

NOTES SUR LA JOURNÉE D'ÉTUDE

REFORME

DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL

Des Enjeux pour la Santé au Travail

Mardi 27 Septembre 2011 - L'Alcazar, Marseille

NB : Ce compte rendu ne fait pas état des nombreux échanges avec la salle. La parole était donnée aux participants à la fin de chaque intervention et des questions très pertinentes ont été posées tout au long de la journée. Cela a permis, toutes les fois, de faire le point sur chaque thème abordé. Et de partager les expériences vécues sur le terrain.

(8h30) Accueil des participants (215 personnes présentes)

(9h00) Ouverture de la Journée → Présentation par Yvon Berland, Muriel Gautier et Mario Correia

Yvon Berland (Président de l'Université de la Méditerranée, Vice-Président de la CPU)

Le Professeur Yvon Berland remercie la DIRECCTE et Muriel Gautier (responsable du Pôle Politique du Travail), ainsi que l'IRT d'Aix-en-Provence et Mario Correia (directeur) pour l'organisation de cette Journée dont le thème est important pour notre Université.

Il souligne deux aspects importants pour la médecine du travail en tant que Président de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS → il en est le président depuis 2003) : la **prévention** et la **pluridisciplinarité**. Il a été mandaté dans ce cadre pour plusieurs rapports.

Le Professeur cite des chiffres : 5.163 médecins du travail en France pour 16 millions de salariés du secteur privé, 71% sont des femmes, âge moyen 54 ans, 1.600 ont plus de 60 ans et prendront donc très prochainement leur retraite. 60% de la totalité partira à la retraite dans les 10 prochaines années.

Examen national, classement région par région → on prévoit entre 2011 et 2015 d'attribuer 655 postes à la médecine du travail. Incontestablement souligne le Professeur Berland, ce n'est pas le reflet qu'il faut donner à cette discipline, il appuie sur l'importance de sa valorisation.

77% des postes ont été pourvus cette année. Il faut insister sur les plus jeunes pour les attirer vers cette discipline.

Ces **besoins** souligne-t-il justifient la réforme qui vient de s'opérer.

La Journée, dit-il, éclairera les **transformations majeures** qui vont intervenir de par la réforme :

1. Périmètre couvert par la médecine du travail ;
2. La création d'une équipe pluridisciplinaire qui devra collaborer avec le médecin du travail. L'offre de soin ne doit pas être le tout médecin → partage des tâches à partir d'une formation bien étudiée, justement à chaque échelle dans ce système de l'offre de soin.

De nouvelles directions doivent être données dans la formation des médecins du travail. Le D.U. (diplôme universitaire) des infirmiers du travail doit être stabilisé. L'Université de la Méditerranée (future Aix-Marseille Université) est en train de travailler en collaboration avec la DIRECCTE PACA sur la proposition d'une formation d'infirmiers spécialisée sur la santé au travail (réunion le 17 octobre prochain).

Le Président Yvon Berland insiste sur le fait que le niveau licence professionnelle ou DU pour les formations d'infirmier doit permettre de capitaliser des ECTS pour permettre ensuite une accession au niveau master.

L'intérêt de porter ces formations dans un cadre universitaire est bien sûr la **recherche** souligne-t-il.

La Journée permet de poser un certain nombre de questions. Le Président Yvon Berland souhaite un bon Colloque aux participants.

Muriel Gautier (responsable du Pôle Politique du Travail, DIRECCTE PACA)

Muriel Gautier remercie le Président Yvon Berland et Mario Correia, ainsi que tous les participants présents, et souligne le succès du thème de la Journée au niveau des inscriptions (elle précise que l'IRT a dû refuser un grand nombre de demandes compte tenu du nombre limité de places).

Elle souligne aussi l'importance de la passerelle entre la DIRECCTE et l'Université, et de la formation qui devient dans le cadre de la santé au travail un enjeu capital.

Muriel Gautier évoque la préoccupation des acteurs CHSCT sur cette réforme. Elle précise l'importance de la collaboration avec l'IRT pour la formation des CE et CHSCT par le biais des actions de sensibilisation et d'information mises en place depuis des années.

Il faut mesurer l'enjeu de la santé au travail pour savoir ce que seront demain les services de santé au travail.

L'organisation de cette Journée a pour but de permettre à tous les acteurs concernés par la réforme de se rencontrer.

La loi sera complétée à la fin de l'année par des décrets --> progrès importants pour la prévention des risques, la santé des travailleurs. Le parcours professionnel va être plus long (réforme des retraites).

Les CHSCT agissent, ont besoin d'appui, de conseils. Sur le terrain, il existe une coopération entre les CHSCT et les services de santé au travail. La DIRECCTE s'engage à poursuivre son action en 2012 en associant tous les acteurs de la santé au travail.

Muriel Gautier souligne l'engagement de la DIRECCTE PACA en 2012 à poursuivre des temps d'échange sur la réforme avec tous les acteurs de la région. Cette Journée a pour objectif de permettre aux acteurs de mieux se connaître et de mieux définir leurs rôles respectifs, et de faire évoluer leurs attentes vis-à-vis des services de santé au travail.

(9h30) Jeu de Questions-Réponses - Méthode 6x6 (simplifiée 4 questions)

Travail en groupe - Recueil des points de vue des participants

Mario Correia propose aux participants de former des groupes de 6. Il leur soumet toutes les 6 minutes une question (jusqu'à un total de 4 questions) et demande à chacun d'inscrire sa réponse sur un post-it (6 post-it par groupe donc).

NB sur le « Philipps 6x6 » : cette technique de travail en groupe a été mis au point en 1948 par J. Donald Phillips, ancien professeur d'éducation des adultes au Collège d'Etat du Michigan. Le 6x6 est une méthode d'animation qui introduit de la participation dans une assemblée nombreuse. Faute de temps ou de pouvoir faire un tour de table, on propose à chacun de s'exprimer en tout petit groupe et de poser des constats sur un sujet choisi.

Les participants restent sur place dans la même salle (il n'y a pas de pause ni de déplacements). Ils constituent un petit cercle de 6 qui parle à mi-voix, dans une sorte de « bulle ». Lors de la restitution des post-it, les apports des différents groupes sont ensuite mis en commun et analysés par le ou les animateurs qui en réaliseront la synthèse finale si possible sous la forme d'un diaporama.

(10h00) Le rôle des services de santé au travail : ce que dit la loi

LOI n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail parue au JO n° 0170 du 24 juillet 2011 :

http://www.legifrance.gouv.fr/affichLoiPubliee.do;jsessionid=418059E7A1E736FEDA68232BCF4D8B0A.tpdj_o15v_3?idDocument=JORFDOLE000023490965&type=general

Nathalie Louit-Martinod (LEST, Université de la Méditerranée)

La loi a été publiée en juillet dernier. Elle définit les missions des services de santé au travail. Elle sera complétée par des décrets d'application fin 2011.

Cette loi permet une définition des missions des services de santé au travail et le renforcement du rôle du médecin du travail.

Pourquoi cette réforme ? A la base, plusieurs rapports du Sénat et de l'Assemblée Nationale (*voir lien plus haut*).

La réforme a pour objectif de promouvoir une **culture de la prévention** (quitter l'approche individuelle pour aller vers une approche collective qui sied mieux à la prévention des risques) dans les entreprises.

Les services de santé s'organisent en équipes pluridisciplinaires :

- le médecin du travail ;
- les infirmiers du travail ;
- les préventeurs de la santé au travail ;
- etc. (*plusieurs assistants donc, y compris des psychologues du travail et des assistantes sociales*).

Le médecin coordonne et anime l'équipe pluridisciplinaire.

Gouvernance → 2 organes : le *Conseil d'Administration* et la *Commission de contrôle*

CA : le président est choisi parmi les représentants des employeurs. Le trésorier parmi les représentants des salariés désignés par les organisations syndicales représentatives.

Commission de Contrôle : le président est élu parmi les représentants des salariés. Elle est composée pour 1/3 de représentants d'employeurs et pour 2/3 de représentants de salariés.

Rôle des syndicats de salariés renforcé dans ce cadre.

Les services de santé au travail → conventions pluriannuelles d'objectif conclues avec les autorités administratives (DIRECCTE, CARSAT). Priorités définies à partir de diagnostics locaux et en lien avec les orientations régionales du PRST 2.

Cette loi, ambitieuse, va être confrontée à la pénurie médicale.

Des internes seront recrutés en médecine du travail à titre temporaire, par décret (licence de remplacement) et dans le respect de la déontologie (autorisation de l'ordre des médecins).

Les services de santé au travail devront renforcer les équipes pluridisciplinaires.

Dans la loi, la définition des missions est énoncée dans l'article L4622-2 du Code du travail :

« Art. 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.
NOUVEAU = plusieurs missions pour les services de santé au travail (ceci afin d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail).

Diagnostic et perspectives sur les services de santé au travail agréés en PACA

Muriel Gautier (DIRECCTE PACA) - 10h10

Muriel Gautier insiste sur le fait que la compréhension de la loi est essentielle. Que le rôle du médecin du travail a été renforcé par cette loi (il n'est plus seulement un médecin, mais il devient aussi un animateur d'équipe). Il doit alerter sur les risques collectifs. Il doit proposer des mesures qui permettent de veiller sur la santé des salariés.

Ce qui est nouveau c'est que le médecin du travail transmettra des alertes par écrit à l'employeur, il lui fera connaître ses préconisations par écrit.

Cet échange écrit entre le médecin du travail et l'employeur doit être mis à la disposition des CHSCT, DP et des services de l'inspection du travail.

Marie-Hélène Cervantès (DIRECCTE PACA) - 10h20 - Diagnostic Régional

voir svp le document *powerpoint*
du Dr. Marie-Hélène Cervantès
sur le site de l'IRT

Le Docteur Marie-Hélène Cervantès (médecin inspecteur du travail à la DIRECCTE PACA) fait le bilan de l'activité des services de santé au travail en 2010 (tableaux chiffrés à l'appui --> projetés sous forme de diaporama powerpoint).

UNEDIC : contexte défavorable --> investissement important des pouvoirs publics sur cette réforme--> travail important du CRPRP [le Comité Régional de la Prévention des Risques Professionnels, créé par le décret n° 2007-761 du 10 mai 2007, réunit les acteurs régionaux de la prévention (administrations régionales de l'État, partenaires sociaux, organismes régionaux d'expertise et de prévention, personnes qualifiées tels que des experts scientifiques et des représentants d'associations de victime)].

La société ne veut plus et ne peut plus accepter les risques --> plusieurs plans de santé depuis 2006 au niveau national.

Augmentation des maladies professionnelles de 4% en 2008.

Apparition du concept de pénibilité au travail et celui de la désinsertion professionnelle : réforme des retraites, conditions de travail, changement d'organisation, nouvelles pathologies, risques psychosociaux, TMS...

Evolution des mentalités --> les missions de santé au travail ont de fait beaucoup évolué.

60% des médecins du travail de la région PACA ont plus de 45 ans. Problème de départs à la retraite simultanés d'un grand nombre de médecins du travail.

Depuis 2007, le chiffre est stable --> 436 médecins équivalents temps plein en PACA.

47 services de santé au travail agréés par la DIRECCTE PACA

29 services autonomes

14 services interentreprises et professionnels

En conclusion :

- Activité des services de santé au travail stable ;
- Ressource médicale stable mais vieillissante ;
- Nombre d'Intervenants en Prévention des Risques Professionnels (IPRP) en augmentation (favoriser le développement des équipes pluridisciplinaires) ;
- Couverture bonne pour les salariés pour le suivi médical en PACA ;
- situation plus préoccupante pour les intérimaires et les saisonniers ;
- Evolution de l'activité du médecin du travail ;
- Insuffisance d'indicateurs sur l'action en milieu de travail ;
- Réforme à accompagner et à mettre en œuvre dans un climat de confiance.

Muriel Gautier (DIRECCTE PACA)

Cette réforme modifie beaucoup de choses, mais la DIRECCTE est un interlocuteur privilégié pour tous les acteurs de cette réforme.

Muriel Gautier fait un aparté sur la fonction publique qui dispose d'une médecine de prévention (*une circulaire du 8 août 2011 apporte des précisions sur la mise en œuvre des nouvelles dispositions du décret du 28 juin 2011 qui a rénové le dispositif d'hygiène et de sécurité applicable dans les administrations de l'État et les établissements publics administratifs*). Mais parfois certains services de santé au travail, dans le cadre de convention de partenariat, assurent cette médecine de prévention dans la fonction publique d'Etat et territoriale.

Les processus d'agrément par la DIRECCTE des services de santé interentreprises ne sont pas simples

NB : Les services interentreprises sont constitués sous la forme d'associations de type loi du 1^{er} juillet 1901, à but non lucratif, dotées de la personnalité civile et de l'autonomie financière. Ils recouvrent un ou plusieurs secteurs géographiques, ou professionnels. Cette sectorisation tend à rapprocher les médecins du travail des entreprises. Chaque secteur comporte au moins un centre médical fixe.

Agrément aussi des services de santé autonomes

NB : C'est aux employeurs qu'incombe la responsabilité de mettre en œuvre les moyens pour répondre à leurs obligations en créant, organisant et finançant les structures adéquates : le service de santé au travail peut être dit « autonome » s'il est constitué dans une entreprise suffisamment importante, ou « interentreprises » lorsqu'il s'adresse à des entreprises de moindre importance).

Muriel Gautier évoque la nouvelle prérogative des partenaires sociaux impliqués dans le processus d'agrément.

Possibilité d'un agrément conditionnel d'un an --> en vue de faire évoluer les services de santé interentreprises et autonomes.

Autorité de tutelle = recueillir le point de vue des partenaires sociaux régionaux, conventions d'objectifs avec la CARSAT, Agence Régionale de Santé.

Cette réforme entraîne donc un processus de concertation que va mettre en place la DIRECCTE PACA entre tous les acteurs. Un diagnostic régional pour savoir où l'on en est sera conduit.

La gouvernance va devoir évoluer. Les partenaires sociaux seront actifs dans les commissions de contrôle (services de santé au travail interentreprises) et dans les CE (services de santé au travail autonomes).

Rendre cette réforme concrète, garantir les règles déontologiques et d'indépendance du milieu médical : des enjeux importants.

Climat de confiance à instaurer entre les représentants de l'Etat (la DIRECCTE), les professionnels de la santé au travail, les représentants du personnel et les préventeurs.

La nouvelle mission de la médecine du travail n'est pas simple, mais elle ouvre une grande perspective de collaboration entre les acteurs autour de la santé au travail.

L'employeur a des obligations en matière de santé au travail... il devra désigner une personne compétente en santé au travail dans l'entreprise ou se tourner vers les services de santé au travail.

Le médecin du travail disposer d'une équipe pluridisciplinaire et assurer une bonne coordination entre les membres de l'équipe (IPRP, infirmier en santé au travail, psychologues, assistantes sociales, autres préventeurs...). Nouveau rôle d'animation donc (ce n'est pas simple, mais les médecins devront être formés --> tâche supplémentaire certes mais qui donne du sens à son rôle).

Il devra prescrire ses constats à l'employeur et les mesures à prendre. Ces constats seront mis à la disposition des CHSCT (plus grande concertation donc, ce qui est une évolution importante).

Offre de service donc plus importante et ciblée. Le national donne un cadre et le plan régional devra se fixer des objectifs, se doter de diagnostics territoriaux et d'entreprises pour orienter les services de santé au travail.

Le suivi des salariés les plus exposés doit être renforcé. Dans l'entreprise faire les choix et en débattre avec le CHSCT. Les CHSCT vont disposer d'une offre de service proposée par les services de santé au travail en matière de prévention primaire.

De nouveaux acteurs interviennent (IPRP, infirmiers, préventeurs...).

Muriel Gautier souligne donc que le CHSCT a aussi un rôle majeur à jouer dans cette réforme.

Conclusion : projet de service pour les services de santé au travail, rôle majeur des médecins du travail, concertation, action des IPRP, et appui et accompagnement de la DIRECCTE sur ces évolutions réglementaires, avec le CRPRP et les autres préventeurs.

IPRP = Intervenants en Prévention des Risques Professionnels

CRPRP : Comité Régional de la Prévention des Risques Professionnels

La formation des médecins

Marie-Pascale Lehucher (Université de la Méditerranée)

Irène Sari-Minodier (Université de la Méditerranée)

voir svp le document *powerpoint*
des Dr. Lehucher et Minodier
sur le site de l'IRT

} commentent un document
powerpoint

Internes Examen National Classement (ENC)	2009-2014 : 700 postes au niveau national, 50 en PACA Postes ouverts à concours. Pour le dernier concours en date, 40 postes n'ont pas été pourvus sur les 123 proposés. A Marseille seulement 4 étudiants ont choisi la médecine du travail comme spécialité
Internes Concours européen	Très peu de places
Médecins en cours de reconversion	

Pas assez de médecins du travail formés en fonction des besoins. Insiste sur le fait que la Région est attractive pour les médecins en général (du fait du manque de professionnels, des médecins du travail à la retraite - originaires d'autres régions - viennent aider les services de santé au travail PACA avec des contrats de courte durée).

Le Docteur Sari-Minodier insiste sur le fait qu'avec sa collègue et leur directeur, le Docteur Alain Botta, ils ne sont que 3 donc à gérer la formation en médecine du travail sur Marseille, mais elle souligne que cette formation n'existe pas dans des villes aussi importantes que Nice ou Montpellier.

La maquette de formation (elle présente une diapositive powerpoint) est une maquette nationale (elle souligne la volonté d'avoir les mêmes outils de formation, de management, de communication, d'audit, de qualité, de planification de la santé au travail... pour les futurs médecins du travail.

4 années de stage → le médecin du travail = Bac + 10

Questions/réponses avec la salle → portent surtout sur les infirmières en santé au travail → formation en préparation (réunion Université / Direccte Paca le 17 octobre prochain). Pour l'instant, les formations ont lieu dans d'autres régions (licence professionnelle dans 4 villes de France dont Rouen, Lille).

Présentation d'un service de santé au travail interentreprises

Sylvain Troussard (*directeur AISMT 13*)

Commission --> approuver les projets d'action prioritaires (dans la logique de la loi et des règles).

Loi de 1946 -> base sur le rôle de la médecine du travail.

Sylvain Troussard évoque aussi la réforme de 2003.

Loi de 2011 --> le champ de la médecine du travail du travail devient celui de la santé au travail (donc prend en compte non seulement l'aspect médical, mais aussi l'aspect santé au travail). Introduit l'équipe pluridisciplinaire en centralisant le rôle du médecin du travail qui reste bien sûr l'interlocuteur privilégié de tous les acteurs.

Indépendance professionnelle, code de déontologie, rôle préventif (éviter toute altération de la santé au travail), réalisation d'exams médicaux.

En 5 ans le médecin du travail a dû s'occuper de 300 salariés supplémentaires (il est passé de 2.700 à 3.000 salariés). De fait, il est très sollicité et ne peut pas se déplacer dans toutes les entreprises. Il est membre de droit des CHSCT --> invité à aller à leurs réunions.

Dès qu'il constate des risques, il doit désormais le notifier par écrit (ce qui est nouveau), il a une obligation de faire. Il a un rôle de conseiller auprès des employeurs et des représentants du personnel.

AISMT13 = 66 médecins du travail (58,64% en équivalent plein temps) dans 28 centres (contrat Sans/Direccte).

En 2011, elle compte 11.400 entreprises adhérentes (95% sont des entreprises de moins de 50 salariés, donc pas de CE et de CHSCT dans ces entreprises --> se pose la question du rôle du DP dans ces entreprises et de sa formation et/ou connaissances en santé au travail).

150.000 salariés, 67% en surveillance. 108.467 actes médicaux (1/2 visite annuelle, 26% visite d'embauche...).

Rôle du médecin du travail : formuler l'aptitude ou l'inaptitude du salarié et formuler les mesures pour préserver la santé au travail des salariés.

AISMT13 = 14 IPRP (ces préventeurs sont très sollicités par les médecins du travail) qui sont des cadres

(ingénieurs de prévention) et des non-cadres (infirmiers, techniciens...). Ont des domaines de compétence différents.

A travers son diagnostic, le médecin du travail vient s'appuyer sur les IPRP. En 2010, les IPRP faisaient 225 interventions sur le terrain (ce qui correspond à environ 4.000 salariés).

Le médecin du travail conseille les employeurs, propose un soutien méthodologique, un appui ergonomique aux situations de travail, un appui de métrologie (bruit, exposition produits chimiques, risque routier...). Il fait de la prévention un objectif important. Il peut planifier en fonction des risques existants (questionnaire, entretien...).

L'AIMSMT13 forme des infirmières de santé au travail et a engagé 2 psychologues et 1 assistante sociale (consultations sociales).

Il doit permettre le renforcement des échanges dans l'entreprise.

Conclusion : la loi renforce la nécessité pour l'ensemble de ces acteurs à travailler ENSEMBLE dans le même sens. Au niveau local, régional et national.

Bilan des services de santé au travail (remontées vers la Direccte). Quelle politique régionale ? Quel accompagnement ?

Activité de veille et d'alerte --> réseaux EVREST, enquête SUMER, etc.

NB : SUMER 2002-2003 est une enquête transversale qui fournit une évaluation des expositions professionnelles des salariés, de la durée de ces expositions et des protections collectives ou individuelles éventuelles mises à disposition. Les données sont recueillies par le médecin du travail lors de l'entretien médico-professionnel au cours des visites périodiques, et font également appel à la connaissance des postes de travail qu'il a acquise au cours de son tiers-temps. La conception du questionnaire et les spécifications de la collecte ont été élaborées par un comité de pilotage regroupant des experts des conditions de travail et de la santé au travail issus de nombreuses institutions et de disciplines variées, ergonomie, épidémiologie, sociologie etc.

12h30 - 13h30 Déjeuner

(13h30) Synthèse des travaux du matin - Débat

Philippe Mossé (*chercheur LEST-CNRS, Université de la Méditerranée*)

Mario Correia (*directeur de l'IRT, Université de la Méditerranée, sociologue du travail*)

Synthèse des post-it (*méthode 6x6 du matin*) → représentations croisées

voir svp le document *powerpoint* de Philippe Mossé et Mario Correia sur le site de l'IRT

1. Pour vous qu'est-ce que la santé au travail ?

Bien-être social, mental (merci l'OMS)

Prévention, harmonie, expérience

Référentiel = travail (équilibre entre santé au travail et santé publique)

Obligation de l'employeur, cohésion

Paternalisme

2. Avec qui avez-vous besoin de coopérer ?

Avec tout le monde (monde des professionnels, compétence professionnelle, démocratie indirecte).

Dans l'ordre, le patron, le CHSCT, l'inspection du travail.

Puis l'infirmier de santé au travail (on comprend qu'il y en a dans la salle), la Direccte.

Plus rare = avec les élus, avec les chercheurs, avec les experts externes

Tension entre routine et utopie

3. Rôle des RP ?

Ce sont les représentants des salariés, ceux qui les connaissent le mieux

Prévention (posture publique)

Médiation et coopération (Direccte, médecins du travail, tiers)

Relation particulière avec les salariés (information et défense)

Relation individuelle/collective

4. Pistes d'action

La santé comme problème général

La santé comme problème politique

Plus de sanctions et plus de moyens (loi, sanction déléguée, indépendance mais de qui ? CHSCT, médecins du travail...)

Changement de représentation (DRH mais aussi salariés)

Meilleure gestion (indicateurs, analyse du travail...)

Meilleure coopération entre les acteurs

Mario Correia souligne l'absence dans les post-it de référence à l'ex-CRAM désormais CARSAT.

Réflexion sur les populations exposées.

Echange très riche avec la salle (nombreuses questions/réponses constructives des participants).

(13h45) Table ronde 1

Quels outils et quelles ressources pour la santé au travail ? Exemples de coopération

animée par
Stéphanie Moullet, IRT-LEST

Robert Facon (*secrétaire adjoint de CHSCT*)
Marie-Thérèse Gory (*secrétaire de CHSCT*)
Jean-Jacques Panet (*médecin du travail*)

Hélène Beaucardet (*inspectrice du travail*)
Dominique Bonnet (*médecin du travail*)
Christine Remy (*médecin du travail*)

2 exemples de coopération entre les différents acteurs

Exemple 1 : Risques psychosociaux (Caisse d'assurance maladie)

3 périodes :

- 2003-2008 : les acteurs agissent séparément

2004. Des problèmes d'un centre de la Caisse remontent au CHSCT par le biais de l'assistante sociale. Enquête auprès des agents de la part des élus du CHSCT (la moitié des salariés s'en rendent compte aux entretiens, y compris ceux qui étaient en maladie à l'époque sont venus pour témoigner. Les problèmes ne remontaient pas aux DP)

2005. Problème similaire dans un autre centre de la Caisse. Intervention encore du CHSCT. Il en ressort un problème de surcharge de travail qui met en souffrance une grande partie du personnel. Problèmes dus à un mauvais relationnel avec l'encadrement accentué par cette charge trop lourde de responsabilités et de travail. Autonomie de la démarche du CHSCT qui n'associe ni la direction, ni le médecin du travail.

2007. Les élus du CHSCT produisent un questionnaire pour faire le point s'inspirant de modèles fournis. Diffusé à l'ensemble des acteurs --> la moitié encore y répond. Il ressort encore une fois une surcharge de travail, une mauvaise reconnaissance des compétences, un non accès à la formation professionnelle, des évolutions de carrière pas très satisfaisantes.

Impact au niveau des relevés des visites médicales. Mais cas individuels protégés par le secret médical.

- 2009 : Pré-diagnostic. Démarche concertée et collective

On se base à une enquête INRS sur le stress avec indicateurs. La Direction et la DRH acceptent de travailler ensemble avec le médecin du travail et le CHSCT. Ceci permet d'identifier des indicateurs internes (état des lieux des RPS). Approche avec des hauts et des bas.

Au bout de deux ans, nombre de cas suffisants pour établir un pré-diagnostic. Besoin de conseil auprès de la CARSAT (méthodologie, représentativité).

- 2010-2011 : Diagnostic approfondi

La Direction est favorable à concrétiser un accord de méthode avec les représentants du personnel pour mettre en place les moyens nécessaires. Les élus ont poursuivi les enquêtes sur le terrain. Un nouveau problème est apparu sur un centre.

Le CHSCT a accepté de signer l'accord de méthode parce qu'il s'est trouvé en difficulté pour répondre à des problèmes de malaise au travail trop compliqués.

2010. Un cabinet d'expertise externe CATEIS est choisi par une commission. Cahier des charges.

Des entretiens ont eu lieu de juin à septembre 2011. La secrétaire du CHSCT souligne que les résultats de l'expertise sont très proches de ceux qu'avait fait apparaître la démarche individuelle du CHSCT avant 2009. La souffrance au travail est liée à la nouvelle gestion, aux nouvelles méthodes de management. Les solutions seront donc difficiles à mettre en place.

Exemple 2 : Risques chimiques. Entreprise privée (1.500 salariés au niveau national)

Une 20^{aine} d'établissements dans la région (400 salariés environ)

En 2009, la direction veut augmenter l'efficacité des protocoles. Au mois de novembre des nouveaux produits seront utilisés. En décembre, un médecin du travail alerte sur la grande toxicité d'un nouveau produit et sur sa grande dangerosité pour la santé (produit classé 3). Il propose le remplacement de ce produit d'autant que la formation sur ce produit laisse à désirer (les salariés peuvent se méprendre sur sa véritable dangerosité). Le CHSCT alerte alors sur un manque d'information de la part de la direction.

A la suite de l'utilisation de ces nouveaux produits, on constate dans les établissements une augmentation des accidents de travail, et l'apparition de problèmes pulmonaires graves. L'employeur pense que ce sont des maladies psychosomatiques et que bon nombre de salariés ne respectent pas les protocoles.

En fait, bon nombre de salariés ne réussit pas à suivre les notices (trop compliquées, trop floues).

Les salariés se sentent responsables et ne demandent pas à être indemnisés. Intervention alors conjointe des deux médecins du travail, du CHSCT et de l'inspectrice du travail. Symbiose de leurs interventions. Grande vigilance de tous ces acteurs pour soutenir les salariés qui développaient des pathologies graves.

Le CHSCT affiche les rapports dans les établissements. Du coup, regard différent des chefs des différents établissements. Synergie et prise de conscience de la grande dangerosité. Le statut de victime est alors reconnu.

L'inspectrice du travail souligne combien la collaboration est essentielle, ainsi que l'expertise extérieure. Intégration de tous les CHSCT, suivis individuels appuyé par un service médical spécialisé, des enquêtes de terrain pour analyser les postes. Appui scientifique des médecins du travail = fondamental. Concertation avec l'INRS (d'où l'importance de la recherche sur la toxicologie des produits).

Les médecins du travail ont besoin de l'appui de spécialistes dans ces domaines très pointus. Mais aussi d'un appui juridique face aux négociations des employeurs.

Face au déni, l'inspection du travail a une tâche très importante.

Dans cet exemple, le médecin du travail a trouvé un appui fondamental en la personne de l'inspectrice du travail.

A l'issue de cette grande mésaventure, un poste d'ingénieur sécurité a été créé dans l'entreprise et une veille est désormais opérée dans tous ses établissements.

Désormais : meilleure compréhension des salariés, port des habits de protection obligatoire, formation.

(15h00) Table ronde 2

Impact des enjeux de la réforme sur la santé au travail et point de vue des partenaires sociaux

*animée par
Anne-Marie Gautier, expert CHSCT*

Gérard Magalon (médecin du travail, Evrest)

Alain Comba (CGT-FO)
Serge Gautier (CFDT)
Jean François Naton (CGT)

Impact du point de vue des partenaires sociaux. Points positifs, peurs, réticences.

*Les notes retranscrites pour cette table ronde ne reflètent pas
la richesse des échanges, veuillez nous en excuser s'il vous plaît*

- CFDT

Serge Gautier (animateur de la commission Santé au Travail à la CFDT PACA) souligne que si les élus ne réagissent pas toujours en matière de santé au travail, c'est qu'ils sont souvent désarmés --> donc l'appel à des experts est fondamental. La santé au travail est un enjeu de société majeur dit-il (les problèmes de santé au travail se reportent sur la vie familiale). Elle est mieux ancrée aujourd'hui dans le dispositif de santé publique (plan santé / environnement).

Pluridisciplinarité difficile à mettre en place (déjà avec la loi de 2003).

Gros enjeux. Beaucoup de questions. Faire bouger les mentalités. Suivre les décrets de près (nous les syndicats devons être très vigilants sur la rédaction des décrets). Les RP sont trésoriers du CA (rôle délicat).

La loi est un texte de compromis.

Question des moyens humains (cf chiffres évoqués ce matin --> pas assez de médecins du travail par rapport aux besoins réels du monde du travail).

Procédure d'alerte : Où ? Quand ? Comment ? Qui informe les partenaires sociaux et les autres acteurs ?

Aide à l'employeur.

Surveillance médicale adaptée.

Question de la formation en santé au travail des médecins de ville.

Plein de questions s'entrechoquent et inquiètent les OS. « On a un joli paquet cadeau avec un beau ruban, mais on ne sait pas exactement ce qu'il y a dans la boîte ».

3 enjeux : supprimer le risque, surveiller, prévenir (réparation).

- CGT

Jean-François Naton est conseiller confédéral en matière de santé au travail et se sent privilégié d'avoir pu participer au dispositif de négociation sur la réforme de la médecine du travail.

Il souligne la nécessité de transformation du système actuel de santé au travail. Nécessité du renversement de la logique --> comment on fait ensemble ? Il faut faire redevenir la santé au travail un enjeu crucial de société.

Le Sénat avait proposé une présidence tournante (employeur / OS), mais l'Assemblée nationale n'a pas suivi.

Les services de santé au travail vont passer des contrats (institutionnaliser le travail ensemble).

Le travail est le déterminant de la santé. C'est un défi pour le syndicalisme. Enjeu de sortie de crise.

La CGT depuis 4 ans a travaillé à l'intégration de la médecine du travail dans les CARSAT (toujours plus de complémentarité, toujours plus de travailler ensemble).

On ne peut plus accepter certaines situations de travail. La crise permet une prise de conscience sur le renversement des enjeux du travail. L'enjeu de prévention devient la priorité. Les syndicats ont un devoir absolu de travailler sur les situations de travail. Faire arrêter la surexposition aux risques du travail. Comprendre pour transformer.

Comment créer le bonheur pour tous ? Il faut inventer de nouveaux lieux de dialogue social. Il faut que les patrons arrêtent de croire que les OS sont leurs ennemis.

Soulève le problème des saisonniers et des intérimaires, les laissés pour compte de cette réforme.

CISME. Lobby des chercheurs.

NB : Association à but non lucratif créée en 1942, le CISME (Centre Interservices de Santé et de Médecine du travail en Entreprise) est l'organisme représentatif des Services interentreprises de Santé au travail. Il regroupe 300 Services interentreprises de Santé au travail couvrant tout le territoire national.

Vision politique = importante

Informé, former les salariés sur le travail. Ne plus cloisonner santé au travail et santé publique.

Jean-François Naton (*document en ligne sur internet*)

« Les écarts persistants d'espérance de vie liés aux catégories socioprofessionnelles rappellent l'impact des conditions de travail sur la santé des salariés. Les transformations technologiques, organisationnelles et managériales du monde du travail et de son environnement modifient la nature et la gravité des risques auxquels sont exposés la plupart des salariés. Les tendances observées depuis une vingtaine d'années sont celles d'une augmentation exponentielle des troubles musculo-squelettiques et du développement des troubles psychosociaux. L'évaluation des risques d'atteinte à la santé au travail se complexifie et nécessite que soient mieux cernés les risques émergents, les maladies à effet différé, l'étiologie des maladies multifactorielles. La mobilité de salariés de plus en plus nombreux, dont celles des salariés « atypiques » ou précaires, nécessite de créer les conditions d'un suivi longitudinal et de la traçabilité des expositions. Face à ces objectifs, le système de santé au travail actuel n'a pas su évoluer et présente de graves insuffisances de conception, d'organisation et de résultats.

L'objectif exclusif « d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail », fixé par la loi de 1946, doit rester le principe directeur. Mais il est temps de faire évoluer le concept de la médecine du travail vers celui de la santé au travail et de faire vivre la pluridisciplinarité en se donnant les moyens de l'analyse des situations de travail. Cette évolution résulte de la prise en compte du caractère déterminant de la santé au travail pour la santé publique.

(...)

Un constat s'impose : il n'est pas possible de promouvoir la « non-altération de la santé du fait du travail » et l'indépendance des médecins et des équipes des services en faisant abstraction des conditions du contrôle social et de la qualité du dialogue social, de l'adéquation de l'organisation et de la gouvernance du système de santé au travail aux missions qui lui sont assignées. L'émergence d'un pôle régional de responsabilité et de pilotage, impliquant l'ensemble des acteurs du système, est donc nécessaire à la lisibilité et à la cohérence de la politique de santé au travail. Cet échelon institutionnel se situera ainsi au même niveau que les ARS afin de contribuer à définir et à mettre en œuvre la politique de santé publique. La CGT milite pour ce renversement qui permettra de créer un nouvel état d'esprit, tissant des liens étroits entre santé au travail et santé publique, réduisant à la source les dégâts sur la santé imputables aux organisations et aux conditions de travail et générateurs de coûts supportés globalement par l'assurance maladie.

C'est bien principalement sur la « gouvernance » des services de santé au travail interentreprises que peut être estimé l'intérêt du changement. En proposant une véritable organisation paritaire de la gouvernance des SST, la CGT veut rompre avec la vision étroite antérieure en créant les conditions d'une implication plus forte des organisations patronales nationales et syndicales, et des institutions représentatives des salariés, et en instituant la santé au travail comme dimension majeure du dialogue social. Enfin, la CGT reste déterminée à donner aux organismes nationaux et régionaux (Carsat) de la Sécurité bien plus que le rôle d'un partenaire car ils ont la mission de tenir fermement les fils qui relient santé au travail et santé publique ».

- Médecin – EVREST

Le Dr. Gérard Magalon fait remarquer que les chaises des OS sont souvent vides dans les commissions et « taquine » les représentants syndicaux présents.

Selon lui, cette réforme n'est pas si mal que ça. Elle clarifie selon lui le rôle et la responsabilité de chacun et montre que le médecin du travail doit coordonner son équipe. Il souligne le rôle majeur du CA et de la Commission.

L'enjeu est intéressant : apporte un regard et une lecture des réalités territoriales.

(16h00-16h15) Conclusion de la Journée

Sylvie Brico (*DIRECCTE PACA*)

Sylvie Brico fait la synthèse des deux tables rondes et extrait quelques expressions qui résument bien l'après-midi : comprendre pour transformer, investir ensemble, puissance pour agir (guider l'action), réfléchir chacun à son niveau et partager.

Chercher où sont les risques prioritaires.

Il ne faut pas oublier les très petites entreprises, les petites entreprises, les saisonniers et les intérimaires. Actions spécifiques à engager pour eux.