

>> Sommaire

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

le Journal des professionnels de la Santé au Travail

N° 67

OCTOBRE 2018

>> Éditorial

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

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

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

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

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

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

Gérard LUCAS

Simplifier pour une prévention renforcée ? Le rapport (Lecoq)

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

En italique, les commentaires du bureau du SNPST.

Un diagnostic

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

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

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

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

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

Des propositions

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

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

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

Structure nationale

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

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

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

Une structure régionale de prévention,

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Les seize recommandations

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

>> Le SNPST à votre écoute >>

Pour nous Contacter : contact@snpst.org

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

le Journal des professionnels de la Santé au Travail

N°67

OCTOBRE
2018

65/67 rue d'Amsterdam - 75008 PARIS

Tél. : 01 40 23 04 10

<http://snpst.org>

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

Directeur de publication : Gilles Arnaud

Rédacteur en chef : Gérard Lucas

Secrétariat de rédaction : Diana et Claudine

Illustrateur : Gérard Lucas

Mise en page : DHTL - 01 34 25 82 80

COMITÉ DE RÉDACTION :

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

ONT COLLABORÉ :

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

Conception éditoriale et graphique : Betty Bente Hansen

Imprimerie Poisneuf - 56120 Josselin - 02 97 22 23 40