



DONNONS DE LA FORCE
À VOS COMPÉTENCES

CFE-CGC Santé au travail
SYNDICAT GENERAL
DES MEDECINS DU TRAVAIL ET DES PROFESSIONNELS
DES SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL
39 rue Victor Massé - 75009 PARIS
Tél. : 01 48 78 80 41 - Fax : 01 40 82 98 95
santeautravail@ffasscfecgc.com.fr
<http://www.medecinedutravail-syndicat.org>

Mai 2012

SAUVONS LA SANTE AU TRAVAIL OU DU MEILLEUR USAGE POSSIBLE D'UNE MAUVAISE REFORME

La CFE CGC Santé au travail ne se résout pas à la baisse des effectifs de médecins, elle se bat de façon incessante pour l'enrayer : arrêt du numerus clausus, valorisation des salaires, passerelles pour les reconversions de médecins, attractivité par un travail varié et en groupe.

La baisse importante de la démographie a rendu impossible de continuer à donner des prestations de surveillance individuelle des salariés dans le cadre du colloque singulier annuel.

Cette difficulté a été augmentée par les obligations réglementaires de plus en plus nombreuses.

Pour sauver réellement la santé au travail, il fallait garder les fondamentaux d'un système de protection médicalisée et préventif sous la responsabilité de la personne compétente la mieux à même de faire synthèse : le médecin du travail.

Le CFE CGC n'a pas obtenu de réponse favorable à toutes ses propositions. Mais par ses actions répétées, elle a permis d'obtenir pour l'instant un système théoriquement cohérent du fait qu'il permet au médecin du travail de mettre en jeu les compétences des membres d'une équipe pluridisciplinaire.

La CFE CGC Santé au travail fera tout son possible pour éviter de mauvaises interprétations de la réforme et pour l'améliorer.

La loi du 20 Juillet 2011 et les décrets d'application du 30 Janvier 2012 comportent des dispositions favorables qu'il faut mettre en place, mais aussi des dangers majeurs d'interprétation tendancieuse par certains présidents et directeurs de services et leurs associations ou fédérations. Contre ces dangers, le médecin du travail devra lutter dans l'intérêt d'une prévention efficace au service des salariés. Sous la protection de la déontologie du médecin du travail, l'équipe de santé au travail devra exploiter les points positifs pour que la réforme soit une réussite.

1. L'aptitude

L'aptitude reste la pierre angulaire du lien médico légal entre le salarié, l'entreprise, le médecin du travail, représentant l'équipe et le service de santé au travail . Elle reste pour la CFE-CGC une protection du salarié, les jurisprudences constantes le prouvent régulièrement.

2. L'équipe de santé au travail :

- elle est pluridisciplinaire,
- il faudra veiller activement à ce que chacun des membres soit formé à sa fonction et ait les moyens de l'assurer. Ce n'est qu'à ces conditions qu'ils pourront se sentir investis d'une mission d'utilité collective au service des salariés surveillés. L'équipe pluridisciplinaire ne devra pas s'entendre à l'échelle du service mais au minimum au niveau d'un secteur mais mieux autour de chaque médecin du travail. Sinon le médecin coordinateur aura tous les pouvoirs de coordination et d'animation. Chaque médecin du travail ne devenant qu'un rouage de l'équipe.

L'équipe comporte :

- le médecin du travail qui l'anime et la coordonne
- des infirmières (infirmiers) en santé au travail qui doivent être bien formés. Elles (ils) auront un rôle particulièrement important de relation avec les salariés par des entretiens protocolisés.
- des assistantes en santé au travail dont il faudra exiger un haut niveau de formation et dont le relationnel se fera en partie avec les entreprises et en partie avec les salariés selon des méthodologies et des protocoles à

mettre en place progressivement.

- des Intervenants en Prévention des Risques Professionnels qui donneront des avis de prévention dans le cadre de leur indépendance technique et de leur domaine d'expertise,
- des assistantes sociales, soit intégrées au service soit proposées par un système d'accord entre le service de santé au travail et un service social, mais en tout cas institutionnalisés par convention rédigée sous avis de la CMT et approuvée par le CA en présence des délégués des médecins. Les confédérations de salariés devront être sollicitées pour ces conventions.

Le dimensionnement de l'équipe et son mode de fonctionnement est mal précisé par les textes. Les négociateurs dans chaque service devront être vigilants sur les modes de fonctionnement permettant une bonne synergie entre l'ensemble des intervenants.

Les réunions de concertation entre les membres de l'équipe seront organisées régulièrement. L'équipe aura une dimension permettant de rendre effective l'obligation réglementaire d'animation et de coordination par le médecin du travail.

L'équipe est constituée autour du médecin, mais une concertation entre les équipes de chaque secteur du service serait un gage de bonne utilisation des moyens.

3. La visite d'embauche

Elle reste une obligation : c'est par elle que se crée le lien entre le salarié surveillé et le médecin du travail (représentant de l'équipe et du Service de Santé au Travail)

4. Les visites particulières

Les visites à la demande du salarié et de l'employeur sont préservées ; les visites de préreprise sont favorisées et deviennent une préconisation forte notamment pour les médecins conseil de la Sécurité Sociale

5. Le double conseil

Le double conseil de prévention, aux salariés (et à leurs représentants) et à leurs employeurs, est une obligation du médecin du travail qui est exercée par lui et assurée par l'équipe, en tant que représentants du service de santé au travail. Il s'agit d'une mission très importante du médecin, de l'équipe et du service, qui atteste de la volonté forte du législateur de promouvoir la santé. Cette double orientation devra se décliner dans l'intégralité des actions du service, et les médecins et la CMT devront la prévoir dans toutes les méthodes.

6. Le droit et devoir d'alerte :

Cette disposition nouvelle prévoit la possibilité pour le médecin du travail d'alerter l'employeur sur un dysfonctionnement ou un danger ; et l'employeur a l'obligation de répondre, et si la demande est fondée, il a la quasi obligation de donner suite. Il faut noter que ce droit d'alerte pourrait être considéré comme une quasi obligation pour le médecin du travail, il pourrait être considéré fautif d'ignorer des risques patents. Par ailleurs, un autre écueil serait d'ouvrir systématiquement le parapluie et de rendre inopérant ce système qui est vertueux si utilisé à bon escient par des partenaires responsables

7. La fiche d'entreprise

Elle doit être repensée pour être un véritable lieu de transfert d'informations utiles pour la surveillance et la prévention des conditions de travail, de l'hygiène et de la sécurité. Elle doit comporter non seulement le descriptif des risques, les constats sur l'état de santé, mais aussi faire état des préconisations de prévention et expliciter les suites qui ont été données. La fiche d'entreprise est produite sous la responsabilité du médecin du travail qui coordonne son équipe, ce qui nécessitera d'exiger des intervenants compétents.

8. La traçabilité

La fiche d'entreprise n'est qu'un des volets de la traçabilité des risques et des conditions de travail, Elle est le pendant du document unique, dont la rédaction est une des obligations de l'employeur.

Il est possible pour l'équipe médicale d'aider l'employeur à l'évaluation des risques en vue de l'établissement du document unique, cela permet une appréciation consensuelle des risques et de leur prévention.

La traçabilité comporte aussi une amélioration des documents produits par l'employeur, notamment des fiches individuelles d'emploi et de prévention d'exposition, déjà prévues pour les travaux en installations nucléaires, les risques chimiques, les risques CMR, les facteurs de pénibilité, et probablement rapidement tous les facteurs présentant des risques particuliers et, à terme, la généralisation de cette procédure à l'ensemble des emplois

pour chaque salarié pris individuellement.

9. La gouvernance paritaire

L'adoption d'une gouvernance paritaire avec un trésorier issu des représentants des salariés est au moins un gage de surveillance de la bonne utilisation des fonds, si et seulement si le trésorier a les moyens d'une réelle expertise comptable. La création d'une commission de contrôle, qui n'existait pas antérieurement dans les systèmes paritaires est aussi un moyen de contrôle. Ce contrôle ne sera effectif que si et seulement si les partenaires sociaux sont formés par leurs organismes respectifs, et si les experts de terrain du service fournissent des avis tracés à chaque séance dans ces instances.

10. La Commission Médico-Technique, le Projet de Service

La CMT reste l'organe central du service. Elle est le seul garant de l'intégration de la déontologie médicale dans une coordination efficace des médecins, individuellement responsables de leurs objectifs, méthodes et avis. Tout en favorisant les travaux de groupes restreints, elle doit être le pilote des études et actions de service, en association avec les partenaires et tutelles.

Le projet de service doit être élaboré par le service au sein de la CMT. Il peut être bien rédigé et mis en oeuvre si et seulement si les délégués des médecins sont vigilants sur la concertation indispensable et s'ils se réfèrent à leur base et à des avis d'experts. Cette concertation nécessite que chaque collègue professionnel de la CMT soit entendu dans son domaine de compétence. Seul un projet de service portant la marque de la déontologie médicale permettra une définition motivée des objectifs de santé. Les priorités d'action qui en découlent doivent entraîner la définition des méthodes, puis des moyens à mettre en oeuvre. La formation du personnel, les missions, les effectifs en charge, les délais de mise en place de ces moyens, tout doit être planifié dans le projet de service. La conception du projet par les médecins et les IPRP de haut niveau chacun dans son domaine de compétence, leur avis en CC et en CA, qu'il faudra systématiquement exiger et tracer, seront prépondérants dans l'adaptation des actions aux nécessités de santé. L'intégration du projet au CPOM devra se faire avec l'avis des médecins en CA. Les confédérations de salariés devront être sollicitées en cas d'incertitude par les administrateurs salariés pour ces divers projets, contrats et conventions.

Tout est à refaire éternellement, mais le nouveau défi est de refaire autrement en gardant ce que l'on sait qualitativement indispensable. La CFE-CGC Santé au travail par sa technicité et par son engagement a toujours joué un rôle constructif important dans l'évolution de la médecine du travail. Elle continuera dans cette voie difficile.

BILAN SOMMAIRE DES TEXTES DE LA REFORME

Ce que nous avons sauvegardé ou renforcé :	LE NEGATIF
<u>Sur le fonctionnement des SSTI</u>	
La Commission de contrôle avec un président salarié L'agrément sauvegardé (un temps menacé) Les MDT/délégués de secteur à la CMT Le projet de Service défini par la CMT Le Service Social du travail devenu une obligation	Le CA avec la voix prédominante Employeur Seulement 4 médecins présents au CA et CC
<u>Sur les missions du MDT</u>	
<ul style="list-style-type: none"> - La mission propre du MDT - L'indépendance dans la deontologie - Le statut protégé du MDT et partiellement de l'IPRP ainsi que de l'infirmier - l'obligation de lister les entreprises et leurs effectifs nommément rattachés chaque au MDT et à son équipe - la mise en œuvre de la SMR sous la responsabilité du MDT - La coordination par le MDT de l'EPD - Les protocoles de coopération entre membres de l'EPD réglementés et sous la responsabilité du MDT - Le Libre accès des MDT aux lieux de travail - L'AMT du MDT maintenue à un tiers de son temps (150 AMT) - Le MDT qui reste membre de droit du CHSCT - L'information systématique du MDT de tous bilans et résultats concernant les entreprises qu'il surveille avec l'EPD - la suppression de nouvelle visite des lieux de travail en cas 	<ul style="list-style-type: none"> - le secteur médical à effectif et géométrie variable selon les conditions locales - le flou de la notion d'équipe pluridisciplinaire - disparition des plafonds d'effectifs et d'entreprises surveillés par le MDT - la formation qualifiante et diplômante des infirmières n'est toujours pas clairement définie - le secrétariat médical dévolu à une assistante dont les missions sont mal définies - le binôme MDT/secrétaire non défini - la maîtrise et la responsabilité claire du MDT dans la FE - perte de la possibilité du plan d'activité du médecin du travail dans l'entreprise et en interentreprises

d'inaptitude si celle-ci a été réalisée récemment cf le texte Art. R. 4624-31. :	
<u>Sur les examens médicaux</u>	
L'aptitude Les Visites d'embauche Les Visites à la demande Les Visites de reprise maladie et AT (supérieur à 30 jours) Les Visites de reprises après MP La fiche individuelle de risque non encore universelle mais plus fréquente (notamment pour tracer la pénibilité)	les visites périodiques sont très espacées les SMR des décrets spéciaux quasiment supprimées, comme les instructions pour leur examen médical réglementaire

Les nouveautés à double tranchant

La concurrence entre les missions du MDT et celles du Service, notamment dans le cadre des addictions et la veille sanitaire

Le poste de trésorier salarié du CA sans moyens précis attribués

La CMT élargie donc dispersée, avec risque de manque d'efficacité

Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens, conceptuellement très judicieux, sauf qu'en pratique sa mise en place est délicate et susceptible de variations excessives selon des critères d'évaluation loco régionaux dénaturant l'universalité souhaitable de la santé au travail.

Le droit d'alerte du MDT qui pourrait dériver en une obligation d'alerte avec toutes ses conséquences

Le droit de saisine du MDT par l'employeur avec toutes les complications que cela pourrait apporter

Le médecin collaborateur sans statut.

Les demandes de visites de préreprise rendues chronologiquement obligatoires pour le médecin conseil, non pas sur une motivation médicale précise et sans que les modalités en soient suffisamment définies.

Nos revendications :

La CFE CGC Santé au Travail s'est beaucoup investie dans toutes les discussions qui ont précédé la loi et les décrets (COCT, négociations nationales, instances régionales, auditions DGT, Assemblée Nationale, Sénat.)

Elle poursuit son action de défense de la Santé au Travail et continue à porter des revendications pour l'amélioration de la loi sur la santé au travail, et notamment :

- Le CA paritaire à présidence alternée.
- la présence de tous les délégués Médecins au CA et CC.
- Le trésorier du CA est un représentant salarié. Il doit avoir les moyens d'expertises comptables.
- Des passerelles de reconversion des médecins généralistes ou spécialistes vers la santé au travail par un enseignement de qualité à côté de la formation par l'internat.
- Des Equipes Pluridisciplinaires réellement coordonnées par les médecins formés à la gestion d'équipe et surtout disposant de moyens techniques et organisationnels.
- La FE doit rester la vision des risques appréciée par le médecin du travail en toute indépendance et permettre d'alerter et évaluer les interactions entre la Santé et le Travail.
- Le rôle effectif de la CMT dans la réalisation du projet de service avec des moyens et notamment une présidence et un secrétariat assurés par des professionnels de terrain indépendants.
- Les infirmières de santé au travail doivent avoir une réelle qualification par une formation diplômante. Cette compétence doit être acquise par le DIUST ou la licence.
- Une fiche individuelle d'emploi et de conditions de travail universelle rédigée par l'employeur

La CFE CGC s'impliquera dans toute opportunité de révision de la loi actuelle pour supprimer ses points négatifs.