

>> Sommaire

Actualité syndicale ...p2	Chantierp6
• Délégation syndicale	• La médecine du travail en Europe
Terrainp3	Eurekap7
• Covid et SST	• Traçabilité des cancérogènes
Institutionp4	
• Recertification	
Interviewp5	
• Romain Darocha ex ANIMT	

le Journal des professionnels de la Santé au Travail

N°70 MARS 2021 - Numéro spécial TPE

>> Éditorial

C'est comme une régression désespérante que beaucoup de professionnels de santé au travail vivent la proposition de loi en cours sur la santé au travail.

Ce numéro rappelle le rôle et l'importance pour le SNPST des délégations syndicales, dans les CSE et dans la branche professionnelle.

Sur le terrain, par leur développement professionnel continu, en orientant mieux leur mission du côté de la santé au travail, en facilitant l'accès à tous les salariés de la traçabilité de leurs expositions professionnelles, les professionnels de santé au travail ne se tromperont pas de services ni de prestations.

Ah si en Europe, la médecine du travail était harmonisée vers le haut !

LUC GERSON

Un détournement de la santé au travail Halte à la loi

par G. Lucas

La proposition de loi pour renforcer la prévention en santé au travail N°3718, voté en première lecture par le parlement le 17 février 2020, ne renforce pas du tout la prévention, mais poursuit et organise le détournement des services de santé au travail de leur mission de préservation de la santé des travailleurs du fait de leur travail. L'offensive est menée avec quatre titres, prévention, offre, prévention de désinsertion professionnelle et gouvernance, qui, sous affichage d'une marche en avant, font tanguer la santé au travail au moins deux pas en arrière.

Prévention.

La prévention primaire passe par de bonnes conditions de travail, leur maintien et surtout leur amélioration. Écrire le nom de prévention (art 1) partout n'améliore pas les conditions de travail. Pour l'élaboration du Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels (DUERP) (art 2), la concertation avec le Comité Social et économique (CSE) va de soi déjà, de même que les ressources des branches ou d'autres acteurs, mais la formalisation législative de l'aide des Services de Santé au Travail (art 2) est ambiguë, car si les SST ont à fournir les connaissances des liens santé travail spécifiques à l'entreprise, c'est de la responsabilité de l'entreprise d'en tenir compte pour la rédaction et les mises à jour du DUERP.

Les mesures d'élaboration et d'accessibilité à ce DUERP ne sont pas à rejeter, mais elles resteront inefficaces sans exigence de qualité, de garanti de lisibilité et d'appropriation par chacun des travailleurs tout au long de sa vie.

Le passe-port de prévention (art3) stigmatise une individualisation du salarié, qui ne peut remplacer les mauvaises des conditions de travail des entreprises. Ce sont les bonnes conditions de travail qui améliorent la prévention.

Des actions de promotion de la santé sur le lieu de travail (art 4), comme le sport, n'ont pas leur place spé-

cifique dans les services de santé au travail, tant qu'il y aura autant d'insuffisances dans le dévoilement et l'accompagnement des liens santé travail.

L'offre...

L'obligation de fournir un socle d'offre de service (art 8,9,10) serait légitime si elle restait définie dans le cadre de la mission de santé au travail. Mais l'extension de ses offres à des domaines de l'aide aux conditions de travail, de la responsabilité des employeurs, présage une dérive vers des prestations de convenance inopportunes en matière de visibilité de la santé au travail réelle. Plus préoccupant, ces offres seraient davantage cadrées par des certifications et des référentiels issus de compromis négociés que de savoirs confirmés. Elles risquent fort d'accaparer les services de santé au travail qui sont déjà en manque de moyens pour le dévoilement et l'accompagnement de la santé au travail, indispensables à la pertinence des adaptations des conditions de travail.

Bien que l'article 9 annonce un financement à la proportionnalité du nombre de salariés, le maintien de barèmes de cotisation et de grilles tarifaires pour l'offre socle et les services complémentaires ouvre la porte au marché de prestations à la demande des entreprises plus qu'à celle d'une mission de service publique de santé au travail.

C'est dans ce titre sur l'offre qu'est insérée la possibilité d'échanges et d'utilisation entre le Dossier Médical de Santé au Travail (DMST) et le Dossier Médical Personnalisé (DMP) (art 11,12,13). Les médecins du travail souhaiteraient que les données d'expositions professionnelles des salariés et des travailleurs soient intégrées dans les DMP. Mais dans l'état actuel du pouvoir médical du médecin du travail sur le statut des salariés et de la gouvernance des SST, l'accès du DMP au médecin du travail ou dans le DMST apparaît davantage comme un risque de discrimination pour des salariés qu'un apport pour les conditions de travail. Les précautions de « consentement du salarié » et de « non communication au médecin de l'employeur » (art 11) ou les limites d'accès (art 12) sont bien insuffisantes.

Prévention de la désinsertion professionnelle.

Alors que la coopération interdisciplinaire se développe de plus en plus entre les médecins du travail, les médecins conseils, les médecins de soins et d'autres partenaires, les articles 14, bis et ter, érigent et figent une cellule pluridisciplinaire de santé au travail qui au lieu d'être une ressource, un soutien ou une boîte à outil pour les professionnels de santé, deviendrait un passage obligé, qui ferait écran retardant et bloquant.

Alors que le recours aux nouvelles

techniques de communication ont été utilisées par tous les professionnels de santé au travail en 2020, et que leur développement est expérimenté progressivement en fonction des techniques, des sécurités et des risques, l'article 15 (art 15) en déclame une généralisation, qui même avec un consentement théorique des salariés reste dangereux et sans garanti de bénéfice pour le salarié, s'il est revendiqué et imposé aux professionnels sous prétexte de loi.

L'instauration d'une visite à mi-carrière à 45 ans (art 16) n'est absolument pas un apport à la prévention de la désinsertion professionnelle. C'est un leurre. C'est tout au long de la vie professionnelle que l'investigation sur ce risque doit pouvoir être faite pour ceux qui en ont besoin, et le besoin survient de façons très diverses suivant les itinéraires professionnelles et les conditions de travail et d'emploi.

Les intérimaires et sous traitants des entreprises ayant leur service autonome pouvaient être suivis par ce service. L'article 17 (art 17) prévoit qu'ils pourront être suivis par le service « propre » de l'entreprise où ils interviennent. Cherchez la différence ! ; sinon que les services autonomes comme celui des entreprises agricoles gardent leurs prérogatives.

Les travailleurs indépendants et les autoentrepreneurs pourront adhérer à un service de santé au travail inter

Délégué syndical, Fonctions et Droits

Par L.E. Guilhem

Le délégué syndical doit être âgé de dix-huit ans révolus, travailler dans l'entreprise depuis un an au moins et n'avoir fait l'objet d'aucune interdiction, déchéance ou incapacité relative à ses droits civiques. (Art. L. 2143-1)

Il est un représentant du personnel désigné par un syndicat représentatif dans l'entreprise qui a créé une section syndicale. Il négocie des accords collectifs. Il représente son syndicat auprès de l'employeur pour lui formuler des propositions, des revendications ou des réclamations. Pour accomplir sa mission, le délégué syndical bénéficie de moyens. Il peut cumuler différents mandats. Dans les entreprises de moins de 300 salariés, le délégué syndical est, de droit, représentant syndical au CSE (art. L. 2143-22) Dans les entreprises de plus de 300 salariés les OS représentatives de l'entreprise peuvent nommer un représentant au CSE qui dispose d'une voix consultative (art. L.2314-2)

Le délégué syndical (DS) assure le lien entre les salariés et l'organisation syndicale à laquelle il appartient. Il anime la section syndicale. Il représente son syndicat auprès de l'employeur et assure la défense des salariés.

Il peut notamment :

- Formuler des propositions, des revendications ou des réclamations
- Assister le salarié qui le souhaite lors d'un entretien préalable à une sanction disciplinaire ou un éventuel licenciement

Chaque année, les délégués syndicaux négocient avec l'employeur notamment sur les sujets suivants :

- Salaires, durée et organisation du temps de travail
- Objectifs d'égalité professionnelle entre hommes et femmes
- Mesures relatives à l'insertion professionnelle et au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés
- Qualité de Vie au Travail (entreprise de plus de 50 salariés)

L'employeur doit aussi engager chaque année, en l'absence d'accord existant, une négociation avec les délégués syndicaux sur les sujets suivants :

- Épargne salariale (intéressement, participation ou plan d'épargne)
- Conditions de mise en place d'un régime de prévoyance maladie
- Droit d'expression des salariés

L'employeur et les syndicats peuvent également à tout moment, en dehors des négociations obligatoires, négocier sur des thèmes qu'ils choisissent.

Combien de délégués syndicaux nommés par taille d'entreprise ?

Pour les SST de moins de 50 salariés 1 seul délégué syndical peut être désigné parmi les membres titulaires de la délégation du personnel au CSE. Le délégué syndical ne dispose pas de crédit d'heures de délégation. (Art. L. 2143-6) Un accord collectif peut prévoir l'attribution d'un crédit d'heures de délégation. Il utilise son crédit d'heures dont il bénéficie au titre de son mandat de représentant du personnel au CSE pour exercer ses missions.

Pour les SST de 50 à 499 salariés, 1 seul délégué syndical peut être désigné par un syndicat repré-

sentatif qui a recueilli à titre personnel et dans son collège au moins 10 % des suffrages exprimés au premier tour des élections. (Art. L. 2143-12) Pour les entreprises de 50 à 150 salariés, le crédit d'heures du délégué syndical est égal 12 heures par mois. Pour les entreprises de 151 à 499 salariés le crédit d'heures du délégué syndical est égal 18 heures par mois.

Sauf accord collectif contraire, lorsque le représentant du personnel élu ou désigné est un salarié mentionné à l'article L. 3121-58, le crédit d'heures est regroupé en demi-journées qui viennent en déduction du nombre annuel de jours travaillés fixé dans la convention individuelle du salarié. Une demi-journée correspond à quatre heures de mandat. Lorsque le crédit d'heures ou la fraction du crédit d'heures restant est inférieur à quatre heures, le représentant du personnel en bénéficie dans des conditions définies par un décret en Conseil d'Etat.

Les heures de délégation sont de plein droit considérées comme temps de travail et payées à l'échéance normale. L'employeur qui entend contester l'utilisation faite des heures de délégation saisit le juge judiciaire. (Art. L. 2143-17)

Le mandat de délégué syndical prend fin au plus tard lors du premier tour des élections de l'institution représentative du personnel renouvelant l'institution dont l'élection avait permis de reconnaître la représentativité de l'organisation syndicale l'ayant désigné. (Art. L. 2143-11)

Mandat CSE, heures de délégation...

La mission d'un élu du Comité Social et Economique va interférer avec ses fonctions contractuelles. Or, ce sont ces fonctions qui conditionnent le versement de sa rémunération par l'employeur. Il est donc important de comprendre quand et comment ses missions accomplies en qualité d'élu peuvent impacter le montant de sa rémunération.

Un élu du CSE (Comité Social et Economique) cumule les missions prévues dans son contrat de travail et son rôle de membre du CSE.

Le temps consacré au CSE venant réduire concrètement le temps dévolu à ses fonctions contractuelles, l'élu va ressentir des difficultés à remplir les objectifs fixés jusqu'alors par sa hiérarchie. C'est pourquoi il est conseillé à tout nouvel élu de demander à son employeur à bénéficier de son droit à un entretien de début de mandat. Cela lui permettra d'échanger sur l'impact à venir du mandat sur son travail habituel et donc sur sa rémunération.

Dans l'exercice de ses missions pour le CSE, l'élu doit toujours être en mesure de déterminer s'il doit ou non poser des heures de délégation.

L'article R.2314-1 du code du travail fixe pour chaque tranche d'effectif de l'entreprise ou de l'établissement le nombre de membre qui composent la délégation du personnel du CSE et le nombre d'heures de délégation dont chacun dispose pour exercer ses fonctions. Le protocole

d'accord préélectoral peut modifier le nombre de membres et le nombre d'heures de délégation dès lors que le volume global des heures de délégation, au sein de chaque collège, est au moins égal à celui résultant des dispositions légales au regard de l'effectif de l'entreprise (art. L.2314-1 et L.2314-7)

Chacun dispose d'un volume individuel et mensuel d'heures de délégation. Néanmoins, ils peuvent chaque mois répartir entre eux et avec les suppléants le crédit d'heures dont ils disposent (art. L.2315-9). Cette répartition ne peut toutefois permettre de disposer dans le mois de plus d'une fois et demie le crédit d'heures de délégation (art. R.2315-6) toutefois ce nombre d'heures de délégation peut être augmenté en cas de circonstances exceptionnelles (art. R. 2314-1).

Le membre élu doit informer l'employeur de l'utilisation cumulée de ses heures de délégation au plus tard 8 jours avant la date prévue pour leur utilisation (art. R.2315-5).

Les membres du CSE bénéficient d'une présomption de bonne utilisation de leur crédit d'heures de délégation. L'employeur ne peut de son propre chef décider de ne pas payer ces heures de délégation. Il doit saisir le juge conseil des prud'hommes (art. L2315-10).

L'élu doit veiller à poser ses heures de délégation, sinon, aucune rémunération ne lui est versée par

l'employeur. Néanmoins certaines activités du CSE, également payées ne s'imputent pas sur le crédit d'heures de délégation. Il s'agit du temps passé :

- Aux réunions du Comité Social et Economique (art. L. 2315-11) ;
- Aux réunions de la commission santé, sécurité et conditions de travail (art. R. 2315-7) ;
- Aux réunions des autres commissions dans la limite d'une durée annuelle globale fixée par accord d'entreprise ou à défaut, à 30 heures pour les entreprises de plus de 300 salariés ou à 60 heures pour les entreprises de plus de 1000 salariés (art. R2315-7) ;
- Aux enquêtes menées après un accident du travail grave des incidents répétés ayant révélé un risque grave ou une maladie professionnelle ou à caractère professionnel grave (art. L. 2315-11) ;
- A la recherche de mesures préventives dans toute les situations d'urgence et de gravité, notamment lors de la mise en œuvre de la procédure de danger grave et imminent prévue à l'art. L.4132-2 ;
- A la formation en santé, sécurité et conditions de travail et à la formation économique des membres du CSE (art. L. 2315-16).

Il est conseillé que l'élu tienne à jour un décompte mensuel du temps passé au titre de son mandat alors qu'il aurait dû être à son poste.

La branche professionnelle Santé et travail

Par L.E. Guilhem

Les services interentreprises sont organisés en branche professionnelle, et relèvent d'une même convention collective. Les accords conclus au niveau national au sein de la branche s'appliquent à tous les services de santé par extension, y compris ceux qui n'adhèrent pas à Presanse. La branche définit par négociation les accords d'entreprise qui ne peuvent être moins favorables que les accords de branche. La loi du 8 août 2016 a introduit deux nouveaux thèmes pour lesquels l'accord de branche prime sur l'accord d'entreprise. Dorénavant, six thèmes sont concernés : les classifications, les salaires minima, la formation professionnelle et la prévoyance et, désormais, la pénibilité, ainsi que l'égalité femme / homme.

Les syndicats d'employeurs ont désigné Presanse pour les représenter face à six syndicats de salariés des services de santé interentreprises, dont le SNPST. La représentativité des syndicats de salariés est déterminée par les pourcentages obtenus lors des élections professionnelles. Seule la présence de candidats au premier tour est prise en compte pour le calcul.

La vie de la branche est régie par la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation. Chaque organisation de salariés (CFDT, CFE CGC, SNPST, FO, CGT et CFTC) peut déléguer trois représentants, soit dix huit membres, la délégation patronale ne peut pas ce nombre.

L'accord doit être signé par la délégation patronale (Presanse) et à la majorité des organisations de salariés pour être applicable. Le pourcentage de représentativité des organisations signataires permet de calculer s'il y a majorité. aucun syndicat n'est majoritaire à lui seul aujourd'hui. Le SNPST est à l'initiative des intersyndicales (pour les organisations syndicales qui le souhaitent) qui se tiennent la veille des CPPNI afin de trouver une base de consensus dans les négociations face à Presanse.

Actuellement, 7 membres du SNPST participent à la délégation de branche.

COVID et SST

De nombreuses remontées de services de santé au travail Interentreprises ont révélé des dysfonctionnements majeurs avec le premier confinement. Des tentatives de mises au chômage partiel sans concertation, des manques de moyens de communication préjudicables, absence d'autonomie ... le JST préfère montrer que la mission de santé au travail devait et pouvait être tenu Elle a toujours sa raison d'être...

Bien vécu dans un SST presque exemplaire : **une assistante médicale** (LE Guilhem)

« je suis secrétaire médicale dans un SSTI de la région PACA. Dès le début de la crise du COVID en mars 2020, Mon service s'est mobilisé pour fournir à tout le personnel du matériel pour travailler depuis leur domicile. Les personnes à qui il n'a pu être fourni des ordinateurs portables, ont été mis en contact avec le service informatique pour l'installation d'un lien au réseau professionnel sur leur ordinateur personnel. Ce lien, était à utiliser temporairement pour faire face à l'urgence et aux délais très courts auxquels nous étions confrontés. Un Plan de Continuité de l'Activité a été activé. Tous les téléphones du service ont été orientés par websuser lors des heures de travail sur les téléphones personnels des personnes qui n'avaient pas de téléphone portable professionnel durant les heures de travail permettant également de conserver l'anonymat sur leur numéro personnel. Grâce à cela tout le personnel, administratif, médical et préventeur ont pu continuer à travailler malgré le confinement. »

Des **Intervenants en Prévention des Risques Professionnels IPRP**. (F Viola-Wagner)

Confinés, mais pas sans activité !

Mars 2020 – « A compter de mardi midi la France sera confinée... » - « A partir de demain tu es en télétravail pour quinze jours et après on verra bien ». A l'annonce du confinement les IPRP aussi étaient dans l'inconnu !

Très vite les IPRP ont été sollicités. Eh oui, la France était au ralenti mais pas à l'arrêt. Ils ont dû repenser leur travail. Que faire quand votre travail consiste à aller à la rencontre des gens pour étudier leur environnement professionnel et que la consigne est de rester chez soi pour éviter les brassages de population, pour vous protéger et protéger les autres ? Allez expliquer à quelqu'un d'éviter les brassages de population si vous, vous papillonnez d'entreprise en entreprise. Comment apporter de l'information à un maximum de personnes en un minimum de temps ?

Ainsi, le confinement a été l'occasion de découvrir ou de renforcer des modes de communication

tels que la création et l'animation de webinars ou la tenue de CSSCT à distance.

Pour bon nombre d'IPRP le confinement a été synonyme d'un accroissement de la charge de travail. Il a fallu faire vite et bien. Faire le tri dans la multitude d'informations pour délivrer un message clair à un adhérent, un salarié, un collègue tantôt perdu, tantôt effrayé... Comment expliquer aux gens quoi faire quand personne ne le sait ? Parfois il a fallu tout recommencer car la documentation créée la veille était devenue obsolète.

Certains IPRP ont aussi participé à l'organisation de leur service, ils ont fait ce qu'ils savent faire de mieux, évaluer les incidences systémiques et conseiller ceux qui décident pour préserver la santé de ceux qui travaillent. Faire de la prévention en somme.

Aujourd'hui, pour beaucoup d'IPRP le télétravail reste la règle pour les tâches administratives. Mais ils ont repris le chemin des entreprises avant même le premier déconfinement et le plus grand nombre ne l'a plus quitté depuis. La place des IPRP est sur le terrain, parce que c'est là que se joue la prévention, pas dans un bureau ou en télétravail à 100%.

Dans ce SSTI, **les infirmiers en santé** au travail étaient bien en travail.

(C Taisne, S Dewitte)

Notre service interentreprises a maintenu une activité dès le premier confinement. Après report de l'activité planifiée, il fallait repenser nos habitudes de travail de notre domicile.

Les entreprises qui maintenaient une activité ont été repérées, elles se sont vite adressées d'abord au médecin puis à l'IST : pour la mise en place de leurs protocoles sanitaires, pour les plans de continuité et de reprise d'activité pour les petites entreprises. Des études de postes pour des salariés vulnérables ont été faites en distanciel.

Les idest mettaient à jour régulièrement les informations covid dans un contexte évolutif.

Des téléconsultations ont été réalisées dès le mois

d'avril. Puis, les équipes ont accompagné des entreprises dans le cadre de clusters, et même depuis janvier elles participent à des vaccinations du personnel soignant des EHPAD.

Ce flux des nouveautés est riche d'enseignements pour aujourd'hui et demain.

De la province, concertation et autonomie au rendez-vous, **un médecin du travail**. (N Guen)

Dans mon service de 120 salariés dès le début de la crise il y a eu concertation entre la direction, les membres du CSE et les délégués syndicaux : les décisions d'organisation ont été prises en concertation : présentiel ou téléconsultation, permanence téléphonique, jauge de présentiel à ne pas dépasser... Du chômage partiel a été utilisé mais peu ; si des médecins voulaient continuer à travailler avec leur assistante, ils l'ont fait tout en respectant un nombre de salariés maximum par centre ; chaque matin un fichier était partagé pour s'assurer que nous n'étions pas trop nombreux dans les locaux ; certains salariés préféraient venir plutôt que de rester chez eux, d'autres télétravailler ; je tiens à préciser que dans notre région, nous pouvons nous déplacer sans prendre les transports en commun ; nous avons plusieurs petits centres ce qui a permis d'être peu nombreux dans chaque centre ; chacun s'est débrouillé pour que ça continue à fonctionner ; ceux qui n'étaient pas équipés d'ordinateur professionnel ont utilisé leur ordinateur personnel, parfois le seul de la famille ...

Si cette crise a été gérée en concertation et bonne intelligence, un an après le début de la crise la direction n'a toujours pas jugé utile d'équiper les consultants d'ordinateur portable et de téléphone professionnel ; si nous voulons télétravailler nous utilisons notre matériel personnel. Actuellement nous négocions un accord d'entreprise post crise sur le télétravail. A ce jour la direction refuse d'équiper tous les télétravailleurs d'ordinateur professionnel et refuse toute indemnisation liée au télétravail ... Cet accord n'est pas prêt d'être signé. A suivre...

RECERTIFICATION

DPC, DGOS, CNOM, Épée de Damoclès ou cadrage utile ?

Des dispositifs de recertification existent dans plusieurs de nos pays voisins. En France, un comité de pilotage a été mis en place, présidé par le Pr Uzan du CNOM, et dont le rapport remis en novembre 2018 en précise le concept, les principes et des étapes.

Le concept de recertification s'impose désormais en raison de la rapidité et de l'importance des nouveautés cognitives et techniques, ainsi que par l'évolution de l'accès numérique aux connaissances et aux exigences sociétales des relations humaines. L'enjeu est le maintien et l'adaptation des compétences professionnelles, par une valorisation périodique.

Un ensemble de critères en permettrait le renouvellement « quasi automatique » : la formation tout au long de la vie par le Développement professionnel continu (DPC) ou ses équivalents ; une activité professionnelle maintenue, une démarche d'amélioration de la relation avec le patient, l'absence de signaux négatifs, et un intérêt à la qualité de vie et à la santé au travail.

Le DPC est à comprendre dans son ensemble et pas seulement avec la validation par l'ANDPC. Il faut y concevoir aussi les accréditations, HAS par exemple, des activités d'établissements où est le praticien, des formations continues, des évaluations de pratiques, de concertation, d'enseignement et de recherche, telles qu'elles sont le plus souvent incluses dans le parcours de DPC de chaque spécialité. Le document de traçabilité du DPC élaboré et géré par l'ANDPC est à remplir par chaque professionnel de santé sur la rubrique « Mondpc » de leur site internet. Il est a priori bien renseigné par les médecins libéraux et de centre de santé pour les actions reconnues par l'ANDPC. Il est possible aussi d'y rajouter une deuxième rubrique avec les actions d'accréditation et une troisième avec les Formations, évaluations des pratiques ou autres actions contribuant à l'amélioration des connaissances et des savoir-faire dans la pratique, comme pourraient l'être des éléments des parcours professionnels de DPC incités par chaque Conseil National Professionnel (CNP). Mais les 2 dernières rubriques seraient encore très rarement renseignées. De plus l'évaluation de la validité de cette troisième rubrique ne peut guère être réalisée que par une expertise de la spécialité. Or dans la configuration actuelle, l'ANDPC ne communiquerait au CNOM et aux CNP qu'une synthèse des documents renseignés. Les CNP ne seraient pas destinataires des documents de traçabilité de chacun des médecins de sa spécialité, et on ne voit pas comment l'ANDPC

pourrait évaluer les initiatives ou participation des médecins hors des actions de l'ANDPC !

Le maintien de l'activité professionnelle serait tracé par une inscription au tableau de l'Ordre et une preuve de poursuite d'activité évoquée à trois ou quatre demi-journées par semaine. C'est une évaluation quantitative d'activité professionnelle qui peut certes servir de référence. Mais il nous semble que la nature des activités qui maintiennent la compétence est à approfondir. Par exemple, je connais un médecin du travail retraité qui n'exerce plus dans un Service de santé au travail, mais qui anime plusieurs heures par mois des groupes d'analyses de pratiques de collaborateurs médecins en formation, est actif concrètement dans un organisme de DPC, et effectue plusieurs expertises par an pour les prudhommes. Doit-il être éliminé ? Dans tous les cas une estimation par des pairs représentatifs de la spécialité, apparaît la plus pertinente.

Les signaux négatifs cités sont les condamnations pénales, mais aussi les sanctions ordinales, notamment pour insuffisance professionnelles, la sinistralité ou les mauvaises pratiques. Les condamnations pénales ne sont pas toutes équivalentes, et certains pensent que leur prise en compte devraient être pondérée par le lien à la nature de l'exercice professionnelle dans la spécialité. Les sanctions ordinales, sans questionner la légitimité de cette juridiction, ne devraient de toute façon pas décaler la requalification plus que la durée de la sanction. Le niveau de sinistralité et des mauvaises pratiques nécessiterait de dépasser le passé pour favoriser les potentialités de compétences pratiques dans l'avenir. Pour anticiper la nécessaire pondération de cette catégorie de mesure, je prendrais l'exemple d'un médecin qui a pratiqué un type d'acte non légal pendant des années, avant que, par son interpellation, la loi, un règlement ou une recommandation ne le valide. Les innovations ou les marginaux sont parfois des précurseurs de bons changement qu'il ne faut pas tous étouffés.

Dans tous les cas une estimation par des pairs représentatifs de la spécialité, apparaît la plus pertinente, et elle est encore à concevoir pour être efficiente et légitime.

Quant à l'intérêt à la *qualité de vie et à la santé au travail*, l'hypothèse concrète proposée est celle d'un suivi de santé au travail adapté aux médecins. Qu'en pensent les médecins du travail en première ligne ?

Le groupe de travail propose un Conseil National De Certification et de Valorisation qui serait le tiers de confiance concernant le parcours technique du processus. C'est au Conseil de l'Ordre que serait enregistré la recertification.

Il ne s'agit pas d'introduire un examen et du stress supplémentaire. Ce serait un suivi périodique et régulier des compétences dont les critères seraient en phase avec le référentiel des Diplômes d'études Supérieures (DES) de chaque spécialité.

Il suggère qu'une plateforme numérique sur la base de l'autodéclaration par le médecin, ait une lecture opposable aux patients. La plateforme de l'ANDPC par l'autosaisine de « mondpc » est donc partielle, non accessible aux patients, et même pas encore accessible aux CNP qui pourraient être le niveau de référence et d'investigation pour chaque spécialité.

Six ans est le rythme proposé pour les échéances de cette recertification à savoir deux cycles de trois ans de validation du DPC ; ceci ne concernerait pas les médecins qui se sont déjà établis sans ce dispositif avant son entrée en vigueur, mais seulement les jeunes médecins sortis de l'internat. Cette suggestion est troublante, car ces jeunes médecins ne sont-ils pas les mieux à jour des dernières références ? En médecine du travail les collaborateurs médecins seraient-ils immédiatement impactés par cette recertification et pas les autres ? Plusieurs pensent au contraire que l'intégration de tous les médecins serait équitable et porteur de confiance pour la société.

Le cycle 2020 -2022 de DPC serait le premier pris en compte pour les médecins ; le lancement d'un dispositif équivalent est attendu pour les autres professionnels de santé.

La recertification n'est donc pas encore en cours, mais pour la médecine du travail, le dispositif du DPC gagnerait à être mieux développé pour en assurer une application satisfaisante.

Notes de lecture... Notes de lecture... Notes de lecture... Notes de lecture... Notes de

« Les servitudes du bien-être au travail ? »

Ouvrage collectif sous la direction de Sophie Le Garrec, démontre combien peuvent être contradictoires, voire dangereuses, les dispositions qui invitent de force le salarié à être heureux.
Par Margherita Nasi

Le livre. Dans le monde du travail, les injonctions à l'authenticité sont quotidiennes : « Soyez vous-même » ; « Libérez le potentiel qui est en vous » ; « Retrouvez l'essence vraie de vous-même ». Ces injonctions se heurtent pourtant aux attentes sociales, éminemment normatives, de l'environnement professionnel : ligne directrice, labels, chartes envahissent nos rapports d'être au travail. « Il s'agit de reprogrammer l'être en soi à partir de prescriptions attendues et pour lesquelles des formations impersonnelles – bien que souvent basées sur du développement dit "personnel" – visent à faciliter ce formatage. Avec elles, les individus apprennent à s'adapter, devenir flexibles ou mieux, comme le disent les nouveaux penseurs des organisations de travail, se libérer », analyse Sophie Le Garrec dans l'ouvrage collectif *Les servitudes du bien-être au travail* (Erès).

« Les servitudes du bien-être au travail. Impacts sur la santé », de Sophie Le Garrec (Erès, 296 pages, 25 euros).

Ces demandes contradictoires ont fragilisé et provoqué nombre de maux et vulnérabilités, tant physiques que psychiques, souligne la sociologue : l'injonction à façonner son être « pour répondre aux exigences idéalisées de la réussite et du bonheur s'inscrit de facto comme une quête incessante, illusoire et inatteignable ». Ces modèles de réussite ne sont que « des artefacts aliénants, puisque l'essence même de ces aspirations reste profondément subjective ».

Emboîtant le pas aux « rhétoriques managériales », les formations, les interventions et les ouvrages visant à atteindre ce paraître émotionnel se multiplient, tandis que les explications décortiquant son impossible atteinte en termes structurels, organisationnels et sociétaux sont invisibilisées, masqués par la novlangue de pare-feu émotionnels et de développement personnel.

Interview de Romain DaRocho, ex-président de l'ANIMT

JST – C'est un paradoxe pour le JST d'interviewer un interne qui a recours au droit de remord. Mais son investissement de deux ans de formation en médecine du travail, intense et engagé, mérite une recherche de compréhension peut être instructive.

RDR : Après avoir réalisé un stage d'externat au centre de pathologie professionnelle du Pr Dewitte à Brest, j'hésitais avec la psychiatrie. Mais plutôt qu'ancrer le mal être toujours plus à la racine de l'individu il m'a semblé plus émancipateur d'étudier le psychisme par le prisme du travail, en remplaçant l'individu dans son environnement.

JST - Pourquoi s'intéresser à l'environnement de travail en particulier ?

Romain Darocha : Mon père, ouvrier charpentier, fils d'immigré portugais, n'a pas choisi son métier. Ma mère, institutrice, a, elle, grandi dans une petite exploitation agricole familiale. Face au «vrai» travail, celui qui fait souffrir, qui place le corps humain contre le monde matériel et qui le change. Dans ma famille, premier bachelier scientifique, on m'épargnait cette obligation. Le travail intellectuel a toujours été un alibi social. Alors, si j'ai délaissé le travail physique, je l'ai souvent intellectualisé. Mes saisons estivales dans une usine de glace nord-finistérienne se sont révélées très intenses pour le psychique. Le travail à la chaîne, on ne le connaît que lorsqu'on l'endure des heures durant. Quand on est jeune, le péril se situe sur le plan psychologique. Dans le bruit assourdissant, je me vois encore chanter afin de me dissocier des machines que l'on imitait.

JST - Qu'est-ce qui vous a séduit en Médecine du Travail (MdT) ?

RDR : Sur le plan théorique, j'y ai découvert les dynamiques mentales à l'œuvre au travail. Le Dr Durand-Moreau me guidait sur les différents courants, de la clinique de l'activité à la psychodynamique du travail. Je m'inscrivis au CNAM et valide une première année de psycho. Je rencontre la sociologie du travail qui va me faire douter de l'exercice de la MdT

D'un autre côté, l'idée de prendre soin des travailleurs, population disqualifiée, dans un monde moderne tourné vers l'hédonisme me stimule. Les films de Ken Loach, me font réaliser qu'à travers les travailleurs, c'est mon père que je soigne... Ne vous en déplaise la tournure psychanalytique du propos !

Je comprends que la MT est aveugle aux travailleurs non salariés. mais c'est une forme de médecine humanitaire

JST - Vous parlez de vos doutes dans cette spécialité, qu'en avez-vous fait ?

RDR : Les internes sont parfois déstabilisés par les questions existentielles qui traversent le métier. Ce fut mon cas. En quelques mois, j'ai plongé dans les écrits, rapports, et archives discutant son passé, son présent et son futur. Je me tourne alors vers l'ANIMT. Deux mois plus tard, le bureau national m'encourage à briguer le mandat de président. L'angoisse de ne pas savoir, le doute sur l'avenir, c'est le moteur de la connaissance disait Nietzsche.

JST - Comment s'est passé votre présidence à l'ANIMT ?

RDR : Auprès du Collège, j'ai défendu une position décentralisatrice de la formation, détenue par des médecins hospitaliers, en souhaitant que la formation soit conduite par des MdT de Service de Santé au Travail à la manière de la formation en médecine générale depuis vingt ans.

J'ai souhaité un organe de discussion pour les internes. Un système numérique rassemble dorénavant près du tiers des internes. Pour autant, sans illusions : l'internat en MdT forme trois fois moins que le Diplôme Inter Universitaire des médecins collaborateurs.

La [maigre] légitimité de la fonction de président me permet de participer aux réflexions institutionnelles liées à la réforme Santé au Travail. La diversité des opinions des internes rendait leur représentation périlleuse auprès des acteurs politiques. De mon côté, paradoxalement, plus je m'intéressais aux débats, moins je me reconnaissais dans cette spécialité. Quelques mois plus tard, je décide de changer d'exercice.



Romain DaRocho,
Ex-président de l'ANIMT
(Association Nationale des Internes en Médecine du Travail)

JST - Quelle critique faites-vous de la spécialité ?

RDR : Elle porte sur les fondements du métier, mais sa radicalité n'est pas assez partagée pour espérer un changement. Sans chercher à définir le métier, l'on peut déjà remarquer qu'il occupe des fonctions présentes chez le juriste, l'assistant social, le RH, l'hygiéniste... Le costume ne serait-il pas trop grand pour lui ?

Je crois qu'il existe de nombreux malentendus au sein de ce métier. D'abord le terme de «prévention» est polysémique. De quelle prévention parle-t-on ? En un sens médical, centré sur l'individu ? En un sens ergonomique, centré sur les conditions de travail ? En un sens socio-économique, centré sur l'insertion professionnelle ?

En outre, l'héritage de 1946, d'une médecine «exclusivement préventive» porte à confusion. La postérité a opposé le terme *préventif* au terme de soin *curatif* alors que l'idée de Croizat était davantage d'opposer *prévention* au contrôle de la main d'œuvre afin de réduire l'importance de ce dernier. Or même après Croizat, le cumul des fonctions en MT a persisté. Il s'en suit d'une grave atteinte à son positionnement éthique qui pourrait expliquer son désamour. De plus, cette incompréhension nous empêche de concevoir le continuum entre prévention et soin.

L'application de la loi Kouchner sur le consentement des patients se répercute imparfaitement

avec un salarié dont l'autonomie n'est que relative face à une décision d'un MdT qu'il ne choisit pas

Entre la santé de l'individu et les priorités collectives de santé publique, l'ambivalence de la MdT est problématique

La MdT est-elle une médecine progressiste qui améliorerait les conditions de travail ? Ne participe-t-elle pas réalité à l'individualisation des travailleurs au sein de la consultation médicale ? A l'image du management individualisant ?

Il nous faut trancher ces nœuds gordiens, tout-au-moins si l'on espère construire une relation de confiance avec les travailleurs. La crise sanitaire n'a fait que mettre en exergue les ambiguïtés inhérentes de la profession. Dans les services de santé au travail hospitalier, la confiance est perdue pour de nombreuses années.

JST - Quel serait alors, votre logique du métier de MdT ?

RDR : Ma ligne, que je détaille sur mon blog, serait celle d'une «re-médicalisation» du métier lui-même. Je crois que le consensus médico-politique hérité de la réforme de 46 est en crise ; celui d'une médecine qui avait consenti à se défaire de ses missions de prescription de soin en vertu d'une autre fonction, épistémologiquement différente, l'hygiénisme et l'ergonomie. Le développement des nombreux autres métiers de la Santé au Travail ont définitivement rompu ce consensus.

Je suis favorable à une MdT spécialisée sur le diagnostic, la prévention et le traitement des pathologies du travail au sein de SST tout venant en consultations libres, indépendamment du statut du travailleur : salarié ou non. Des SST décentralisés et financés par la SS, indépendants des entreprises. Libérée du système de contrôle obligatoire de l'aptitude, la MdT pourrait enfin prétendre à intégrer le parcours de soin avec l'ouverture du Dossier Médical Personnalisé sous consentement libre et éclairé du travailleur.

J'appelle donc à un basculement vers une MdT ouverte sur le plan de ses consultations mais de financement public. Elle sera détachée des fonctions d'ergonomistes, d'hygiénistes, de juristes, d'assistants sociaux. Le MdT renforcera alors ses interactions avec les professionnels suscités.

JST - Comment se passe votre réorientation ?

RDR En médecine générale, je continue de porter une attention particulière au travail de mes patients. Mais je n'ai plus l'ambition, par mon métier, de changer les conditions de travail. En outre, je poursuis un master d'éthique avec l'idée d'en développer certains aspects en MdT. Car, si l'on connaît beaucoup de juristes dans ce secteur, les éthiciens sont rares, et ils n'ont pas les mêmes fonctions !

CV

2018 : interne en médecine du travail à Brest.

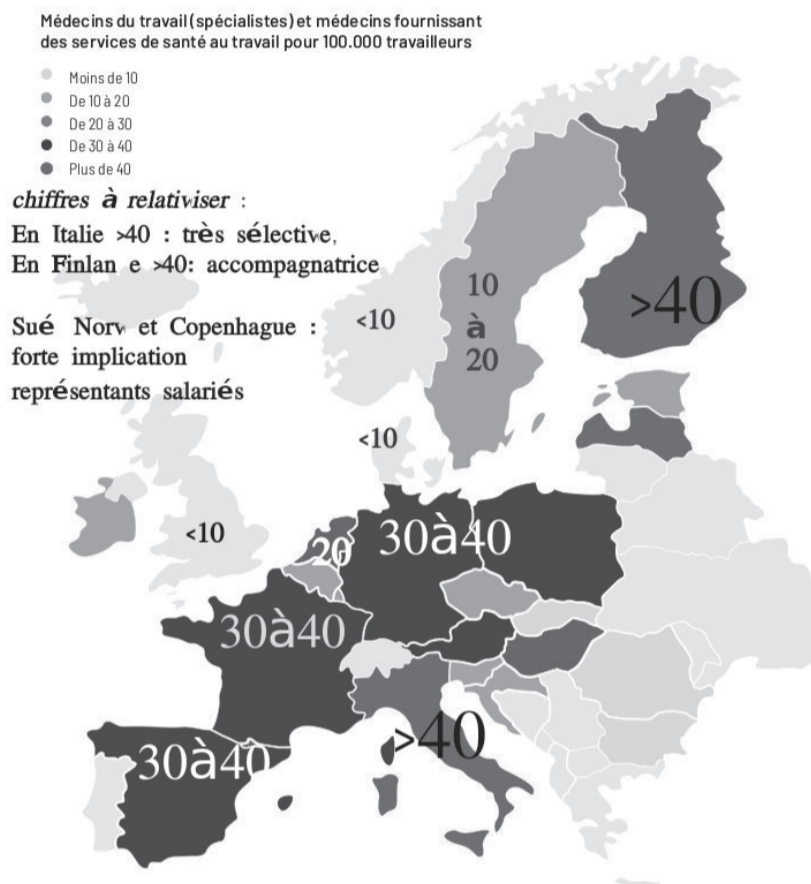
2019 : président de l'ANIMT

fin 2020 : conversion en médecine générale.

Une crise de la médecine du travail en Europe

D'après une conférence de Laurent Vogel 2019, « Institut syndical Européen »

Cartographie de la médecine du travail dans l'UE



Depuis l'adoption de la directive-cadre de 1989 concernant la santé et la sécurité, l'évolution des services de prévention dans la plupart des pays de l'Union européenne a été marquée par un paradoxe.

D'une part, dans la majorité des pays, ces services ont connu un développement quantitatif important. Le nombre de personnes y travaillant n'a sans doute jamais été aussi élevé et le nombre de travailleurs couverts d'une manière ou d'une autre par ces services a également été accru. Par contre, la place de la médecine du travail dans cette activité semble bien s'être fragilisée. Dans certains pays, elle ne joue plus qu'un rôle marginal (pays scandinaves, Royaume-Uni, notamment). Dans d'autres, elle est supposée être un acteur essentiel des dispositifs de prévention mais le nombre de médecins du travail nouvellement formés est beaucoup trop bas pour remplacer les médecins qui partent à la retraite ou quittent la profession pour d'autres raisons. Cette situation est doublement nocive. Elle implique que le nombre de travailleurs effectivement couverts par la médecine du travail est inférieur aux exigences légales. Surtout, il y a une énorme pression temporelle qui amène les médecins du travail à standardiser leur activité et à réduire le travail de prévention primaire et collectif.

Partir des inégalités sociales de santé

Les questions posées par une telle situation sont

d'une importance vitale pour le mouvement syndical. Le point de départ de toute discussion me paraît être le rôle essentiel joué par les conditions de travail et d'emploi dans les inégalités sociales de santé. Les cancers liés au travail illustrent bien ce point.

Avec plus de 100.000 morts par an dans l'Union européenne, les cancers constituent la cause principale de mortalité liée à un manque de prévention au travail en Europe. Ces cancers pourraient être évités dans la mesure où on connaît déjà la plupart des agents cancérigènes dans les processus de travail. Un des facteurs qui explique la faiblesse de la prévention est le fait que les travailleurs exposés aux risques de cancer professionnel appartiennent généralement aux catégories les moins privilégiées. Ce sont le plus souvent des catégories ouvrières ou des personnes qui travaillent dans des services avec un faible niveau de rémunération (nettoyage, coiffure, par exemple). Ajoutons à cela la part d'ignorance organisée: la plupart des registres de cancer ne contiennent aucune information sur la profession ou les activités de travail.

La situation de crise actuelle ne doit cependant pas être traitée sur le mode de la nostalgie en idéalisant la médecine du travail des générations précédentes. Les premières générations de médecins qui interviennent à l'intérieur des entreprises s'occupent finalement très peu de santé au travail. Il s'agit beaucoup plus d'une médecine de sélection. Sa décision d'inaptitude s'impose à l'employeur mais il n'a aucun pouvoir pour contraindre ce dernier à éliminer les facteurs de risques.

À partir des années 1980, les syndicats et une nouvelle génération de médecins du travail veulent agir sur les conditions de travail. Ce tournant est bien résumé par un slogan des syndicats danois: «cessons de parler des travailleurs qui sont malades, c'est l'entreprise qui est malade».

En 1985, l'Organisation internationale du travail adopte la convention numéro 161 sur les services de santé au travail. Elle propose que les services incluent du personnel compétent en médecine du travail, en hygiène du travail, en ergonomie, en soins infirmiers au travail et dans d'autres domaines connexes.

Quatre ans plus tard, la directive cadre de l'Union européenne de façon très large le champ des activités de prévention, sur la base d'une coo-

pération entre différentes disciplines. La sécurité au travail en fait partie.

L'expérience de ces 20 dernières années montre à la fois le potentiel positif de ces orientations et l'affaiblissement relatif de la médecine du travail au sein des services de prévention. Les attaques patronales contre le coût et l'indépendance des médecins du travail en sont une des explications. Mais il y a aussi des difficultés réelles à assurer un travail multidisciplinaire qui couvre tous les aspects de l'organisation du travail. Une décision d'inaptitude ne remettait pas en cause le pouvoir patronal. Une évaluation des risques systématique et basée sur la participation des travailleurs contient un potentiel majeur de contestation du pouvoir patronal. L'émergence de la question des risques psychosociaux renforce cette tendance.

Faire de la prévention signifie alors remettre en cause des choix essentiels concernant ce qui est produit et comment s'effectue l'activité. *On comprend que le patronat veuille garder la main sur ces activités des services de prévention même s'ils sont nommés service de santé au travail.*

À mon avis, le mouvement syndical a intérêt à renforcer la médecine du travail et à définir des critères qui donneraient tout son sens à son activité. Je mettrais l'accent sur trois éléments.

1 - Les questions de santé au travail sont des questions de santé publique. Loin de justifier une dilution de l'activité de la médecine du travail autour de problèmes de santé que l'on considère comme détachés des conditions de travail (nutrition, tabagisme, détection précoce de «maladies générales», etc...), cela signifie au contraire placer les conditions de travail et d'emploi dans les politiques de prévention de la santé publique.

2 - Les services de santé au travail sont, en ce sens, des services publics. Indépendamment des formes concrètes d'organisation qui peuvent être adoptées, cela signifie que l'indépendance professionnelle de l'ensemble des intervenants doit être garantie et qu'il faut leur donner des moyens plus importants pour intervenir sur les différents aspects de l'organisation du travail.

De manière synthétique, c'est en plaçant la médecine du travail au service exclusif de la santé des salariés et en faisant de la prévention primaire l'axe de son travail que l'on pourra assurer sa pérennité et donner tout son sens à son activité.

3 - La participation des travailleurs à l'activité de ses services est un facteur essentiel. D'une part, elle permet d'avoir accès à des connaissances indispensables sur le travail réel. D'autre part, elle permet de créer un rapport de forces plus favorable à la prévention dans les entreprises.

De manière synthétique, c'est en plaçant la médecine du travail au service exclusif de la santé des salariés et en faisant de la prévention primaire l'axe de son travail que l'on pourra assurer sa pérennité et donner tout son sens à son activité.

Traçabilité aux cancérogènes

De la nécessité pour le médecin du travail

Par B Delabrusse

Sur le vaste sujet de la traçabilité des expositions professionnelles nous n'évoquerons ici que celle des expositions pouvant avoir des effets à long terme tels les cancérogènes. Et nous nous concentrerons sur la traçabilité réalisée par les médecins du travail.

Je m'appuie sur mon expérience d'une consultation de recherche des expositions professionnelles, après diagnostic de cancer primitif du poumon (réf ❶). Au cours de cette consultation nous demandons souvent l'accès au DMST pour rechercher des éléments de preuve d'exposition à des CMR. Or sur 217 dossiers de cancers déclarables seul 18 disposaient d'un écrit attestant l'exposition à un cancérogène. Ce qui a pour conséquence, pour ces anciens salariés, des difficultés à faire reconnaître l'origine professionnelle de leur cancer, et une perte de droit à l'indemnisation pour eux même et leurs « ayant-droit » puisque leur espérance de vie est limitée.

Rappelons les devoirs de traçabilité du médecin du travail :

Qui doit faire la traçabilité des expositions professionnelles ? Le choix de l'opérateur de traçabilité n'est pas neutre :

- **L'employeur ?** A qui il est demandé de déclarer les surveillances Individuelles Renforcées (SIR), mais combien déclarent-ils spontanément l'utilisation de cancérogènes ?
- **Le service de santé au travail ?** qui, selon l'article 4622-2, (ref ❷), participent au suivi et contribuent à la traçabilité des expositions professionnelles. Mais dans les fonctionnements actuels ils se contentent d'implémenter les DMST avec les déclarations nominatives de SIR. Mais l'avis du Médecin du travail n'est pas sollicité comme le prévoit le code du travail (ref ❸).
- **Le médecin du travail ?** Qui a l'obligation de tracer dans le dossier médical les expositions professionnelles, (ref ❹), et a toujours l'obligation de délivrer des attestations aux expositions aux cancérogènes d'avant 2012 dans le cadre d'une surveillance post-professionnelle (ref ❺). Même en l'absence d'attestation signée par l'employeur, une circulaire (ref ❻) permet au médecin du travail d'attester de l'exposition.

Sur quel support de conservation

Le support informatique : est habituellement utilisé. Tous les logiciels de santé au travail permettent l'inclusion d'informations sur les risques du poste de travail. Depuis quelques années tend à s'imposer un thésaurus « national » celui de PRESANSE ex CISME. Un tel thésaurus uniformisé est indispensable à une lecture comparative et universelle. Il devrait donc permettre d'établir un « état des lieux » exhaustif aux niveaux professionnels, géographiques, du national au local et même dans chaque entreprise. Et pourquoi pas être évolutif dans le temps : soyons utopiques : ne

permettrait il pas de chiffrer l'amélioration de la prévention des expositions ? Bref il pourrait se substituer aux études épidémiologiques telles que SUMER ou son succédané EVEREST.

Notons la nécessaire normalisation des données saisies pour pouvoir en faire une exploitation collective. Et nous en sommes loin !

La traçabilité informatique garantit-elle une conservation à long terme des données ?

Nous avons tous vécu des pertes de données lors de changement de logiciels ou de simples mises à jour. Ne devons nous pas nous interroger sur ce type de support informatique ? Qui peut encore lire les bandes magnétique utilisées il y 20 ans ? Qui dispose encore de lecteurs de disquettes 3-1/2 pouces ? Qui dispose encore des logiciels « maison » utilisés dans le passé ?

Un exemple narré par un ancien Médecin inspecteur du travail qui voulait récupérer les données d'exposition d'un salarié d'une grande entreprise américaine de support photographique ayant quasiment disparue : le logiciel maison n'était plus utilisé, les données informatiques avaient donc disparues. La mémoire des expositions aux CMR était perdue.

Le support papier est il plus adapté ?

Ce support sous forme de fiche individuelle d'exposition ou d'attestation d'exposition répond à des critères réglementaires, ou plus exactement répondaient avant leur suppression à partir de 2012 au profit de l'informatisation : la traçabilité de la pénibilité dont le but est conçu comme une compensation et non une prévention ou une réparation.

En principe cette traçabilité devrait être assurée dans le DMST (Dossier médical en Santé au Travail), souvent sous forme papier, avant l'extension du « tout informatique ».

C'est loin d'être le cas ! Si les annotations médicales sont présentes, les expositions se résument le plus souvent à quelques termes « bruit » « écran » etc. Bref elles ne sont guère exploitables.

Remarquons que la délivrance aux salariés d'attestations d'expositions aux cancérogènes, quand ils quittent l'entreprise, est toujours valable. Elle ne peut se faire autrement que sous forme papier.

Pour revenir à ma pratique actuelle, je constate la valeur, auprès des médecins conseils et des CRRMP (Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles), de tels documents d'attestation, qu'ils soient conformes ou non au code du travail.

Références

Une consultation de recherche des expositions professionnelles après cancer primitif du poumon – 2018– Doi : 10.1016/jam.2018.03.448

❶ Article L4622-2 : « Les services de santé au travail ont pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail. A cette fin, ils : ...4° Participent au suivi et contribuent à la traçabilité des expositions professionnelles ».

❷ Article D4622-22 : « ...Ce document est établi en cohérence avec l'évaluation des risques prévue à l'article L. 4121-3 et le recensement des postes exposés à des facteurs de risques prévu à l'article R. 4624-46 après avis du ou des médecins du travail concernés.

❸ Article L4624-8 « Un dossier médical en santé au travail, constitué par le médecin du travail, retrace dans le respect du secret médical les informations relatives à l'état de santé du travailleur, aux expositions auxquelles il a été soumis ».

❹ Arrêté du 28 février 1995 pris en application de l'article D. 461-25 du code de la sécurité sociale.

❺ Circulaire DRT no 12 du 24 mai 2006 paragraphe 8.3.4 : « ...En cas de désaccord entre le médecin du travail et l'employeur sur l'attestation d'exposition, le médecin du travail peut délivrer à l'intéressé un certificat dont l'organisme de sécurité sociale peut tenir compte, en diligenter le cas échéant une enquête... ».

références bibliographiques
sur le site www.a-smt.org/

❻ La contribution du médecin du travail à l'identification des expositions professionnelles quelle traçabilité liée à la responsabilité du médecin du travail ?

LES CAHIERS S.M.T. N°26 - MAI 2012 32e Congrès de l'association SMT des 10 et 11 décembre 2011, site.

⇒ Alain Carré, Médecin du travail 17 Novembre 2013.

Obligation de traçabilité en médecine du travail et indépendance professionnelle : Un devoir ancien, une responsabilité réglementaire nouvelle.

>> suite de la page 1 >>

entreprise. Bel affichage, mais rien pour systématiser cette attente.

La visite de pré reprise existe déjà et a montré ses intérêts en étant utilisée de plus en plus à la demande des salariés et suscitée par les patrons. En légiférer « la possibilité » n'est pas une valeur ajoutée.

La principale mesure de prévention de désinsertion professionnelle sera bien sûr l'amélioration des conditions de travail et notamment la responsabilité pour les entreprises d'adapter l'organisation du travail aux capacités restantes de leur salarié, ne serait-ce par exemple que par une réévaluation des obligations pour l'insertion des travailleurs handicapés. Mais rien d'un tel progrès attendu dans cette proposition de loi.

Souhaitons que la formation des infirmiers en santé au travail (art 23) et leur reconnaissance d'infirmier en pratique avancée soient concrétisées par les décrets annoncés...

Certains médecins du travail insistent pour rester seuls animateurs et coordinateurs de l'équipe pluridisciplinaire. D'autres estiment que l'important est que le médecin du travail reste le référent principal sur la connaissance des liens santé travail, et craignent que la loi (art 24) donne aux directions des S(p)STI ces animations et coordinations au détriment des références en santé au travail.

Dans cette loi, les Comités d'Orientation des Conditions de Travail (COCT, art 25), auquel les médecins du travail ne contestent pas la légitimité

sionnels de santé au travail comme repères pour l'amélioration des conditions de travail.

Les maladies professionnelles sont encore trop largement sous déclarées et sous reconnues. Moins de la moitié des troubles musculo-squelettiques le sont même s'ils constituent 80 % des reconnaissances. Seulement 2 % des cancers sont reconnus comme professionnels, essentiellement l'amiante, alors que les études transversales les évaluent de 10 à 15 %, bronchopulmonaire mais aussi de la vessie, de la peau, du sang. Les décompensations psychosomatiques dues aux Risques Psycho Sociaux (RPS) étaient en 2019 en cause dans la moitié des arrêts de travail.

Les DUERP, la traçabilité des expositions professionnelles, les organisations du travail sont de la responsabilité de l'entreprise, en compromis avec les salariés et l'état. La mission de la santé au travail n'est pas de remplacer ou d'éviter la responsabilité de l'entreprise, elle est de lui donner un angle de vue à partir du lien santé travail, et d'en être référent pour le reste du système de soins et pour la société.

Les professionnels de santé au travail lancent une alerte pour que la santé au travail soit traitée sans confusion avec la gestion des conditions de travail. Garantissons que l'interaction n'en sera pas moins dynamique et plus efficiente. La santé au travail est une priorité de santé publique.



Gouvernance.

Il ne s'agit en aucune façon pour les médecins du travail de revendiquer la gouvernance des services de santé au travail, mais force est de constater que la gouvernance patronale en cours depuis des décennies infléchit souvent l'organisation du travail vers l'intérêt des entreprises plus que vers le dévoilement des liens santé travail. Les conditionnements et des pressions entravent souvent les missions et les investissements des professionnels de santé au travail, ne serait-ce que par de nombreuses habitudes ou autocensures implicites.

L'article 20 (art 20) confirme hélas cette gouvernance patronale des S(p)STI, limite la représentation des salariés au CA, et perpétue les choix patronaux et directoriaux. Cela pose la question de conflits d'intérêts majeurs sans qu'aucune autre gouvernance ne soit possible. Notons que la gouvernance des services « propres » des entreprises (ex-autonomes) restent totalement patronale.

L'appel à des médecins praticiens correspondants pour des suivis individuels de salariés (art 21) est inquiétante dans la mesure où leur formation en santé travail est hypothétique, sans accès à la connaissance réelle du travail, et sans lien à l'équipe pluridisciplinaire.

En revanche l'article 22 (art 22) fige le tiers temps des médecins du travail en milieu de travail, alors que, si la perception géographique et institutionnelle du travail est importante, la connaissance du réel du travail est bien plus complexe qu'une présence corporelle encadrée et mise en scène sur place.

en matière de négociation sur les conditions de travail, ni même un droit de regard et d'avis sur les services de santé au travail, se voit attribuer une mission d'élaboration des politiques de santé au travail et, sur les modalités de mises en œuvre des actions des S(p)STI. Bref le COCT, secondé par les CROCT (art 26) et des CRPST (Comité Régional de Prévention en Santé au Travail), deviendrait la référence en santé au travail. L'expérience montre que ces références, négociées par les représentants des acteurs de l'entreprise, ne sont pas à la hauteur des enjeux de l'impact de la santé au travail sur une des premières priorités de santé publique qui est la santé au travail.

Pour une vraie progression

L'exposé des motifs de cette proposition de loi, comme l'accord national Interprofessionnel qui l'avait précédé, omettent de réaliser un état des lieux de la santé au travail. En matière de santé publique, la santé au travail est une priorité majeure quand les études montrent que le principal facteur de diminution de l'espérance de vie est l'itinéraire de travail, cinq ans en moyenne et encore plus pour le vieillissement en bonne santé. Ces nombres d'années perdues pour les travailleurs sont plus nombreuses que celles dues à l'alcool, le tabac ou la génétique, même si on veut les pondérer par les conditions de vie sociale.

Si les atteintes à la santé dues au travail sont un peu mieux connues académiquement au fil des années, leurs diagnostics sur le terrain et l'élucidation des liens entre le travail et la santé sont ce que peuvent apporter de mieux les profes-

>> 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°70

MARS
2021

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 :

Jean Michel Sterdyniak, Gérard Lucas, Lucie Guillehm.

ONT COLLABORÉ :

Gilles Arnaud, Véronique Bacle, Mireille Chevalier, Jean-Michel Domergue, Luc Gerson, Melissa Menetrier, Joelle Milliez, Isabelle Legras, Nathalie Guen, Franck Viola-Wargner, Romain Darocha, Benoit Delabrusse, C. Taisne, S. Dewitte.

Conception éditoriale et graphique : Betty Bente Hansen