



COCT : Quelle santé au travail voulons-nous ?

Dr Martine KERYER
Secrétaire Générale du SGMPST
Secrétaire Nationale CFE-CGC

Le communiqué du COCT du 11 juin 2015 avait pour titre : « Les partenaires sociaux saisissent de la question de l'avenir de la médecine du travail ».

« Les partenaires sociaux, réunis dans le cadre du groupe permanent d'orientation (GPO) du COCT le 11 juin 2015, ont décidé d'engager leurs travaux sur la question de l'aptitude, qu'ils souhaitent inscrire dans un cadre plus large, portant sur l'avenir de la médecine du travail et sur les services qu'ils en attendent.

Ces principes guideront les travaux des partenaires sociaux dans la définition de leurs prochaines orientations pour la médecine du travail, dans le cadre de la concertation souhaitée par le ministre du travail pour conduire la réforme qui sera menée dans le prolongement des discussions actuellement en cours au Parlement ».

La CFE-CGC vous soumet ses préconisations sur l'avenir de la médecine du travail.

LE RÔLE DU MÉDECIN DU TRAVAIL ET L'ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE, LES ATTENTES DES SALARIÉS ET DES EMPLOYEURS VIS-À-VIS DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL

Le rôle du médecin du travail

Tous les salariés doivent rencontrer régulièrement le médecin du travail. En effet, les suicides dans les entreprises ont touché des salariés en situation de risques psychosociaux. Ces personnes n'occupaient pas des postes à surveillance médicale renforcée.

Comment le médecin du travail pourrait-il exercer son rôle d'alerte collective s'il ne rencontre pas les salariés ?

La CFE-CGC estime que la visite d'embauche ne doit pas être réservée aux postes dits de sécurité ou aux postes à risques qui nécessitent une surveillance médicale renforcée.

La première visite est un temps fort, notamment pour la prévention des RPS, elle permet au salarié d'identifier le médecin du travail, de nouer une relation de confiance.



Dans l'objectif du maintien en emploi : handicap et vieillissement de la population

Du fait du vieillissement de la population, de plus en plus de personnes vont se retrouver en situation de handicap au cours de leur carrière professionnelle.

Selon les chiffres de l'Agefiph, seulement 15% des déficiences sont de naissance et 85% des handicaps sont acquis au cours de la vie (Source : Agefiph, 2007). Le handicap peut être causé par un accident, une maladie ou simplement par le vieillissement.

Le médecin du travail est le seul à disposer des compétences pour faire des propositions d'adaptation de poste, d'aménagement de poste, car il connaît le poste et l'état de santé du salarié. Les aménagements de poste proposés par le médecin du travail s'imposent à l'employeur. En effet, l'article L. 4624-1 du Code du travail dispose que : « *Le médecin du travail est habilité à*

proposer des mesures individuelles telles que mutations ou transformations de postes, justifiées par des considérations relatives notamment à l'âge, à la résistance physique ou à l'état de santé physique et mentale des travailleurs.

L'employeur est tenu de prendre en considération ces propositions et, en cas de refus, de faire connaître les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite. ».

La jurisprudence de la Cour de cassation est constante : la Chambre sociale a ainsi jugé le 20 mars 2013 (n° de pourvoi 12-14468) que « ***l'employeur, tenu d'une obligation de sécurité de résultat en matière de protection de la santé et de la sécurité des travailleurs dans l'entreprise, doit en assurer l'effectivité en prenant en considération les propositions de mesures individuelles telles que mutations ou transformations de postes, justifiées par des considéra-***

tions relatives notamment à l'âge, à la résistance physique ou à l'état de santé physique ou mentale des travailleurs que le médecin du travail est habilité à faire en application de l'article L. 4624-1 du code du travail ».

De même, un salarié peut refuser, sans commettre de faute, d'effectuer des tâches incompatibles avec l'avis du médecin du travail (Soc. 30 septembre 2003, n°01-41-620) : « ***mais attendu que l'arrêt qui, ayant constaté que l'employeur avait chargé le salarié de l'exécution de travaux lui imposant la conduite d'un véhicule au mépris de l'avis du médecin du travail, en a exactement déduit que son absence le 30 octobre 1997 n'était pas fautive*** ».

Pour prévenir les discriminations

Le médecin du travail est l'interface entre le salarié et l'employeur. La décision d'aptitude ou de restriction d'aptitude est prise par un médecin du travail indépendant des deux parties contractantes et soumis au secret médical. Les aménagements nécessaires s'imposent à l'employeur et permettent une égalité de traitement.

Quant à l'inaptitude constatée par le médecin du travail, c'est la seule possibilité de licencier un salarié auquel l'employeur ne peut proposer aucun poste dans l'entreprise en raison de son état de santé ou de son handicap (article L. 1133-3 du Code du travail).



Pour prévenir la désinsertion professionnelle

L'aptitude avec restrictions est un outil clé de la prévention de la désinsertion professionnelle.

Le médecin du travail peut émettre des restrictions d'aptitude lorsque le

salarié se trouve dans l'incapacité, du fait de problèmes de santé d'origine professionnelle ou non, d'exécuter la plus grande partie des tâches inhérentes à son poste de travail. Le suivi médical régulier permet d'anticiper,

d'intervenir le plus précocement possible dans l'aménagement du poste de travail et ainsi, d'éviter l'inaptitude.

L'employeur face à un avis avec restrictions est **tenu de prendre en consi-**

Augmenter le temps médical en réformant la visite d'embauche

- Ne plus contraindre les intérimaires à passer une visite d'embauche chaque année en cas de changement d'agences d'emploi- Périodicité de 2 ans dans tous les cas.
- Pour les CDD dits courts, passer de la notion d'aptitude au poste à l'aptitude à l'emploi avec création d'un fichier commun similaire à celui des travailleurs intérimaires et ce à un niveau régional – (d'évi-

dence l'application de la loi pour les intérimaires/ fichier commun est un préalable impératif. Pour autant les CDD devront bénéficier de visites médicales et ne pas avoir un traitement similaire aux saisonniers (démédicalisé) : cette population est précaire, poly exposée, fragile et doit bénéficier d'un suivi médical régulier – Périodicité de 2 ans ???

- Ne plus lier l'obligation de passer une visite d'embauche pour chaque nouvel employeur quelle que soit la date de la précédente à la SMR, tout du moins à toute les SMR (suppression pour le bruit et les vibrations, conservation pour les CMR, TH, femmes enceintes, jeunes de moins de 18 ans.

Définir la sécurité des tiers et les postes de sécurité

La notion de tiers qui n'est pas définie dans le code du travail mais l'est dans le code de sécurité sociale doit être circonscrite à l'environnement de travail (Co préposés, intérimaires, salariés appartenant à une entreprise prestataire).

- Les postes de sécurité ne doivent pas intégrer les postes faisant DEJA l'objet d'une médecine de contrôle : rail, air, route, voies maritimes... car cela reviendrait à instituer **deux** médecines de contrôle avec bien

évidemment la question quelle médecine de contrôle l'emporterait sur l'autre ? Autre question: par quelle aberration dans l'hypothèse d'une ressource médicale réduite on envisagerait de doubler la médecine du contrôle ?

- Ne resterait que les tiers de l'entreprise et les postes dits de sécurité interne (grutier, conducteurs d'engins, pontonniers...).



Réformer la surveillance médicale du travail de nuit



La surveillance médicale semestrielle est excessive et consommatrice de temps médical.

Il existe une recommandation HAS sur le travail de nuit.

- Nous proposons, si aucun véhicule législatif n'est disponible pour réformer le travail de nuit, d'utiliser les voies prévues par la loi hôpital du 21 juillet 2009 avec protocoles de délégation encadrés par la ARS – La loi hôpital a par ailleurs prévue d'étendre les dispositifs de délégation au territoire national après évaluation.
- Nous proposons de réaffirmer l'interdiction totale et définitive des dérogations « sauvages » accordées par certaines DIRECCTE à certains SIST souhaitant s'affranchir (expérimenter ??) des règlements. Le seul dispositif dérogatoire utilisable serait celui prévu par la loi hôpital seul moyen d'affirmer et d'appliquer le principe constitutionnel « une même loi pour tous ».

LA GOUVERNANCE DES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL

La CFE-CGC, comme elle s'en était engagée, propose au COCT un projet sur la gouvernance des services de santé au travail. Celui-ci porte essentiellement sur une politique nationale et l'organisation générale du système de façon à s'appuyer sur une vision globale et une déclinaison opérationnelle sur le terrain. Ce texte a vocation d'être un support de travail collectif à la recherche d'un consensus entre les partenaires sociaux et la DGT. Il recherche l'intérêt bien compris des salariés, des entreprises en matière de santé et de sécurité au travail. Ce principe permet de dissocier des questions sous-jacentes, qui, prises isolément n'ont pas fait consensus, ni permis de résoudre, même ponctuellement, les difficultés.

La politique nationale des services interentreprises de santé au travail, les atouts et les lacunes du système

La politique nationale des services interentreprises de santé au travail : des principes et des objectifs affichés

- ◆ une santé au travail qui contribue à éviter toute altération de la santé et à promouvoir la qualité de vie au travail, qui conseille l'entreprise pour tendre vers ce but, qui collecte des données dans un objectif de suivi individuel mais aussi de suivi collectif de la population de travailleurs,
- ◆ Une santé au travail qui réponde aux exigences réglementaires,
- ◆ Une santé au travail qui assure une garantie juridique pour les salariés et pour les employeurs.
- ◆ Une santé au travail qui favorise l'efficacité économique du pays et la bonne santé post-professionnelle de toutes catégories sociales,
- ◆ Une santé au travail adaptée au tissu local des entreprises, capable de conseiller aussi bien les TPE, les PME, fondée sur une relation de confiance et de proximité, susceptible de rendre les entreprises plus demandeuses,
- ◆ Une santé au travail médicalisée, exercée par des professionnels compétents dans le cadre d'équipes pluridisciplinaires autonomes et indépendantes.
- ◆ Une santé au travail qui décline le Plan National Santé Travail,
- ◆ Une santé au travail qui s'appuie sur le dialogue social,

Les atouts et les lacunes actuelles du système

Les atouts

- ◆ La compétence et l'engagement des professionnels de santé au travail (médecins du travail expérimentés, IPRP jeunes et bien formés, un niveau scientifique solide (cf. publications des congrès régionaux, nationaux, internationaux).
- ◆ Des organismes d'appui performants (INRS, ANSES, DARES...)
- ◆ Une loi (2011) ayant officialisé et développé la pluridisciplinarité, mis en place les équipes pluridisciplinaires et instauré, par les CPOM une collaboration avec les autres organismes de prévention (CAR-SAT, ARACT, OPPBTP, MSA...). Cette réforme porte en elle les bases nécessaires à l'évolution de la santé au travail.
- ◆ Une demande de conseil de plus en plus appuyée de la part des entreprises (cf art ci-joint).
- ◆ Un plan santé travail novateur et consensuel ainsi qu'une volonté partagée de rendre plus efficient le système actuel dans l'intérêt bien compris des salariés et des entreprises.
- ◆ La connaissance des expositions, leur suivi et les visites médicales
- ◆ Les partenaires sociaux du COCT engagés dans le dialogue social
- ◆ Un niveau de connaissance élevé (médecine, ingénierie, ergonomie, psychologie du travail...)
- ◆ Un dialogue social promu par l'état.
- ◆ Des enseignements de très bon niveau scientifique (universités, CNAM)
- ◆ Une montée en puissance du fonctionnement des CRPRP (même s'il existe des disparités).

de sécurité des tiers vient d'être confiée aux médecins)

- Des conseils d'administration toujours fortement contrôlés par des présidents dont les mandats patronaux sont très souvent flous. L'influence des partenaires sociaux salariés dans les services est trop fréquemment fantomatique et ceux-ci sont sans pouvoir réel. Cette situation empêche un fonctionnement sain, transparent et ne correspond pas aux prescriptions législatives.
- Une absence d'alternance employeurs/salariés à la présidence dans les CA des SIST des représentants patronaux et salariés au niveau local et/ou régional sont parfois éloignées de leur position au niveau national. Autant il est normal que les employeurs, qui ont une obligation de sécurité de résultat, et qui ont la main sur les moyens et l'organisation du tra-

vail soient partie prenante sous peine d'inefficacité du système, autant il paraît légitime que les salariés qui mettent en jeu leur santé et parfois leur survie soient représentés au même niveau que les employeurs. Cela sous-entend une égalité de postes attribués au collège des employeurs et au collège des salariés. Cela sous-entend aussi que les employeurs, comme les salariés, agissent en relation et en responsabilité de leurs organisations représentatives nationales. Cela sous-entend que la présidence du conseil soit tour à tour portée par un salarié et par un employeur et corrélativement que le poste de trésorier soit porté par un salarié quand le président est employeur et par un employeur quand le président est un salarié. Cela sous-entend que la mutualisation des moyens portée par le CISME soit gérée de manière

homothétique au conseil d'administration des services avec donc un conseil d'administration strictement paritaire et une alternance croisée des postes de président et de trésorier (cf. Art. L. 4622-11)

- **Chacun s'accorde aujourd'hui à penser que le système actuel court vers des difficultés croissantes, voire sa fin, et qu'une nouvelle réforme est nécessaire pour avoir une santé au travail adaptée aux enjeux de demain. Nous pensons qu'il conviendrait de constituer un continuum entre le politique (Assemblée Nationale, Ministère), conseillés par le COCT notamment pour le PST, les CRPRP, et l'action des professionnels de santé des SIST. Cette réforme est celle de la gouvernance des SIST.**

Les propositions concrètes de la CFE-CGC

Création d'un organe national paritaire de gouvernance des services interentreprises de santé au travail : Fédération Nationale de Gouvernance des SIST

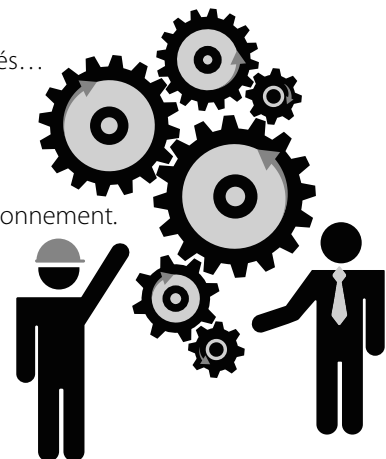
Celui-ci serait composé d'un Conseil National Paritaire (équivalent d'un CA) composé :

De 2 collèges avec voix délibérative :

- ▶ Un collège des représentants employeurs : MEDEF, CGPME, UPA, UNAPL à voix délibérative.
- ▶ Un collège des représentants des OS représentatives, à voix délibérative.

D'un collège de personnes compétentes ayant voix consultative :

- ▶ 1 représentant de la DGT.
- ▶ 1 représentant de l'INRS.
- ▶ 1 représentant ANACT.
- ▶ 1 représentant CNAM.
- ▶ 1 représentant Universités Médecine, universités...
- ▶ 1 représentant des directions de service.
- ▶ 1 représentant INSERM.
- ▶ 1 représentant de la branche AT MP.
- ▶ 1 représentant INERIS en lien avec le PNSEnvironnement.
- ▶ 1 représentant des universitaires.
- ▶ 1 représentant de l'OPPBTB...
- ▶ 1 représentant de l'AGEFIPH.
- ▶ 1 représentant de la MSA.



Au niveau régional

propositions – à visée opérationnelle sur le terrain - dans les deux cas, il conviendra de prévoir le champ de relations avec les COPAREST (cf. relevé de conclusions du 11 mars 2014) et les CRPRP.

Soit une réplique de la fédération nationale

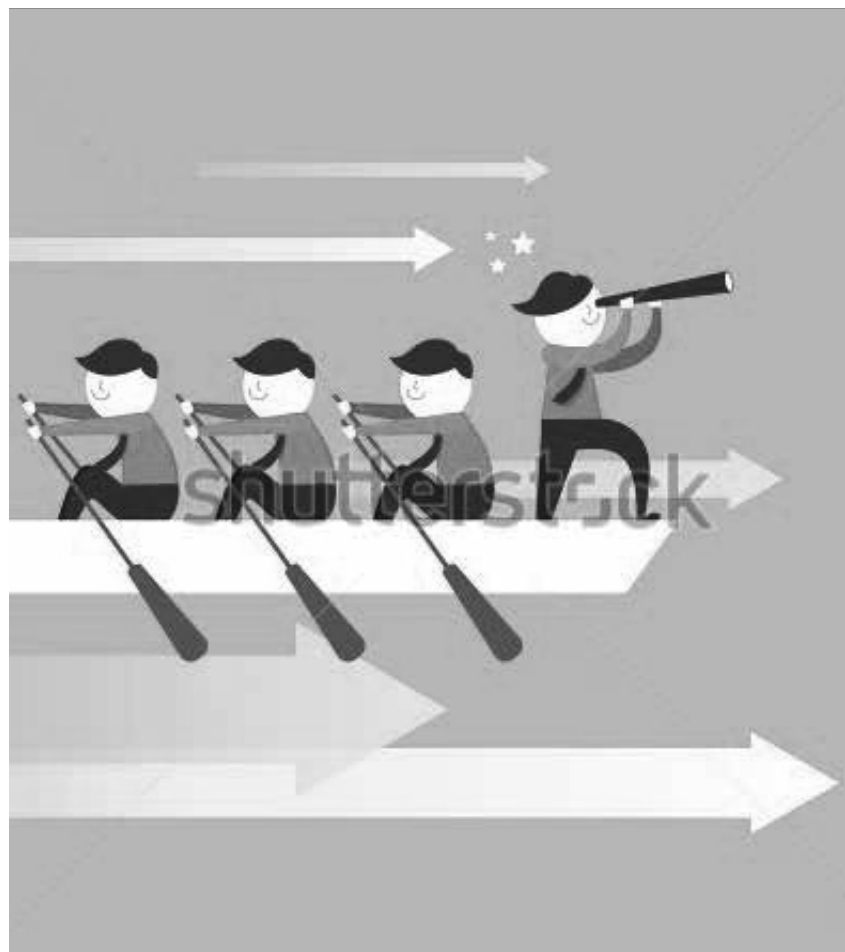
Soit la création, au sein des CRPRP, d'une « commission spécialisée Services de Santé au Travail »

La commission serait chargée de donner une cohérence entre services pour les CPOM, les actions de terrain, de confronter les pratiques métiers et de les faire évoluer, de développer la partie épidémiologie en lien avec les actuels ORST et futurs COPAREST, de rapprocher sur le terrain les professionnels des différents organismes de prévention... ; elle agirait sous mandat du CRPRP auquel elle rendrait compte par des indicateurs à définir régionalement.

Cette commission serait composée de professionnels de santé au travail, de directions de service.

Cette commission pourrait s'appuyer sur le travail de groupes (par exemple psychologues, médecins, ergonomes, ingénieurs, infirmiers du travail, ASST) et de groupe pluridisciplinaires pour favoriser, d'un point de vue pratique, cette approche.

Pour le fonctionnement du CRPRP, des conventions pourraient être établies avec le Fonds Paritaire de façon à favoriser la participation de tous les



mandatés ; en région bon nombre de représentants patronaux sont salariés et prennent de leur temps personnel pour participer à la vie du CRPRP et

de la prévention en général (CARSAT, Comités Techniques Régionaux...).

LE FINANCEMENT DES SIST

Le financement est lié à la délivrance de l'aptitude. L'évolution de la gestion dépend de la gouvernance. Voir nos propositions dans la partie "Fonctionnement de la Fédération" (page 29).

LES RELATIONS AVEC LES AUTRES INTERVENANTS EN MATIÈRE DE SANTÉ AU TRAVAIL

La CFE-CGC est favorable à des collaborations entre les différents acteurs qui doivent figurer dans les CPOM. Le CRPRP doit jouer un rôle de promoteur de cette démarche.