

>> Sommaire

Actualité syndicale...p2 Interview.....p5

• La sécurité des tiers par l'aptitude ?

• Contentieux

Terrain.....p3

• La coopération médecins infirmières, le colloque E-pairs...

Institution.....p4

• Le code du travail bouc émissaire de la santé économique.

• Entretien, LM Barnier les CHSCT et les nouvelles organisations.

Chantier.....p6

• Pour des états généraux en santé au travail.

• Merci à l'ANIMT

Eurêka.....p7

• Notes de lectures et congrès.

le Journal des professionnels de la Santé au Travail

N°59

OCTOBRE 2015

>> Éditorial

Oui, les services de santé au travail sont traversés par une grande disparité, au gré de gouvernances inadaptées et de moyens inégaux. Sur le terrain des services interentreprises, souvent les plus défavorisés, mais aussi ailleurs, la tentation d'individualismes défensifs refoulent les coopérations salutaires des pratiques, et les infirmières ont bien raison d'alerter sur les risques de leurs dégradations sans lendemain. Les conditions de bonne coopération se dessinent désormais comme l'a montré le colloque E-pairs.

La résistance est d'actualité comme celle du Dr Kryvenac chez PSA. Il serait dommageable de réduire la sécurité des tiers à des avis médicalisés d'aptitude.

Non, le code du travail ne doit pas être le bouc émissaire de la mauvaise santé économique, et les CHSCT n'ont pas à abandonner leur place face aux nouvelles organisations de travail si souvent humainement délétères.

Oui, l'espoir est à reconstruire avec des États Généraux de la santé au travail, avec une nouvelle génération d'internes qui relancent la jeunesse de nos idées et avec de nombreux engagés qui écrivent pour la promotion de l'humain dans le travail.

Débattons, au congrès du SNPST par exemple le 21 novembre prochain à Paris.

Gérard LUCAS

Dérives des services de santé au travail

par Gérard LUCAS, Véronique BACLE et Joëlle MILLIEZ

On aurait pu penser que les services de médecine du travail en prenant le nom de service de santé au travail, allaient mieux contribuer à la préservation de la santé des travailleurs.

Hélas, l'alibi médico légal des avis d'aptitude était conservé, et surtout la mission dérivait vers l'assistance à la gestion des conditions de travail pour l'employeur.

Certains ont pu penser que la réforme de 2011 allait faciliter l'investigation du lien santé travail avec la parité des conseils d'administration et en levant partiellement les obligations des visites médicales d'aptitude.

Hélas, la maîtrise des choix managériaux reste largement patronale avec conflits d'intérêts et l'espacement des visites médicales dans le contexte de pénurie laisse le stakhanovisme réduire la qualité de l'approche de la santé au travail pour les salariés.

D'autres ont pu penser que l'insertion enfin d'infirmiers en santé au travail dans les services interentreprises allait recentrer leur mission sur l'investigation et l'accompagnement de la santé des travailleurs.

Souvent, les déficits d'orientation, de formation et de coopération ne facilitent pas la synergie des équipages pour la maîtrise des navires SST vers le cap de la santé des travailleurs.

Il est facile et évident de constater à posteriori, comme quelques acteurs en avaient lancé l'alerte avec le SNPST, que la diminution des coûts et l'exonération de la responsabilité des entreprises en matière de conditions de travail ont été prises en compte bien plus que la préservation de la santé des travailleurs, voire à sa place.

La diminution quantitative d'actes d'approche médicalisée de la santé au travail est sans doute inéluctable, mais qu'en est-il de la qualité ? Les entretiens de santé travail infirmier (ESTI) peuvent constituer une bonne

investigation clinique de santé au travail, mais les conditions indispensables de coopération avec les médecins restent à construire et à s'imposer. C'est pourtant là un atout majeur pour un dévoilement de la santé au travail et des accompagnements et préconisations qui étendraient les occasions d'améliorer les conditions de travail, en donnant du pouvoir d'agir aux travailleurs et des repères d'actions dans les entreprises, sans les limites sélectives et restrictives d'avis d'aptitude médicale.

La récente loi Macron, en accablant les médecins du travail de la responsabilité d'avis aptitude sécuritaire pour les tiers, risque de casser cette dynamique positive. C'est une incantation simpliste dont l'intention annoncée de sécurité juridique pour les employeurs est certainement illusoire et contre productive.

Dans beaucoup de services interentreprises de santé au travail, l'augmentation des effectifs par médecin ne permet pas une connaissance et un suivi du lien santé travail des salariés. Au milieu des années 2000, la promotion d'assistants en santé au travail prétendait améliorer le repérage des expositions et des risques des travailleurs. Mais leur positionnement favorisait souvent davantage la prestation pour l'image du service et pour l'employeur que pour le lien santé travail. Certains recensements des expositions et des risques pouvaient certes aider des médecins du travail, mais cette approche protocolaire par les risques du travail reste très partielle pour le dévoilement des atteintes à la santé par le travail et pour l'amélioration humaine concrète des conditions de travail.

Non seulement le recrutement d'infirmiers en santé au travail reste trop limité pour compenser la pénurie de médecins, mais leur intégration dans les services de santé au travail, hétérogène, est souvent fragile et ne permet pas les coopérations attendues. La non reconnaissance statutaire de leur spécialité santé au travail par le Ministère de la Santé et la non prise en compte par la convention de branche est un prétexte pour ne pas

développer une formation adaptée de niveau Master. C'est indispensable au déploiement de la fonction de clinicienne que la prochaine loi de santé devrait promouvoir, capital pour la santé au travail, mais loin d'être anticipé ni par les services, ni par les Ministères et même repoussé par une partie de la profession conservatrice corporatiste. (voir l'appel au respect qui suit cet article page 8).

Dans la première phase du contexte d'application de la loi de 2011, la discrimination par pénurie atteint beaucoup plus les services interentreprises que les services autonomes, dont l'attrait par le maintien de faibles effectifs de salariés et des niveaux de rémunérations n'est pas sans interroger les questions de dépendance.

Dans les Fonctions Publiques de même, les grandes unités tirent mieux leur épingle du jeu malgré la charge de travail commune décrétée. En Fonction Publique d'État les petites administrations décentralisées sont déficitaires et recourent à des modalités concurrentielles de recrutements qui ne les comblent pas, mais abondent les revenus des sites et journaux d'annonces ou des associations intermédiaires. En Fonction Publique Territoriale, de nombreux centres de gestion sont débordés, et de grandes collectivités territoriales sont démunies. Les petits hôpitaux sont loin de bénéficier d'une mutualisation avec les Agences Régionales de Santé.

La Mutualité Sociale Agricole, qui était citée avec l'OBBTP comme un exemple de gestion paritaire, propose une couverture de plus en plus déficitaire en médecine du travail.

Les artisans n'ont toujours pas de réel service de santé au travail.

Le suivi en santé au travail des intérimaires et autres précaires, souvent les plus exposés, est plus que jamais délaissé.

La facilitation de l'accès direct des travailleurs aux services de santé au travail est régressive tant par les restrictions de prise en charge que par l'illisibilité de leurs référents dans ces services.

L'implication de l'ensemble du système de soins en santé au travail devrait être une priorité quand on sait et rappelle que le premier facteur de discrimination de l'espérance de vie reste le travail et encore plus pour le maintien des fonctions de bien être avec le vieillissement. On en est loin. Que ce soit par exemple pour les troubles musculo squelettiques, les maladies dégénératives ou les souffrances psychiques, la collaboration entre médecins du travail et médecins de soins reste marginale et trop souvent sur les voies parallèles.

La médecine du travail, et pas seulement quelques consultations de pathologie professionnelle, devrait devenir la spécialité de référence de tous les acteurs du système de soins et des ARS pour la santé au travail.

Interview de Louis-Marie BARNIER

Quel est votre parcours ?

Mon parcours est sans doute atypique, que ce soit pour un sociologue ou un syndicaliste : embauché pour réparer les instruments de bord d'une grande compagnie aérienne, je me suis rapidement engagé. Le parcours syndical a été l'occasion de multiples fonctions, comme pour la plupart des syndicalistes, que ce soit comme délégué du personnel, délégué syndical, représentant syndical dans le domaine de la formation professionnelle ou au niveau de la branche du transport aérien. J'ai été aussi confronté à la répression syndicale, qui vise à briser l'autonomie des syndicalistes, et à l'absence de reconnaissance de toutes les compétences acquises, cause de tant de souffrance pour les syndicalistes (Barnier et Clerc 2015).

Ma dernière fonction syndicale, secrétaire de CHSCT sur un grand centre industriel, m'a amené à me plonger dans le domaine de la santé au travail, dont je ne suis pas encore ressorti. Parallèlement à ces engagements, le besoin d'outils de réflexion plus solides m'a poussé à m'engager dans des études de sociologie du travail.

Comment analysez-vous les évolutions récentes de l'organisation du travail ?

Quand on aborde cette question, on a tendance à saisir l'organisation du travail à partir de la vision parcellaire que nous livre notre environnement immédiat. Ce peut être aussi tel événement mettant en lumière un aspect particulier, ou un aspect mal vécu par les acteurs engagés dans cette organisation du travail. L'analyse sociologique du néolibéralisme (Dardot et Laval 2012) nous livre quelques repères. Cette nouvelle phase du capitalisme est d'abord caractérisée par une dégradation du rapport de force du monde du travail en faveur du capitalisme. Cela se voit particulièrement dans la répartition de la valeur ajoutée (-10 % entre 1982 et 2002). Pendant cette période, le néolibéralisme s'est construit comme une idéologie qui fait reposer la dynamique du marché, objectif sacré du capitalisme, sur la concurrence et la responsabilisation. Cette mise en concurrence a opéré des ravages dans les collectifs de travail. Mais elle s'accompagne de plus par des pratiques de responsabilisation des salariés dans leur travail. Or, on ne leur donne pas les moyens pour remplir leur office. Les conflits éthiques peuvent aussi émerger, quand le travail attendu implique des choix contraires aux valeurs professionnelles, morales des salariés.

Mais je voudrais aussi rajouter une autre dimension à ce tableau déjà bien sombre. L'éclatement du salariat a conduit à une grande précarité d'une partie de la population. Le circuit productif intègre de plus en plus de salariés en sous-droits, sous-traitants des grandes entreprises, salariés précaires. Les formations obligatoires pour les activités les plus dangereuses ou spécifiques sont-elles bien suivies ? Le suivi médical de ces salariés est-il assuré, les certificats d'exposition remis en fin de contrat ? Tout un vaste champ d'intervention que la médecine du travail ne pourra couvrir seule. Ceci doit s'inscrire dans une démarche globale, alliant mouvement syndical, mouvement syndical... et médecins engagés.

Quelles pistes paraissent les plus prometteuses ?

Un tel « nouveau modèle productif » ne peut

s'aborder que globalement, remettant en cause tout le système, sauf à permettre, en polissant les aspérités du système, d'offrir une meilleure viabilité à tout l'ensemble. Le mouvement ouvrier n'a pas aujourd'hui de réponse globale à apporter à cette crise du travail. Mais cela ne veut pas dire que nous restions l'arme au pied. Le nouvel investissement syndical dans les CHSCT en est le meilleur exemple. Et nous avons réussi à marquer des points.

Un premier exemple porte sur l'évaluation. Celle-ci a une place centrale, au point de parler d'une « folie évaluatrice » (Gori 2013). L'évaluation permet de mesurer la mise au service de l'entreprise, par le salarié, de sa subjectivité. C'est un « dispositif », au sens de Foucault, central pour le néolibéralisme, qui vise autant à mesurer cet investissement qu'à engager un asservissement toujours plus complet des individus. Le New Public Management complète cette approche dans le secteur public. La jurisprudence maintenant établie désigne cette évaluation comme étant centrale dans la santé au travail, même si elle reconnaît le principe de l'évaluation comme constitutif du pouvoir de direction de l'employeur. Mais cette évaluation doit être transparente, objective et connue à l'avance des salariés. Le CHSCT doit être consulté avant toute mise en place d'un système d'évaluation, et il peut le remettre en cause. C'est au nom de ces principes qu'un système basé sur le benchmarking, donc une mise en concurrence permanente des salariés entre eux, a été jugé néfaste par les Juges (Arrêt Caisse d'épargne 2012).

Sur un autre plan, les CHSCT ont gagné une place au débat sur l'organisation du travail lorsque les juges ont décidé que le devoir de résultat de l'employeur en matière de santé au travail implique « qu'il lui est interdit, dans l'exercice de son pouvoir de direction, de prendre des mesures qui auraient pour objet ou pour effet de compromettre la santé et la sécurité des salariés » (arrêt SNEC-MA 2008). Donc tout changement d'organisation devrait être confronté à ses conséquences pour les salariés, et pas seulement mesuré à l'aune du gain espéré (réel ou non) pour les profits actuels ou à venir.

La prise en compte de la pénibilité ouvre-t-elle à de nouvelles reconnaissances des atteintes à la santé ?

Oui, et paradoxalement, c'est là aussi un facteur de blocage important. Reprenons le fil de cette histoire. Lors des grands mouvements sur les retraites, en 1995, 2003 puis 2010, la remise en cause des régimes spéciaux de retraite, qui autorisaient un départ en préretraite notamment pour des populations confrontées à la dureté de leur métier, s'est faite au nom d'un système de reconnaissance moins « corporatiste » (pour reprendre les termes du débat) s'adressant à toutes et tous. La mauvaise volonté du patronat, notamment, a conduit ce débat à s'éterniser. Il a finalement accouché d'une définition socialement reconnue de la pénibilité, celle qui porte atteinte à l'espérance de vie en bonne santé. Douze critères ont été retenus (voir l'article D 4121-5 du Code du travail). Un compte pénibilité est ouvert pour chaque salarié, lui donnant un bonus suivant les années d'exposition pour partir plus tôt. Mais les arrêts

Amiante de 2002 ont mis en avant la faute inexcusable de l'employeur dans des épisodes anciens, où l'obligation de résultat de l'employeur, déjà citée, amène à un droit à la réparation intégrale (mais celle-ci a-t-elle un sens en cas de décès ?), y compris après coup. Qui peut dire si la reconnaissance d'aujourd'hui de la pénibilité, en tant qu'atteinte avérée à la santé, ne constituera pas le fondement d'une nouvelle vague d'indemnisations demain ?

Ce compte de pénibilité remet aussi en scène la tension entre réparation et prévention. Abordée sous l'angle de l'âge de la retraite pour des populations souffrant au travail, elle implique aussi pour les employeurs de mettre en place un plan de réduction de cette pénibilité. Or, comme dans les autres domaines déjà évoqués, faire de la prévention coûte cher aux yeux des employeurs...

Peut-on parler de prévention face à des organisations du travail pathogènes ?

Nous l'avons dit, la prévention des risques est difficile quand on aborde l'organisation du travail. Et ce d'autant plus pour un médecin du travail confronté à une hiérarchie qui voudrait bien le considérer uniquement comme un de ses conseils. Cela nécessite de s'opposer souvent, ou du moins de convaincre, des cadres dirigeants que les choix peuvent être différents. Donner de la place à la parole des salariés permet d'ouvrir des espaces où seraient débattus les choix.



Entretien avec Louis-Marie Barnier, sociologue du travail, syndicaliste, notamment co-auteur avec Hélène Adam de « *La santé n'a pas de prix, voyage au cœur des CHSCT* », Syllepse 2013.

L.-M. Barnier, F. Clerc, Égalité, équité, reconnaissance, démarches de valorisation du travail syndical. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2014/2 n° 18, p. 163-170.

P. Dardot et C. Laval, *La nouvelle raison du monde*, la Découverte, 2010.