est son caractère toujours **strictement personnel** : personne ne « couvre » donc jamais personne et chacun doit répondre de ses gestes (mais uniquement de ses gestes). Ainsi, une infirmière a l'obligation de refuser un ordre qui serait manifestement illégal car en exécutant un tel ordre celle-ci se positionne comme « la main qui accomplit l'acte » et donc comme l'auteur principal de l'acte illégal.

La responsabilité disciplinaire : Une infirmière peut faire l'objet d'une sanction disciplinaire en cas :

— de violation d'une règle professionnelle particulière aux infirmières issue des articles R4312-1 à R4312-89 du code de la santé publique ou de dépassement des compétences réglementaires fixées par les articles R4311-1 à R4311-15 du code la santé publique.

— de désobéissance ou d'observation de mesures ou d'ordres émanant de son employeur (dès lors que ceux-ci ne sont pas manifestement illégaux). Ces sanctions peuvent être l'avertissement, le blâme, la mise à pied ou dans certains cas le licenciement.

« L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé.

Dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers et infirmières sont soumis au respect des règles professionnelles et notamment du secret professionnel.

Ils exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif. »

La définition de la profession infirmière par le législateur précise bien le rôle préventif et éducatif de ces professionnels, ainsi que leur « rôle propre » (intitulé « rôle autonome » dans les pays anglo-saxons, ce qui est plus clair) : en santé travail, on peut identifier « le recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne.. », « entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire », « aide et soutien psychologique »...

L'infirmier a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R4311-5 et 4311-6. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue.

Rôle propre ne signifie cependant pas « électron libre », mais fil rouge de l'exercice infirmier, dans le cadre bien compris de son champ de compétences et de la mission dévolue à l'équipe santé-travail.

C'est donc aussi assumer son exercice, l'infirmier étant responsable des actes qu'il effectue (Article R 4312-32 du Code de déontologie des Infirmières et Infirmiers)

REPRESENTATION SYNDICALE -ne pas négliger

Premier ou deuxième tour ?

Par I Legras

Votre service est en pleine période d'élection ou le sera bientôt. Si vous avez participé aux négociations du protocole pré-électoral, passez à un autre article, vous connaissez déjà tout ou presque des subtilités de la représentativité.

Représentativité ? Se dit d'un syndicat qui a entre autres critères, un minimum d'audience dans le périmètre étudié, soit 8% des suffrages exprimés au moment du premier tour des élections professionnelles de la branche.

Dans la branche « services de santé interentreprises », six syndicats sont représentatifs des salariés, dont le SNPST. La délégation patronale est représentée par Presanse. Ces représentants des salariés des services et des directions négocient au niveau de la branche. Les rémunérations minimales, la formation, la classification des métiers par exemple se négocient au national. Les décisions prises lors de la Commission Permanente Paritaire de Négociation et d'Interprétation interfèrent avec la vie des services. Une signature en délégation de branche engage tous les salariés de la branche. Un refus de signer un mauvais accord protège tout autant les salariés. Deux syndicats avec un taux élevé de représentativité peuvent ainsi se retrouver majoritaires au moment d'une signature...ce qui a pu expliquer par le passé un nivellement par le bas des rémunérations.

La représentativité d'un syndicat se mesure donc à ses résultats lors des élections au Conseil Social et Economique. Il n'y a pas de rattrapage prévu : pas de liste SNPST égale 0%. Le calcul est national et même si une liste SNPST dans le service voisin fait un très bon score, cela ne suffira pas à gommer ce 0%.

« je suis tout seul à être syndiqué dans mon service » ? Si personne d'autre ne veut figurer sur une liste SNPST, il faut présenter une liste avec un seul nom, ou encore mieux, « on est rarement tout seul à partager la même vision de la santé au travail, il faut discuter et expliquer tout l'intérêt à présenter une liste syndicale. Et dans les deux collèges !

Des directions n'hésitent pas à communiquer largement sur l'existence de ce deuxième tour, qui permettrait à tout un chacun de se présenter...Six syndicats de salariés ? Ce ne serait pas suffisant pour la diversité des expressions ? Il suffit de faire un tour en délégation de branche : les différences existent entre syndicats, des divergences parfois profondes aussi...

En cas de liste incomplète, il y aura un deuxième tour ; les postes non pourvus au premier tour ne resteront pas vacants.

Et avoir une représentation locale, c'est aussi la possibilité d'élaborer des accord locaux, en complément des accords nationaux qui ne pourront jamais prendre en compte toutes les caractéristiques des services.

Une journée de formation interne au SNPST a lieu chaque année à Paris, en mars généralement. Des représentants SNPST régionaux ou nationaux peuvent venir vous aider localement à présenter votre liste SNPST

REACH filtre ou passoire

Cour contre commission

Par M Chevalier

Selon un article publié par Mediapart en avril 2019, un arrêt du 7 mars 2019, pris par le tribunal de l'Union européenne saisi par la Suède, constituerait un camouflet pour la Commission européenne. Les juges ont estimé que l'autorisation octroyée en 2016 par la Commission, à une entreprise canadienne, de fournir le marché européen en chromates de plomb (substance cancérogène utilisée dans des pigments rouges et jaunes incorporés dans des peintures) était illégale.

Selon cet arrêt, la Commission aurait violé le règlement Reach «*en octroyant l'autorisation sans qu'il ait été dûment établi qu'il n'existait pas de substances de remplacement*». Le tribunal exige ainsi que la Commission rejette les demandes d'autorisation lorsque les alternatives à des produits dangereux existent.

La Réglementation européenne

Pour comprendre cette décision, il faut se replonger dans la réglementation européenne en vigueur. En 2006, le Règlement REACH (Règlement concernant l'enregistrement, l'évaluation et l'autorisation de substances chimiques) a été adopté dans le but de mieux protéger la santé humaine et l'environnement contre les risques liés aux substances chimiques, tout en favorisant la compétitivité de l'industrie chimique de l'UE. C'est ainsi que plus de 22000 substances sont répertoriées sur le site de L'Agence européenne des produits chimiques (ECHA)

Les entreprises ont l'obligation de fournir les données concernant la substance et ses éventuels impacts sur la santé humaine. «*Pas de données, pas d'accès au marché*», telle est la devise de Reach. Mais **ce recensement comporte des failles du fait que les entreprises ne font pas toutes des déclarations correctes.**

Ce sont pourtant ces enregistrements qui permettent d'établir la liste de «*substances candidates extrêmement préoccupantes*». Ces substances sont susceptibles d'être classées ensuite dans la «*liste d'autorisations*» qui comporte une quarantaine de substances interdites en raison de leur toxicité. Toute entreprise désireuse d'utiliser quand même un de ces produits doit établir une demande d'autorisation aux autorités européennes. La décision est prise par les représentants des États membres réunis dans le comité Reach, qui tranche à la majorité qualifiée, d'après la proposition de décision rédigée par la Commission Européenne. Le Règlement REACH précise que la **Commission ne peut donner une autorisation que lorsqu'il est prouvé qu'il n'existe aucune alternative sur le marché.** Or, la Commission donne pratiquement toujours des avis favorables pour les entreprises demandereses.

L'exemple du chrome VI

Le chrome VI en est un exemple frappant. Il figure sur la liste d'interdiction de REACH depuis 2013 en raison de ses propriétés cancérogènes et mutagènes.

Or, en Mars 2006, le CTAC, un consortium d'entreprises, adresse une demande d'autorisation d'utilisation du chrome VI qui couvre un nombre d'usages très variés, allant du traitement des surfaces dans l'aéronautique aux usages décoratifs, en passant par l'industrie agroalimentaire. Le dossier comportait de nombreuses incertitudes portant notamment sur les données d'exposition des travailleurs concernés, et sur les moyens de prévention. C'est ainsi qu'en février 2019, 23 états ont voté favorablement à la proposition d'autorisation donnée par la Commission. Cependant ce vote a été annulé pour des raisons administratives liées au Brexit...

Mais le Chrome VI fait partie de ces substances pour lesquelles il n'existe pas de dose seuil, dans ce cas l'avis du Seac, le second comité de l'agence, qui étudie, lui, l'existence d'alternatives à l'utilisation de cette substance, est crucial. Il doit démontrer que le bénéfice d'une autorisation est supérieur aux risques, en utilisant une méthode extrêmement décriée : celle qui compare les coûts aux bénéfices. Du côté des «*coûts*», le Seac propose une estimation chiffrée liée aux pertes d'emplois, aux pertes de bénéfices et aux fermetures d'usines qui pourraient découler d'un refus d'autorisation. En face, on trouve une estimation du nombre de cancers additionnels qui pourraient se développer chez les personnes exposées à la substance (les travailleurs et des habitants proches des usines dont l'environnement est pollué).

Le Seac doit donc chercher à évaluer le surcroît de cancer dans la population exposée. Une des méthodes utilisées s'appelle le «*consentement à payer*». Des personnes sont interrogées pour savoir quelle somme elles seraient prêtes à déboursier pour éviter un cancer. On arriverait ainsi à «*monétiser*» les coûts d'une autorisation de la substance.

Il est intéressant de souligner que parmi les différents usages proposés pour le chrome VI, l'usage «*décoratif*» est celui qui mobilise le plus de travailleurs, avec 61 880 personnes exposées. C'est ainsi que pour faire briller des couvercles de rouge à lèvres, des capuchons de parfums, des barreaux de chaise, des machines à café, l'industrie affirme ne pas pouvoir se passer du chrome VI.

Usage contrôlé des produits CMR

Ce jugement du tribunal de l'Union européenne peut inciter fortement la Commission à se montrer plus exigeante pour donner les autorisations d'utiliser des produits dangereux. Ce serait donc une avancée indéniable pour la prévention.

Mais il ne permettra certainement pas d'aborder le problème de fond que constitue l'utilisation contrôlée d'un produit dangereux (cancérogène, mutagène ou reprotoxique par exemple). Le chantage à l'emploi constitue depuis toujours le frein principal au principe de précaution et à une prévention efficace. L'histoire se répète depuis l'utilisation de l'amiante et la santé de l'emploi et des entreprises semble toujours primer sur celle des populations (travailleurs et utilisateurs).

Du point de vue des professionnels de santé au travail

On peut en effet s'interroger sur les principes qui ont amené à établir le règlement REACH. Nous avons vu en effet qu'il a été créé dans le but de *mieux protéger la santé humaine et l'environnement contre les risques liés aux substances chimiques, tout en favorisant la compétitivité de l'industrie chimique de l'UE.* Or, quand la santé humaine et environnementale est incompatible avec celle de l'industrie, laquelle doit primer ? Il semblerait bien que les instances européennes privilégient le bon fonctionnement des entreprises et de l'économie, et nous pouvons faire confiance aux lobbies industriels pour le rappeler aux décideurs.

A titre individuel, et dans notre pratique quotidienne, cela nous amène à être particulièrement vigilant sur la traçabilité des expositions, en l'absence de fiabilité des instances chargées de répertorier et d'interdire les substances dangereuses.

la pénibilité pénible pour qui?

Le recours à des produits chimiques dangereux par exemple cancérogènes est revendiqué par les industries, même sans réel utilité d'usage des produits, et seulement pour leur aspect vendeur. Les agents chimiques dangereux ont disparu du dispositif de pénibilité à la française. On savait que la traçabilité de la pénibilité est contrariante pour des industries, mais même notre président trouve le mot pénibilité pénible au point d'en suggérer à plusieurs reprises la suppression. «*Je n'aime pas le terme (de pénibilité) donc je le supprimerai. Car il induit que le travail est une douleur.*» *Simple, enrichissez-vous au travail...*

>>suite de la page 1>>

.../...

D'autres formes d'organisation ont émergé, et on peut observer maintenant les constats suivants :

- Une charge de travail accrue, en intensité et en complexité
- Une individualisation du travail : objectifs individualisés, entretiens d'évaluation, reporting incessants.
- Un pilotage par l'aval : il faut donner des dividendes aux actionnaires
- Une confrontation directe à la demande des clients, des usagers.
- Un management par la gestion des objectifs
- Un abandon des critères de qualité du métier au profit des exigences considérées comme centrales par les directions (procédures, communication, « qualité totale »)
- L'informatisation
- Les réorganisations permanentes
- La production en mode dégradée

L'organisation du travail : un déterminant majeur des risques psychosociaux, confirmé par les enquêtes épidémiologiques : SUMER 2010, DARES, DGT...

De tous ces changements, vient en grande partie la souffrance des salariés, le burn-out, l'épuisement professionnel provoqué par les efforts importants pour reconstruire sans cesse la maîtrise sur son travail.

Marie PEZE rappelle qu'en 1995, la consultation souffrance au travail existe déjà, et qu'elle voit arriver, en plus de ses patients habituels, les cadres de la Défense. Certains lui montrent un guide de management : « la théorie du chaos », qui explique qu'il y a deux types de management : soit le management par un guide charismatique, soit le management par la peur.

Le travail s'est intensifié, et on passe plus de temps à rendre compte qu'à faire.

Alors, pour nous, professionnels de santé au travail, que faire ?

Rappeler que, légalement, « le chef d'entreprise prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs, et est tenu d'évaluer les risques », Art L 4121-1 et L 4121-3 du Code du travail. Il doit également « adapter le travail à l'homme ».

Il faut se former pour connaître les pathologies liées au travail, notamment dues à la surcharge et à l'isolement.

En consultation :

Tout d'abord : interroger le travail, pour déconstruire la culpabilité du salarié. Expliquer que, quand on donne des objectifs inatteignables, on vous met « en faute prescrite ». Dans les consultations, il est important de déconstruire le discours, pour que la personne comprenne ce qui lui arrive

Déclarer tous les « pétages de plomb » en accident de travail (en 2016, la CNAM a reconnu 10.000 lésions psychiques en accidents de travail)

Objectiver la souffrance avec un bilan neuro-psychologique, il existe une batterie de tests sur le surmenage (voir sur le site souffrance et travail)

Faire une cohorte clinique pour là aussi objectiver : c'est un outil fabuleux pour le patient et pour le soignant

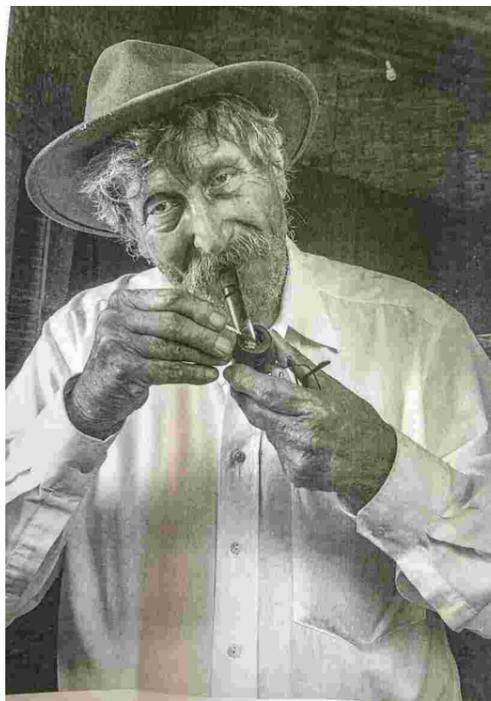
Cependant, il est important de rappeler que le salariat présente de très bons aspects, car le Code du Travail permet de protéger collectivement les salariés.

La critique du modèle managérial et de ses aspects délétères amène certains à proposer d'autres modèles, bien plus délétères, comme celui de « l'entreprise libérée », ou le modèle « Uber »...

Il faut prôner une autre mise au travail, qui soit respectueuse de la qualité de l'engagement du travailleur et de sa professionnalité, en repensant le lien de subordination, qui est archaïque et permet les souffrances évoquées lors de cet exposé...

Autres vidéos disponibles sur le site www.souffrance-et-travail.com

hommage à Jean Claude Guiraud



Jean-Claude GUIRAUD, membre historique du SNPMT, puis SNPST, nous a quitté brutalement en mai 2019 à l'âge de 78 ans.

Militant de la première heure, militant infatigable, militant de terrain (« le plus ancien dans le grade le moins élevé », aimait-il à répéter), il a su initier et porter les grandes valeurs du SNPST.

Les pieds dans la terre et l'eau de la Garonne, Jean-Claude avec son accent rocaillieux à l'envie, a su nous apporter son sens si vif des grands combats, ceux qui en valent la peine.

Rappelons ses actions spectaculaires, telles sa participation active et imposante aux grandes manifestations du SNPMT et en particulier au congrès de Lille où sous sa houlette la majorité des congressistes a envahi la grand'place.

Jean-Claude a été longtemps un membre actif du Comité de Rédaction du JST, et le SNPST salue la mémoire du paysan de la Garonne, et continue les luttes en hommage à Jean-Claude.

**le Journal
des professionnels
de la Santé au Travail**

N° 69 janvier 2020

65 rue d'amsterdam 7508 Paris

Tel 0140230410

<https://www.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

Responsables de rubrique:

ACTUALITÉ SYNDICALE : Isabelle Legras

CONTENTIEUX : Jean Michel Domergue

ENTRETIEN : Gérard Lucas

Ont collaboré :

Gilles Arnaud, Veronique Bacle, Blandine Barlet,

Mireille Chevalier, Alain Carré, Pascal

Marichalar, Guy Terseur

Conception éditoriale et graphique : Betty Bente
Hansen

Brève

à quoi ça rime

Quand une fable s'invite dans un SSTI
L'AST et l'IDEST

Une jeune ASST à l'égo revendiqué
Dans un pôle prévention d'un SSTI
travaillait

Oh ! bonjour, jeune ASST,
Cette fiche d'entreprise as-tu réalisé ?
Mais évidemment nouvel IDEST.

Pourrais-je la consulter ?

Certainement pas cher IDEST !

Mais pourquoi cela ?

Elle ne t'appartient pas !

Comment ? Je ne comprends pas !

À tes dossiers médicaux ai-je accès ?

Par le secret médical ils sont protégés.

Puisque c'est ainsi point d'accès à la
fiche tu n'auras.

L'IDEST choqué auprès de sa déléguée
s'en offusqua.

Cette dernière déléguée SNPST, s'en
énerva.

Aussitôt vers la Direction du service se
dirigea.

Devant un tel exposé, la Direction du
SSTI se choqua.

Aussitôt le Directeur du pôle prévention
fut convoqué.

L'attitude de son ASST lui fut
reprochée.

Celui-ci intervint auprès de son ASST
pour un petit rappel bienvenu.

Cela afin qu'une telle bêtise, jamais ne
se reproduise.

Avouez qu'une telle histoire méritait
bien une petite fable.