



**COLLECTIF DES PERSONNELS DES SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL**

**OCTOBRE 2018**

**CONTRIBUTION DU COLLECTIF UGICT-CGT  
DES PERSONNELS DES SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL  
POUR LA RESTAURATION DES MOYENS DE LA PROTECTION DE LA SANTE  
DES TRAVAILLEUSES ET DES TRAVAILLEURS AU TRAVAIL**

## INTRODUCTION A LA CONTRIBUTION DU COLLECTIF

La France est la championne d'Europe des inégalités sociales de santé au travail. Les mandatures successives, dociles messagers du maître libéral, doivent absolument les dissimuler. Hélas une institution née du programme de la Résistance, que les professionnels qui l'exercent ont voulu prendre au sérieux, constituait un obstacle à ce programme de dissimulation. Ainsi, depuis 1970, le patronat met en place ses pions pour en finir avec la médecine du travail transformée en « santé au travail ». Ballotés de réforme en réforme, plus désastreuse l'une que l'autre, les professionnels de santé ne se précipitent pas pour exercer en santé au travail.

La loi El-Khomri et ce que préfigure le rapport Lecocq constituent le coup de grâce à l'institution, dont les moyens consacrés à la prévention primaire du point de vue exclusif de la santé des salarié-e-s sont détournés du côté de la gestion de la sécurité et dont les professionnels se consacreront dorénavant à une gestion médicale de la main d'œuvre coupée du travail réel.

La suppression des CHSCT et de ce fait l'irruption de la question économique dans la prévention des risques professionnels et l'affaiblissement de la réalité du travail dans le débat complète l'invisibilité voulue sur les risques professionnels et leurs effets.

Comme si cela ne suffisait pas, l'entrisme libéral tant au Conseil d'Etat qu'à la Cour de Cassation conforte d'une part l'intimidation des médecins qui témoignent du lien santé-travail et réduit la prévention à des obligations formelles, lésant ainsi les victimes d'une juste réparation.

Notre présente contribution à la lutte se place sous le patronage de celles et ceux qui rédigèrent en des temps obscurs, celui du nazisme triomphant, un programme d'espoir lumineux qui nous éclaire encore et qui affirmait : « les jours heureux reviendront ».

Nous ne croyons pas que la déploration suffise à changer les choses. C'est pourquoi notre contribution qui repose sur des constats explicites et circonstanciés débouche sur des propositions concrètes.

Si, comme nous en sommes persuadé-e-s les jours heureux reviennent, ce programme à la fois de principe et de propositions concrètes sera immédiatement applicable.

Nous croyons en la liberté de ne pas perdre sa vie à la gagner, à l'égalité sociale de santé au travail. Comme professionnels de santé dont l'action est entièrement consacrée à l'aide de nos semblables et comme syndicalistes dont cela constitue le cœur de la militance, nous croyons que, loin de l'individualisme égoïste libéral, ce qui transformera le monde et le rendra vivable est la solidarité qui est la fraternité en action.

C'est autour de ces principes que nous appelons à la résistance.

## **PLAN**

**LE RAPPORT LECOCQ : « SANTE AU TRAVAIL : VERS UN SYSTEME SIMPLIFIE  
POUR UNE PREVENTION RENFORCEE » UN DESASTRE SANITAIRE EN SANTE AU  
TRAVAIL**

**ETAT DES LIEUX ET PROPOSITIONS DU COLLECTIF DES PERSONNELS DES  
SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL**

**SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL INTERENTREPRISES DES METIERS NOUVEAUX,  
DES RESPONSABILITE NOUVELLES CONDITIONS POUR UN EXERCICE EFFICACE  
CONSTATS ET PROPOSITIONS**

**LE RAPPORT LECOCQ :**  
**« SANTE AU TRAVAIL : VERS UN SYSTEME SIMPLIFIE  
POUR UNE PREVENTION RENFORCEE »**  
**UN DESASTRE SANITAIRE EN SANTE AU TRAVAIL**

## LE COMMUNIQUE DE LA CONFEDERATION CGT

### **Rapport « santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée » Le travail est malade : il faut le transformer !**

mardi 28 août 2018

On ne pourra transformer le travail qu'en instaurant une réelle démocratie au travail, pour que chaque travailleur ait les moyens d'agir pour faire ce qu'il estime être un travail de qualité, utile à la société. C'est bien celles et ceux qui travaillent qui sont les plus grands experts de leur travail.

La CGT affirme les liens entre les enjeux du travail, de santé et l'organisation des solidarités tout au long de la vie. Elle revendique historiquement la pertinence d'une intégration de l'ensemble des institutions et des acteurs œuvrant à cette politique.

En travaillant au quotidien auprès et avec les travailleurs, la CGT a l'ambition qu'ils deviennent acteurs de la transformation de leurs situations de travail. Cette démarche est fondamentale pour que le travail devienne facteur de bien-être et de bonne santé.

La remise ce jour du rapport « Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée » au Premier ministre annonce l'ouverture d'une négociation sur la politique de santé au travail. La CGT s'investira dans ce débat à partir de l'analyse de ce rapport mais, bien entendu, avant tout, à partir de ses propres revendications.

Ce document souligne les difficultés et les signes d'essoufflement de notre système de santé au travail, tout particulièrement concernant la prévention. Il recommande, pour plus d'efficacité, la création d'une structure plus simple d'accès regroupant les divers acteurs de la prévention.

La CGT met en garde. Nous avons trop d'exemples en France d'institutions fusionnées avec des moyens réduits qui sont devenues des lieux de souffrance au travail avec pour conséquence une dégradation du service rendu.

Pour éviter cet écueil, cette nouvelle entité doit se construire dans le respect des personnels, de leurs représentants et avec les moyens nécessaires. Tous les travailleurs des métiers de la prévention doivent être acteurs et décideurs dans ce projet d'ampleur.

Sur le plan budgétaire, la sollicitation des excédents de la branche AT-MP pourrait aller dans le bon sens. Toutefois, nous tenons à attirer l'attention sur la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles qui reste un fléau. La branche maladie de la Sécurité Sociale doit trop souvent prendre à sa charge les dégâts causés par le mal-travail.

Celui-ci ne peut plus être nié. Son expansion a contraint le gouvernement à réagir. Les politiques uniquement axées sur l'emploi ont laissé le travail au bord de la route. Les travailleurs attendent beaucoup plus qu'une simple rémunération. Ils veulent un travail qui soit porteur de sens, qui leur donne un rôle dans la société. Le travail est donc un enjeu démocratique. Il est un élément essentiel de la citoyenneté.

Les agents des trois versants de la fonction publique doivent bénéficier eux aussi, à part entière, de cette politique de prévention nationale et de santé. La CGT portera dans les négociations l'intégration de tous les salariés du privé, de la fonction publique et des entreprises publiques.

La CGT considère que ce rapport doit ouvrir le débat sur les questions du travail et de la santé. Il en constitue le point de départ et non la finalité. La CGT mettra tout en œuvre pour que les travailleurs puissent bénéficier d'un système de prévention de la santé au travail qui corresponde à leurs besoins. Elle le fera dans la négociation à venir, dans l'action quotidienne, sur les lieux du travail, afin que chaque travailleur s'y investisse et s'y émancipe.

Montreuil, le 28 août 2018

## NOTRE POSITION SUR LE RAPPORT CE QUE LE MEDEF REVENDIQUE, CE QUE NOUS REVENDIQUONS

**16 Recommandations pour « simplifier » la prévention de la sécurité et de la santé au travail des travailleurs et augmenter « la performance économique et sociale » des entreprises.**

En préambule, les **professionnels des services de santé au travail** auditionnés ou ayant adressés des contributions pour ce rapport sont :

- une association de **médecins coordonnateurs** de services de santé au travail de grandes entreprises (auditionnés), pour information, ce statut n'existe pas dans le code du travail,
- **la direction** du plus grand service interentreprises de France **ACMS (Ile de France)**,
- **le directeur** du service interentreprises **AMI (Ile de France)**, **représentant la CPME dans toutes les instances nationales et régionales**, **Dr Thillaud** (auditionné CPME et envoi de contribution)
- **Collectif UGICT-CGT des professionnels des services de santé au travail**,
- **Collectifs des médecins du travail d'Ile de France**,
- **Conseil National Professionnel de la Médecine du Travail (CNPMT)**, organe définissant entre autres, les orientations du Développement Professionnel Continu (DPC)
- **Fédération Régionale des SSTI d'Ile de France**, association de **directeurs de SSTI**,
- **Groupe d'échange des Préventeurs Inter-entreprises**, association,
- **Reliance et Travail**, association de **psychologues du travail**,
- **Société d'Ergonomie de langue Française (SELF)**, association à laquelle certains ergonomes de SST adhèrent,

### **1) Donner davantage de visibilité nationale à la politique de santé au travail**

La proposition du rapport Lecocq est de créer une **structure nationale « Santé au Travail France »**.

Cette structure serait un **organisme de droit public** qui pourrait être un Etablissement Public Administratif (EPA) avec un **CA tripartite** (Etat avec les 2 ministères Santé et Travail et partenaires sociaux).

Elle regrouperait l'Agence Nationale des Conditions de Travail (**ANACT**), l'Institut National de Recherche et Sécurité (**INRS** financé actuellement par la branche AT MP de la Sécurité sociale), l'Organisme Professionnel de Prévention du BTP (**OPPBTP**) et **branche AT MP de la Sécurité sociale**.

**Le MEDEF** en août 2018 lors de leur université d'été « ...nous sommes ouverts à la refonte du système... » mais « ...**pas forcément un système qui soit totalement national car les métiers ont des spécificités...** »

**Le Collectif UGICT-CGT des personnels des SST** revendique : **Vigilance** concernant **nos mandats actuels à la Commission des AT/MP de la Sécurité sociale (CAT-MP)** car le rapport propose que le **CA tripartite et non plus paritaire** remplace les missions de la CAT

-MP et donc **diminution de la représentation des travailleurs.**

De même pour **nos mandats actuels aux Comités Techniques Nationaux (CT N) de la Sécurité sociale.**

**Le Collectif UGICT-CGT des personnels des SST** revendique un **maintien du paritarisme** car les expériences du tripartisme dans le domaine des **tableaux de maladies professionnelles**, par exemple, montre un Etat qui fait obstacle systématiquement à la création de nouveaux tableaux (nouveau tableau réparant le cancer du rein en cas d'exposition au trichloréthylène toujours non décrété malgré le consensus des partenaires sociaux depuis juillet 2017).

**Le Collectif UGICT-CGT des personnels des SST** revendique : **Vigilance concernant le statut futur des personnels** des actuels ANACT, INRS, OPPBTP et branche AT MP de la Sécurité sociale.

Enfin la SS dans la lignée de ses fondateurs, doit rester distincte des organismes d'appui à la prévention avec son dispositif de service de prévention et de réparation, en lien avec les cotisations des employeurs. Sa gestion et ses orientations doivent revenir aux travailleurs ce qui n'est plus le cas depuis les ordonnances de 1967.

## **2) Consacrer un effort financier dédié et significatif à la prévention**

La proposition du rapport Lecocq est de créer une **cotisation unique « santé travail »** regroupant les cotisations des entreprises aux services de santé au travail interentreprises (SSTIE), les cotisations OPPBTP pour les entreprises qui en relèvent et les cotisations AT-MP.

**Elle serait recouverte par les URSAFF.**

Un **Fonds National de Prévention** serait mis en place regroupant le fonds de prévention de l'Etat, le fonds de prévention AT MP actuel, les cotisations SSTIE, etc. et serait géré par la Sécurité sociale.

**Les excédents de la branche AT MP** seraient consacrés à cet effort financier.

**Le MEDEF** revendique « l'amélioration du rapport qualité-coût », « garder la maîtrise de la fixation de la cotisation des SSTIE... », « ...veiller à ce que le patrimoine immobilier des SSTIE retourne aux entreprises qui l'ont financé... »

**Le Collectif UGICT-CGT des personnels des SST** revendique dès 2019 que les **dépenses de la branche AT MP augmentent** car elles ne représentent qu'**environ 5% des dépenses de la branche maladie.**

Les excédents actuels de la branche AT MP, du fait de la **sous-déclaration et de la sous-reconnaissance des maladies professionnelles**, permettent à peine de rembourser les dépenses de la branche maladie pour les maladies professionnelles non déclarées (**1 milliard d'euros reversés** par la branche AT MP à la branche maladie votés pour 2018) alors qu'en 2007, uniquement pour le stress au travail, l'INRS avait publié une enquête qui estimait le coût entre 2 à 3 milliards d'euros. L'étude sur **le coût de ces cancers professionnels**, à la demande de l'European trade union institute (ETUI), publiée en 2017, estime le coût des cancers professionnels à **2,4% du PIB, soit 50 milliards d'euros.**

## **3) Inciter les branches à s'emparer des questions de santé et de qualité de vie au travail**

La proposition du rapport Lecocq est de **fixer une part minimale de 2% des cotisations** versée, prévu pour les prestations à caractère non directement contributif de la solidarité dans le cadre d'un **contrat de protection sociale complémentaire (Assurances privées,**

**Mutuelles)** relevant du degré de solidarité obligatoire, à consacrer aux actions de **prévention collective**.

**Si aucune action issue d'un accord de branche** en matière de santé ou de qualité de vie au travail est engagée, **reverser cette quote-part au fonds national de prévention**.

**Le MEDEF n'aborde pas ce point** mais ce silence peut être interpréter par un satisfecit de la **maîtrise des coûts en lien avec les moyens de prévention collective**.

**Le Collectif UGICT-CGT des personnels des SST** revendique que la réglementation, en particulier les principes généraux de prévention (article L.4121-1 et suivants du code du travail) **soient appliqués par les entreprises** : supprimer le risque et quand il ne peut être supprimer, privilégier les moyens de prévention collective, etc.

**Pour cela, les inspecteurs du travail et les contrôleurs des CARSAT doivent voir leurs effectifs augmenter** ce que les gouvernements actuels et passés, complices du patronat, se refusent de faire.

**Le Collectif UGICT-CGT des personnels des SST** restera vigilant pour que **la qualité de vie au travail ne remplace pas une véritable protection de la santé des travailleurs au plus proche du quotidien de leurs conditions de travail**.

#### **4) Inciter les entreprises à s'engager davantage dans la prévention par une approche valorisante**

La proposition du rapport Lecocq est de **ne pas fonder l'incitation à la prévention sur la seule menace de la sanction** et de financer les **baisses de cotisations des entreprises** s'engageant dans des actions de prévention innovantes.

Le maître mot du rapport est l'évidence pour les entreprises du **retour sur investissement** d'une politique de prévention **volontariste**.

**Le MEDEF** revendique **d'éviter « la peur du gendarme » qui dés-incite à la prévention** en changeant l'image des CARSAT, aujourd'hui « antichambre de l'inspection du travail »(confusion actuelle entre prévention/sanction).

**Le Collectif UGICT-CGT des personnels des SST** revendique **des agents de contrôle de l'Etat et des CARSAT** avec des moyens de contrôle renforcés (au regard des résultats en matière de sécurité routière depuis plus d'une décennie) car les sanctions sont très insuffisantes au regard des infractions répétées des entreprises aux textes réglementant la sécurité et la santé au travail.

Le tournant des années 2000 concernant l'obligation de sécurité de résultat en matière de santé et sécurité au travail a mis en évidence **que la sanction incitait à la prévention**.

**Le Collectif UGICT-CGT des personnels des SST** revendique **l'abrogation des textes supprimant les CHSCT**, instance représentative qui pouvait aller en justice et faire arrêter ainsi des **changements organisationnels destructeurs de la santé et sécurité des travailleurs**.

#### **5) Mieux articuler la santé au travail et la santé publique pour une meilleure prise en charge de la santé globale des travailleurs**

La proposition du rapport Lecocq est de **mener des actions ciblées de santé publique** (campagnes des 5 fruits et légumes, promotions du sport, les addictions, dépistage de cancers sans lien avec le travail, etc.).

Inscrire dans le futur Dossier Médical Partagé (DMP) des éléments sur les expositions



professionnelles et faciliter le partage d'informations médicales entre professionnels de santé.

**Le MEDEF** demande déjà depuis plusieurs années lors de la signature des **contrats de protection sociale complémentaire** des programmes de **promotion de la santé et non pas de prévention de la santé en lien avec les conditions de travail**. Les assureurs et les mutuelles y répondent déjà depuis plusieurs années.

**Le Collectif UGICT-CGT des personnels des SST** revendique l'importance de poursuivre l'inscription dans les plans de santé publique nationaux et régionaux **la prévention des effets du travail sur la santé (cancers professionnels, TMS, affections psychiques, etc.) et la poursuite du financement des études épidémiologiques en milieu de travail** (enquête nationale SUMER, programmes régionaux de recherche en santé au travail, etc.).

**6) Renforcer le rôle de la structure régionale et du médecin du travail pour prévenir la désinsertion professionnelle**

La proposition du rapport Lecocq est de créer une **structure régionale Santé Travail**. Cette structure serait un **organisme de droit privé** qui pourrait être un Etablissement Public Administratif (EPA) avec un **CA paritaire** avec un représentant de l'Etat en région. La gouvernance serait assurée par la Direccte en lien avec l'Agence Régionale de Santé. Elle regrouperait l'Agence Régionale des Conditions de Travail (ARACT), l'Organisme Professionnel de Prévention du BTP (OPPBTP) au niveau régional, la branche AT MP de la Sécurité sociale au niveau régionale et les CA des SSTIE. Refondre complètement le cadre juridique et institutionnel visant à **clarifier et simplifier le parcours d'accompagnement du travailleur reconnu en qualité de travailleur handicapé** ou tout travailleur exposé à un **risque de désinsertion consécutif à son état de santé**.

**Le MEDEF** revendique la conservation des SSTIE avec la conservation de l'autonomie (maîtrise de la fixation de la cotisation, **conventionnement avec la structure régionale plutôt que fusion-absorption**. Poursuivre la gouvernance paritaire **mais faux paritarisme car le président du CA a voix prépondérante**.

**Le Collectif UGICT-CGT des personnels des SST** revendique l'égalité de la surveillance de la santé des travailleurs quels que soient les territoires et quels que soient les risques en **facilitant les passerelles entre spécialités médicales et en supprimant le numérus clausus au début des études médicales**.

**Le Collectif UGICT-CGT des personnels des SST** restera vigilant pour que la **prévention de la désinsertion professionnelle ne se résume pas à une sélection biologique de la main d'œuvre** par des médecins du travail sans secteur professionnel d'activité mais bien une prévention au minimum secondaire voire primaire des conditions de travail délétères pour la santé des travailleurs.

**Le Collectif UGICT-CGT des personnels des SST** restera vigilante sur **l'évolution des services sociaux actuels des SSTIE** qui sont des acteurs incontournables pour les travailleurs avec des risques de désinsertion professionnelle.

**Le Collectif UGICT-CGT des personnels des SST** restera vigilant sur **l'évolution des Intervenants en Prévention des Risques Professionnels (IPRP)** actuellement majoritairement dans des SST interentreprises : ils doivent avoir le statut de **salarié protégé** (comme le prévoit l'article 7 de la **directive européenne de 1989**) car trop d'IPRP des SST interentreprises ont été licenciés suite à des rapports qui « heurtaient » les employeurs et les

directions des SST.

### **7) Mobiliser efficacement la ressource de temps disponible des médecins du travail et des personnels de santé**

Les propositions du rapport Lecocq sont de **moderniser les outils** du quotidien pour la réalisation des examens médicaux : développer la **télémédecine** pour répondre aux disparités territoriales.

Les médecins du travail doivent privilégier leur activité clinique pour **certains salariés, avec des problèmes de santé** susceptibles d'entraîner leur **désinsertion professionnelle**, les jeunes salariés ou les salariés vieillissants et les aidants, les intérimaires ou les CDD, les salariés en situation de handicap.

**Pour certaines catégories de salariés** (par ex, salariés du particulier employeur), faire effectuer le suivi individuel de la santé par **des généralistes**, ayant passé une convention avec la **structure régionale**.

**Le MEDEF** demande déjà depuis plusieurs années (texte de la fin des années 1980 du syndicat patronal des directions de SST interentreprises, « ...des services **sans médecins du travail...** ») d'ouvrir la **possibilité de faire appel à des médecins de ville** pour faire face à la **pénurie de médecins du travail**.

Il demande que les **infirmier(e)s** spécialisées en médecine du travail à **faire des prescriptions**.

Il demande **d'alléger et simplifier le tutorat** des médecins collaborateurs (médecins en reconversion professionnelle en médecins du travail)

**Le Collectif UGICT-CGT des personnels des SST** revendique des **infirmiers spécialisés en santé au travail** avec une **formation spécifique de niveau master** leur permettant d'être outillé dans leur activité à la fois clinique et lors de leurs actions en milieu de travail. Il est indispensable que les infirmiers, comme les médecins, soient des **salariés protégés** pour que leur indépendance ne soit pas un vain mot.

**Le Collectif UGICT-CGT des personnels des SST** revendique une **prévention médicale primaire** avec des médecins et infirmiers du travail dont l'activité clinique articule l'individuel et le collectif, avec **l'analyse sur le terrain des situations de travail**, le maintien de la **fiche d'entreprise**, **l'alerte collective sur l'ensemble des risques** (en particulier les risques psychosociaux dont la prévention ne peut se résumer à **la cellule RPS** de la future agence régionale).

**Le Collectif UGICT-CGT des personnels des SST** revendique l'absolue nécessité de ne pas **déroger au secret médical** en transmettant toutes les informations du dossier médical de santé au travail au salarié qui choisira ou non d'intégrer ces données dans le **dossier médical partagé**. De la même façon, c'est uniquement le salarié qui doit avoir la main sur la transmission des données de son **dossier médical partagé** afin d'éviter tout risque de **sélection médicale des « inemployables »**.

### **8) Former les différents acteurs de la prévention dans un objectif interdisciplinaire**

Les propositions du rapport Lecocq sont de mettre en place un **référentiel national de compétences en matière de pratiques de prévention**, en fonction des métiers, des missions et du niveau de responsabilité exercé.

**Le MEDEF** s'illustre depuis 2012, dernière réforme de la santé au travail, à refuser de financer pour les infirmiers des **formations qualifiantes (Diplôme Universitaire, Licences)**, dans le cadre de l'obligation de former les infirmiers en santé au travail dans la première année de leur embauche.

Ce sont des formations « **lights** » de quelques semaines voire de quelques jours avec **l'organisme patronal de formation** des SST interentreprises, l'AFOMETRA.

Pour les Assistants en Santé au Travail (ASST) des SST interentreprises, c'est le même organisme patronal de formation qui est imposé aux professionnels alors que certains avaient eu une formation qualifiante en hygiène sécurité d'une année dans les Conservatoires des Arts Métiers.

**Le Collectif UGICT-CGT des personnels des SST** revendique des formations **qualifiantes** pour l'ensemble des professionnels. L'enseignement de la clinique médicale du travail doit être intégré dans les formations des médecins et infirmières en santé au travail.

Pour les professionnels de santé, **le budget formation** doit comporter deux lignes : celle pour la formation professionnelle comme pour tout salarié et celle pour le **Développement Professionnel Continu (DPC)**, obligation réglementaire du Code de Santé Publique.

Les métiers de médecins du travail et infirmier doivent pouvoir ainsi consacrer un temps spécifique à l'amélioration de leurs pratiques professionnelles, notamment par un travail en groupes de pairs.

Le Collectif UGICT-CGT des personnels des SST restera vigilant sur **le contenu du référentiel national** et en particulier qu'au nom de **l'harmonisation des pratiques**, cela aboutisse à un nivellement par le bas des qualifications des différents professionnels avec une perte de marge de manœuvres dans l'exercice quotidien des professionnels avec des conséquences en terme de **leur santé au travail**.

#### **9) Mieux prendre en charge la prévention des risques liés aux organisations du travail et leurs transformations**

Les propositions du rapport Lecocq sont de former aux déterminants organisationnels et humains de la culture de sécurité, les professionnels de la Direccte et de la future agence régionale ainsi que les managers de proximité et les membres de CSE et les conseillers externes en entreprise.

**Le MEDEF et la ministre du travail lorsqu'elle était DRH de Danone** s'illustre, depuis 10 ans, dans une politique de **formation des managers** pour qu'ils **dépistent les salariés fragiles** susceptibles de décompenser leur santé au travail. Dans le même temps, les managers n'ont plus aucune marge de manœuvre pour prévenir les effets des risques organisationnels sur la santé de leurs équipes et la leur car le maître mot est « décline la politique de la direction et débrouilles toi ».

**Le Collectif UGICT-CGT des personnels des SST** revendique que les organisations de travail délétères pour la santé des travailleurs puissent être tracées dans le **document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP)** et fassent l'objet d'un plan annuel de prévention de ces risques avec mise en responsabilité de l'employeur en cas de non- respect de son **obligation de résultat de sécurité**.

Or le rapport Lecocq souhaite la **suppression du DUERP** (cf recommandation n°13) au profit d'un plan de prévention.

D'autre part, ce rapport considère que **l'obligation de résultat de sécurité** freine les entreprises à s'engager dans la prévention des risques professionnels et propose une **obligation de moyens**.

### **10) Mettre en place au sein de chaque structure régionale une cellule spécifiquement dédiée à la prise en charge des risques psychosociaux**

Les propositions du rapport Lecocq sont une cellule intervenant soit à la demande de l'entreprise souhaitant engager une démarche de prévention, soit à la demande d'un salarié souhaitant bénéficier **d'un appui à la gestion de ses RPS**, indépendamment de l'entreprise et dans le respect de la confidentialité. Cette cellule interviendrait à la fois sur le plan médical pour **l'accompagnement individuel** et sur le plan organisationnel, managérial, contextuel en lien avec les différents acteurs concernés.

**Le MEDEF** a mis en place dans les entreprises, depuis des années, **des « numéros vert » renforçant la culpabilité des salariés qui craquent du fait des organisations du travail maltraitantes.**

ier

**Le Collectif UGICT-CGT des personnels des SST** revendique pour la prévention des risques psychosociaux le maintien de **la condamnation judiciaire** des organisations du travail délétères pour la santé au nom de **l'obligation de résultat de sécurité** (cf la victoire judiciaire du CHSCT de la SNECMA condamnant leur direction à modifier un projet de réorganisation). Seul la « peur du gendarme » peut faire reculer la mise en place de ces organisations du travail et aucune cellule RPS ne sera efficace, d'autant plus si elle ne renforce que des dispositifs actuels de prévention secondaire et tertiaire individuelle au dépend d'une **prévention primaire collective.**

### **11) Organiser au sein de la structure régionale un guichet unique**

Les propositions du rapport Lecocq sont de garantir **une offre de services en prévention** pour aider les entreprises à mieux gérer les risques, **plus lisible et plus accessible** notamment pour les **employeurs et les salariés des TPE-PME.**

Cette structure régionale doit pouvoir répondre à toute demande du socle d'**offre de service** relative à la santé et à la **qualité de vie au travail.**

**Le MEDEF** revendique une **amélioration du rapport qualité-coût** d'un service de proximité avec les entreprises, comme les SST mais en gardant la maîtrise de la gouvernance (**garder la présidence employeurs du CS des SST**) et en **supprimant les commissions de contrôle.**

**Le Collectif UGICT-CGT des personnels des SST** revendique des agences avec des **CA majoritairement salariés et la conservation des commissions de contrôle** car ce sont les représentants des travailleurs qui doivent, en lien constant avec les travailleurs, porter les missions prioritaires de ces agences.

Les employeurs étant responsables des risques professionnels doivent continuer à financer ces agences au nom du principe « pollueurs, payeurs ».

**Le Collectif UGICT-CGT des personnels des SST** restera vigilant sur **l'évolution des conventions collectives** des différents salariés issus des SST, des CARSAT, des ARACT, de l'OPPBT en **augmentant les effectifs** des futures agences régionales puisque le rapport met en avant que la France doit devenir le pays de l'UE le plus performant et innovant en matière de prévention dans le domaine de la santé au travail.

### **12) Permettre l'exploitation collective des données à des fins d'évaluation et de recherche et généraliser l'interopérabilité des systèmes**

### d'information

Les propositions du rapport Lecocq sont d'harmoniser le recueil des données pour faciliter l'exploitation de celles-ci à des fins statistiques et la mise en place d'enquêtes ou d'études coordonnées par l'ANSES, Santé Publique France ou la DARES.

**Le MEDEF**, depuis 1994, date de la première enquête nationale SUMER, traîne des pieds et les directions des SST interentreprises mettent en place de multiples obstacles pour que les médecins du travail volontaires n'aient pas les moyens pour y participer.

Construire l'invisibilité des effets du travail sur la santé des travailleurs, par le non financement d'enquêtes cherchant à étudier ces effets, et en finançant au contraire des enquêtes de santé publique sans lien avec les conditions de travail, fait partie de la **stratégie patronale**. De plus le financement d'études contredisant des études mettant en évidence des liens entre le travail et les atteintes à la santé, fait partie de la stratégie de construction du doute (cf. l'industrie du tabac).

**Le Collectif UGICT-CGT des personnels des SST** revendique l'augmentation des financements des agences publiques pour renforcer la qualité et la quantité des études cherchant à mettre en évidence les liens entre le travail et la santé.

**Le Collectif UGICT-CGT des personnels des SST** est inquiet de l'annonce en septembre des diminutions de moyens de **l'INRS**. D'autre part, interpelle le ministère de l'enseignement supérieur sur la très probable disparition de l'expertise française en matière de **toxicologie en milieu de travail**.

### 13) Simplifier l'évaluation des risques dans les entreprises pour la rendre opérationnelle

Les propositions du rapport Lecocq sont de substituer le Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels (DUERP) par un **plan de prévention des risques**, de limiter la formalisation de l'évaluation aux **risques majeurs** dans les **plus petites entreprises**, de **supprimer la fiche d'entreprise** établie par le médecin du travail.

**Le MEDEF** revendique depuis deux décennies (transformation du CNPF en MEDEF) un **allègement des contraintes législatives et réglementaires**. Ni coupable, ni responsable en matière d'absence de mise en place de traces écrites d'évaluation des risques professionnels et de plans annuels de prévention des risques !

**Le Collectif UGICT-CGT des personnels des SST** revendique **une réglementation en matière de prévention des risques professionnels non pas allégée mais mieux appliquée et non différentielle selon la taille des entreprises**.

Sur le terrain, les DUERP sont souvent encore considérés comme une obligation administrative mais ils sont des traces écrites indispensables pour prévenir les risques et indispensables pour les juges pour mettre en évidence **le respect ou non de l'obligation de sécurité de résultat**.

**Les plans de prévention** risquent de n'être que des « alibis » déconnectés des risques réels et faisant « consensus » (**exit l'évaluation des risques psychosociaux**).

Sans contraintes réglementaires et sans obligation de résultat, l'évaluation des risques **sera une mesure « d'affichage »**.

**Le Collectif UGICT-CGT des personnels des SST** alerte l'Etat du risque de condamnation de la France par l'UE en cas de modification unilatérale de **la directive cadre 89/391 du 12 juin 1989**, concernant la mise en œuvre des mesures visant à promouvoir l'amélioration de

la sécurité et de la santé des travailleurs au travail.

**Le Collectif UGICT-CGT des personnels des SST** revendique le **maintien de la fiche d'entreprise**, document essentiel de l'exercice d'une prévention médicale de premier recours pour les travailleurs. Ce **document d'alerte pour mettre en visibilité les questions de travail en lien avec les questions de santé** est absolument nécessaire aux travailleurs et à leurs représentants pour agir dans un objectif de préventions.

**Le Collectif UGICT-CGT des personnels des SST** revendique que des **règles plus souples pour les TPE** en matière de DUERP, risque de multiplier la **sous-traitance** ou les **scissions-filialisations** d'entreprises existantes pour faire réaliser les travaux par des entreprises sous le seuil d'effectif.

Pensons à toutes les entreprises qui ont un effectif de 49 salariés !

**14) Proportionner les obligations et les moyens à déployer dans les entreprises en fonction de leur spécificité et des risques effectivement rencontrés par les salariés**

Les propositions du rapport Lecocq sont de **revisiter**, en coopération avec les partenaires sociaux, la **réglementation** pour la faire évoluer vers une **simplification** et une recherche d'**efficacité**, rendre les **décrets applicables à titre supplétif** lorsque l'entreprise adopte des dispositions de prévention qui répondent au même objectif que la réglementation sans en suivre les modalités d'application concrètes.

**Le MEDEF** revendique que les entreprises sont spontanément « vertueuses » et qu'elles sont dans une « **insécurité juridique** » avec la réglementation trop complexe à appliquer concrètement.

**Le Collectif UGICT-CGT des personnels des SST** revendique **plus de moyens pour faire appliquer une réglementation protectrice de la santé des travailleurs**, contrairement à la diminution des effectifs des inspecteurs du travail., prévus pour 2019

**Le Collectif UGICT-CGT des personnels des SST** revendique plus de **formalisations obligatoires écrites** pour permettre un meilleur contrôle de l'effectivité de la réglementation.

**Le Collectif UGICT-CGT des personnels des SST** revendique le **maintien de contraintes réglementaires fortes** avec une justice pénale qui ne classe pas sans suite les PV des inspecteurs du travail en matière de santé et de sécurité au travail.

**Le Collectif UGICT-CGT des personnels des SST** revendique que l'obligation pour les entreprises de **déclarer périodiquement les procédés et postes de travail exposant aux risques de maladies professionnelles** prévue à l'article L.461-4 du code de la sécurité sociale avec **des sanctions dissuasives** telles que le doublement des cotisations AT/MP en cas de non-respect.

**15) Donner les moyens aux partenaires sociaux de participer à la conception, la mise e en œuvre et au suivi des politiques publiques en matière de santé au travail**

Les propositions du rapport Lecocq sont **d'abonder le fonds du paritarisme** par les sommes issues actuellement du **Fonds National de Prévention des Accidents du Travail (FNPAT) destinés aux partenaires sociaux pour la formation** en matière de santé au travail et flécher leur utilisation pour leur participation aux politiques de santé au travail.

**Le MEDEF** revendique de **mettre en adéquation les obligations** des entreprises **avec les moyens** alloués, et veiller à ce que le **patrimoine immobilier des SST** retourne au entreprises qui l'ont financé. Il souhaite **clarifier le financement** en distinguant dans le calcul de la cotisation des entreprises aux SST, le suivi médical, d'une part et les activités de prévention, d'autre part.

**Le Collectif UGICT-CGT des personnels des SST** revendique une **clarification du financement** : les **entreprises sont les uniques payeurs car elles créent les risques** professionnels mais, leurs financements ne doivent être utilisés que pour la prévention des risques et non pas à la construction de sièges départementaux du MEDEF comme on l'a vu faire par le passé, les locaux des SSTI étant identiques à ceux du MEDEF.

**Le Collectif UGICT-CGT des personnels des SST** restera vigilant sur le montant de la future **cotisation unique pour les employeurs prélevée par les URSAFF**, ne soit pas l'objet d'une **baisse sous prétexte de « mutualisation »** des institutions nationales et régionales.

#### **16) Conduire une réflexion pour l'amélioration de la santé et de la qualité de vie au travail de la fonction publique**

La proposition du rapport Lecocq est, comme la mission ne couvrait pas les fonctions publiques, de transposer ces recommandations aux trois fonctions publiques, pour celles qui sont transposables.

**La CGT** doit être vigilante à **conserver les CHSCT mis en place dans les fonctions publiques depuis quelques années** avec un **renforcement de leurs moyens** en temps, en formation et de leurs prérogatives.

**La CGT** doit être vigilante à **être consultée en amont des changements réglementaires** concernant les **services de médecine de prévention**, en particulier sur les conditions d'indépendance par rapport à l'administration des professionnels (médecins, infirmiers, IPRP et ASST).

**La CGT** doit être vigilante aux **fonctionnements des comités médicaux**, zone de « non droit », pénalisant les agents dans le cadre des préventions secondaires et tertiaires de la santé au travail des agents.

**ETAT DES LIEUX ET PROPOSITIONS  
DU COLLECTIF DES PERSONNELS DES SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL**



<p style="text-align: center;"><b>1-ETAT DES LIEUX DE LA SANTE AU TRAVAIL :</b> <b>« LE PRONOSTIC VITAL EST ENGAGE »</b></p>
--

**« CE QUI NE SE VOIT PAS N'EXISTE PAS » :**  
**UNE STRATEGIE PATRONALE BICENTENAIRE**

Le néolibéralisme et son management avancent masqués et à petits pas<sup>1</sup>. Il convient de ne pas provoquer de réaction en restant subliminal et en protestant de la pureté de ses intentions. C'est quand le tableau est complet et paraît irréversible que l'accélération du basculement se produit et que le piège se referme. Nous en sommes là : Nous avons atteint la lisière du désastre et seule une réaction coordonnée des travailleurs permettra d'entraver leur projet.

Mais quel est le projet : il s'agit de construire l'invisibilité sur les risques pour la santé des travailleurs au travail et de leurs effets. Il s'agit d'affirmer que « *ce qui ne se voit pas n'existe pas* ». En effet l'exploitation de la force de travail retenti toujours sur la santé des travailleurs qui en constitue la variable d'ajustement. Si le rapport de force est favorable aux travailleurs le retentissement sur leur santé est moindre et ils peuvent construire leur vie au travail. La conséquence est que le profit est alors moins important. Une solution alternative est de faire croire que ce retentissement est faible voire inexistant. D'où l'extrême importance de minimiser les risques et de camoufler leurs effets notamment pour cacher aux travailleurs la nature délétère de l'exploitation de la force de travail. Cela exempte les employeurs et les pouvoirs publics de leur responsabilité mais cela permet surtout une exploitation de la force de travail au-delà des limites tracées à la fois par la loi, que celle-ci soit nationale ou européenne, et permet ainsi un profit maximum. Les travailleurs perdent alors leur vie à la gagner. Des études retracent cette stratégie dans notre pays à partir du XIX<sup>ème</sup> siècle. Elle repose sur l'alliance du savoir et du pouvoir, c'est-à-dire des employeurs, des pouvoirs publics et des spécialistes des questions de santé au travail<sup>2</sup>.

**RENDRE LES RISQUES ET LEURS EFFETS INVISIBLES**

Il faut tout d'abord retracer la chronologie de la construction de l'invisibilité des risques professionnels. Cette construction porte à la fois sur l'affaiblissement puis la disparition des obligations de traçabilité des risques par l'entreprise mais également l'affaiblissement des institutions dont l'objet contribue à la visibilité des risques et de leurs effets. Elle consiste également à interposer des fusibles en responsabilité en privant celles et ceux qui participent à la construction de la visibilité, de tout moyen d'agir.

Un parfait exemple de construction de l'invisibilité des risques est la disparition quasi complète du champ des obligations d'employeurs de la traçabilité des risques liés aux agents chimiques dangereux (ACD) et notamment aux cancérogènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction (CMR) :

- Suppression des fiches et attestations d'expositions aux ACD et CMR (sauf l'amiante)
- Suppression de la fiche de prévention des expositions (fiche de pénibilité) au profit d'une déclaration à la CNAVTS.

---

<sup>1</sup> « *Le management peut être défini, comme « une technologie politique »: il s'agit d'un dispositif organisateur de discours qui guident des actes, d'un savoir inscrit dans des techniques verbales et mentales qui produit du pouvoir* » (F. MISPELBLOM, « au-delà de la qualité » éditions Syros, 1995, p226)

<sup>2</sup> Voir : la santé au travail entre savoirs et pouvoirs (19<sup>ème</sup>, 20<sup>ème</sup> siècles) : presses universitaires de Rennes, 2011

- Conditionnement de la déclaration à des seuils très élevés
- Suppression de l'obligation de déclaration pour les ACD et CMR
- ACD et CMR retirés de la notion de travail à risque

L'exemption réglementaire et effective dont bénéficient les employeurs en matière de traçabilité collective et individuelle de ces risques est scandaleuse. Elle ne permet ni d'améliorer la prévention de ces risques ni de prévenir leurs éventuels effets (prévention secondaire) bien au contraire.

## **METTRE EN PLACE DES FUSIBLES DE RESPONSABILITE**

En même temps que s'allégeaient les obligations des employeurs, de nouvelles sources de traçabilité alibi ont été instituées. Elles concernent explicitement les médecins du travail et l'équipe médicale pluridisciplinaire. Ainsi le médecin du travail est investi d'un devoir d'alerte collective de risque formalisé par l'article L4624-9 du CDT qui complète la rédaction de la fiche d'entreprise. Il doit individuellement, lors des visites d'embauche et des visites périodiques, signaler au travailleur les risques professionnels, leurs effets potentiels et effectifs sur sa santé et les moyens de la protéger (R4624-11). Il doit faire figurer dans le dossier médical les expositions auxquelles le salarié a été soumis (L4624-8). Ces obligations qui assurent les droits individuels et collectifs à la prévention et à la réparation sont légitimes. Toutefois elles constituent un piège pour les médecins, un leurre pour les travailleurs et une possibilité d'éviter leur responsabilité pour les employeurs, dès lors que les moyens et l'indépendance des membres de l'équipe pluridisciplinaire<sup>3</sup>, dont ceux des médecins du travail, ne seraient pas effectifs. L'obligation de moyen devient abusivement une obligation de résultat.

## **LES SUPPORTS DE LA PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS POUR LA SANTE AU TRAVAIL**

La visibilité des risques professionnels et de leurs effets, préalable à toute prévention repose sur un faisceau d'institutions ou de fonctions spécialisées :

- La sécurité sociale qu'il s'agisse des CPAM (fixation du taux de cotisation en fonction de la déclaration des risques et des résultats de l'entreprise) des CARSAT (expertise et conseils en matière de prévention des risques), CNAV (déclaration des pénibilités individuelles) ou de l'INRS (expertise et conseil en matière de risques professionnels).
- Les institutions de tutelles nationales (ministère du travail, direction générale du travail), leur conseil d'orientation des conditions de travail (COCT) et les structures régionales et départementales (DIRECCTE, Inspection du travail), leur conseils régionaux d'orientation des conditions de travail (CROCT)
- L'agence nationale des conditions de travail (ANACT) et les agences régionales d'amélioration des conditions de travail ( ARACT).
- L'ANSES et Santé Publique France (ex INVS) dont le département santé-travail donne une visibilité épidémiologique aux expositions (à travers notamment des matrices emploi-exposition) et à leurs effets.
- Dans les entreprises, suite à la circulaire européenne de 1989, les salariés désignés par l'employeur pour l'aider dans la gestion de la santé et la sécurité (expert hygiène, sécurité, environnement : EHSE) qui ont une indépendance professionnelle reconnue
- Les CHSCT, institutions représentatives spécialisées, dont l'intérêt essentiel est qu'ils apportent à la prévention des compétences du côté de la réalité du travail et qui peuvent déployer des expertises spécialisées disposant pour ce faire d'un pouvoir de décision et de cabinets agréés d'expertise spécialisée.

---

<sup>3</sup> Seul le médecin du travail bénéficie du statut de salarié protégé.

- Les consultations hospitalières de pathologies professionnelles dont la tâche consiste à apporter une compétence spécialisée à l'établissement du lien entre la santé et le travail.
- Les services de médecine du travail devenus services de santé au travail (le changement de dénomination ne doit rien au hasard<sup>4</sup>)

## **UNE DESTRUCTION SYSTEMATIQUE DES MOYENS DES SUPPORTS DE LA PREVENTION**

Avant d'en venir au sort réservé à la médecine du travail et de proposer une réanimation, nous souhaitons ici montrer la volonté d'affaiblissement des autres institutions de prévention. Ainsi :

- Pour les institutions de la sécurité sociale, par ailleurs vouée au basculement vers une prévention assurantielle, l'état et les employeurs utilisent principalement l'étranglement des crédits et des effectifs. Il en est ainsi pour les CPAM et les services de prévention des CARSAT. Ainsi récemment les crédits de l'INRS ont été l'objet d'une baisse drastique. Il faut ajouter qu'avec la politique européenne voire mondiale de disparition du contrat de travail remplacée par un contrat commercial entre un donneur d'ordre et un sous-traitant individuel, nous irions vers la disparition de la sécurité sociale et l'obligation pour l'individu de souscrire une assurance personnelle et individuelle auprès d'officines assurantielles privées pour les risques encourus.
- Il en est de même pour l'ANACT et les ARACT dont les moyens alloués diminuent année après année.
- En Europe, les moyens financiers et humains de l'agence européenne 'santé et sécurité au travail' de Bilbao connaît une diminution progressive. Il pourrait en être de même pour l'agence de Dublin avec laquelle elle pourrait être fusionnée – tout comme avec l'agence européenne de formation de Thessalonique.
- Comme pour Santé publique France ou l'ANSES il ne fait pas bon dans ces institutions émettre des travaux critiques qui contredisent la vulgate patronale de « qualité de vie au travail ».
- Il faut aussi évoquer la situation des consultations de pathologies professionnelles, elles aussi « crédit dépendantes » ce qui incite certains de leurs responsables à une docilité, sans doute inconsciente, dont dépend leur survie. Outre leur pertinence parfois imparfaite du fait de leur presque complète méconnaissance du terrain, certaines, trop inféodées, ne garantissent pas toujours au salarié l'impartialité médicale de l'examen de leur situation de santé. Le fonctionnement des comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles reflète l'inégalité de traitement entre ces consultations.
- Le ministère du travail, la direction générale du travail, dont les hauts fonctionnaires sont, pour certains, particulièrement complaisants envers le patronat, tentent de brider la visibilité du COCT et des CROCT. Par exemple, la commission des pathologies professionnelles du COCT ne pourra plus étudier les projets de reconnaissances des pathologies professionnelles à l'intérieur de groupes de travail, lieu du contradictoire, mais devra se déterminer en plénière sur des expertises présentées par l'ANSES. Par exemple, les résultats du plan régional de prévention font l'objet au CROCT Ile de France uniquement de présentations verbales sans aucun support écrit. L'enquête SUMER, outil essentiel de visibilité sur les risques professionnels en France a peu de chance de survivre à la pénurie de médecins du travail sur lesquels elle repose.

---

<sup>4</sup> MARICHALAR Pascal, 2010, « La médecine du travail sans les médecins ? Une action patronale de longue haleine (1970-2010) », *Politix*, n° 91, p. 27-52.

- Les moyens alloués à l'Inspection du travail sont en baisse constante, les inspecteurs du travail n'ont plus les capacités de jouer leur rôle d'application de la réglementation et leur rôle de sanction a été dévalorisé au profit d'un rôle de « conseil » aux entreprises. Pour ceux qui prétendent continuer à exercer leur fonction initiale l'administration laisse se développer des plaintes d'employeurs sans défendre ses fonctionnaires. La volonté est de substituer à une inspection du travail de droit régalien, une inspection conseilère de la normalisation ou standardisation
- Pour ce qui concerne les experts HSE leur nouvelle dénomination d'experts QSE (qualité sécurité environnement) consacre leur contrôle par le management. Alors qu'ils devraient, selon la directive européenne, être des experts indépendants (ce que confirme la jurisprudence<sup>5</sup>) ils deviennent du fait de cette subordination les fusibles de responsabilité de proximité des employeurs.
- Enfin, la suppression des CHSCT ou la nouvelle priorité économique de l'institution qui les remplacera, précédée et confirmée d'un affaiblissement de l'expertise spécialisée et des possibilités d'y recourir confirme la volonté d'opacité sur la réalité du travail. Cela prive la prévention de son objet essentiel et la représentation du personnel de ses possibilités d'agir sur la prévention des risques.

Nous estimons que le CHSCT est un acteur essentiel de la prévention puisqu'il porte l'intérêt de la santé des travailleurs dans un cadre revendicatif et que les représentants des travailleurs dans cette IRP sont les plus compétents pour pouvoir envisager la prévention du point de vue de la réalité du travail et du vécu des travailleurs.

L'ordonnance récente fond plusieurs institutions du personnel (dont) le CHSCT en une seule. Le CES qui succède au CHSCT dispose de moins de moyens en temps et en élus pour instruire les conséquences du travail sur la santé.

Nous recommandons, par conséquent, que le CHSCT soit maintenu contrairement à l'évolution actuelle, et que les moyens de toute nature soient mis à leur disposition, notamment en matière de secrétariat et de communication aux travailleurs qui les ont mandatés. Leur recours à l'expertise doit être facilité.

En matière de temps de délégation nous plaidons pour la mise en place pour les délégués en CHSCT de cent vingt demi-journées par an pour exercer leur mandat et que celui des DP soit doublé dès lors qu'ils assument de telles fonctions.

Il ne nous paraît pas souhaitable, comme le demandent certaines organisations confédérées, que les représentants du personnel en CHSCT deviennent des préventeurs syndicaux. Cela ferait courir le risque que leur compétence soit encadrée par l'employeur ce qui se ferait au détriment de la nature de leur mandat avec une confusion possible de leur mission avec celle d'un « expert » coupé de la réalité du travail. Ceci converge avec la visée européenne de formation des patrons et des délégués par une même structure pour qu'ils parlent le même langage. En matière de formation nous recommandons que la durée en soit doublée et que le temps de formation des délégués en CHSCT de périmètre inférieur à trois cents salariés soit aligné sur celui des plus de trois cents.

## **TRANSFORMER LA MEDECINE DU TRAVAIL EN MEDECINE DE SELECTION DE LA MAIN D'ŒUVRE**

La première stratégie d'entrave est celle du « pompier pyromane » : on institue un numerus clausus et on rend moins attractif le métier de médecin du travail créant ainsi une pénurie artificielle puis on justifie des réformes qui rendent inefficace l'institution au prétexte de cette pénurie. Ainsi, de réforme en réforme, le cercle vicieux « conditions de travail dégradées-pénurie de praticien » s'auto-entretient.

<sup>5</sup> Cour d'appel de Paris (18<sup>ème</sup> Ch C.), 25 mars 2004, Radio-France Contre Naut et a.

Institutionnellement, la médecine du travail s'exerce dorénavant dans le cadre de services de santé au travail dont l'objet est double puisqu'ils ont théoriquement récupéré les objectifs de l'institution médecine du travail mais également sont investis d'un rôle d'appui à la « gestion de la santé et de la sécurité » par l'employeur.

Dans cette première réforme du début des années 2000 deux points sont particulièrement significatifs :

- Alors que le service de médecine du travail avait auparavant pour fonction exclusive d'assurer la logistique de la médecine du travail, le service de santé au travail se substitue au médecin du travail et devient l'autorité décisionnaire et l'interface avec les institutions de surveillance du système ce qui compromet l'indépendance de décision du médecin du travail.
- La confusion s'installe dans les esprits entre le rôle spécifique de prévention du point de vue exclusif de la santé au travail du travailleur et celui d'appui à la gestion de la santé et de la sécurité par l'employeur dans le cadre de son obligation de sécurité de résultat.

Cette première réforme n'a pas que des aspects négatifs puisqu'elle permet l'apport de compétences extrêmement précieuses : des compétences paramédicales d'infirmier-es spécialisées (infirmier-e diplômé-e d'état en santé au travail : IDEST) et des compétences techniques complémentaires : celles des intervenant-es en prévention des risques professionnels (IPRP). Mais la réforme devant se faire à coût constant elle s'effectue au détriment de moyens dévolus aux équipes médicales que constituent médecins et IDE sans être satisfaisants pour les équipes pluridisciplinaires. Il pourrait également en résulter un éloignement des médecins de la réalité du travail.

Toutefois, cette évolution positive est malheureusement compromise par l'absence de formation définie pour les IDEST et l'ubiquité de positionnement sur les deux secteurs d'activité des SST pour les IPRP. Elle ne prend également pas en compte que pour agir sans entrave ces professionnels devraient avoir le statut de salariés protégés.

Un autre aspect de ces réformes est l'institution pour le médecin du travail d'une obligation réglementaire d'alerte sur les risques et leurs effets. Or, la pertinence des alertes et la capacité de les porter repose à la fois sur les moyens techniques dont dispose le médecin du travail et sur ses marges d'indépendance. Faute de quoi cette obligation devient un piège en responsabilité et le médecin un nouveau fusible pour l'employeur.

## **LES STRATEGIES D'EMPRISE**

Fort de ses appuis institutionnels et à partir de cette organisation des SST qu'il contrôle dorénavant le patronat entend mettre en œuvre trois stratégies :

- Transformer les services de santé au travail en services exclusifs de gestion de la prévention et de la sécurité au détriment de leur rôle de prévention du point de vue de la santé au travail de chaque travailleur ;
- Positionner la médecine du travail comme médecine de sélection médicale de la main d'œuvre et dédouaner l'employeur de l'évaluation des risques
- Organiser une répression sur les médecins du travail qui persistent à mettre en lumière les risques et les liens santé travail soit collectivement (signalement de risque) soit individuellement (écrit attestant du lien santé –travail), dans ce cadre les tentatives nombreuses de licencier ou de faire démissionner les médecins du travail les plus pertinents dans ce domaine en sont les signes. Il faut rappeler également les plaintes récurrentes traitées complaisamment par les institutions du conseil national de l'ordre des médecins.

Alors que la première stratégie est constante depuis le début des années 2000, ce sont les lois Rebsamen et El Komrhi qui rendent possible la seconde stratégie.

L'exercice de la médecine du travail s'enracinait jusqu'alors autour d'une activité médicale individuelle liée aux visites médicales régulières et d'une activité médicale collective d'observation et de conseils sur les conditions de travail.

Créée en 1946, c'est seulement à partir des années 1970 que l'institution parvenait à s'affranchir partiellement du lourd héritage de la médecine d'entreprise de sélection des travailleurs « d'avant-guerre » d'où un « *balancement constant entre vision sociale et managériale* »<sup>6</sup>. C'est par un travail collectif et l'élaboration d'une clinique médicale du travail que pourrait se déployer alors une médecine du travail davantage ancrée dans sa mission d'ordre public social. Dès 1988 la voie d'un retour institutionnel vers le passé se dessine. Les réformes successives entreprises depuis 2000 tendent vers ce résultat : il faut en finir avec la médecine du travail, il faut en empêcher l'exercice, considérer le travailleur comme facteur de risque

1. Empêcher l'exercice de la médecine du travail : supprimer les visites médicales périodiques dont bénéficiaient l'ensemble des travailleurs

Si le travailleur est affecté à un poste « sans risque », une visite « *d'information et de prévention* », a lieu *après l'embauche*, et confiée à un membre de l'équipe médicale et, par exception (handicap par exemple), au médecin du travail. Sa périodicité n'est plus systématique mais décidée en fonction « *de l'état de santé et l'âge du travailleur, ainsi que les risques professionnels auxquels il est exposé* ». Si le travailleur occupe un poste à risque (ou peut être un risque pour les tiers) le médecin du travail réalise la visite d'embauche avant la mise au travail. La périodicité de la surveillance ultérieure est de quatre années. Or l'efficacité de la médecine du travail repose sur une activité d'examen régulier de chaque travailleur car elle postule la variabilité du travail et de ses effets sur la santé du travailleur et sur sa subjectivité de sa situation de travail. La suppression de nombreuses causes de surveillance des salariés occupant des postes à risque (R4624-23) notamment l'exposition aux agents chimiques dangereux, le travail de nuit, le travail posté, le travail à rythme contraint, les gestes répétitifs ou forcés et plus généralement les travaux exposant à des risques de maladie professionnelle constitue une provocation.

2. Le travailleur comme facteur de risque : vers une médecine du travail « prédictive » de sélection de la main d'œuvre

Pour les travailleurs occupant un poste « *présentant des risques particuliers pour (leur) santé ou (leur) sécurité ou pour celles de (leurs) collègues ou des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail* » le médecin du travail doit « *s'assurer de la **compatibilité de l'état de santé du travailleur avec le poste auquel il est affecté**, afin de prévenir tout risque grave d'atteinte à sa santé ou à sa sécurité ou à celles de ses collègues ou des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail* ». Le risque sur lequel est centrée la visite médicale est donc non seulement le risque pour le travailleur mais aussi, notion nouvelle, le risque que le travailleur fait courir à ses collègues ou à des tiers, ou pour les autres des risques liés à son état de santé ou à son âge. Cela introduit la notion de prédisposition individuelle au risque, de salarié « à risque ». La mission d'aménagement du poste, comme souci premier du médecin du travail, est abandonnée au profit d'une logique assurantielle prédictive : Il s'agit de « prédire » si le salarié est « employable ». C'est dorénavant au médecin du travail de s'assurer de la possibilité d'aménagement du poste et non de prescrire un aménagement en ne prenant en compte que l'intérêt de la santé du travailleur. Plus problématique encore, c'est sur « *les capacités du salarié à exercer l'une des tâches existant dans l'entreprise* » que porte l'avis du médecin du travail. Il peut même faire figurer « *la mention expresse (...) que tout maintien du salarié dans un **emploi** serait gravement préjudiciable à sa santé ou que l'état de santé du salarié fait obstacle à tout reclassement dans un **emploi**.* » Cette mention a pour effet de délier l'employeur de son obligation de reclassement et lui permet de licencier le salarié pour « *motif personnel* ».

3. La contestation de la proposition du médecin par le salarié rendue illusoire

---

<sup>6</sup> « Un balancement constant entre vision sociale et managériale », Jean Claude DEVINCK, Pierre André ROSENTAL le Monde économie, 03/12/2007

Jusqu'alors, il était possible de contester une proposition du médecin du travail auprès de l'inspection du travail. La décision de l'Inspecteur du travail, éclairée par l'avis du médecin inspecteur régional du travail (MIRT), garantissait au salarié que ces droits sociaux seraient respectés dans ce domaine. Dorénavant la contestation de la proposition du médecin du travail relève du tribunal des prud'hommes qui interroge le MIRT lequel examine les raisons médicales de la décision du médecin. L'employeur désigne un médecin qui est censé lui rapporter les éléments médicaux de la décision du médecin du travail ce qui contrevient au secret médical. Ces dispositions rendent très aléatoire une contestation par le salarié.

Le concept d'aptitude a été manipulé par les employeurs pour faire croire aux médecins du travail qu'il était au cœur de leur métier. Les employeurs estiment que cette décision sécurise juridiquement l'embauche du point de vue médical. En fait, cet acte a miné, de l'intérieur, les pratiques des médecins du travail au point de faire croire à certains que leur mission consisterait à sélectionner les salariés sur des critères de santé. L'attestation d'absence de contrindication à l'exposition de certains risques (cancérogènes par exemple) valide notre interprétation.

Le risque des nouvelles dispositions réside, dès lors que les médecins du travail n'auraient plus les moyens de leur exercice, dans un éventuel recentrage de leur rôle, sous la pression des employeurs, sur des missions de sélection médicale de la main d'œuvre car c'est une demande plus que centenaire des employeurs de mettre en place une visite médicale de nature assurantielle.

**Les effets de cette « réforme » sont déjà désastreux : perte de repères et de moyens du côté des médecins, perte de confiance du côté des salariés. Tout converge dorénavant vers l'invisibilité des risques pour la santé au travail des travailleurs et la fin de la prévention : affaiblissement de l'inspection du travail, difficultés de recours à l'expertise pour la représentation du personnel, assèchement des crédits de prévention de la branche AT-MP de la sécurité sociale et disparition des CHSCT (ou leur dilution par l'économique) et des délégués du personnel.**

**L'ensemble des dispositions qui ont pour objet de construire l'invisibilité des risques professionnels et de leurs effets convergent vers une issue fatale :**

<p><b>Pour la prévention des risques pour la santé au travail des travailleurs LE PRONOSTIC VITAL EST ENGAGÉ.</b></p>
---

## **UN PRONOSTIC QUI DEPASSE NOS FRONTIERES**

Nous pouvons constater que ce pronostic n'est pas seulement valable que pour la France. En effet, la même idéologie politique a envahi depuis plusieurs années l'Europe en particulier si ce n'est le monde. Le capitalisme sous sa forme libérale est en pleine offensive après la déconfiture de sa forme sociale-démocrate, depuis quelques décennies. Les notions principales à la base de ce système est l'entreprise à la recherche de la compétitivité via la concurrence, la baisse du fameux coût du travail au profit du capital comme centre de la société avec recherche du profit via la financiarisation. Comment cela se traduit-il dans le secteur de la santé au travail ?

La Commission Européenne, nommée par les gouvernements européens après vote du parlement, n'a de cesse de revenir sur la directive européenne de 1989 déjà citée plus haut pour d'abord en amoindrir la portée et la vider de son sens. Elle ouvre son champ à la dérégulation. cela a commencé par la smart regulation puis la fit regulation pour finir par le règlement REFIT après la nomination d'un groupe de haut niveau animé par le parlementaire allemand chrétien démocrate Stoiber. La mission de ce groupe était de déterminer des axes politiques pour diminuer la charge administrative des entreprises de 25%. Pour cela, il a

réexaminé les différentes directives européennes dont celles sur la santé au travail (la directive de 1989 et ses directives filles). Les propositions sorties de cette révision portaient en particulier sur l'Inspection du travail, l'évaluation des risques sous le prétexte qu'elles coûtaient trop chers en particulier au PME-TPE. Cette politique amène à la mise en invisibilité des risques pour la santé dus au travail.

Dans la même direction, la Commission Européenne a décidé de baisser de 25% les moyens humains et financiers des agences européennes en particulier les petites agences où nous retrouvons l'Agence Européenne Santé et Sécurité au Travail de Bilbao. Les conséquences pour cette agence sont d'une part une difficulté de plus en plus à faire leur travail et d'autre part une souffrance de plus en plus de ses salarié(e)s (ceci est du à la surcharge au travail ; Le but poursuivie est aussi la baisse du coût du travail.

Au niveau international, tout comme au niveau européen, nous assistons à l'inversion du droit : la primauté est donnée d'une part à la normalisation de tout et d'autre part au fameux dialogue social et aux négociations. Nous assistons à l'offensive de l'ISO contre l'OIT. Le summum en est la norme ISO 26000 dite des organisations, carrefour de la responsabilité sociétale et du développement durable (la nouvelle sémantique langue de bois du système). Elle ordonne un déplacement de la loi à l'entreprise. En effet, il est écrit que l'entreprise doit se conformer aux lois du pays, ce qui veut dire à contrario que l'entreprise ne pourrait ne pas le faire, c'est elle qui décide d'appliquer les lois et non les lois qui s'imposent à elle. Quand nous examinons le chapitre sur la santé au travail, nous constatons en fait qu'elle reprend en particulier la directive et la transforme en norme. Ce n'est plus la loi contraignante qui fait la norme, mais la norme d'application volontaire qui en fait pourra remplacer la loi. Comme nous assistons aussi à un mouvement dans lequel le champ de directive devient de plus en plus large et flou, laissant la plus grande place à la norme et au dialogue social en particulier au niveau de l'entreprise, centre de la société.

L'une des conséquences est la mise en invisibilité des risques d'atteinte de la santé dus au travail entraînant par là une diminution du coût du travail avec report du coût sur la société, une disparition programmée du secteur de prévention des risques au profit de la gestion des risques à moindre coût pour le capital, la disparition du contrat de travail et l'établissement d'un contrat commercial individuel, le remplacement de la protection sociale basée sur un système national par une soi-disant protection sociale faite par l'adhésion volontaire et individuelle aux assurances privées. Nous pouvons aussi parler du remplacement de l'inspection du travail contraignante d'abord par une inspection du travail de conseil des entreprises puis par une inspection des normes, volontaire.

Nous pouvons constater qu'ainsi la loi 'travail', les ordonnances macroniennes, la réforme de la santé au travail ne sont qu'une simple déclinaison de cette idéologie politique.

Le « nouveau monde » ressemble beaucoup au monde libéral du XIXème siècle ne redoute que l'intervention d'un vaste mouvement social seul en capacité de s'opposer à cette casse sociétale et sociale et de promouvoir une orientation mettant en danger la santé de tous.



## 2- PROPOSITIONS POUR LA MEDECINE DU TRAVAIL

Positionné exclusivement du côté de la protection de la santé au travail, un médecin du travail a pour devoir, dans le cadre d'une obligation de moyen, de rendre le risque visible et dès lors qu'il établit le lien entre l'altération de la santé et le travail, de proposer des mesures individuelles et collectives de prévention primaire susceptibles de prévenir les effets du risque et, éventuellement, d'assurer au travailleur les éléments médicaux et de traçabilité susceptibles d'assurer son droit à une prévention secondaire (suivi post exposition et post professionnel) et à une réparation.

Si le médecin ne se donne pas les moyens d'aboutir et si notamment il ne trace pas le risque et le lien entre la santé et le travail, mais aussi s'il s'abstient de rendre visible ses constats collectifs, il peut avoir à en répondre personnellement et pénalement.

Les propositions ci-dessous ont pour objectif de remettre **à l'endroit, dans l'intérêt de la santé au travail des travailleurs, ce que les mandatures successives se sont efforcées de mettre à l'envers.**

### CINQ OBJECTIFS POUR RETABLIR LA MEDECINE DU TRAVAIL

- **Distinguer ce qui relève de la prévention des risques pour la santé des travailleurs au travail et ce qui relève de la prévention dans le cadre de l'obligation de sécurité et des obligations de prévention des employeurs, conformément aux articles 7 et 14 de la directive européenne de 1989** et rétablir une égalité de traitement dans ce cadre entre les travailleurs des entreprises ayant mis en place un service autonome et les travailleurs de celles ayant fait appel à un service interentreprises
- **Restreindre, du fait de leur responsabilité en matière de risque professionnel, l'influence des employeurs en matière de gouvernance et maintenir leur obligation exclusive de financement de la médecine du travail** mais aussi accroître les moyens et prérogatives de la représentation des travailleurs en matière de fonctionnement des services de médecine du travail (IRP, conseil d'administration des SSTIE et Commission de contrôle)
- **Rétablir le principe et l'effectivité de l'obligation de traçabilité individuelle et collective des risques par les employeurs** mais aussi accroître les moyens et les prérogatives de la représentation des travailleurs en matière de prévention des risques (CHSCT et DP)
- **Rendre effectif l'exercice de la pluridisciplinarité au sein de l'équipe médicale** en définissant son domaine de compétence et en clarifiant le rôle des acteurs, en assurant leur indépendance technique individuelle et collective afin de leur permettant de se coordonner en toute indépendance
- **Rétablir les moyens d'une clinique médicale du travail**  
En lui donnant les moyens en matière de périodicité des visites médicales en abrogeant les dispositions qui dénaturent le sens même de la médecine du travail et en font une médecine de sélection de la main d'œuvre.

## ÉVITER LA CONFUSION EN MATIÈRE DE PRÉVENTION

La confusion doit cesser entre, d'une part des missions d'ordre public social dont relève l'exercice des médecins du travail et la pluridisciplinarité, en application de l'article 14 de la directive européenne 89/391, et d'autre part des missions d'ordre privé confiées par l'employeur à des salariés désignés pour assurer l'effectivité des obligations de prévention de l'entreprise, en application de l'article 7 de la directive européenne.

Cela ne diminue pas pour autant l'intérêt de la coordination de ces deux composantes de la prévention. Mais il ne faut pas que soient confondues pluridisciplinarité et multidisciplinarité.

Toutefois, cette coordination avec les experts prévention et sécurité doit se mettre en place dans le respect des objectifs, de l'indépendance et de la professionnalité des membres de l'équipe médicale pluridisciplinaire et des experts en matière d'hygiène et de sécurité de l'employeur.

L'article L4644-1 du code du travail doit être modifié pour que l'action des Intervenants en prévention des risques professionnels dans ce cadre soit explicitement détachée de la mission de prévention pour la santé dans le cadre de l'équipe pluridisciplinaire de médecine du travail.

**Ainsi, les services de santé au travail interentreprises seraient constitués de deux « pôles » distincts et séparés : l'un de « médecine du travail » constitué d'experts en santé au travail, d'infirmier.e-s, de médecin du travail l'autre « d'aide à l'employeur pour la gestion de la santé et de la sécurité au travail » constitué d'experts HSE,** chacun assumant sa part des missions prévues pour le service de santé au travail à l'article L4622-2<sup>7</sup>, L4622-3 et L4644-1, ce qui n'exclue pas les coordinations dans le cadre de protocoles et sous contrôle social et administratif.

Toute action commune commence par l'identification des missions et des principes professionnels de chacun préalable à toute coordination. C'est de son seul point de vue spécifique que participe, s'il l'estime possible, un membre de l'équipe pluridisciplinaire

**L'équipe pluridisciplinaire de médecine du travail** comporte une équipe médicale (médecins, infirmiers, assistante médicale) dont les membres relèvent des dispositions du code de la santé publique. A cette équipe médicale se joignent des experts assurant exclusivement l'appui technique à la surveillance médicale individuelle et collective des travailleurs, **les experts en santé au travail (EST).**

Par conséquent, seuls sont membres d'une équipe pluridisciplinaire de médecine du travail les professionnels qui relèvent de sa mission d'ordre public social. Dans ce cadre, l'indépendance professionnelle des infirmières et infirmiers du travail doit être assurée et notamment, reconnu et valorisé leur rôle propre en matière de « prendre soin », hors de tout protocole. Le statut d'infirmier clinicien doit leur être reconnu ainsi que leur qualité de salarié protégé.

Les médecins sans formation qualifiante en médecine du travail et notamment les collaborateurs médecins s'ils font partie de l'équipe médicale sont considérés comme en cours de formation et ne peuvent se substituer aux autres professionnels de santé tant que leur formation n'a pas abouti.<sup>8</sup>

<sup>7</sup> La séparation des rôles : surligné en bleu et gras les missions du **pôle médecine du travail**, surligné en jaune les missions du **pôle** aide à l'employeur, auxquels il faut ajouter les missions prévues à l'article L4644-1

Article L. 4622-2 - Les services de santé au travail ont pour mission exclusive **d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail**. À cette fin, ils :

1° Conduisent les actions de santé au travail, dans le but de **préserver la santé physique et mentale des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel** ;

2° Conseillent les employeurs, les travailleurs et leurs représentants sur les dispositions et mesures nécessaires **afin d'éviter** ou **de diminuer** les risques professionnels, **d'améliorer les conditions de travail, de prévenir la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail, de prévenir** ou **de réduire** la pénibilité au travail et la désinsertion professionnelle et de contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs

3° **Assurent la surveillance de l'état de santé des travailleurs en fonction des risques concernant leur sécurité et leur santé au travail, de la pénibilité au travail et de leur âge** ;

4° **Participent au suivi et contribuent à la traçabilité des expositions professionnelles et à la veille sanitaire**

<sup>8</sup> Pour compenser la pénurie en médecins du travail, nous estimons que des formations moins longues mais faisant participer des praticiens de terrain et encadrées par un tutorat professionnel prolongé dans un cadre collectif de pairs, permettraient de recruter des médecins du travail en nombre suffisant à condition toutefois que les conditions de travail soient soutenables et les

Ne sont pas membres de l'équipe pluridisciplinaire de médecine du travail, notamment, les préposés de l'employeur en matière d'obligation de sécurité de résultat (experts hygiène sécurité et environnement par exemple) ainsi que les experts HSE des SST interentreprises exerçant dans le pôle d'aide à la gestion de la santé et de la sécurité, ainsi que les médecins coordonnateurs (qu'il faut bien évidemment distinguer des délégués élus par leurs pairs) ou les médecins effectuant toute autre mission relevant des fonctions de direction.

## **EN FINIR AVEC LA PREEMINENCE DES EMPLOYEURS SUR LA GOUVERNANCE DES SERVICES DE MEDECINE DU TRAVAIL**

Nous estimons que les employeurs du fait de leurs prérogatives, de leurs obligations et de la subordination qu'ils imposent aux travailleurs doivent supporter intégralement le coût de la réparation et celui de la prévention, y compris de la prévention du point de vue exclusif de la santé des travailleurs au travail.

Il convient par conséquent d'être vigilant en matière d'aide apportée par les organismes et institutions de prévention dans ce domaine sur l'application du principe de répercussion de leurs coûts aux employeurs qui y font appel. Notamment dans le cadre de l'article L4644-1.

En matière de gouvernance des services de médecine du travail il faut revendiquer que l'influence prépondérante des employeurs dans ce domaine soit réformée. Notamment la situation actuelle instituée par l'article L4622-11 du CDT ne paraît pas propice dans ce cadre.

Pour les services autonomes, nous estimons que la consultation des Instances Représentatives du Personnel compétentes pour le contrôle social devrait prévoir que ces IRP puissent recourir à des expertises pour préciser leur avis. Dès lors qu'elles émettent un avis critique sur la nature, le fonctionnement ou la gestion du service, la saisine et l'arbitrage du contrôle administratif devraient être obligatoires.

Dès lors que la maille des services serait élargie, comme le précise les articles R4622-5 (service de groupe) D4622-14 (service incluant la surveillance de salariés de l'entreprise extérieure ou appartenant au même groupe) D4622-16 (service de site), il devrait s'agir de services autonomes et le contrôle social devrait associer les IRP compétentes de chacune des entreprises. Ces dispositions devraient être précisées explicitement par la réglementation.

Pour les services interentreprises nous constatons que les moyens de toute nature des représentants des travailleurs en commission de contrôle (temps, moyens matériels et de secrétariat, formation...) sont pratiquement inexistantes. Notamment le temps consacré aux liens absolument nécessaires avec la représentation des travailleurs des entreprises adhérentes est passé sous silence.

Dans les services interentreprises, le conseil d'administration pseudo paritaire, c'est-à-dire dirigé en fait par les employeurs, en utilisant si nécessaire la voix prépondérante du président employeur, tend à se substituer à la commission de contrôle. Il en double la majorité de ses rôles. On est passé du « moins pire » : le conseil d'administration pseudo paritaire, à l'inacceptable : le déventement de la commission de contrôle. Les prérogatives de la commission de contrôle des services interentreprises doivent redevenir exclusives sans intervention ou doublage du conseil d'administration.

---

conditions de leur indépendance assurées. La voie supposée que proposent les articles R4623-25 et suivants du CDT est sans consistance réglementaire et place les « médecins collaborateurs » (de qui ?) en situation de subalternes des médecins du travail, ce qui est explicitement interdit par le code de la santé publique. Cet article doit donc être abrogé.

## **RETABLIR LE PRINCIPE ET L'EFFECTIVITE DE L'OBLIGATION DE TRAÇABILITE INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE DES RISQUES PAR LES EMPLOYEURS**

Les obligations de traçabilité des risques ont été progressivement supprimées ou entravées. Ainsi, en matière de risque chimique (Agents chimiques dangereux : ACD dont les cancérrogènes, mutagènes et reprotoxiques : CMR) la traçabilité individuelle et collective par les employeurs a été affaiblie par les deux mandatures précédentes :

- Suppression des fiches d'exposition aux ACD et CMR (2012)
- Suppression des attestations d'expositions aux ACD et CMR (2012)
- Suppression de la fiche de pénibilité (fiche de prévention des expositions) (2014)
- Suppression de certaines expositions et/ou mise en place de seuils trop élevés pour bénéficier du processus de pénibilité (2015)
- L'article D461-25 du code de la sécurité sociale qui impose qu'au départ de l'établissement l'employeur et ou le médecin du travail rédige une attestation d'exposition aux cancérrogènes professionnels est inappliqué
- La liste des conditions de travail induisant une surveillance médicale renforcée a été révisée à la baisse par les réglementations successives ce qui ne permet plus d'identifier que certains travailleurs sont soumis à certains risques
- Les obligations de signalement individuel et collectif des risques par les médecins du travail ne sont pas observées dans un fort pourcentage des services interentreprises

Pour tous les risques : les documents réglementaires qui assurent la visibilité manquent souvent de pertinence ou ne sont pas rédigés dans une part importante des entreprises

- Le Document unique d'évaluation des risques (DUE) est devenu formel et peu précis au regard des postes et les risques psychosociaux ne sont pas systématiquement identifiés
- La notice de poste (R4412-39 du CDT) seul vestige d'une traçabilité par poste aux ACD et CMR n'est que très rarement rédigée
- L'existence de valeurs limites d'exposition pour des cancérrogènes introduit une confusion en matière de prévention
- Les signalements de risques quelle qu'en soit la nature par les médecins du travail est entravée par l'inflation des tâches à accomplir et les menaces à leur indépendance parfois par des plaintes d'employeurs au conseil de l'ordre des médecins
- La rédaction de la fiche d'entreprise pour les TPE et PME (confiée le plus souvent à des assistantes qui sont l'objet d'une pression de rendement de la part des directions des services interentreprises) ne permet pas d'en faire un outil pertinent

Nous proposons de :

- Rétablir les obligations de traçabilité collective et individuelle du risque chimique pour les travailleurs de l'industrie
- Donner aux médecins du travail les moyens de leurs obligations de signalement individuel et collectif des risques
- Renforcer les sanctions en cas de défaut de traçabilité
- A cet effet, renforcer les moyens des institutions de contrôle technique et réglementaire
- Imposer dans la rédaction du document unique d'évaluation des risques une évaluation des facteurs de risques psychosociaux autour des six axes du rapport des experts du ministère du travail (rapport Gollac)
- Pour les cancérrogènes la limite contraventionnelle (VLEP) doit être accompagnée d'une information indiquant qu'elle n'est pas une limite d'absence de risque. L'employeur doit préciser ce qu'il a mis en œuvre pour éliminer le risque par substitution et les éventuelles raisons de l'impossibilité de cette dernière. Toute transgression de cette limite doit donner lieu à une sanction de nature dissuasive.

## RENDRE EFFECTIF L'EXERCICE D'UNE VERITABLE PLURIDISCIPLINARITE

Dans le respect des règles régissant le respect de la vie privée et des données médicales, chaque membre de l'équipe pluridisciplinaire de médecine du travail participe plus particulièrement à la traçabilité des risques dans ses composantes individuelles et collectives.

Outre le temps nécessaire pour que les professionnels participants à cette équipe puissent se coordonner, l'efficacité de l'équipe pluridisciplinaire est étroitement liée aux conditions de ses activités et au statut de ses membres<sup>9</sup> :

- **L'intervention clinique des infirmiers dans la surveillance individuelle et collective**

La mise en œuvre de visites d'information et de prévention à la fois pour les travailleurs sans risques particuliers (selon la loi travail) que pour des travailleurs exposés à des risques particuliers induit un rôle nouveau pour les infirmières et infirmiers.

Tout d'abord il faut rappeler que la notion de risque particulier reste très théorique à une époque où l'organisation du travail elle-même, dans tous les secteurs peut être pathogène. Les articles R4624-11 à R4624-21 et l'article R4624-28 constituent une véritable nouveauté en France car ils instituent de facto sous l'appellation « *professionnels de santé* » une « équipe médicale du travail » dont les membres médecins, internes et infirmier(e)s relèvent outre du champ du code du travail, individuellement et collectivement, de celui du code de la santé publique.

Si l'on désire que l'équipe médicale s'investisse pleinement dans cette prévention il faut lui en donner le temps. En particulier augmenter les effectifs par équivalent temps plein au prétexte de substitution serait saboter cette nouvelle organisation.

La première visite de prévention et d'information notamment destinée à exposer au salarié (tous) les risques de son poste nécessite, par conséquent, une montée en compétence de l'ensemble du personnel du SST et pour l'assurer le temps nécessaire.

Cette nouvelle activité des infirmier(e)s du travail n'a pas été intégrée à la loi de santé du 27 janvier 2016 qui instituait la fonction d'infirmier clinicien titulaire d'un mastère.

Pourtant, pour la première fois, à notre connaissance, (à l'exception de ce nouveau corps d'infirmier(e)s), les infirmier(e)s du travail sont chargés d'intervenir dans un cadre clinique.

Ainsi, ces articles demandent à ce professionnel de santé d'élaborer des diagnostics puisqu'il s'agit bien :

1. « *d'interroger le salarié sur son état de santé* » afin « *D'identifier si son état de santé ou les risques auxquels il est exposé nécessitent une orientation vers le médecin du travail* »
2. « *s'il l'estime nécessaire, orienter sans délai le travailleur vers le médecin du travail dans le respect du protocole prévu au troisième alinéa de l'article L.4624-1* »
3. d'assurer parfois la totalité de la surveillance de la santé des salariés dont certains ne seraient jamais examinés par le médecin du travail et même d'effectuer les surveillances intermédiaires pour les salariés à risque.

L'encadrement de l'activité infirmière dans ce cadre clinique par des protocoles, qui est rappelée de façon obsessionnelle par le texte (afin d'empêcher réglementairement que l'activité de l'infirmière ne relève de la clinique médicale ?), demande en effet du temps puisqu'il impose au médecin une rédaction qui encadre étroitement l'activité « d'identification de l'état de santé » et la prise de décision en matière « d'orientation ». Cette élaboration ne peut également s'exempter des conditions fixées par le code de la santé publique concernant les rapports entre professionnels de santé. Ainsi, le médecin doit assurer et

---

<sup>9</sup> L'ancien article R4623-15 du CDT abusivement supprimé garantissait le fonctionnement harmonieux de l'équipe pluridisciplinaire : « **le médecin du travail et les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire agissent dans l'intérêt exclusif de la santé et de la sécurité des salariés dont ils assurent la surveillance médicale. Leur indépendance est garantie dans l'ensemble de leurs missions** »

s'assurer de la compétence des professionnels de santé placés sous sa subordination technique<sup>10</sup>. Il doit également respecter leur indépendance<sup>11</sup>.

Ces conditions ainsi qu'une recherche de qualité de l'acte confié sous la responsabilité du médecin, impose donc que ces protocoles soient élaborés en coopération avec les infirmiers. L'échange entre professionnels est ici le gage d'une qualité qui conditionne la pertinence de l'acte et relève par conséquent des moyens, y compris temporels, à déployer. Toutefois, la rédaction des protocoles ne parviendra jamais à maîtriser totalement l'éventail des possibles. Cela qualifie donc l'activité de l'infirmier comme une activité clinique.

Se pose alors la question des responsabilités respectives des acteurs. En fait l'infirmier, dont la signature du protocole n'a pour fonction que d'attester qu'il l'a bien reçu, ne pourrait être mis en cause que s'il n'avait pas appliqué le protocole qui lui a été confié (responsabilité d'exécution). Le responsable des conséquences du protocole est ici uniquement le MDT, ce qu'il atteste par sa signature.

L'élaboration par le médecin des protocoles est donc un acte médical clinique puisqu'il concerne des patients. Il nécessite d'une part qu'il déploie les moyens de connaissance, tant médicale que celle des postes et des conditions du travail réel, mais aussi qu'il soit en capacité de tracer leur évolution pour adapter les protocoles en temps réel. Il doit également veiller à ce que l'infirmier ait acquis les compétences nécessaires pour l'appliquer.

Dès lors que le protocole serait dépassé par les circonstances et que l'infirmier déploierait d'autres compétences, il ne pourrait le faire, là encore, que dès lors que ses connaissances le lui permettraient. A moins qu'il ne choisisse d'adresser systématiquement le travailleur au médecin ce qui deviendrait une habitude couteuse en temps et saperait l'avantage attendu de cette nouvelle organisation.

Ce nouveau rôle de l'infirmier et son intervention dans l'activité médicale amène à conclure que cela implique, outre une augmentation des effectifs d'infirmiers dans les Services de santé au travail :

- ✓ Une formation spécifique à déterminer en lien avec les médecins responsables mais qui équivaldrait à un mastère spécialisé
- ✓ Une revalorisation de leur situation en matière de classement salarial
- ✓ Un statut de salarié protégé assurant leur indépendance déjà conseillé par le rapport parlementaire sur le syndrome d'épuisement professionnel.

Sauf si cette organisation était pour la puissance publique un alibi pour avoir sciemment saboté la prévention médicale des risques professionnels, elle impose la mise en œuvre de véritables moyens notamment de formation. La question du temps et des effectifs est au cœur de ces nouvelles pratiques.

Il faut par conséquent trouver un juste équilibre entre les nouveaux rôles des infirmiers en nombre plus nombreux qui pourraient décharger l'activité du médecin et le temps nécessaire qu'implique pour le médecin ce nouveau mode de fonctionnement. L'inflation de l'effectif par ETP qui atteindrait aux moyens d'exercice engagerait la responsabilité de l'employeur ou de l'administration qui l'exigerait dans les agréments en matière de conséquences pour la santé des salariés.

- **L'apport essentiel des experts en santé au travail de l'équipe pluridisciplinaire de médecine du travail**

Leur positionnement change radicalement. Ils sont positionnés exclusivement du point de vue de la prévention de la santé au travail des travailleurs. Ils ne sont plus mis à dispositions des employeurs comme IPRP ou experts HSE. Du fait de ce positionnement ils bénéficient d'un statut de salariés protégés.

Ces professionnels : psychologues du travail, ergonomes, toxicologues, spécialistes de la prévention... apportent leur compétence tant dans l'étude des postes individuels que dans

---

<sup>10</sup> **Article R4127-71**

Le médecin (...) doit veiller à la compétence des personnes qui lui apportent leur concours.

<sup>11</sup> **Article R4127-68**

Dans l'intérêt des malades, les médecins doivent entretenir de bons rapports avec les membres des professions de santé. Ils doivent respecter l'indépendance professionnelle de ceux-ci et le libre choix du patient.

l'amélioration de ceux-ci. Ils apportent leur analyse dans les situations collectives qui nécessitent un signalement, notamment dans le domaine des recommandations. Ils apportent leur aide lors de la rédaction de la fiche d'entreprise.

- **L'équipe pluridisciplinaire de médecine du travail fonctionne en symbiose.**

Sous la supervision technique du médecin du travail, le fonctionnement de l'équipe disciplinaire ne repose pas sur l'addition de compétence mais sur leur partage. Cela signifie que chaque membre de l'équipe a un minimum de compétence dans les autres domaines. Chaque partition converge vers l'œuvre commune. Notamment des réunions régulières d'échanges sur les situations individuelles ou collectives sont organisées comme cela se fait dans le secteur de soin.

Bien évidemment cette coopération ne peut se mettre en place sans temps supplémentaire. C'est une nouvelle et nécessaire efficacité qui le justifie.

## **RETABLIR LES MOYENS D'UNE CLINIQUE MEDICALE DU TRAVAIL**

La médecine du travail repose sur un exercice médical clinique individuel ne pas lui en donner les moyens ôte toute pertinence à son existence.

Ce sont les consultations médicales et le colloque singulier qui permettent de déployer une compréhension de ce que les salariés ressentent à la fois positivement et éventuellement négativement de leur situation de travail.

Elargir la périodicité des visites médicales voire les réserver uniquement aux situations plus difficiles c'est la réduire à un rôle de filet de sécurité inefficace puisque cette médecine-là n'est plus à même de comprendre le travail autrement que par son côté négatif et n'est plus en capacité d'en promouvoir l'amélioration de façon positive.

La situation est également compliquée par la précarisation des emplois et des carrières.

Tout ceci plaide pour une périodicité raisonnable des visites médicales. C'est de gré à gré avec chaque salarié et en fonction de chaque situation individuelle que la périodicité ainsi que la nature de celle-ci (médecin ou infirmier) doit être fixée par le médecin. Toutefois au-delà de 24 mois la surveillance médicale est impuissante. En effet, au-delà de ce délai il est plus difficile techniquement d'assurer l'identification du lien santé travail pour le travailleur et de lui permettre d'accéder légitimement à ses droits individuels à la prévention et à la réparation

Le pas réglementaire est maintenant franchit il s'agit de « prédire » si le salarié est « employable » :

- Compatibilité de l'état de santé du travailleur avec le poste auquel il est affecté
- Repérage de supposées susceptibilités individuelles du salarié pouvant présenter un danger pour les tiers
- Responsabilité de la possibilité d'aménager le poste
- Détermination des capacités du travailleur à exercer une des tâches existant dans l'entreprise
- Décision sur l'aptitude à un emploi et non à un poste

**Comme l'a écrit l'un de nos collègues, c'est en fait le travail qui doit être l'objet des soins du médecin du travail. L'aptitude au poste de travail doit donc être redéfinie.**

Dès lors qu'il retentit sur la santé du salarié ou ne lui permet plus de construire sa santé au travail c'est le poste qui doit être déclaré inapte et **doit être** adapté dans le cadre des obligations de prévention de l'employeur.

Les textes réglementaires qui transforment la médecine du travail en médecine de sélection de la main d'œuvre doivent être abrogés.

**SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL INTERENTREPRISES  
DES METIERS NOUVEAUX, DES RESPONSABILITE NOUVELLES  
CONDITIONS POUR UN EXERCICE EFFICACE  
CONSTATS ET PROPOSITIONS**



## **L'INFIRMIER(E) DIPLOMEE D'ETAT EN SANTE AU TRAVAIL « IDEST »**

Ce document n'a pas pour objet de revendiquer sans que ces propositions ne soient appuyées sur des constats relevant de la profonde modification du métier d'IDEST.

C'est pourquoi nous envisageons de saisir le législateur pour qu'il tire dans ce domaine les conséquences logiques des modifications qu'il a promulguées.

### ➤ **SUIVI INDIVIDUEL DE L'ETAT DE SANTE DES SALARIES :**

#### **CONSTATS**

L'IDEST coopère avec un médecin de santé au travail

L'IDEST est placé sous l'autorité technique de ce dernier dans le cadre d'un protocole de coopération selon l'article L.4624-1 du code du travail.

Le protocole de coopération concerne à la fois le suivi médical individuel et action en milieu de travail.

Dans le cadre du présent protocole co-signé conjointement entre le médecin et l'IDEST, l'IDEST réalise des visites d'information et de prévention périodique (VIPP), des visites d'informations et de préventions initiales (VIPI) ou des visites de suivi intermédiaire y compris celles des salariés à risque des entreprises prises en charges par le médecin du travail, selon les modalités du décret n° 2016-1908 du 27 décembre 2016 relatif à la modernisation de la médecine du travail .

Le médecin du travail émettra éventuellement des préconisations d'aménagement de poste ou des conditions de travail (dans ce cas la visite suivante devra être réalisée par le médecin du travail) et il définira la périodicité du suivi. Selon l'article R4624-17 du code du travail la périodicité du suivi médical ne pourra pas excéder 5 ans.

L'IDEST ouvre le dossier médical en santé au travail (DMST), informatisé, sous l'autorité du médecin du travail dans le cadre de la visite d'embauche et le complète en cas de visite périodique, selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS).

#### **PROPOSITIONS :**

- **Dans le protocole le médecin détermine avec l'IDEST le nombre de salariés à voir en vacation, car le type de visite et le poste ne doit pas avoir le même temps imparti pour la visite. Le temps de prévention doit être adapté en fonction de ces 2 critères, en tous les cas le temps ne peut être inférieur à 30 mn / salarié quel que soit la nature du suivi.**
- **Un médecin du travail sera toujours présent sur les lieux de ces visites de prévention réalisées par l'IDEST et pourra ainsi être sollicité à tout moment par l'IDEST s'il le juge nécessaire et quand les textes l'imposent (travailleurs handicapés, femmes enceintes ou allaitantes ou jeunes accouchées, ...).**
- **La notion de « sans délai » (article R 4624-13) doit être interprétée conformément à la réponse du Conseil National de l'Ordre des Médecins.**
- **Des réunions de staff entre médecin et IDEST doivent être régulièrement organisées et prévues dans les plannings (1H30 tous les 15 jours au minimum), entre l'IDEST et le / les médecins qu'il assiste.**
- **Ces réunions ont pour but de faire le point sur les visites réalisées, les conditions de travail, et sur les actions réalisées ou à mettre en place dans les entreprises.**

### ➤ **ACTIONS EN MILIEU DU TRAVAIL :**

#### **CONSTATS**

L'infirmier consacre une partie de son temps de travail un tiers temps : aux actions en milieu de travail : information collective, études des conditions de travail, observation de poste, suivis de préconisations médicales, élaboration de fiches d'entreprise, ...).

Ces actions sont discutées lors des réunions de l'équipe pluridisciplinaire, animées et coordonnées par le médecin du travail.

L'infirmier peut assister aux réunions de CHSCT des entreprises adhérentes en lieu et place du médecin du travail membre de droit, sous réserve d'une délégation explicite de sa part (article L.4613-2 du code du travail).

L'infirmier a libre accès aux lieux de travail, sous l'autorité du médecin du travail. Il y réalise des visites soit à son initiative, soit à la demande de l'employeur ou du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ou, à défaut, des délégués du personnel. (Article R4624-3 du code du travail)

## **PROPOSITIONS :**

**Toutes ces actions doivent être tracées au niveau du logiciel utilisé dans le service.**

## **➤ EXERCICE DE LA PROFESSION ET FORMATION DE L'IDEST**

### **CONSTATS**

Les missions et les responsabilités de l'IDEST ont été majorées de façon très significative.

L'IDEST intervient dorénavant en responsabilité clinique (dans le cadre de la latitude d'exécution du protocole du médecin du travail.

L'IDEST exerce ses missions en toute indépendance<sup>12</sup> (pe : gérer le nombre de salariés vu dans la vacation) et en conformité avec le code de déontologie infirmier (Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016)

Le niveau de compétence requis est dorénavant beaucoup plus exigeant.

L'IDEST bénéficie de formations adéquates en santé au travail. Ces formations peuvent relever :

- des obligations du SST (R4623-29 du CDT)
- des nécessités techniques définies par le médecin du travail (R4127-71 du CSP)
- du développement professionnel continu (DPC) de l'IDEST (R4312-10 du CSP)

Elles ont pour objet d'acquérir ou d'actualiser les connaissances qui relèvent :

- des activités cliniques de l'IDEST en santé au travail
- des activités en milieu de travail

## **PROPOSITIONS :**

- **Nous estimons que l'IDEST, comme le recommande un rapport parlementaire en 2017, doit avoir le statut de salarié protégé pour rendre effective son indépendance**
- **Elle doit bénéficier de l'appui d'une assistante médicale qui notamment pourrait la soulager d'une partie de la prévisite**

---

<sup>12</sup> « Art. R. 4312-63.-L'infirmier, quel que soit son statut, est tenu de respecter ses devoirs professionnels et en particulier ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions.

« En aucune circonstance l'infirmier ne peut accepter, de la part de son employeur, de limitation à son indépendance professionnelle. Quel que soit le lieu où il exerce, il doit toujours agir en priorité dans l'intérêt de la santé publique, des personnes et de leur sécurité.

« Art. R. 4312-64.-L'infirmier salarié ne peut, en aucun cas, accepter que sa rémunération ou la durée de son engagement dépendent, pour tout ou partie, de normes de productivité, de rendement horaire ou de toute autre disposition qui auraient pour conséquence une limitation ou un abandon de son indépendance ou une atteinte à la qualité ou à la sécurité des soins.

« Art. R. 4312-65.-I.-Conformément aux dispositions de l'article L. 4113-9, l'exercice de la profession d'infirmier sous quelque forme que ce soit, au sein d'une entreprise, d'une collectivité ou d'une institution ressortissant du droit privé fait l'objet d'un contrat écrit.

« Ce contrat définit les obligations respectives des parties et précise les moyens permettant au professionnel de respecter les dispositions du présent code de déontologie.

- la formation dispensée dans les deux premières obligations doivent être diplômante, (master infirmier clinicien avec des modules de santé, sécurité, environnement du travail) ce qui implique une revalorisation de son statut en classe 16
- le DPC relève de l'initiative de l'IDEST et n'est pas contingenté dans le quota de formation du SST
- Nous demandons que la nouvelle formation infirmière en pratique avancée soit adaptée à la pratique avancée en santé au travail

## L'INTERVENANT EN PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS

### ➤ L'IPRP DANS L'EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE

#### CONSTATS

La mise en place des Intervenants en Prévention des Risques Professionnels (IPRP) résulte de la mise en application de la loi de modernisation sociale (loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002) dont le cadre d'action a été revu par la loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à la réforme de la médecine du travail. Les entreprises et les services de santé au travail peuvent ainsi faire appel à des compétences spécifiques pour une approche globale et pluridisciplinaire (c'est-à-dire à la fois technique, médicale et organisationnelle) dans la conduite d'actions de prévention. Les IPRP peuvent avoir des profils très variés : psychologues, ergonomes, toxicologues, techniciens QHSE, Techniciens chimiste,...

Ils œuvrent dans un objectif exclusif de prévention et plus particulièrement d'amélioration des conditions de travail. Leur mission est de garantir la santé physique et psychique des travailleurs mais aussi d'optimiser les systèmes socio-techniques.

Le Code du travail introduit une distinction entre les IPRP :

- Employés par les services de Santé au Travail
- Externes auxquels les employeurs et les services de santé au travail peuvent faire appel pour une mission spécifique.

*Seuls les IPRP indépendants, ne faisant pas partie d'un SSTI ou d'un service autonome de santé, doivent être enregistrés par la DIRECCTE. Un employeur peut recruter un IPRP, dans le cadre d'un service autonome de santé au travail. Il n'a pas alors obligatoirement à être enregistré (même si rien ne l'interdit non plus - circulaire DGT, n°13 du 9 novembre 2012 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine du travail et des services de santé au travail)*

#### PROPOSITIONS :

- Enregistrement de l'ensemble des IPRP par les DIRECCTES « liste nationale »
- Qu'ils soient salariés protégés afin de renforcer leur indépendance en application de l'article 7 de la directive européenne 89/391
- Mettre en place une carte professionnelle ce qui permettra d'être identifié et d'avoir accès à l'ensemble des entreprises au même titre que les médecins du travail qui leur délèguent la mission
- Renforcer l'accès aux différents documents de l'entreprise (Santé – Sécurité – organisation du travail- projets) au même titre que les médecins du travail

### ➤ LES ACTIONS EN MILIEUX DE TRAVAIL

#### CONSTATS

Les IPRP assurent des missions de diagnostic, de conseil et d'accompagnement puis communiquent les résultats de leurs études aux médecins du travail. A ce titre, ils font partie intégrante de l'équipe pluridisciplinaire des Services de Santé au Travail Interentreprises. Les interactions des IPRP avec les médecins du travail donnent de nombreux avantages à la fois aux salariés et aux employeurs. En effet les salariés bénéficient d'un accompagnement global visant à lutter contre les risques liés au travail et les employeurs profitent d'une aide leur permettant d'optimiser l'analyse des risques et de mieux les prévenir.

Il dispose du temps nécessaire et des moyens requis pour exercer ses missions. Il ne peut subir de discrimination en raison de ses activités de prévention. Il assure ses missions dans des conditions garantissant son indépendance.

*(Art. R. 4623-37 à R. 4623-39 du Code du travail)*

### **PROPOSITIONS :**

- Donner les moyens et le temps nécessaire pour effectuer leurs missions (objectifs importants demandés dans les SSTI)
- Renforcer l'indépendance technique (pas toujours respectée « constat ») en développant une structure d'Etat afin de garantir cette indépendance et permettre le sanctionner les récalcitrants
- Harmoniser l'outil de traitements des informations en créant une base pour chaque entreprise, afin de tracer l'ensemble des interventions réalisées par les différents professionnels (CARSATS, DIRECCTES, Services de Santé au travail,...) avec un accès par carte professionnelle de type « Carte CPS »

### ➤ **EXERCICE DE LA PROFESSION ET FORMATION**

#### **CONSTATS**

Le niveau de compétences et de connaissances nécessaires aux missions déléguées par les médecins du travail et par les employeurs augmente de jour en jour compte tenu de l'évolution de réglementation, des métiers. L'évolution professionnelle de la majeure partie IPRP est cloisonnée et inexistante.

#### **PROPOSITIONS :**

- Imposer des formations réglementaires et techniques afin de permettre aux différents professionnels de développer les compétences nécessaires à leur métier.
- Permettre aux IPRP d'évoluer professionnellement par l'instauration de formation diplômantes.
- Mettre en place des fiches métier en lien avec les grilles de salaire car trop de disparité entre les différents acteurs sur le marché.

## **L'INTERVENANT EN PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS LE PSYCHOLOGUE DANS L'EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE PROPOSITIONS**

**Les psychologues partagent les propositions des IPRP. Ils joignent à celles-ci trois propositions liées à leur spécificité.**

### **1. APPLICATION DE LA LOI N° 85-772 DU 25 JUILLET 1985, POUR SE REFERER AU TITRE UNIQUE DE PSYCHOLOGUE**

La convention collective des SSTI stipule « psychologue du travail ». Or, la loi inscrit le titre unique de psychologue et cela quelle que soit la spécialité. L'usage professionnel du titre unique de psychologue est défini par l'article 44 de la loi n°85-772 du 25 juillet 1985 complété par l'article 57 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, qui fait obligation aux psychologues de s'inscrire sur les listes ADELI.

De fait, la réalité des recrutements dans les SST montre que plusieurs domaines d'intervention du champ de la psychologie sont couverts : **psychologues du travail, psychologues cliniciens, psycho-ergonomes, psycho-sociologues.**

### **2. INDEPENDANCE TECHNIQUE ET CODE DE DEONTOLOGIE DU PSYCHOLOGUE :**

Quelle forme concrète peut prendre l'indépendance technique<sup>13</sup> des psychologues, pour que leur activité soit en phase avec leur Code de déontologie<sup>14</sup>?

Ce Code de déontologie des psychologues est destiné à servir de règle aux personnes titulaires du titre de psychologue, quels que soient leur mode et leur cadre d'exercice, y compris leurs activités d'enseignement et de recherche. Des discussions sont en cours afin de le rendre opposable.

Or, les psychologues sont confrontés à plusieurs difficultés sur le terrain des SSTI, qui peuvent les mettre en porte à faux avec leur code.

Prenons pour exemple le registre de l'écrit réalisé par le psychologue. Certains psychologues font valider leurs documents par les salariés. Cette pratique est en phase avec le code de déontologie des psychologues. Mais elle peut générer des conflits avec des médecins<sup>15</sup>.

### **PROPOSITION :**

- Inscrire le Code de déontologie des psychologues dans la convention collective et dans les contrats de travail des psychologues en SSTI

### **3. INSTITUER DES TEMPS D'ECHANGE AFIN DE PROFESSIONNALISER LE TRAVAIL DES EQUIPES PLURIDISCIPLINAIRES AVEC L'APPUI DES PSYCHOLOGUES ET DES IPRP SPECIALISES.**

Construire la coopération dans l'équipe pluridisciplinaire, s'accorder sur des méthodologies partagées pour intervenir dans les organisations et agir en prévention ne vont pas de soi. D'autre part, les connaissances et savoir-faire en méthodologies de

<sup>13</sup> Sur l'indépendance technique, voir le document IPRP

<sup>14</sup> <http://www.codedeontologiedespsychologues.fr/LE-CODE.html>

<sup>15</sup> Témoignage sur une situation : après entretiens individuels d'un salarié orienté par le médecin du travail, le psychologue a remis au salarié une synthèse avec la mention suivante : « Synthèse relue et validée par le salarié tel jour ». Le médecin a été en désaccord avec cette pratique du psychologue. Il a considéré que celui-ci n'avait pas à faire valider un document par un salarié avant de l'avoir lui-même validé. Il a téléphoné au médecin inspecteur du travail. Celui-ci aurait apporté une réponse complexe: d'une part, il a confirmé qu'il y avait une forme de délégation de l'écrit que le médecin était supposé avoir fait dans la mesure où celui-ci avait demandé au psychologue d'avoir un entretien avec un salarié. D'autre part, il a confirmé que le médecin, en tant que coordonnateur, devait valider le document. Ce faisant, il n'a pas précisé si le médecin devait valider le document avant ou après le salarié. Cette réponse montre clairement la nouveauté des situations rencontrées et le peu de stabilisation des réponses que peuvent apporter par les différents acteurs. De nombreuses interrogations se posent pour lesquelles le code de déontologie des psychologues<sup>15</sup> est un guide mais n'est pas encore réglementé.

l'intervention et en analyse de la demande des psychologues et IPRP spécialisés, dont les ergonomes, sont insuffisamment abordés dans la formation de nombreux acteurs des SSTI, notamment dans le cursus de formation de spécialité en médecine du travail. Ce déficit de formation et de temps dédié a des répercussions sur la mise en place des actions concrètes dans les entreprises et sur la coordination de l'équipe pluridisciplinaire.

**PROPOSITIONS :**

- Instituer des temps d'échanges dédiés à la construction de la pluridisciplinarité dans les agendas des différents acteurs.
- Ouvrir l'accès à la coordination des équipes pluridisciplinaires aux psychologues et aux IPRP spécialisés.