

CONGRÈS
SANTÉ
AU TRAVAIL

Montpellier
1-7 juin 2024



L'espace Santé au Travail, revue trimestrielle du SYNDICAT GÉNÉRAL DES MÉDECINS ET DES PROFESSIONNELS DES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL « SGMPST »

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

Bernard Salengro

COMITÉ DE LECTURE

Henri Kirstetter, Christian Expert, Martine Keryer, Michel Petitot, Marc Noeuvéglise

RÉDACTION

L'espace du Médecin du Travail
SGMPST, 39, rue Victor Massé - 75009 Paris
Tél. : 01 48 78 80 41
Fax : 01 40 82 98 95

ÉDITEUR & RÉGIE PUBLICITAIRE

Réseau Pro Santé
Kamel Tabtab, Directeur
14, Rue Commines - 75003 Paris
Tél. : 01 53 09 90 05
E-mail : contact@reseauprosante.fr
<http://reseauprosante.fr/>

ESPACE MEDECIN DU TRAVAIL

Le service de la revue est assuré à tous les adhérents du SGMPST
Dépôt légal : 1er trimestre 1996
Commission paritaire : CPPAP N°0908 S 06450
N°ISSN : 2276-5646

Si vous ne souhaitez plus recevoir cette revue, nous vous prions d'en faire part à la rédaction en joignant l'étiquette d'expédition.

Les articles publiés dans le cadre des Tribunes Libres ne sont en aucun cas l'expression officielle du Syndicat et n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs. Ils sont les témoins du dialogue que nous voulons créer de manière permanente avec nos lecteurs.

Fabrication et impression en UE.

Toute reproduction, même partielle, est soumise à l'autorisation de l'éditeur et de la régie publicitaire. Les annonceurs sont seuls responsables du contenu de leur annonce.

Accédez directement au site CFE-CGC Santé au Travail puis téléchargez la revue par les liens présentés sur la page



SOMMAIRE

03
EDITORIAL

05
TEXTES DE LOI
Un article R4624-8 souvent oublié ! Le médecin est responsable

07
IRNS

Présentation de l'INRS
Lettre au Premier Ministre

10
ANALYSE DARES

Analyse de la DARES sur l'évolution des conditions de travail

19
ACTIVITÉ DES SPST

Synthèse activité des SPST en 2022

22
DOSSIER CERTIFICATION

Commentaires des différents chapitres de la norme AFNOR sur la certification de la prestation santé au travail des services de santé au travail

29
ACTUALITÉ

Nouvel ANI proposition patronale et focus sur la nouvelle conception de la santé au travail
Médecin praticien correspondant

34
TEXTE CERTIFICATION

Certification périodique des professionnels de santé

36
CNMST 204

Réunion d'informations et d'échanges sur la Position CFE-CGC

40
BULLETIN D'ADHÉSION

41
ANNONCES DE RECRUTEMENT



Anne-Michele Chartier

Présidente Santé Travail CFE-CGC

Déléguée nationale santé travail à la Confédération

Voici presque 2 ans et demi que la loi du 2 août 2021 sur la santé au travail et ses décrets sont parus. Certains décrets restent à paraître. L'offre socle et la certification élaborés par et avec les partenaires sociaux se mettent en place dans les services. Le 13 mars 2024, Charlotte LECOQ, députée des Hauts-de-France, et Sébastien DELOGLU, député LFI d'Occitanie, ont reçu les partenaires sociaux : les organisations salariées puis patronales dans le cadre d'une Mission d'application sur la loi n° 2021-1018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail.

C'est au titre de la confédération CFE-CGC que nous étions auditionnés. La délégation comprenait Maxime LEGRAND, secrétaire National en charge des questions de santé au travail, Lucie ONETO, juriste en charge des questions de santé au travail et moi-même, déléguée nationale.

En ma qualité de médecin du travail et de présidente du syndicat santé travail nous avons pu faire des retours circonstanciés qui ont été attentivement écoutés. Ce qui fait toute la différence avec d'autres organisations syndicales qui se sont exprimés de façon générale plus politique.

Le contenu de cette audition a été directement nourri des échanges lors des bureaux mensuels du samedi matin et des mails et échanges que vous nous adressez. Ceci pour souligner combien votre voix et vos avis ont de l'importance. De même le questionnaire et les échanges lors de l'AG, sont aussi des ressources.

Les points forts :

- ▶ L'agrément / la certification sont inopérants pour des services qui sont en situation de monopole dans une région. Comment exercer un contrôle efficace ?
- ▶ Les délégations aux infirmiers : des expérimentations sauvages et la révision des SIR annoncée par la DGT peut encore les élargir. L'infirmier en pratiques avancée pourtant prévu par la loi devient de plus en plus indispensable.
- ▶ L'indépendance des médecins est mise à mal : quelle indépendance dans des régions où il n'y a qu'un service en situation de monopole ? Tout commentaire sur le service lors de la procédure d'agrément peut valoir une sanction. C'est arrivé à nos confrères.
- ▶ L'offre socle et l'offre complémentaires sont mise en place dans certains services de façon à dégrader la qualité du travail et le sens du travail.
- ▶ Les logiciels ne sont pas interopérables. Ils traduisent une volonté des directeurs et présidents de services de mettre en place une organisation qui encadre le travail des équipes pluridisciplinaire au nom de la productivité et non de la prévention.

L'intérêt porté à la santé au travail et à la prévention par ces deux députés est une opportunité.

Ces sujets seront largement abordés lors de l'assemblée générale du 20 avril et de notre réunion programmée lors du congrès de Montpellier.



Dr Bernard SALENGRO

Expert santé au travail
Président d'honneur CFE-CGC santé au travail
Vice-Président de l'INRS

Ce numéro spécial pour le congrès de Montpellier est centré sur un dossier particulièrement sensible et lourd de conséquences :

Le dossier de la certification.

Ce dossier est composé :

- ♦ D'un commentaire sur son esprit, son enjeu, ses difficultés et ses attentes en termes de transparence de fonctionnement ce qui est attendu des partenaires sociaux salariés comme employeurs.
- ♦ De la présentation générale du texte.
- ♦ De la présentation des détails sur la prévention des risques professionnels, thème présenté en premier dans l'esprit de priorité comme le veulent les derniers textes sortis.
- ♦ De la présentation des détails sur le suivi médical.
- ♦ De la présentation de la prévention de la désinsertion professionnelle.

Vous trouverez également un article sur la responsabilité du médecin en particulier dans le cadre de la délégation et de la transmission des écrits concernant l'entreprise à l'employeur sous la plume du Dr Agnès GUYARD et du Dr Christian EXPERT. Article qui sous-entend que chaque Fiche d'entreprise dont le texte est envoyé à l'employeur le fait sous la responsabilité du médecin du travail à qui est confié l'entreprise, ce qui implique bien des choses en termes de moyens et de coordination, pour exemple entre autres.

Vous trouverez une étude de la DARES rapportée dans ses grandes lignes sur l'évolution des conditions de travail depuis 35 ans, étude particulièrement documentée et d'autant plus intéressante qu'elle est croisée avec les conclusions d'une autre étude de la DARES travail et bien-être psychologique.

Vous trouverez le retour de l'analyse des agréments faite par l'administration centrale, vous y trouverez des informations intéressantes vous permettant de comparer votre activité et vote établissement.

Vous trouverez également une information sur la situation d'étranglement par l'État que vit l'INRS du fait du blocage de son budget depuis deux ans et la lettre envoyée au premier ministre à ce sujet, sans retour pour l'instant paralysant ainsi le déploiement de nouvelles études sur les conditions de travail !

Vous trouverez le texte patronal dans un nouvel ANI dit « pacte sur la vie au travail » sur la nouvelle conception de la santé au travail ainsi que le texte récemment sorti sur la certification des professionnels de santé.

Et enfin si vous voulez avoir de l'information immédiate et régulière avec une présentation d'un syndicat de professionnels de la santé et si vous voulez influencer les positions de vos représentants syndicaux.

D'où le formulaire d'abonnement.

Vous verrez sur la 4^{ème} de couverture une image tout à fait intéressante réalisée par le service de santé au travail ACST (Strasbourg) que je remercie pour l'autorisation de publication. Image tout à fait intéressante lorsque l'on relit les chapitres de la fiche d'entreprise et du document unique, certes l'un dépend de l'équipe pluridisciplinaire sous la responsabilité du médecin et l'autre de l'employeur mais la logique, la recherche des éléments et le choix des destinataires présentent une certaine similitude qui amène à des échanges comme le préconise la norme.

Un Article R4624-8 souvent oublié ! Le médecin est responsable



Dr Agnès GUYARD



Dr Christian EXPERT
Expert confédéral CFE-CGC - Santé - Travail et Handicap

Cet article du Code du travail a été modifié par le Décret n°2022-679 du 26 avril 2022 (relatif aux délégations des missions par les médecins du travail, aux infirmiers en santé au travail et à la télésanté au travail).

Il stipule que :

« **Le médecin du travail communique à l'employeur** les rapports et les résultats des études menées par lui ou, dans les services de prévention et de santé au travail interentreprises, l'équipe pluridisciplinaire, dans le cadre de son action en milieu de travail. L'employeur porte ces rapports et résultats à la connaissance du comité social et économique. Il les tient à disposition du médecin inspecteur du travail ».

Ceci signifie que :

Le médecin envoie tous les rapports d'AMT, quel que soit le professionnel du Service de prévention de Santé au travail qui l'a réalisé et rédigé.

Il peut déléguer l'envoi des rapports, **mais il garde cependant la responsabilité de l'envoi et de son contenu** ; donc a priori le médecin du travail a tout intérêt à vérifier qu'il n'y a pas d'erreurs ou oublis manifestes dans une FE, une analyse de poste ou toute autre analyse effectuée dans une entreprise.

Cet article s'insère dans la section 1 (actions sur le milieu de travail) allant de l'article R.4624-1 à l'article R.4524-9) du chapitre IV du Code du travail traitant des actions

et moyens des membres de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail).

Il est en lien logique avec notamment l'Article R.4624-2 qui renforce le rôle décisionnaire du médecin du travail vis-à-vis des AMT en précisant que :

« Les actions sur le milieu de travail sont menées :

1° Dans les entreprises disposant d'un service autonome de prévention et de santé au travail, par le médecin du travail, en collaboration avec les services chargés des activités de protection des salariés et de prévention des risques professionnels dans l'entreprise ;

2° Dans les entreprises adhérant à un service de prévention et de santé au travail interentreprises, par l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail, **sous la conduite du médecin du travail et dans le cadre des objectifs fixés par le projet pluriannuel** prévu à l'article L. 4622-14 ».

On peut cependant se poser la question de l'impact des objectifs du projet de service pluriannuel élaboré au sein de la Commission Médico-technique (les actions et moyens du projet de service ont-ils un effet favorisant, facilitateur ou réducteur de l'action en milieu de travail du médecin ?).

En effet se pose toujours la même interrogation de l'indépendance technique du médecin vis-à-vis de décisions collectives prises par la CMT, et dans quelle mesure ces décisions s'imposent ou non au médecin.

Le Conseil d'État dans sa décision du 28 avril 2023 concernant la contestation introduite par le Conseil National de l'Ordre des Médecins à l'encontre du décret autorisant les délégations vers les infirmiers en santé au travail des visites de pré-reprise et de reprises précise que cette délégation est placée sous la responsabilité du médecin du travail dans le cadre de protocoles écrits.

Cette question a été posée au CNOM à l'occasion d'une réunion en date du 12 décembre 2023, ayant pour sujet principal les délégations. Le médecin du travail est indépendant de telles décisions de la CMT, de même les primes encourageant à la délégation doivent être rejetées.

Par ailleurs, les articles R4624-3 (datant de 2017) et R4624-4 (datant de 2016) n'ont pas été modifiés et confirment que :

- Le libre accès des EPD aux lieux de travail se fait sous l'autorité du médecin.
- Le tiers temps du médecin est maintenu (l'employeur ou le président du Service interentreprises doit prendre toute mesure pour que le Médecin du travail puisse y consacrer au moins 150 demi-journées pour un médecin temps plein et au prorata si médecin à temps partiel).
- La confirmation de la mission du médecin d'animation et de coordination, cette mission étant effectuée pendant son tiers temps.

Cependant dans l'article L 4622-8 (modification par article 35 de la loi du 2 août 2021) il est désormais écrit que : « Les médecins du travail assurent ou délèguent, sous leur responsabilité, l'animation et la coordination de l'équipe pluridisciplinaire.

Un décret en Conseil d'État précise les conditions dans lesquelles le médecin du travail peut déléguer, sous sa responsabilité et dans le respect du projet de service pluriannuel, certaines missions prévues au présent titre aux membres de l'équipe pluridisciplinaire disposant de la qualification nécessaire. Pour les professions dont les conditions d'exercice relèvent du code de la santé publique, lesdites missions sont exercées dans la limite des compétences des professionnels de santé prévues par ce même code. ».



La spécificité et la spécialité d'expertise du médecin du travail est sous-tendue par le fait de garder l'entièreté de la connaissance de l'entreprise, des postes de travail, des risques rattachés.

On peut s'interroger là encore sur la portée totale et les conséquences de cet article qui n'a été

décliné que pour les professionnels de santé internes et infirmiers en santé au travail (décret n°2022-679 du 26 avril 2022).

Il n'est pas certain que le médecin qui délègue cette mission s'y retrouve, ni que cela soit au bénéfice des entreprises et des salariés pris en charge.

En effet, la spécificité et la spécialité d'expertise du médecin du travail est sous-tendue par le fait de garder l'entièreté de la connaissance de l'entreprise, des postes de travail, des risques rattachés.

Il est le seul professionnel qui est capable de faire le lien entre état de santé d'un salarié avec un diagnostic médical, et les risques au travail et par là même de faire le diagnostic de maladies professionnelles, mais à condition de connaître le milieu de travail.

Présentation de l'INRS

L'INRS (Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles), **association de loi 1901**, a été créé en 1947 par les organisations syndicales d'employeurs et de salariés sous l'égide de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés. **Son conseil d'administration est paritaire**. Les représentants de trois administrations (Sécurité sociale, Travail et Budget), du Directeur de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés ainsi que le contrôleur d'État assistent au Conseil. Les représentants de chacun des collèges employeurs et salariés aux fonctions de président, secrétaire et trésorier font l'objet d'une alternance à mi-mandat.

Une **commission scientifique**, composée de personnalités extérieures à l'INRS, reconnues comme compétentes dans le domaine de recherche de l'Institut donne des avis et fait des suggestions sur les programmes et activités de



l'Institut. Cette commission est le garant de la qualité et la validité scientifique de ses travaux.

L'INRS s'appuie également sur des **engagements de déontologie**, cadre de référence des salariés pour la conduite de leurs activités et un **comité de déontologie** consultatif.

Du fait de sa gouvernance et de la richesse de ses compétences, l'INRS joue un **rôle d'organisme de référence et d'expertise** en France et à l'international dans le domaine de la santé sécurité au travail.

Missions

L'INRS a pour mission de contribuer à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Dans cet objectif, il exerce ses activités autour de 4 modes d'action : **études et recherche**, pour acquérir de nouvelles connaissances, anticiper les futurs besoins en prévention et proposer des solutions d'amélioration ; **assistance**, pour apporter appui ou conseil d'ordre technique, juridique ou réglementaire aux acteurs de la prévention, médecins du

travail, agents des CARSAT, État, directions du travail ; **formation**, tant en formation initiale (enseignement technique et supérieur) qu'en formation continue (préventeurs, médecins du travail, consultants, formateurs de formateurs, etc.) ; **information et communication**, promouvoir une culture de prévention et diffuser des connaissances auprès de publics diversifiés (via un site web, des brochures, des revues, etc).

Conduite des activités

Les axes de travail de l'INRS font l'objet d'un document de « **cadrage stratégique** », adopté par le Conseil d'administration tous les 5 ans, en cohérence avec la COG ATMP, déterminant dans un contexte pluriannuel les orientations et thématiques de travail. Ce cadrage fait ensuite l'objet d'une déclinaison annuelle, sous forme d'un programme annuel qui est validé par le Conseil d'Administration. Le Plan stratégique actuel est applicable sur la période 2023-2027.

Les actions de l'INRS s'inscrivent aussi dans les **axes du Plan Santé Travail N°4 (PST 4)**, l'INRS ayant été largement associé à son élaboration. Elles s'intègrent également dans les **priorités des COG** de l'Assurance Maladie – Risques professionnels auxquelles l'INRS participe largement.



Partenariats

Afin de mener à bien ses missions, l'INRS établit et entretient des **partenariats** avec des institutions et des organismes poursuivant des objectifs analogues ou complémentaires pour prévenir les accidents du travail et les maladies professionnelles. Ces partenariats ont pour objectif de rapprocher des moyens et des compétences pour acquérir ou développer de nouvelles connaissances, concevoir des solutions ou outils de prévention, apporter une expertise ou un appui. Il s'agit également à l'international de positionner et faire reconnaître l'INRS comme un acteur incontournable de la santé au travail au plan européen et international ainsi que de promouvoir la vision de la prévention déterminée par les partenaires sociaux.

Du fait de l'appartenance de l'INRS à la branche AT/MP, les relations partenariales avec l'ensemble des parties prenantes de la branche sont très fréquentes. Une convention

signée entre l'INRS et la CNAMTS définit le cadre général des relations entre les deux organismes et précise les engagements et actions de l'INRS acceptés au titre du financement que la CNAMTS lui assure. L'INRS est le référent scientifique et technique du Réseau Prévention, il participe à l'élaboration des stratégies et des outils de prévention aux côtés de la CNAMTS / DRP et des Caisses du Réseau. L'INRS contribue aux actions collectives du Réseau.

Par ailleurs, des conventions sont aussi signées avec la DGT, l'ANSES, Santé Publique France, l'ANACT, des universités pour ce qui concerne la France. Des projets sont également menés dans le cadre de partenariats internationaux avec l'IRSST (Québec), l'IFA/DGUV (Allemagne), AIHA (États-Unis), CIRC (OMS), NIOSH (USA).

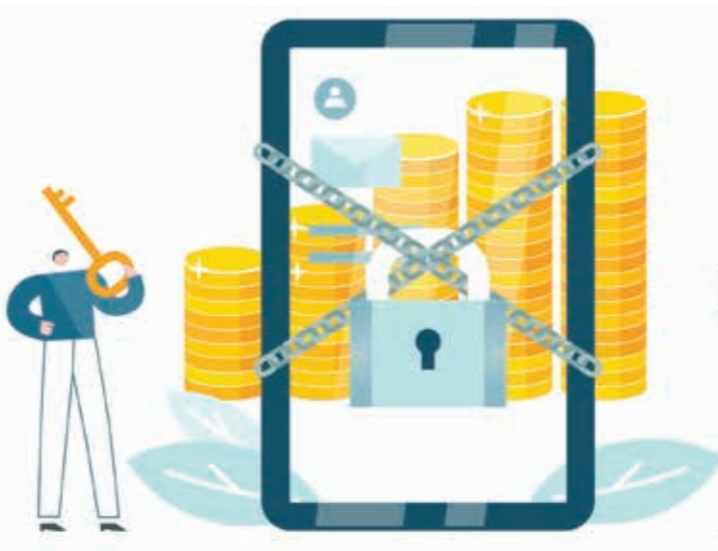
Les difficultés budgétaires de l'INRS liées à l'absence de COG ATMP 2023-2027

Le financement de l'organisme provient, pour l'essentiel, d'une subvention d'équilibre allouée par la CNAMTS, sur le FNPAT. Le montant de cette subvention est fixé par la Convention d'objectifs et de gestion entre l'Etat et la branche AT/MP.

L'effectif de l'institut est de **579 personnes** offrant un large éventail de **compétences pluridisciplinaires** : médecins, chimistes, ergonomes, ingénieurs, toxicologues, sociologues, psychologues, formateurs, etc.

La COG de la Branche ATMP pour la période 2023-2027 qui devait entrer en vigueur au 1^{er} janvier 2023 n'ayant toujours pas été signée, l'INRS fonctionne depuis avec un budget provisoire, en 2023 comme en 2024, correspondant à 80 % du budget 2022, soit 63,2 millions d'euros (au lieu du budget voté par le Conseil d'administration de l'Institut de 91,3 millions d'euros pour 2023 et 95 millions d'euros pour 2024).

À ce budget provisoire s'ajoute le gel des recrutements dans l'attente de la COG, qui correspond déjà à 28 départs non remplacés.



Ce budget provisoire, loin des budgets votés par le Conseil d'Administration, ainsi que le gel des recrutements ont déjà des impacts significatifs sur les activités de l'INRS (baisse de nombre d'études et recherches, réduction du nombre d'actions de prévention), alors même que la prévention des accidents du travail est une priorité reconnue.

Lettre au Premier Ministre

HÔTEL MATIGNON

57, rue de Varenne
75007 PARIS

À l'attention de Monsieur le Premier Ministre, Gabriel ATTAL

Paris, le 17 mars 2024

Monsieur le Premier Ministre,

Nous avons l'honneur de vous adresser ce courrier pour attirer votre attention sur les difficultés budgétaires que connaît l'INRS du fait de l'absence de signature de convention d'objectifs et de gestion de la branche Accident du Travail/Maladies Professionnelles.

L'INRS (Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles), association de loi 1901, a été créé en 1947 par les organisations syndicales d'employeurs et de salariés sous l'égide de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés. Son conseil d'administration est paritaire.

L'INRS a pour mission de contribuer à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Le financement de l'organisme provient, pour l'essentiel, d'une subvention d'équilibre allouée par la CNAMTS, sur le FNPAT. Le montant de cette subvention est fixé par la Convention d'objectifs et de gestion entre l'Etat et la branche AT/MP.

L'effectif de l'institut est de 579 personnes offrant un large éventail de compétences pluridisciplinaires : médecins, chimistes, ergonomes, ingénieurs, toxicologues, sociologues, psychologues, formateurs, etc.

La COG de la Branche ATMP pour la période 2023-2027 qui devait entrer en vigueur au 1^{er} janvier 2023 n'ayant toujours pas été signée, l'INRS fonctionne depuis avec un budget provisoire, en 2023 comme en 2024, correspondant à 80 % du budget 2022, prévu dans la COG 2019-2022, soit 63,2 millions d'euros (au lieu du budget voté par le Conseil d'Administration de l'Institut de 91,3 millions d'euros pour 2023 et 95 millions d'euros pour 2024).

À ce budget provisoire s'ajoute le gel des recrutements dans l'attente de la COG, qui correspond déjà à 28 départs non remplacés.

Ce budget provisoire, loin des budgets votés par le Conseil d'Administration, ainsi que le gel des recrutements ont déjà des impacts significatifs sur les activités de l'INRS (baisse de nombre d'études et recherches, réduction du nombre d'actions de prévention), alors même que la prévention des accidents du travail est une priorité reconnue, notamment par le gouvernement dont vous avez la charge.

Veillez agréer, Monsieur le Premier Ministre, l'expression de notre très haute considération.

Renaud BURONFOSSE
Président

Copies :

Madame Catherine VAUTRIN, Ministre du Travail, de la Santé et des Solidarités,

Madame Sylvie DUMILLY, Présidente de la CAT,

Monsieur Thomas FATOME, Directeur général de la CNAM,

Madame Stéphanie GILARDIN, Directrice de l'accès aux soins, des prestations familiales et des accidents du travail au Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités,

Monsieur Pierre RAMAIN, Directeur général du travail au Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités.

Analyse de la DARES sur l'évolution des conditions de travail

Évolution des conditions de travail depuis 35 ans (Dares)

Ce document, présenté sur le site de la Dares, à l'adresse figurant à la fin de l'article, est intitulé « **35 ans d'évolutions des conditions de travail** ». Il présente, uniquement en ligne, l'évolution des conditions de travail sur différents critères, le plus souvent entre 1984 et 2019, sous forme de diagrammes et de tableaux. Les expositions aux différentes contraintes sont exprimées en pourcentage pour l'ensemble de la population puis pour femmes et hommes.

Les données présentées sont issues des **enquêtes Conditions de travail**, en particulier les enquêtes Conditions de travail de 2013, 2016 et 2019 qui ont aussi porté sur les facteurs de risque psychosociaux.

Les grands thèmes abordés dans ce commentaire sont les suivants :

- ◆ Contraintes physiques et sécurité ;
- ◆ Intensité et organisation du travail ;
- ◆ Temps de travail ;
- ◆ Autonomie ;
- ◆ Rapports sociaux au travail ;
- ◆ Satisfaction et sécurité de l'emploi.

Une étude de la Dares, réalisée par Thomas Coutrot, en mars 2018, publiée dans un document intitulé « *Travail et bien-être psychologique – L'apport de l'enquête CT-RPS 2016* » éta-

blissait le lien positif ou négatif qu'il pouvait y avoir entre l'exposition à certaines des contraintes évoquées dans le présent document et le retentissement sur l'état de santé des travailleurs. Des Odds ratio (OR) étaient calculés pour l'association entre différents facteurs de risque psychosociaux et la présence de symptômes dépressifs, une santé altérée, une limitation d'activité, la présence de douleur, des absences maladie de plus de 10 jours dans l'année et le fait de déclarer son travail non soutenable jusque 60 ans. Le seuil de significativité était de 1 %, sauf cas particulier, indiqué dans le texte, où il a été de 10 %.



Contraintes physiques et sécurité

Exposition à des pénibilités physiques

Rester longtemps debout

En 1984, 49 % des sujets devaient rester longtemps debout, en 2019 ils sont 48.3 %. Il y a eu un pic de 53.7 % de personnes en 1998 puis ce taux a diminué régulièrement jusqu'à 2019.

Rester longtemps dans une autre posture pénible ou fatigante

Entre 1984 (16.2 %) et 2019 (35.8 %) les expositions à cette contrainte ont un peu plus que doublé mais elles étaient les plus élevées en 1998 (37.3 %).

Effectuer des déplacements à pied longs et fréquents

Globalement, 16.8 % des travailleurs effectuaient des déplacements à pied longs et fréquents en 1984. Ils sont 36.9 % à le faire en 2019.

Porter ou déplacer des charges lourdes

Cette contrainte physique concernait 21.5 % des sujets en 1984, c'est le cas de 40.5 % d'entre eux en 2019 (+ 88 %).

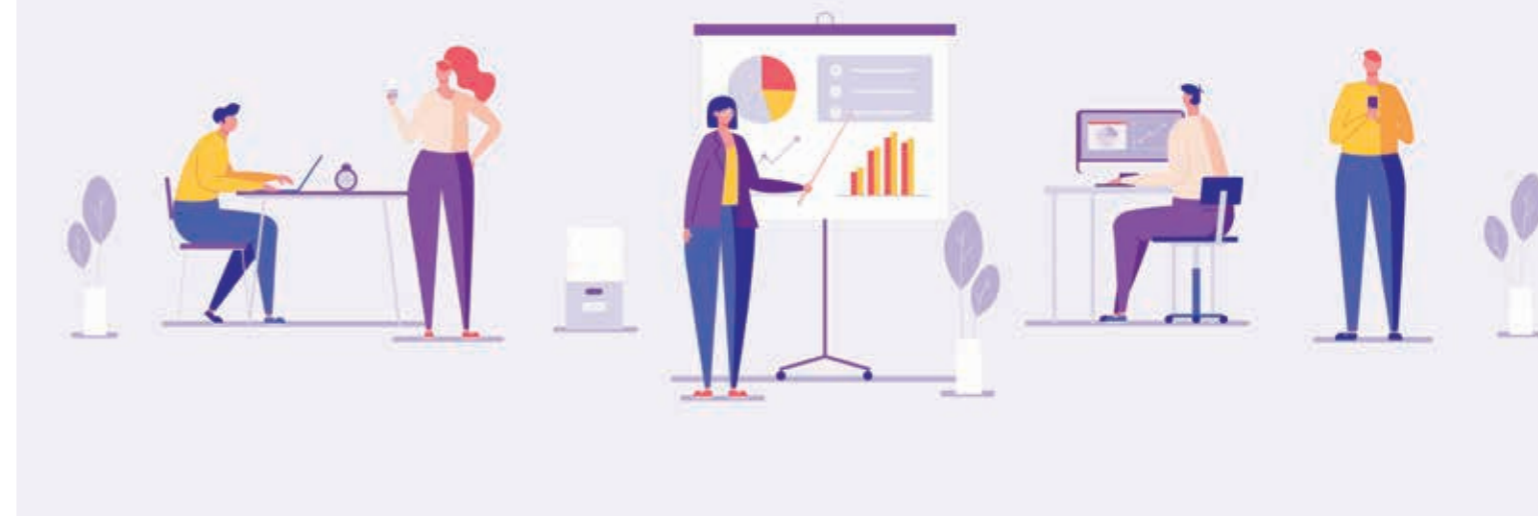
La manutention manuelle de charges est à l'origine de la moitié des accidents du travail dans le Régime général. Le rapport annuel 2021 de l'Assurance maladie – Risques professionnels indique que 50 % des accidents du travail ayant occasionné un arrêt et 44 % des incapacités permanentes sont en lien avec la manutention manuelle (p. 117). La manutention de charges est aussi à l'origine de nombreuses maladies professionnelles au titre du tableau n°98 des maladies professionnelles, 2 171 maladies professionnelles en 1^{er} règlement à ce titre (p. 157).

Effectuer des mouvements douloureux ou fatigants

Les données relatives à cette exposition n'ont commencé à être recherchées qu'à partir de 1998. Entre 1998 et 2019, le taux de sujets exposés a augmenté, passant de 33.7 % à 37.4 %.

Subir des secousses ou des vibrations

Cette contrainte physique concernait 7.6 % des sujets en 1984 et 17.6 % en 2019.



Exposition à des nuisances sonores

L'exposition à un niveau sonore pas très élevé permettant d'entendre une personne placée à 2-3 mètres, à condition qu'elle élève la voix, a augmenté entre 1984 (13.8 % des sujets) et 2019 (15.4 % des sujets).

En revanche, le fait de ne pas entendre une personne, soit une exposition à un niveau sonore plus élevé, a diminué puisque l'on est passé de 2.7 % des sujets exposés en 1984 à 2.3 %.

Exposition à des risques professionnels

Les expositions aux risques professionnels suivants n'ont été pris en compte qu'à partir de 2005 dans les enquêtes Conditions de travail.

Respirer des fumées ou des poussières

Les sujets exposés aux fumées et poussières ont globalement diminué entre 2005 et 2019, passant de 32.4 % à 30.3 % de sujets exposés.

Être en contact avec des produits dangereux

Le taux des personnes exposées à des produits dangereux a modérément augmenté entre 2005 et 2019, passant de 28.2 % à 29.9 %.

Exposition au risque infectieux

Globalement, l'exposition au risque infectieux est passée de 27.6 % des sujets à 32.3 % entre 2005 et 2019.

Risque de blessure ou d'accident

Le risque de blessure ou d'accident a augmenté pour l'ensemble de la population, passant de 48.1 % en 2005 à 49.9 % en 2019.

Risque d'accident de la circulation au cours du travail

Le risque d'accident de la circulation au cours du travail a augmenté entre 2005 avec 30.1 % de sujets exposés et 2019 avec 33.7 % de sujets exposés.

Cette exposition au risque a augmenté, tant pour les hommes que pour les femmes, sachant qu'elle est plus fréquente chez les hommes. Cette exposition est passée de respectivement pour femmes et hommes de 15.7 % et 42.9 % en 2005 à 21.3 % et 46 % en 2019, soit des augmentations de 35.6 % du nombre de sujets exposés chez les femmes et de 7.2 % chez les hommes.

Exposition à un environnement dégradé

Exposition à de la saleté

La proportion de personnes exposées à de la saleté a augmenté entre 1984 et 2019, passant de 21.8 % à 30.1 %.

Exposition à de l'humidité

Le taux de personnes exposées à de l'humidité est passé de 12.7 % en 1984 à 22.2 % en 2019.

Exposition à des courants d'air

Entre 1984 et 2019, la proportion de sujets exposés à des courants d'air est passée de 26.9 % à 36.4 %.

Autres expositions entre 2005 et 2019

L'exposition à de mauvaises odeurs est passée de 29.3 % des sujets à 32.5 %, de 24.4 % à 30 % pour les femmes et de 33.8 % à 34.9 % pour les hommes.

L'exposition à des températures élevées a globalement diminué entre 2005 et 2019, passant de 35.6 % à 35.2 %.

En revanche, l'exposition à des températures basses a augmenté entre 2005 et 2019 passant, pour l'ensemble des sujets de 31.7 % à 35.7 % de personnes exposées.

Absence ou mauvais état des sanitaires

On est passé, entre 1984 et 2019, d'une proportion de 5.7 % de sujets exposés à cet inconvénient à 14.7 %.

Absence de vue sur l'extérieur

Le fait de travailler dans des locaux aveugles concernait 18.2 % des sujets en 1991 et 17.9 % en 2019.

Intensité et organisation du travail

Rythme de travail imposé par le process

Quelle que soit la raison d'imposition d'un rythme de travail, celui-ci a augmenté entre 1984 et 2019 (entre parenthèses le taux de personnes exposées en 1984 et 2019) :

- ◆ Déplacement automatique d'un produit ou d'une pièce (2.6 % et 7 %) ;
- ◆ Cadence automatique d'une machine (4.4 % et 6.5 %) ;
- ◆ D'autres contraintes techniques (6.7 % et 16.6 %) ;
- ◆ Dépendance vis-à-vis des collègues (11.2 % et 30.4 %).

Ce rythme de travail imposé a augmenté entre 1984 et 2019, tant pour les hommes que les femmes.

Rythme de travail imposé par des normes ou des délais

Cette contrainte a globalement fortement augmenté puisque l'on est passé entre 1984 et 2019 :

- ◆ Pour des délais d'une heure au plus de 5.2 % à 22.8 % de sujets exposés ;
- ◆ Et pour des délais d'une journée au plus de 13.4 % à 21 % de sujets exposés.

Temps de travail

Les données au sujet du temps de travail proviennent des enquêtes Conditions de travail prenant, tous les trois ans à partir de 2013, en compte les expositions aux facteurs de risque psychosociaux.

Temps partiel

Le temps partiel concerne globalement 19.5 % des sujets en 2013 et 17.7 % en 2019.

Les femmes sont nettement plus soumises au temps partiel que les hommes, respectivement pour les premières en 2013 et 2019, 33 % et 29.6 %, et, pour les hommes, 6.2 % en 2013 et 6.1 % en 2019.

En 2019, 37.4 % des sujets déclarent que leur temps partiel est dû au fait qu'ils ne peuvent pas travailler plus, c'est le cas de 37 % des femmes et de 39.4 % des hommes.

Travail au-delà de l'horaire prévu

Depuis 2013, la proportion de travailleurs exerçant des activités professionnelles au-delà de l'horaire prévu est relativement stable.

En 2013, 7.7 % sont tous les jours dans ce cas, 19.7 % le sont souvent, 50.3 % parfois et 22.3 % jamais. C'est le cas en 2019 de respectivement 7.6 %, 19 %, 50.8 % et 22.5 % des sujets.

Rythme de travail imposé par une demande extérieure

Le rythme de travail imposé par une demande extérieure a augmenté entre 1984 et 2019, soit qu'il exige une réponse immédiate touchant 28.3 % et 55.3 % des sujets, soit qu'il n'exige pas de réponse immédiate où il est passé de 11 % à 14.2 % de sujets exposés.

Rythme de travail sous contrôle

Le rythme de travail peut être contrôlé de façon permanente par la hiérarchie et il a globalement diminué entre 2005 et 2019 de 29.7 % de sujets exposés à 28 % alors que le contrôle ou le suivi informatique a augmenté entre ces deux dates, passant de 24.7 % à 35.7 % de sujets exposés.

Travail répétitif

La proportion de personnes soumises à un travail répétitif a fortement augmenté entre 1984 et 2019 puisque l'on est passé de 20.1 % à 42.3 % (+ 110 %) de sujets concernés. Parmi ces personnes, celles qui déclarent que leur geste répétitif dure moins d'une minute étaient 27.3 % en 1994 et ont diminué à 23.4 % en 2019. Ainsi, 76.6 % des sujets ne sont pas soumis à du travail répétitif en 2019.



Compensation financière des heures effectuées au-delà de l'horaire prévu

Globalement, la prise en compte de la compensation financière ou en repos touche moins de la moitié des personnes qui travaillent au-delà de l'horaire prévu, bien qu'en augmentation.

Entre 2013 et 2019, la compensation est passée de 42.9 % à 46.5 % pour toutes les heures et de 9 % à 9.4 % pour une partie. L'absence complète de compensation est passée de 48 % des sujets à 44.1 %.

Contacts en dehors des heures de travail au cours des 12 derniers mois

Ces contacts hors temps de travail concernent l'établissement, les collègues ou les supérieurs hiérarchiques.

Globalement, pour hommes et femmes, une majorité, néanmoins en diminution, n'a jamais été contactée, 57.6 % en 2013 et 54.3 % en 2019 – mais une augmentation, entre 2013 et 2019, de ceux qui ont été contactés plus de 20 fois, respectivement 9.1 % et 11.4 %, contactés entre 6 et 20 fois, respectivement 13.4 % et 14.1 % et entre 1 et 5 fois respectivement 19.9 % et 20.2 %.

Autonomie

Interruption de travail

Ce thème a été traité entre 2005 et 2019. Ont été appréciées les possibilités d'interrompre son travail dans les conditions suivantes :

- ◆ Pouvoir interrompre son travail en se faisant remplacer, passé de 5.9 % à 7.3 % ;
- ◆ Pouvoir interrompre son travail sans se faire remplacer, passé de 53.6 % à 63.3 % ;
- ◆ Ne pas pouvoir interrompre son travail, passé de 40.5 % des sujets à 29.4 %.

Instructions de la hiérarchie sur le travail

Entre 1991 et 2019, la proportion de travailleurs qui indiquent que leurs supérieurs hiérarchiques leur indiquent comment faire le travail est passée de 17.9 % à 22.2 % alors que celle où ils indiquent uniquement l'objectif a diminué, passant de 82.1 % à 77.8 %.

Application des ordres et des consignes

La mise en œuvre des ordres et des consignes peut se faire selon différentes modalités avec indiqué respectivement les proportions de sujets concernés en 1991 et 2019 :

- ◆ Appliquer strictement les consignes, 41.7 % et 34.4 % ;
- ◆ Dans certains cas, faire autrement, 34.2 % et 37.9 % ;
- ◆ La plupart du temps faire autrement, 6.5 % et 7.9 % ;
- ◆ Ce thème est sans objet, par absence d'ordre et de consignes, pour 17.5 % et 19.9 % des sujets.

Autonomie lors d'incidents

Entre 1991 et 2019, on est passé de 49.8 % à 47.1 % des sujets qui règlent la plupart du temps les incidents, de 15.3 % à 21.4 % qui règlent les incidents dans des cas prévus d'avance et de 35 % à 31.5 % de sujets qui font généralement appel à d'autres pour régler les incidents.

Sujets emportant du travail à domicile

Le taux de sujets qui emportent du travail chez eux est en augmentation, on passe entre 2005 et 2019 de 5.6 % à 6.6 % qui en emportent tous les jours ou presque, de 4.4 % à 5.2 % qui en emportent souvent et de 9.3 % à 12.7 % pour ceux qui en emportent parfois. La proportion de sujets qui n'en emportent jamais diminue fortement, passant de 62.9 % à 47.8 %.

Possibilité de faire varier les délais

Globalement, la possibilité de faire varier les délais entre 1991 et 2019 a augmenté, passant de 35.4 % à 43.8 % des sujets et celle de ne pouvoir faire varier les délais a diminué, passant de 37 % à 35.6 %. En 1991, ce thème était sans objet pour 27.7 % des sujets et, en 2019, de 20.6 %.

Organisation de son travail

Une majorité des travailleurs déclarent pouvoir organiser leur travail de la façon qui leur convient le mieux.

En 2013, ils sont 50.6 % à se déclarer d'accord et 30.2 % à se déclarer tout à fait d'accord avec la possibilité d'organiser leur travail selon la façon qui leur convient le mieux. C'est assez stable puisque, en 2019, ils sont respectivement 50 % et 30.4 % à le déclarer.

Nécessité de prendre des initiatives dans le travail

Cette question n'a été posée qu'en 2016. Il apparaît globalement que 42.9 % des sujets déclarent en prendre toujours, 34.2 % souvent, 18.1 % parfois et 4.9 % jamais.

Soutien de la hiérarchie et des collègues en cas de travail délicat ou compliqué

Lorsque des travailleurs ont du mal à effectuer un travail délicat ou compliqué, une majorité d'entre eux déclarent pouvoir être aidés.

L'aide par un supérieur hiérarchique est passée, entre 1998 et 2019, de 59.4 % à 66.6 % des sujets et l'aide par un collègue de 72.4 % à 82.4 %.

Le document de la Dares sur « Travail et bien-être psychologique » montre que l'aide du supérieur hiérarchique pour mener un travail délicat est de peu d'effet sur la santé. Cela ne modifie, avec un seuil à 10 %, que l'OR à 0.94 du fait de déclarer que le travail n'est pas soutenable jusqu'à 60 ans.

Aide des collègues pour mener les tâches à bien

Les travailleurs qui déclarent que les personnes avec lesquelles ils travaillent les aident à mener leurs tâches à bien ont été en 2013 et 2016 respectivement :

- ◆ 29.7 % et 32.5 % tout à fait d'accord ;
- ◆ 52.7 % et 51.2 % d'accord ;
- ◆ 6.8 % et 6.4 % pas d'accord ;
- ◆ 3.2 % et 2.7 % pas du tout d'accord ;
- ◆ et 7.6 % et 7.3 % n'étaient pas concernés.

Aide du supérieur hiérarchique pour mener les tâches à bien

Là aussi, une majorité de travailleurs déclarent qu'ils peuvent obtenir une aide de leur supérieur hiérarchique pour mener leurs tâches à bien. La proportion, respectivement en 2013 et 2019, est de :

- ◆ 55.5 % et 53.8 % de sujets d'accord ;
- ◆ 21 % et 23.7 % de sujets tout à fait d'accord ;
- ◆ 19.6 % et 19 % ne sont pas d'accord ou pas du tout d'accord.

L'aide du supérieur à mener à bien les tâches a un effet positif sur la santé selon le document de la Dares, OR de 0.76 pour les symptômes dépressifs, de 0.90 pour la limitation d'activité et la présence de douleurs (association au seuil de 10 % pour ces deux items) et de 0.87 pour le fait de déclarer le travail non soutenable jusqu'à 60 ans.

Relations amicales avec les collègues

Les personnes ont été interrogées à ce sujet en 2013 et en 2019. Il s'avère qu'une majorité des personnes déclarent que leurs collègues sont amicaux, en 2013, 48.7 % et 37.3 % sont respectivement d'accord ou tout à fait d'accord et, en 2019, 46 % et 41.2 % le sont respectivement.

Les sujets pas d'accord sont 7.5 % en 2013 et 6.7 % en 2019.

Attention du supérieur hiérarchique à ce que dit le travailleur

L'attention du supérieur hiérarchique à ce que dit le salarié, selon le document « Travail et bien-être psychologique » joue un rôle positif sur la santé des travailleurs avec des OR de 0.81 pour la présence de symptômes dépressifs, de 0.86 pour une santé altérée, de 0.92 pour une limitation d'activité (mais seuil à 10 %), de 0.85 pour les absences maladie de plus de 10 jours dans l'année et de 0.8 pour le fait de déclarer que son travail ne sera pas soutenable jusqu'à 60 ans.

Questions uniquement posées en 2016

Confiance envers les informations données par les supérieurs hiérarchiques

Une faible majorité de 50.3 % des travailleurs fait toujours confiance, 31.2 % font souvent confiance, 14.6 % parfois et 3.9 % ne font jamais confiance aux informations venant de leurs supérieurs hiérarchiques.

Selon le document de la Dares, la confiance envers les informations donnée par les supérieurs hiérarchiques a un effet positif sur la santé des travailleurs en diminuant de 20 % le risque de présence de symptômes dépressifs, de 13 % de santé altérée, de 7 % de limitation d'activité (seuil de significativité à 10 %), de 13 % la présence de douleur et de 7 % le fait de déclarer que son travail ne sera pas soutenable jusqu'à 60 ans (seuil à 10 %).

Importance accordée à la santé et au bien-être des travailleurs

À la question posée de savoir si leur supérieur hiérarchique accorde une grande importance à leur santé et à leur bien-être, 37 % des sujets répondent toujours, 29.6 % souvent, 19.6 % parfois et 13.4 % jamais.

Équité des supérieurs hiérarchiques dans la répartition des tâches

Il s'agit de la proportion des travailleurs handicapés qui s'expriment, en 2016, sur la répartition équitable des tâches par leur supérieur hiérarchique.

Une majorité des sujets indiquent qu'elle est présente toujours (37.8 %), souvent (29.2 %) et parfois (17 %). Mais 10.3 % déclarent qu'il n'y a jamais de répartition équitable des tâches par leur supérieur hiérarchique.

Traitement équitable au travail

Entre 2016 et 2019, la proportion de sujets indiquant, au sujet d'un traitement équitable, qu'ils sont d'accord passe de 59.9 % à 53 % alors que celle de ceux qui sont tout à fait d'accord passe de 21.1 % à 25.3 %.

Mais le taux de sujets pas du tout d'accord (4.9 % en 2016 et 5.8 % en 2019) et pas d'accord (respectivement 13.1 % et 13.9 %) avec le fait qu'ils sont traités équitablement est en augmentation.

Travail en équipe

En 2013, les personnes interrogées déclarent que, depuis un an, les personnes avec lesquelles elles travaillent sont les mêmes (66.6 %), certaines ont changé (25.6 %) et la plupart ou toutes ont changé (7.8 %). En 2016, ces taux sont devenus respectivement 65.9 %, 26.4 % et 7.7 %.

Sentiment de faire partie d'une équipe

Entre 2013 et 2016, globalement le sentiment de faire partie d'une équipe durant le travail est relativement stable : respectivement toujours (40.7 % et 39.9 %), souvent (32 % et 32.6 %), parfois (17.8 % et 18.1 %) et jamais (9.5 % et 9.4 %).

Ce sentiment de faire partie d'une équipe est quasiment aussi stable pour femmes et hommes.

Le sentiment de faire partie d'une équipe joue un rôle protecteur pour la santé des travailleurs avec des OR de 0.55 pour la présence de symptômes dépressifs, de 0.79 pour une santé altérée, de 0.82 pour une limitation d'activité, de 0.85 pour la présence de douleur, de 0.84 pour les absences maladie de plus de 10 jours dans l'année et de 0.80 pour le fait de déclarer que son travail ne sera pas soutenable jusqu'à 60 ans.

Lieu de travail

Entre 2013 et 2019, on est passé de 71 % à 74.4 % de travailleurs passant la plus grande partie de leur temps de travail dans l'établissement qui les emploie, de 3.4 % à 3.5 % dans différents établissements de l'entreprise ou de l'administration, de 3.7 % à 2.2 % dans un établissement où ils sont envoyés par leur employeur, de 3.1 % à 2.6 % dans différentes entreprises clientes de l'employeur, de 5.3 % à 5.4 % en déplacement, de 4.2 % à 3.8 % chez un ou plusieurs particuliers, de 2.5 % à 2.4 % à leur domicile et de 5 % à 4.5 % sur un ou plusieurs chantiers.

Rapports sociaux au travail

Contacts direct avec le public

Entre 1991 et 2019, la proportion de personnes en contact direct avec le public a notablement augmenté, passant de 60.8 % à 71.7 % (mais pic de 73 % en 2016).

Selon le document de la Dares, les contacts directs avec le public n'ont aucun effet sur les paramètres de santé pris en compte dans l'étude.

Exigences émotionnelles

Contacts avec des personnes en situation de détresse et devoir calmer des gens

Les exigences émotionnelles portent, d'une part, sur le fait d'être en contact avec des personnes en situation de détresse et, d'autre part, sur la nécessité de devoir calmer des gens. Ces items ont été appréciés entre 2005 et 2016. En 2005 et 2013, respectivement la proportion de personnes en contact avec des gens en situation de détresse et devoir calmer des gens :

- ◆ En 2005, 37.9 % et 46.6 % ;
- ◆ En 2016, 46.3 % et 54.4 %.

Devoir cacher ses émotions

La question porte sur la fréquence à laquelle des travailleurs disent devoir cacher leurs émotions. Cette exposition est passée, entre 2013 et 2019, respectivement de 12.9 % à 9.4 % toujours, de 17.7 % à 18.1 % souvent et de 38 % à 37.1 % parfois. Ceux qui ne sont jamais exposés à devoir cacher leurs émotions sont en augmentation, 31.3 % en 2013 et 35.5 % en 2019.



Le document sur le bien-être psychologique au travail indique que le fait de devoir cacher ses émotions multiplie par 2.37 le risque de symptômes dépressifs, augmente de 49 % le risque de santé altérée, de 30 % la limitation d'activité, de 21 % les absences maladie de plus de 10 jours dans l'année et de 38 % le fait de déclarer que son travail n'est pas soutenable jusqu'à 60 ans.

Éviter de donner son avis, son opinion

Cette contrainte a été recherchée en 2013 et 2016. Globalement, respectivement 41.1 % et 45.8 % des sujets n'y sont jamais exposés, 5.8 % et 4.6 % toujours, 12.5 % et 11.4 % souvent et 40.6 % et 38.2 % parfois.

Le document « Travail et bien-être psychologique » montre qu'éviter de donner son avis au travail entraîne une augmentation de 19 % de la présence de symptômes dépressifs, de 22 % une santé altérée et de 13 % les absences maladie de plus de 10 jours par an.

Peur pour sa sécurité ou celle des autres

Cette question a été posée en 2013, 2016 et 2019. Une majorité des sujets disent n'avoir jamais peur, respectivement en 2013 et 2019, 62.5 % et 66.5 % (soit + 6.4 %). Lorsque cette peur est présente chez les sujets, c'est respectivement, en 2013 et 2019, 2.4 % et 2.2 % toujours, 5.4 % et 5 % souvent et 29.7 % et 26.2 % parfois.

Satisfaction et sécurité de l'emploi

Conflits de valeurs

Globalement, les travailleurs déclarent plus en 2019 (44.3 %, soit + 28.4 %) qu'en 2013 (34.5 %) qu'ils ne doivent jamais faire des choses qu'ils désapprouvent. Cette diminution portant sur ceux qui doivent parfois faire des choses qu'ils désapprouvent, passés de 55.6 % à 46.5 %, et souvent, passés de 8.6 % à 7.5 %, alors que ceux qui déclarent toujours faire des choses qu'ils désapprouvent sont plus nombreux, 1.3 % en 2013 et 1.8 % en 2019 (+ 38.4 %).

Selon le document de la Dares, le fait de faire des choses que l'on désapprouve augmente significativement de 15 % la présence de douleurs, de 13 % les absences maladie de plus de 10 jours dans l'année (mais à un seuil de 10 %), pour les autres items, il n'y pas de significativité.

Qualité du travail

Lors des enquêtes Conditions de travail de 2016 et 2019, les personnes ont été interrogées sur la fréquence à laquelle elles disent devoir ne pas faire du bon travail et sacrifier la qualité.

Il ressort de cette question que les sujets ont répondu, respectivement en 2016 et 2019 :

- Toujours, 2.9 % et 3.2 % ;
- Souvent, 11.5 %, inchangé ;
- Parfois, 41.9 % et 40.5 % ;
- Jamais, 43.7 % et 44.9 % (+ 27.4 %).

Faire trop vite une opération qui demanderait davantage de soin

Il a été demandé, en 2013 et 2016, à quelle fréquence les travailleurs devaient faire trop vite une opération qui demandait davantage de soin.

Les résultats des taux de fréquence en 2013 et 2016 sont respectivement les suivants : toujours, 4.4 % et 4.8 %, souvent, 23.5 % et 21.3 % et parfois, 51.4 % et 50.6 %. Entre ces deux dates, ceux qui n'y sont jamais confrontés ont aussi augmenté, on est passé de 20.7 % des sujets à 23.2 %.



Motifs ne permettant pas d'effectuer correctement son travail

Les sujets ont été interrogés, pour la plupart entre 1991 et 2019, sur les motifs qui les empêchent d'effectuer leur travail correctement.

Les proportions sont les suivantes (entre parenthèses, respectivement entre 1991 et 2019, ou entre une autre date et 2019) :

- Un manque de temps (23 % et 24.5 %) ;
- Un manque d'informations (18.5 % et 19.6 %) ;
- L'impossibilité de coopérer (13 % et 8 %) ;
- Des collaborateurs et collaboratrices en nombre insuffisant (27.2 % et 31.4 %) ;
- Des logiciels et programmes informatiques mal adaptés pour les personnes travaillant sur informatique (19.3 % et 23.2 %) ;
- Un matériel insuffisant ou inadapté, entre 2005 et 2019 (20.7 % et 19.5 %) ;
- Une formation insuffisante et/ou inadaptée, entre 2013 et 2019 (39.9 % et 36 %).

Les différents motifs s'opposant à faire correctement son travail (la qualité empêchée) sont susceptibles de retentir sur la santé des travailleurs :

- Le manque de temps est associé significativement à une augmentation de 22 % des symptômes dépressifs et de santé altéré, de 12 % de la limitation d'activité et de 14 % de déclarer son travail pas soutenable à 60 ans ;
- Le manque d'information pour faire correctement son travail est associé significativement à une augmentation de 24 % des symptômes dépressifs, de 19 % de la santé altérée, de 14 % de la limitation d'activité, de 10 % de la présence de douleur et de 22 % de la déclaration que son travail sera insoutenable à 60 ans ;
- La possibilité de coopérer a un effet bénéfique sur la santé, OR de 0.84 pour les symptômes dépressifs, de 0.81 pour la santé altérée, de 0.85 pour la limitation d'activité, de 0.87 pour les absences maladie de plus de 10 jours (mais seuil de significativité à 10 %) et de 0.82 pour déclarer que son travail ne sera pas soutenable jusque 60 ans ;
- Avoir des collaborateurs en nombre suffisant est associé à une diminution des risques pour la santé avec des OR de 0.78 pour la présence de symptômes dépressifs, de 0.81 pour la santé altérée, de 0.82 pour la limitation d'activité, de 0.79 pour la présence de douleur, de 0.93 pour les absences maladie de plus de 10 jours dans l'année (mais seuil à 10 %) et de 0.82 pour déclarer son travail non soutenable jusque 60 ans ;

Crainte pour son emploi

La crainte pour son emploi dans l'année a été recherchée en 2013, 2016 et 2019. Globalement, elle est passée de 25.3 % à 20.1 % entre 2013 et 2019.

La crainte pour son emploi a un effet délétère sur la santé, augmentant significativement de 67 % le risque de symptômes dépressifs, de 53 % la santé altérée, de 36 % la limitation d'activité, de 24 % la présence de douleur, n'est pas significatif pour des absences maladie pour plus de 10 jours dans l'année et de 15 % le fait de déclarer le travail non soutenable jusque 60 ans.

Devoir changer de métier ou de qualification dans les trois ans

En 2013, 32.7 % des sujets pensaient devoir changer de métier ou de qualification dans les trois ans. Ils sont 32.4 % en 2019.

Facilité de retrouver un emploi

En 2013, 2016 et 2019, l'enquête Conditions de travail a interrogé les sujets sur la facilité qu'ils auraient à retrouver un emploi.

En 2013, 37.1 % pensent qu'il leur serait facile d'en retrouver un et 45.5 % ne le pensent pas, 17.1 % ne savent pas.

En 2019, la proportion de ceux qui pensent que cela leur serait facile a augmenté, passant à 47.1 %, alors que celle de ceux qui ne le pensent a diminué à 41.3 %. La proportion de ceux qui ne savent pas a aussi diminué, passant à 11.6 %.

Selon le document de la Dares, une faible employabilité est associée à une augmentation de 15 % de la présence de symptômes dépressifs et 14 % d'une santé altérée. Les autres paramètres de la santé n'étant pas modifiés significativement.

Crainte d'une mutation

La question a été posée en 2016 et 2019 de la crainte d'une mutation contre sa volonté.

Entre 2016 et 2019, cette crainte a diminué, passant de 18.8 % à 16.7 %, et ceux qui n'ont pas cette crainte sont devenus plus nombreux, respectivement 81.2 % et 83.3 %.

La crainte d'une mutation forcée joue, selon le document de la Dares, sur l'état de santé. Elle augmente de 15 % le risque de symptômes dépressifs, de 18 % la santé altérée, de 12 % la limitation d'activité, de 15 % la présence de douleur, de 22 % le risque d'absences de plus de 10 jours dans l'année et de 8 % le fait de déclarer son travail non soutenable jusque 60 ans (avec seuil de 10 %).

- Le fait de ne pas avoir assez de formation pour faire correctement son travail augmente significativement de 17 % le risque de symptômes dépressifs, de 16 % la santé altérée, de 15 % la limitation d'activité, de 21 % la présence de douleur, de 7 % (au seuil de 10 %) les absences maladie de plus de 10 jours dans l'année et de 11 % le fait de déclarer que son travail ne sera pas soutenable jusque 60 ans.

Fierté du travail bien fait

Cet item a été exploré en 2013, 2016 et 2019. Une grande majorité des sujets ont le sentiment de fierté du travail bien fait puisque seulement 2.4 % en 2013 et 2.5 % en 2019 ne l'ont pas.

Les fréquences auxquelles les travailleurs indiquent éprouver de la fierté pour le travail bien fait respectivement en 2013 et 2019 sont les suivantes : toujours (17.2 % et 15.8 %), souvent (50 % et 49 %) et parfois (30.4 % et 32.6 %).

Selon le document « Travail et bien-être psychologique », la satisfaction du travail bien fait, toujours ou souvent, est associée avec une diminution des effets négatifs sur la santé, OR de 0.6 pour la présence de symptômes dépressifs et de 0.66 du fait de déclarer que son travail ne sera pas soutenable jusque 60 ans.

Sentiment d'utilité aux autres

Ce sentiment d'utilité aux autres a été exploré en 2013, 2016 et 2019. Globalement les fréquences auxquelles les personnes ont fait part de ce sentiment d'utilité, entre parenthèses respectivement en 2013 et 2019, sont les suivantes : toujours (25.2 % et 22.8 %), souvent (45.3 % et 45.8 %) et parfois (25.2 % et 26.7 %).

La proportion de ceux qui ne ressentent jamais ce sentiment d'utilité a modérément augmenté, passant de 4.3 % à 4.6 % entre ces deux dates.

Sentiment d'exploitation

Cet item a été exploré en 2013 et 2016. Il est présent à une faible majorité ces deux années mais un peu plus en 2013, respectivement en 2013 et 2016, toujours (6.5 % et 6.4 %), souvent (13.2 % et 12.4 %) et parfois (36.3 % et 35.7 %). Ceux qui n'éprouvent jamais ce sentiment d'exploitation sont 44 % en 2013 et 45.5 % en 2019.

Selon le document de la Dares, « Travail et bien-être psychologique » le sentiment d'être exploité, toujours, parfois ou souvent, est associé avec une augmentation de tous les risques de retentissement négatifs sur la santé des travailleurs : 50 % pour les symptômes dépressifs, 22 % pour la santé altérée, 12 % pour la limitation d'activité, 17 % pour la présence de douleurs, 11 % pour les absences maladie de plus de 10 jours dans l'année et de 77 % pour le fait déclarer que son travail jusque 60 ans est insoutenable.

Abri financièrement en cas d'arrêt de travailler

L'enquête Conditions de travail a interrogé en 2013 et 2019 les personnes pour savoir si elles seraient à l'abri financièrement si elles arrêtaient de travailler.

En 2013, 60.6 % ne sont pas du tout d'accord, 25.7 % pas d'accord, 9.6 % d'accord, 2.8 % tout à fait d'accord et 1.3 % ne sont pas concernées. En 2016, ces taux sont devenus respectivement 58.4 %, 26.5 %, 10.4 %, 2.9 % et 1.8 %

Thèmes abordés uniquement en 2016

Devoir faire des choses inutiles ou dégradantes

Cette question n'a été posée qu'en 2016. Globalement, les sujets interrogés indiquent pour 0.6 % toujours, 3.1 % souvent, 19 % parfois et 77.2 % jamais.

Le fait de faire un travail que l'on considère utile, toujours ou souvent est, selon le document sur le bien-être psychologique au travail, un facteur favorisant, diminuant significativement de 29 % le risque de symptômes dépressifs et de 12 % de dire que son travail ne sera pas soutenable jusque 60 ans.

Faire des choses inutiles ou dégradantes, toujours, souvent ou parfois, augmente de 11 % le risque de santé altérée et de 17 % le fait de déclarer que son travail n'est pas soutenable jusque 60 ans selon le document « Travail et bien-être psychologique ».

Devoir prendre des risques pour sa santé physique ou mentale

Devoir prendre des risques pour sa santé est, en 2016, globalement toujours présent pour 2 % des personnes, souvent présent pour 5.2 %, parfois présent chez 22.4 % et jamais présent pour 70.4 % des sujets.

L'exposition à ce facteur de risque psychosocial, toujours, souvent et parfois, augmente l'association à des effets délétères sur la santé : 41 % le risque de symptômes dépressifs, 59 % l'altération de l'état de santé, 54 % la limitation d'activité, 58 % la présence de douleur, et 42 % le fait de déclarer que son travail n'est pas soutenable jusque 60 ans.

Traitement injuste ou favoritisme

En 2016, les sujets interrogés sur la fréquence à laquelle ils sont amenés à traiter injustement ou à favoriser des personnes sont 0.2 % à le faire toujours, 1.6 % souvent et 11.4 % parfois. Une majorité de 86.9 % déclare ne jamais le faire.

A contrario d'un traitement injuste, le fait d'être traité justement, selon le document de la Dares, est favorable à l'état de santé. Il entraîne des OR de 0.69 pour les symptômes dépressifs, de 0.74 pour la santé altérée, de 0.84 pour la limitation d'activité, de 0.86 pour la douleur, de 0.85 pour

les absences maladie de plus de 10 jours dans l'année et de 0.92 (avec un seuil de 10 %) pour le fait de déclarer son travail soutenable jusque 60 ans.

Contraintes exercées sur des personnes

En 2016, des contraintes sont exercées sur des personnes toujours par 0.5 % des sujets, souvent par 2.2 % et parfois par 13.2 %. Ils sont 84.1 % à ne jamais le faire.

Paradoxalement, le fait d'exercer des contraintes sur des personnes a un effet bénéfique sur la santé avec des Odds ratio traduisant significativement une diminution de l'association au risque, de 0.76 sur la présence de symptômes dépressifs, 0.91 de la santé altérée (mais au seuil de 10 %), de 0.82 de la santé altérée et de 0.93 de présence de douleurs (mais au seuil de 10 %).

Devoir faire des choses qui ne sont pas de son ressort

En 2016, 1.2 % des sujets déclarent qu'ils doivent toujours faire des choses de leur ressort, ils sont respectivement 9.4 % et 48.4 % à le faire souvent et parfois. Et seulement 41 % ne sont pas confrontés à cette contrainte.

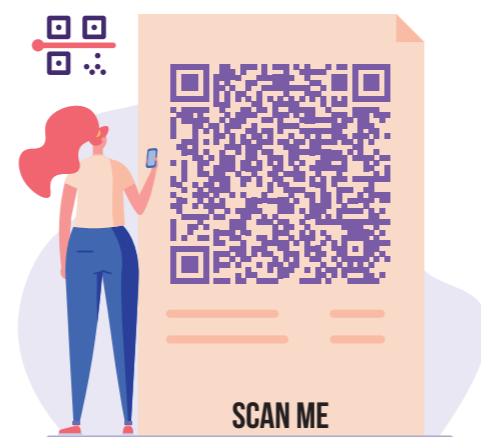
Le document « Travail et bien-être psychologique » indique que le fait de toujours ou souvent faire des choses qui ne sont pas de son ressort augmente significativement de 22 % le risque de symptômes dépressifs et de 21 % le risque de douleur.

Devoir mentir aux clients, patients, collègues et usagers

En 2016, presque 30 % des sujets (29.4 %) déclarent qu'ils doivent mentir à ceux dont ils ont la charge, 0.7 % toujours, 3.1 % souvent et 25.6 % parfois.

Le fait de mentir aux clients, n'entraîne pas d'effet significatif sur la santé des personnes qui sont amenées à le faire, selon le document de la Dares.

<https://dares.travail-emploi.gouv.fr/donnees/35-ans-devolutions-des-conditions-de-travail>



Synthèse activité des SPST en 2022

Le décret du 15 novembre 2022 relatif à l'agrément et aux rapports d'activité des SPST, pris en application de la loi du 2 août 2021, prévoit la mise en œuvre d'une enquête annuelle dématérialisée permettant de remonter à l'administration les données relatives à l'activité et à la gestion financière des SPST (article D. 4622-57 du code du travail).

Conformément à l'article D. 4622-58, le rapport de synthèse national est publié sur le site internet du ministère chargé du travail (prévu en janvier 2024).

Le rapport porte sur l'ensemble des services de prévention et de santé au travail en France, composé de 2 populations distinctes de 193 SPST interentreprises et 383 SPST autonomes en 2022. Les SPST de la MSA ne sont pas pris en compte (ils ont un logiciel propre).

La liste des SPST ayant répondu à l'étude, soit 178 SPSTI et 249 SPSTA, comprend les SPST ayant validé leur réponse à l'ensemble des champs obligatoires de leur questionnaire, le questionnaire SPSTI ou le questionnaire SPSTA selon la nature du service. Les réponses partielles, non validées par le répondant, ne sont pas comptabilisées.

L'enquête a été administrée entre les mois d'avril et d'août 2022. Les questionnaires ont été auto-administrés à partir d'une interface web, développée sous le logiciel Solen.

Les données présentées dans le présent rapport se fondent uniquement sur les déclarations des SPST.

Principaux chiffres

Nombres de salariés suivis : 17 341 245 (ensemble des SPST) dont 93% en SPSTI et 7% en SPSTA.

Nombre d'établissements du secteur privé suivis par les SPSTI au 31/12/22 : 1 407 673.

Nombre de salariés suivis par médecin du travail :

- SPSTI : 3 973 salariés / médecin du travail en personnes physiques (inclut collaborateur-médecin et interne) ; 4 710 salariés/ médecin du travail en ETP.
- SPSTA : 1 190 salariés / médecin du travail en personnes physiques (inclut collaborateur-médecin et interne) ; 1 658 salariés / médecin du travail en ETP.

Parmi les répondants, la très grande majorité est agréée pour une durée de 5 ans, soit 88 % des SPSTI et 94 % des

SPSTA. Seuls 6 % des SPSTI et 4 % des SPSTA disposent d'un agrément conditionnel de 2 ans.

64 % des salariés (plus de 10 millions) sont suivis dans des SPSTI de grande taille, suivant plus de 100 000 salariés (40 % des SPSTI), alors qu'environ 10 % des salariés (un peu plus d'1,7 million) de salariés sont suivis dans les SPSTI de plus petite taille, suivant moins de 50 000 salariés (28 % des SPSTI).

56 % des SPSTI déclaraient ne pas avoir pourvu l'ensemble des postes du conseil d'administration. Le poste de trésorier n'est pas pourvu dans 5 % des SPSTI. Parmi les membres du conseil d'administration non pourvus, il s'agit à 64 % de représentants des organisations syndicales.

Ressources humaines

Pour SPSTI

Nombre de médecin du travail 3525 soit 2918 ETP.
 Nombre de collaborateurs médecins 514 soit 491 ETP.
 Nombre d'internes 128 soit 110 ETP.
 Total médecins 4167 soit 3519 ETP.
 Nombres d'infirmiers 2930 soit 2761 ETP.
 Nombres d'ASST (actions milieu de travail) 1239 soit 1149 ETP.
 Nombres d'IPRP : 2143 soit 2086 ETP.

Pour SPSTA

Total Médecins 957 pour 686 ETP.
 Nombres d'infirmiers 1650 soit 1438 ETP.



Systèmes d'information

73 % des SPSTI déclarent avoir recours à une solution de téléconsultation sécurisée contre seulement 23 % des SPSTA.

Concernant les messageries sécurisées de santé permettant aux professionnels de santé d'échanger des données de santé, environ 50 % des médecins du travail de SPSTI en dispose d'une, contre environ 65% des médecins du travail de SPSTA

Finances

Montant moyen de la cotisation pour réaliser l'offre socle (communication DGT pas dans le rapport : 104,5 euros).

Le chiffre d'affaires global des SPSTI répondants à l'enquête s'élève à 1,8 milliard d'euros, composé à 94 % par les cotisations.

Activité des SPST

a) Prévention

L'ensemble des SPST ont déclaré avoir réalisé 817 360 actions en milieu de travail en 2022. Concernant les SPSTI, ces derniers ont réalisé 701 713 actions réparties.

En 2022, 138 569 fiches d'entreprise ont été réalisées par les SPSTI, ce qui représente près de 10 % du total du nombre d'entreprises adhérentes aux SPSTI.

Le nombre d'adhérents couverts par une fiche d'entreprise de moins de 4 ans s'élève à 358 856, soit 25 % du total des adhérents aux SPSTI (80 % de répondants pour cette donnée), permettant de couvrir 6,6 millions de salariés.

En 2022, 43 687 entreprises ont transmis leur DUERP, ce qui représente seulement 3 % des établissements suivis par les SPSTI.

Les SPSTI ont déclarée 288 277 actions de promotion de la santé publique en 2022. Parmi ces actions, les actions de dépistage et de vaccination représentent la majorité des actions réalisées : les SPSTI ont en effet réalisé 192 209 actions de dépistage et 71 664 vaccinations.

Il est à noter que 9 986 actions de promotion de la pratique sportive et 5 109 actions de sensibilisation aux situations de handicap ont été réalisées.

Selon les SPSTI répondants, seuls 9 % des salariés suivis disposent d'une identité nationale de santé qualifiée. Pour les SPSTA répondants, ce chiffre monte à 18,5 % des salariés suivis.

65 % des SPSTI et 58 % des SPSTA font appel à un hébergeur de donnée de santé externe certifié.

Le bénéfice global de l'ensemble des SPSTI s'élève à près de 55 millions d'euros en 2022. 15 % des SPSTI sont déficitaires.

Par ailleurs, les SPSTI disposent dans leur ensemble d'un montant de 94 milliards d'euros de fonds propres.



b) Le suivi individuel de l'état de santé

Les SPSTI ont réalisé 7 300 000 visites en 2022. Les visites d'embauche et périodiques représentent 70 % de l'ensemble des visites. Le taux d'absentéisme des travailleurs calculé pour l'ensemble des visites s'établit à 11 %.

Les infirmiers ont réalisé 2 644 455 visites soit 36 % du total des visites ; les médecins, collaborateurs et internes 4 648 796 visites soit 64 %.

Les SPSTA : les infirmiers 115 318 visites soit 16 % et les médecins, collaborateurs et internes 585 158 visites soit 84 %.

La part des délégations des VIP périodiques et des visites intermédiaires du salarié en SIR vers les infirmiers est significative, même si moins élevée dans les SPSTA. 61 % des visites sont déléguées aux infirmiers dans les SPSTI et 32 % dans les SPSTA.

Le taux de délégation des visites de reprise et pré-reprise est inférieur à 1 % du total pour chacune des deux visites.

Le nombre de visites de mi-carrière effectuées en 2022 s'élève à 21 303 visites, dont 17 632 visites dans les SPSTI

En 2022, les SPST ont ainsi déclaré 3 381 visites post-exposition et 6 223 visites post-professionnelles.

La part de visites réalisées à distance est retombée à un niveau relativement faible : 3,7 % des visites (soit 272 000 visites en volume) sont réalisées en télésanté au travail dans les SPSTI et 1,8 % des visites (soit 12 842 visites en volume) dans les SPSTA.

c) PDP et maintien dans l'emploi

En 2022, le nombre de préconisations d'aménagement de poste à l'issue d'une visite s'élève pour l'ensemble des SPST à 636 917.

En 2022, les SPST ont par ailleurs participé à 2 681 rendez-vous de liaison. Nombre d'essais encadrés réalisés à l'initiative du médecin du travail 1352 pour SPSTI ; 460 SPSTA. Nombre de CRPE accompagné par SPSTI 234 et SPSTA 87.

En 2022, 75 % des SPSTI ont mis en place une cellule PDP. 3 % d'entre eux déclarent mutualiser leur cellule PDP avec un autre service.

En 2022, 134 375 inaptitudes ont été prononcées par les médecins du travail dans les SPST. 51 566 travailleurs ont été déclarés inaptes avec dispense de reclassement, ce qui représente 38 % du total des inaptitudes déclarées. Par ailleurs, les SPST ont déclaré que 84 733 inaptitudes ont été délivrées suite à une visite de reprise, soit 63 % du total des inaptitudes délivrées.

Contribution mise en œuvre politique publiques

Parmi les SPSTI, 80 services sont engagés dans un CPOM en cours de validité en 2022, soit 45 % du total des SPSTI.

Le nombre de médecins du travail ayant participé aux enquêtes s'élève à 76 pour SUMER, 181 pour MCP et 226 pour EVREST. SPSTA : 15 pour SUMER, 22 pour MCP et 235 pour EVREST.

Calcul de certains ratios (mes calculs)

Visites par professionnel de santé

7 300 000 visites pas SPSTI

Nombre de visites par médecin SPSTI en 2022 en ETP
 $4\,648\,796 / 3\,519 = 1\,321$

Nombre de visites par infirmiers SPSTI en 2022 en ETP
 $2\,644\,455 / 2\,761 = 958$

700 000 visites par SPSTA

Nombre de visites par médecin SPSTA en 2022 en ETP
 $584\,682 / 686 = 852$

Nombre de visites par infirmiers SPSTA en 2022 en ETP
 $115\,318 / 1\,438 = 80$

Nombre de fiche d'entreprise par personnel habilité

138 569 fiches d'entreprise pour 3519 médecins ETP ; 2761 infirmiers ETP : 1149 ASST action travail ETP ; 2086 IPRP ETP soit 9515 professionnels habilités ETP

$138\,569 / 9\,515 = 14.6$ fiches d'entreprise par ETP



DOSSIER CERTIFICATION

Dr Bernard SAENGRO
 Expert santé au travail
 Président d'honneur CFE-CGC santé au travail
 Vice-Président de l'INRS

La publication de la norme par l'AFNOR sous le titre SPEC 2217 devrait si c'est correctement appliqué entraîner de gros changements dans le fonctionnement des services de santé au travail. Changements désirés par tous les partenaires, employeurs et salariés, se plaignant du manque de visibilité ainsi que du manque de prise sur ces fonctionnements.

L'introduction des représentants des salariés voulu par la CFE-CGC dès 2000 lors des négociations sur la refondation sociale n'a pas eu les effets attendus compte tenu du manque de moyens attribués à ces représentants ainsi que des difficultés d'accès à la connaissance intime du fonctionnement des services.

Il suffit de voir comment a été détourné dans les services la création du poste de vice-président rapidement contourné par la création d'un poste de président adjoint chargé de remplacer le président si besoin !

L'impérialité des services déconcentrés de contrôle du ministère n'a également pas amélioré les choses, ne serait-ce que par le corps déserté des médecins inspecteurs du fait d'un statut repoussoir !

Il faut lire avec attention ce texte écrit conjointement par les représentants confédéraux des organisations syndicales des salariés et des employeurs bien des détails sont explicites quant à l'attente de ceux-ci.

Cela concerne non seulement les attentes en termes de production déclinés avec force détails pour les trois grands domaines de production des services que cela soit :

- Pour le premier thème, mis en premier pas par hasard, de la prévention primaire avec les outils que sont la fiche d'entreprise et les conseils notamment dans l'aide au DUERP.
- Pour le second thème celui du suivi médical.
- Pour le troisième thème celui de la prévention de la désinsertion professionnelle.

Le tout encadré par des indicateurs pour permettre un suivi et une comparaison.

C'est Bergson qui a dit que la science avait l'âge de ses instruments de mesure, on est bien là dans une tentative de mesurer en s'en donnant les moyens pour le faire pour sortir des impressions nébuleuses et des difficultés de compréhension de certains dysfonctionnements. Il a été rapporté par certains dirigeants patronaux l'incompréhension de leurs adhérents dans certains services, devant les retards à prendre en charge leurs salariés et l'absence de ce qu'ils pensaient leur être dû.

En même temps on ne peut s'empêcher de se rappeler quelques pensées ergonomiques.

« *Le Paradoxe cité par « De l'idéologie gestionnaire » cité par Vincent de Gaulejac qui rapportait le phénomène lors d'une conférence que l'on trouvait toujours sur internet.*

1 : Des indicateurs qui évaluent sans qu'ils aient de rapport avec ce que l'on perçoit être l'essence même de la qualité.

2 : On passe plus de temps à justifier ce que l'on fait qu'à le faire. Pour mesurer la qualité on décline en concepts et les concepts en critères et ceux-ci en indicateurs les indicateurs en items. Ce qui aboutit à un délire quantophrenique aigu.

Folie de vouloir transformer l'humain, folie objectiviste, sous-tendue par un projet scientifique qui croit maîtriser et exclure ce qui n'est pas mesurable et bien souvent cela correspond à ce à quoi les personnes sont attachées.

La dignité.

L'honneur.

L'amour.

Ideologie gestionnaire ou ensemble de représentation qui se met au service d'un pouvoir.

Et la gestion se présente comme étant totalement neutre. ».

Enfin on ne peut s'empêcher de penser aux manœuvres que l'on voit se dérouler comme les fusions de services de manière qu'il n'y en ait plus qu'un gros en situation de monopole

dans sa localité. Ce qui est à rapprocher des déclarations de la direction du travail de ne pas pouvoir empêcher le fonctionnement d'un service en situation de monopole !

D'où l'impact de la certification et par voie de conséquence l'agrément n'aurait toujours que la valeur d'une peau de lapin.

Cela me rappelle lorsqu'un très gros service régional du sud était en grande difficulté, un tiers de médecins ayant démissionné et avec des manipulations financières très douteuses, je métais rapproché de la DGT de l'époque à qui je proposais de faire des contrôles par ses services des entreprises qui du fait de l'absence d'agrément de ce service se voyaient avec des fiches de visite médicales et des fiches d'entreprise sans valeur juridique car faites par un service sans agrément.

Action qui selon moi aurait réveillé le monde patronal et l'aurait poussé à mettre de l'ordre dans ce service. Cela me semblait la logique du système !

Il me fut répondu que les médecins étant diplômés leurs actes restaient valables et que c'était comme une gestion de fait, sans l'agrément cela pouvait toujours fonctionner et donc circulez il n'y a rien à voir.

Une fois de plus !

À se demander si la DGT, Présanse et les universitaires ne faisaient pas fi des besoins du terrain et des résultats des négociations des partenaires sociaux.

En conclusion

Ainsi quel impact aura cette certification ?

Cela dépendra des certificateurs et de leurs promoteurs, selon l'éthique mais également le financement d'autant qu'ils ont la capacité de demander à changer de certificateur.

L'objectif initial, approuvé et demandé par l'ensemble des partenaires sociaux, est d'avoir enfin une vision claire et fiable du fonctionnement des services de santé au travail ce qu'ils n'arrivent pas à avoir jusque maintenant !

Assurément beaucoup des conduites demandées sont faites mais pas explicitées et encore moins tracées, activité qui risque d'être très chronophage et donc limiter certaines activités et en rigidifier d'autres et en même temps va imposer une visibilité et une transparence pour ceux pour lesquels on existe, mais qui malheureusement ne tiennent pas leur place dans les assemblées générales des services, c'est tout le problème !

La réalité que l'on risque d'obtenir sera le double langage avec d'une part la présentation comme il faut de l'activité au certificateur et d'autre part la réalité du travail avec comme finalité une meilleure rentabilité qui passe par des activités complémentaires et une maîtrise des coûts en



particulier salariaux avec une modération du nombre de médecins du fait de leur coût et de leur indépendance statutaire.

La réalité devrait passer également par une formation amplifiée d'infirmiers spécialisés en santé au travail et une formation des médecins du travail mais là on peut compter sur les enseignants universitaires pour multiplier les obstacles (exemple 5 ans d'attente pour une reconversion d'un généraliste en médecin du travail) et ne pas chercher les terrains de formations (alors que la vraie formation de médecins du travail se fait sur le terrain dans les entreprises et dans les services de santé au travail) de façon à aboutir à un nombre réduit de médecins du travail.

L'expérience est lancée et l'on verra à l'usage si cela permet de voir fonctionner les services de santé dans le cadre de leur raison d'être officielle d'éviter l'altération de la santé du fait du travail.



Quantophrénie

(Péjoratif) Terminologie critique de l'excès d'usage mathématique en sociologie ; pathologie qui consiste à vouloir traduire systématiquement les phénomènes sociaux et humains en langage mathématique.

Ainsi, le sociologue de l'éducation Philippe Vienne n'a pas hésité à inventer à ce propos une nouvelle maladie : la « quantophrénie » (Vienne, 2003 et 2005). Pour lui, cette littérature scientifique, souvent proche de l'expertise, est « dominée par des tentatives contestables : prophétisme, quantophrénie, sens commun, manipulation rhétorique et importation de "diagnostics" et de "traitements" relevant du complexe sécuritaire américain. » — (Éric Debarbieux, Les Dix Commandements contre la violence à l'école, Odile Jacob, 2008, page 60).

La tendance à chiffrer la réalité psychique, pousse l'évaluation vers la quantophrénie, maladie de la mesure évoquée par Vincent de Gaulejac (De Gaulejac, 1993). — (Francis Alféldi, Évaluer en protection de l'enfance, Dunod, 2010 (3^e éd.), page 21).



Commentaires des différents chapitres de la norme AFNOR sur la certification de la prestation santé au travail des services de santé au travail

N'ayant pas le droit de publier le texte intégral qui relève de la propriété de l'AFNOR voici la publication des commentaires sur certains points sur ce texte que l'on peut trouver facilement.

Présentation générale

Lors de notre dernière assemblée générale du syndicat nous avons entendu quelques témoignages de certification en cours. Il apparaîtrait que ces audits de certification ne se feraient pas par des spécialistes de la profession mais par des professionnels très à cheval sur la procédure et la vérification de ce qui est déclaré jusque dans les détails, **d'où la nécessité de bien analyser le texte de la certification** que l'on trouve dans la publication de l'AFNOR sous le titre de SPC2217 de l'AFNOR du mois d'août 2023.

En même temps le bruit court que certains services en région se fusionnent de manière à être en position de quasi-exclusivité pour empêcher toute procédure tendant à les empêcher de fonctionner sous prétexte de non-conformité.

En même temps on entend des réflexions au sujet de stratégies de certains services misant sur une offre socle minimaliste de manière à développer des services quasi commerciaux de conseils, d'assistance, de formation et autres !

Ce qui ne serait pas une nouveauté car lors d'une précédente réforme de la santé au travail il avait été proposé de supprimer la référence « éviter l'altération de la santé du fait du travail » pour mettre à la place quelque chose comme proposer des services de prévention pour la santé au travail laissant champ libre à des prestations commerciales et c'est l'opposition de votre serviteur qui au nom de la CFE-CGC avait exigé le retour au texte fondateur !!

C'est dire si cette certification fait phosphorer beaucoup de directions.

L'esprit de cette certification provient d'une initiative patronale, plus exactement de l'UIMM qui en avait marre d'avoir les retours de ses adhérents mécontents de devoir régler leurs cotisations et de ne pas avoir un service en rapport par des professionnels patentés.

Cette initiative a rencontré l'adhésion des organisations confédérales de salariés et d'employeurs qui tous ont missionné des représentants pour élaborer consensuellement ce texte !

Ce texte est donc le reflet des bénéficiaires de cette prestation, employeurs, salariés par l'intermédiaire de leurs représentants officiellement représentatifs, et non des représentants des SST, directeurs et salariés. C'est important à le savoir pour comprendre certains passages.

Rappelons-nous les élans de Mme Lecocq en 2018 :

- On devait avoir une transparence financière avec collecte par l'URSSAF et au bout du bout on a toujours l'opacité financière des services !
La Certification devrait s'intéresser à cet aspect fondamental du fonctionnement des services !
- On devait coordonner ces institutions avec une gouvernance nationale comprenant les partenaires sociaux et l'État et on se retrouve avec la même dispersion qu'auparavant sans aucun réel contrôle ni aucune coordination !
La Certification devrait également s'intéresser à cet aspect fondamental du fonctionnement des services.

Cette certification va concerner tous les services que cela soit leurs prestations mais également leur fonctionnement intime, la vérification des ressources matérielles et humaines y compris financières.



Avec **vérification « minutieuse »** des procédures financières et l'adéquation de ces finances aux besoins de l'objet social, ce qui laisse espérer une limitation des dérives passées de financements par les services de santé au travail de projets et de subventions voire de salaires n'ayant pas de relation avec l'objet social du service.

Avec **vérification détaillée** des activités et de leurs champs, de l'organisation et de la structure de la direction ainsi que des liens de collaboration unissant les différents personnels. Cela ira jusqu'à la vérification du maintien des compétences et de la réalité de la veille réglementaire.

L'approche du certificateur devra également veiller à un fonctionnement transparent et accessible à tous que cela soit au niveau des prestations, des tarifications, des représentations dans les instances, des modes d'adhésion ainsi que des possibilités offertes aux chefs d'entreprise et aux travailleurs indépendants.

Pour donner des éléments d'appréciation il est prévu d'organiser le recueil de l'expression des bénéficiaires quant à la satisfaction ainsi que pour les réclamations !

Traçabilité, transparence, recueil des satisfactions et des réclamations respect des textes et de leur esprit font partie des items clairement exprimés !

L'analyse portera sur **trois grands chapitres** : en priorité la prévention des risques professionnels ce qui correspond à la mise en priorité de la prévention primaire depuis les derniers textes légaux montrant ainsi la révolution à 180 degrés de l'ensemble ; je ne peux m'empêcher de me rappeler les termes de mon ancien médecin chef « Salengro ne nous embêtez pas avec les fiches d'entreprise », c'était il y a longtemps c'est vrai ! Mais cela a été une des raisons principales de mon engagement syndical de pouvoir mettre l'accent sur la prévention primaire !

Pour la prévention trois outils, la fiche d'entreprise, le document unique et la participation aux instances de concertation.

En second car la surveillance médicale fait partie de la prise d'information concourant au diagnostic de la situation de travail.

En troisième la prévention de la désinsertion professionnelle

Cette analyse est **progressive** en ce qu'elle se déroule en trois étapes, la première d'engagement dans l'activité attendue, la seconde la mise en place d'indicateurs concernant cette activité et la troisième la vérification de l'obtention des résultats par le biais des indicateurs et les solutions correctives apportées aux manques.

Mission prévention

La mission prévention comporte quatre points : la fiche d'entreprise, l'aide au document unique, la réalisation d'une action de prévention primaire et la participation aux instances de prévention.

La précision est bien rappelée : « le SPSTI s'appuie sur **sa propre évaluation** et ne doit pas faire documenter la fiche par l'entreprise adhérente à partir du document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) » et « Le SPSTI doit préciser qu'il intervient à titre d'accompagnement et de conseil et qu'il **n'a pas vocation à se substituer à l'employeur** » c'est clairement dit mais sur le terrain il est difficile de ne pas échanger pour le moins.

Par ailleurs il est rappelé que la fiche d'entreprise fait partie de l'action attendue du SST et n'est donc pas facturable.

Il est également précisé que c'est l'équipe pluridisciplinaire (IPRP, assistants, infirmiers et médecins) peut être complété par des compétences extérieures selon les besoins.

L'occasion de faire le rappel explicité dans un autre article de cette revue sur la responsabilité du médecin dans la transmission des écrits, cela ne s'envisage pas autrement qu'avec la responsabilité du médecin systématiquement engagée charge à lui d'être vigilant ! N'en déplaise à certains universitaires qui prêchent le contraire en oubliant que seul le médecin a une indépendance garantie et accessoirement un peu plus de formation !

1 Pour la fiche d'entreprise la mention « visite sur site » est redoutable car elle suppose une consommation de temps et une coordination des équipes sérieuse étant donné la multiplicité des TPE, comment faire pour le peintre qui a un apprenti et qui court d'un chantier à un autre pour réaliser la fameuse visite sur site !

Le problème des moyens en temps et en acteurs se pose inéluctablement.

Si l'on veut que la responsabilité du médecin soit respectée comme prescrite dans les textes que se passerait-il en cas d'abstention, d'oubli ou de manque de temps si la description d'un risque n'est pas faite et que survienne un accident ou une maladie en rapport avec ce risque ?

Est-on toujours dans l'obligation de moyens comme en santé pure ? ou dans l'obligation de résultat comme dans les services ? Rappelons-nous l'abstention délictueuse dans certaines affaires !

Pour ce qui est attendu au niveau des indicateurs il faut avoir en tête que tout ce qui aura été inscrit sera scruté, analysé, décompté et servira de base à la conclusion du certificateur. C'est le retour que nous ont fait ce qui sont



confronté à des audits, d'où prudence, ce qui n'empêche pas de faire plus que déclaré comme le font beaucoup dans leur activité régulière.

D'autres écueils existent et ont été signalés :

- Ainsi prévoir que pour les FE une fois que l'on aura fait la FE d'une boucherie considérer que **le modèle est fait** pour toutes les boucheries (en complétant éventuellement par OIRA ou autre base de données) c'est le risque dont on entend les échos dans certains services.
- Sans compter que **certains logiciels** avec leurs questionnaires préalables se font fort de sortir une fiche d'entreprise toute faite, voire un DUERP à la sortie et par ici la caisse.
- Considérer que si pour la première fois il y a un déplacement on pourra considérer que pour le renouvellement un coup de téléphone sera suffisant faisant ainsi l'économie d'un déplacement.
- Considérer que pour l'action de prévention primaire tous les quatre ans la participation à un webinaire de formation pourra faire office de... et ainsi on convoque 50 entreprises à la projection et à la discussion d'un webinaire et cela fera **50 actions de prévention primaire d'un coup !**

2 Pour ce qui relève du DUERP, on attend de l'équipe pluridisciplinaire (animée et coordonnée par le médecin du travail) qu'elle fasse du conseil aux entreprises (info sur les outils tels SEIRICH et OIRA, conseils pouvant aller jusqu'à la recherche de financement des mesures envisagées). Pour les indicateurs la même prudence est de mise.

3 Pour la réalisation d'une action de prévention primaire au moins tous les quatre ans, cela peut paraître gigantesque compte tenu de la multiplicité des petites entreprises mais le détail de la présentation peut rassurer en ce qu'il présente une liste de six possibilités d'actions. Le texte précise qu'il faut en faire au moins une et pas les six !

Parmi ces actions certaines se font quasi naturellement comme le conseil pour l'amélioration des postes de travail, l'identification des postes à risque ou le dépistage des conduites addictives.

D'autres nécessitent un déploiement qui peut être plus lourd comme une sensibilisation et/ou un conseil de manière collective, ou comme l'analyse métrologique et l'accompagnement sur un risque spécifique.

Beaucoup de ces actions se déroulent déjà comme monsieur Jourdain qui faisait de la prose sans le savoir, mais il faut penser que

si on l'affiche, les stades suivants vont exiger des indicateurs et des résultats quantifiés. Cette prudence n'empêche pas de faire des actions de la liste même si on ne les affiche pas mais ils ne rentreront pas dans les conditions rigides d'acceptation de la certification et secondairement de l'agrément.

Mission suivi médical

Pour assurer un suivi médical organisé et correspondant aux rythmes et modalités prescrits par les textes légaux un ensemble de procédures est spécifié, certes cet ensemble n'a pas grand-chose de nouveau sauf qu'il introduit la possibilité de contrôles précis sur cette activité et ses acteurs. Qu'il s'agisse des protocoles de délégation des tâches, du remplacement de médecin absent, de l'organisation des visites et examens, avec des procédures sur toutes les occasions d'informations des personnes concernées ! Que cela soit les avis du médecin du travail à l'employeur (aptitude, inaptitude, aménagement de poste, convocations à examen complémentaire) ou avis au salarié sur les risques, conseils de prévention primaire en fonction. On retrouve là comme ailleurs la description fine du déroulement de ces actions avec la nécessité de tracer, d'informer. Dans ce cadre un point aborde le problème des dossiers médicaux, de leur conservation et de leur respect du RGPD et de la CNIL.

Au sujet de l'équipe qui intervient.

Un point sur le MPC.

Une note rappelant que **Le médecin du travail est garant de l'indépendance** des professionnels de santé, sous protocole de délégation, pour toutes les visites prévues par la législation.

4 Pour la participation aux instances représentatives du personnel par un membre de l'équipe pluridisciplinaire.

C'est une action importante qui met en visibilité l'action des membres de l'équipe et donc permet de modifier l'image d'usine à visite médicale pour une institution en charge du conseil sur la prévention au plus près de l'activité et des acteurs de cette activité.

C'est une action importante mais qui comporte un volant de responsabilité à ne pas négliger car il ne s'agit pas de paroles verbales mais de « dire » au sens juridique qui pourront être repris et intégrés dans un procès si nécessaire ! C'est dire l'importance de la formation des acteurs !

Là aussi il y a aura des indicateurs et des résultats attendus. Il est par ailleurs précisé dans le texte qu'il faudra : Démontrer au certificateur sur un échantillon d'adhérents choisis par ce dernier l'existence d'enregistrements et/ou de traces de l'ensemble des actions réalisées ou non, en justifiant quand celles-ci n'ont pas pu avoir lieu (report, annulation, etc.).

Au niveau des indicateurs ils devraient facilement sortir avec l'informatisation des dossiers, dénombrement qui rappelle le rapport annuel que les médecins du travail devaient fournir. Espérons que cette collecte d'indicateurs suscitera plus d'intérêt de la part des administrateurs et des autorités qu'il y en avait pour les rapports annuels.

Il est spécifié comme dans le chapitre de la prévention qu'il faut démontrer au certificateur de vérifier sur un échantillon d'adhérents choisis par ce dernier l'existence d'enregistrements et/ou de traces de l'ensemble des actions réalisées ou non, en justifiant quand celles-ci n'ont pas pu avoir lieu (report, annulation, etc.).



Mission prévention de la désinsertion professionnelle

Les **exigences attendues** concernent :

Le repérage des situations pouvant aboutir à la mise en route de la PDP pour permettre un diagnostic de la situation non seulement symptomatique mais également étiologique.

L'idée étant de traiter le symptôme ou la désinsertion du sujet concerné et en même temps l'étiologie ou la cause primaire de la désinsertion par une ergonomie corrective lorsque c'est possible.

Ces actions comme ailleurs réalisées dans la transparence (tenant compte du secret médical) et la traçabilité.

Il est là aussi prévu des procédures concernant :

- Le fonctionnement et la composition de la cellule, avec un organigramme fonctionnel.
- Le traitement détaillé du dossier PDP, de l'organisation et du fonctionnement du service.
- Les modalités d'accompagnement social des salariés concernés avec l'accord éclairé et explicite du salarié.
- Dans un contexte de formalisation et de traçabilité.

Au sujet **des indicateurs** des phases deux et trois.

Le SPSTI s'assure que l'ensemble des objectifs de la mission est atteint sur la base des indicateurs.

Comme dans les chapitres précédents il doit démontrer au certificateur de vérifier sur un échantillon d'adhérents choisis par ce dernier l'existence d'enregistrements et/ou de traces de l'ensemble des actions réalisées ou non, en justifiant quand celles-ci n'ont pas pu avoir lieu (report, annulation, etc.)

Le SPSTI doit formaliser et tracer toutes les procédures, les actions mises en place et les enregistrements, il les tient à jour et conserve les informations documentées pertinentes comme preuves de la mise en œuvre de la certification

Actions de formalisation et de traçabilité qui nécessiteront temps, moyens et temps d'acteurs, ce qui risque d'impacter sérieusement les services de santé au travail en espérant que cela soit pour la bonne cause !



Commentaires

Ces attendus et procédures sous-entendent une formalisation appuyée et des professionnels dédiés, ce qui devrait nécessiter dans bien des cas des moyens supplémentaires et/ou des collaborations externes.

Le risque est de se retrouver comme les joueurs d'échecs ou certains avocats avec une horloge déclenchée au début et à la fin de chaque action et un temps de traçage certain.

Cependant « la science a l'âge de ses instruments de mesure » comme le disait Bergson et c'est peut-être le passage obligé pour faire comprendre l'activité réelle qui se fait dans les services et faire ainsi taire les critiques de ceux pour qui le service existe.

L'avenir le dira ! mais incontestablement c'est la faillite du travail des médecins inspecteurs trop absents et des conseils d'administration trop peu investis dans la compréhension de la mission de la santé au travail.

Nouvel ANI proposition patronale sans suite et focus sur la nouvelle conception de la santé au travail

Actuellement les partenaires sociaux statuent sur un ANI "pacte de la vie au travail"

Ci-après des extraits du document de travail sur l'ANI transmis par les OP le lundi 18 mars 2024.

Un extrait concernant plus particulièrement la pratique en santé au travail.

On constatera l'évolution lentement progressive du transfert d'activité pour tenir compte du manque de médecins patiemment organisé en particulier par les contraintes universitaires courtelinesques.

On remarquera également la sortie des risques psychosociaux de la liste des facteurs de risques, et ce en contradiction avec l'ANI sur le stress signé par tous et approuvé par le ministère du travail. Accord qui prévoyait la prise en compte de ces problèmes par le médecin du travail !

On remarquera la sortie des apprentis du champ des médecins ce qui était l'occasion de réorientations utiles.

Extrait page 22 et 23 de ce document de travail

Article 2.2. Renforcer la prévention à destination des salariés pouvant être exposés à l'usure professionnelle, notamment au travers d'un suivi médical adapté.

Les « contraintes physiques marquées » visées au 1° du I de l'article L. 4161-1 du code du travail et relevant des actions financées par le Fonds d'Indemnisation de Prévention de l'Usure Professionnelle (FIPU) peuvent être à l'origine d'usure professionnelle, en particulier de troubles musculosquelettiques, qui représentent plus de 87 % des maladies professionnelles reconnues chaque année dans notre pays.

Le suivi médical en santé au travail des salariés exposés aux « contraintes physiques marquées » appelle une attention particulière à partir de la « deuxième partie de carrière ».

Ainsi, les partenaires sociaux conviennent que, sur la base de leur Dossier Médical en Santé au Travail (DMST), les salariés exerçant ou ayant exercé, pendant une certaine durée, des métiers ou des activités exposés aux « contraintes physiques marquées » bénéficient d'un suivi adapté au sein de leur service de prévention et de santé au travail (SPST).

Dans ce cadre, à l'occasion de la visite de mi-carrière, le médecin du travail ou demain l'infirmier en santé travail exerçant en pratique avancée, au regard de l'état de santé du salarié, peut proposer à ces salariés des mesures individuelles d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste de travail ou des mesures d'aménagement du temps de travail, dans les conditions prévues à l'article L. 4624-3 du code du travail.

Le médecin du travail ou l'infirmier en santé au travail exerçant en pratique avancée peut également orienter le salarié vers la cellule PDP du SPST. Il peut également informer le salarié des modalités d'accès au Conseil en évolution professionnelle.

Si le médecin du travail ou l'infirmier en santé au travail l'estime nécessaire et si le salarié ne bénéficie pas d'un suivi individuel renforcé, la fréquence du suivi individuel de l'état de santé du salarié pourra également être augmentée.

Tout au long de ce suivi, le médecin du travail, l'infirmier de santé au travail ou la cellule de prévention de la désinsertion professionnelle du SPSTI peuvent également orienter le salarié vers les dispositifs de PDP de l'Assurance maladie et vers le dispositif de « projet de transition professionnelle » réformé à l'article 1.3.4. du présent accord financé par le FIPU pour ce qui concerne les risques ergonomiques.

Enfin, au cours de la « troisième partie de carrière », les salariés visés par les dispositions susmentionnées bénéficient d'une visite médicale organisée entre leur 60^{ème} et le 61^{ème} anniversaires.

À cette occasion, si l'état de santé du salarié le justifie, le médecin du travail ou l'infirmier en santé au travail informe le salarié de la possibilité d'être reconnu inapte au travail dans les conditions prévues à l'article L. 351-7 du code de la sécurité sociale. Cette visite tient lieu de visite médicale au titre du suivi individuel du salarié. Le médecin du travail ou l'infirmier en santé au travail peut également orienter le salarié vers le rendez-vous de prévention prévu à l'article L. 1411-6-2 du code de la santé publique (rendez-vous aux « âges clés » de la vie).

Pour libérer du temps médical pour un suivi individuel des salariés les plus à risque, l'organisation des missions des médecins du travail doit être revue pour répondre aux enjeux de prévention à destination des salariés pouvant être exposés à l'usure professionnelle, notamment au travers d'un suivi médical adapté s'agissant des visites d'information et de prévention :

- Les partenaires sociaux demandent qu'avant 45 ans, ces visites soient réalisées par des professionnels de santé autres qu'un médecin du travail, comme les infirmiers en santé au travail ou les médecins praticiens correspondants. Le professionnel de santé qui réalise la visite d'information et de prévention peut orienter, si nécessaire et en tant que de besoin, le travailleur vers le médecin du travail ;
- Le médecin praticien correspondant peut être le médecin traitant en application de l'ANI Santé au travail du 9 décembre 2020.

Références légales citées

Nouveaux textes

Article L3122-2

Version en vigueur depuis le 10 août 2016

Modifié par Ordonnance n°2017-1389 du 22 septembre 2017 - art. 1

I.-Constituent des facteurs de risques professionnels au sens du présent titre les facteurs liés à :

1° Des contraintes physiques marquées :

- a) Manutentions manuelles de charges ;
- b) Postures pénibles définies comme positions forcées des articulations ;
- c) Vibrations mécaniques ;

2° Un environnement physique agressif :

- a) Agents chimiques dangereux, y compris les poussières et les fumées ;
- b) Activités exercées en milieu hyperbare ;
- c) Températures extrêmes ;
- d) Bruit ;

3° Certains rythmes de travail :

- a) Travail de nuit dans les conditions fixées aux articles L. 3122-2 à L. 3122-5 ;
- b) Travail en équipes successives alternantes ;
- c) Travail répétitif caractérisé par la réalisation de travaux impliquant l'exécution de mouvements répétés, sollicitant tout ou partie du membre supérieur, à une fréquence élevée et sous cadence contrainte.

Article L4161-1

Version en vigueur depuis le 01 octobre 2017

Modifié par LOI n°2016-1088 du 8 août 2016 - art. 8 (V)

Tout travail effectué au cours d'une période d'au moins neuf heures consécutives comprenant l'intervalle entre minuit et 5 heures est considéré comme du travail de nuit.

La période de travail de nuit commence au plus tôt à 21 heures et s'achève au plus tard à 7 heures.

Article L3122-5

Version en vigueur depuis le 10 août 2016

Modifié par LOI n°2016-1088 du 8 août 2016 - art. 8 (V)

Le salarié est considéré comme travailleur de nuit dès lors que :

- 1° Soit il accomplit, au moins deux fois par semaine, selon son horaire de travail habituel, au moins trois heures de travail de nuit quotidiennes ;
- 2° Soit il accomplit, au cours d'une période de référence, un nombre minimal d'heures de travail de nuit au sens de l'article L. 3122-2, dans les conditions prévues aux articles L. 3122-16 et L. 3122-23.

Article L4624-3

Version en vigueur du 19 août 2015 au 01 janvier 2017

Transféré par LOI n°2016-1088 du 8 août 2016 - art. 102 (V)

Modifié par LOI n°2015-994 du 17 août 2015 - art. 26

I.-Lorsque le médecin du travail constate la présence d'un risque pour la santé des travailleurs, il propose par un écrit motivé et circonstancié des mesures visant à la préserver. L'employeur prend en considération ces propositions et, en cas de refus, fait connaître par écrit les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite.

II.-Lorsque le médecin du travail est saisi par un employeur d'une question relevant des missions qui lui sont dévolues en application de l'article L. 4622-3, il fait connaître ses préconisations par écrit.

III.-Les propositions et les préconisations du médecin du travail et la réponse de l'employeur, prévues aux I et II du présent article, sont transmises au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ou, à défaut, aux délégués du personnel, à l'inspecteur ou au contrôleur du travail, au médecin inspecteur du travail ou aux agents des services de prévention des organismes de sécurité sociale et des organismes mentionnés à l'article L. 4643-1.

Article L351-7 sécurité sociale

Version en vigueur depuis le 21 décembre 1985

Créé par Décret 85-1353 1985-12-17 art. 1 JORF 21 décembre 1985

Peut être reconnu inapte au travail, l'assuré qui n'est pas en mesure de poursuivre l'exercice de son emploi sans nuire gravement à sa santé et qui se trouve définitivement atteint d'une incapacité de travail médicalement constatée, compte tenu de ses aptitudes physiques et mentales à l'exercice d'une activité professionnelle, et dont le taux est fixé par décret en Conseil d'État.

Article L1411-6-2

Version en vigueur depuis le 28 décembre 2023

Modifié par LOI n°2023-1250 du 26 décembre 2023 - art. 41

Tous les adultes de dix-huit ans ou plus bénéficient de mesures de prévention sanitaire et sociale, qui comportent notamment des rendez-vous de prévention proposés aux assurés à certains âges. Ces rendez-vous de prévention peuvent donner lieu à des consultations de prévention et à des séances d'information, d'éducation pour la santé, de promotion de la santé et de prévention. Ces rendez-vous de prévention doivent aussi être le lieu de repérage des violences sexistes et sexuelles et des risques liés à la situation de proche aidant.

Ils ont notamment pour objectifs, en fonction des besoins, de promouvoir l'activité physique et sportive et une ali-

mentation favorable à la santé, de prévenir les cancers, les addictions et l'infertilité et de promouvoir la santé mentale et la santé sexuelle. Ils sont adaptés aux besoins de chaque individu et prennent notamment en compte les besoins de santé des femmes et la détection des premières fragilités liées à l'âge en vue de prévenir la perte d'autonomie. Les conditions dans lesquelles, à titre exceptionnel et lorsque l'assuré est dans l'impossibilité de se rendre à un rendez-vous physiquement, la télémedecine ou le télésoin peut être utilisé pour faciliter l'accès à ces rendez-vous de prévention sont définies par voie réglementaire.

Médecin praticien correspondant

Décret n°2023-1302 du 27 décembre 2023 relatif au médecin praticien correspondant
Dispositions du Code du travail



Article R4623-41

Version en vigueur depuis le 30 décembre 2023

Modifié par Décret n°2023-1302 du 27 décembre 2023 - art. 1

Le médecin praticien correspondant, mentionné au IV de l'article L. 4623-1, est un médecin non spécialiste en médecine du travail. Il dispose, au moment de la conclusion du protocole de collaboration avec le ou les services de prévention et de santé au travail interentreprises mentionnés à l'article R. 4623-43, d'une formation en santé au travail d'au moins cent heures théoriques, visant à acquérir des compétences au minimum dans les domaines suivants :

- 1° La connaissance des risques et pathologies professionnels et les moyens de les prévenir ;
- 2° Le suivi individuel de l'état de santé des salariés incluant la traçabilité des expositions et la veille sanitaire et épidémiologique ;
- 3° La prévention de la désinsertion professionnelle.

Cette formation est délivrée par un établissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel ou par

un ou plusieurs organismes certifiés dans les conditions prévues par l'article L. 6316-1, qui atteste de sa validation.

Par dérogation aux dispositions du premier alinéa, un médecin non spécialiste en médecine du travail peut, lorsqu'il conclut pour la première fois un protocole de collaboration, recevoir la formation que ces dispositions mentionnent dans l'année qui suit la conclusion de ce protocole. Le lien avec le médecin du travail est renforcé jusqu'à la délivrance de l'attestation de la validation de la formation suivie, dans les conditions prévues à l'article R. 4523-43.

Lorsqu'un médecin non spécialiste en médecine du travail devient médecin praticien correspondant pour la première fois, sa collaboration est précédée d'un séjour d'observation d'au moins trois jours dans le service de prévention et de santé au travail interentreprises avec lequel la collaboration est engagée.

Article R4623-42

Version en vigueur du 01 mai 2008 au 15 février 2010

Création Décret n°2008-244 du 7 mars 2008 - art. (V)

Le retrait de l'habilitation de l'intervenant en prévention des risques professionnels peut être sollicité auprès du collège régional compétent par :

- 1° L'employeur ;
- 2° Le président du service de santé au travail interentreprises ;
- 3° Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ;
- 4° Le comité d'entreprise ;
- 5° Les instances de surveillance prévues à l'article D. 4622-42 ;
- 6° Le directeur régional du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle.

Article R4623-43

Version en vigueur depuis le 30 décembre 2023

Modifié par Décret n°2023-1302 du 27 décembre 2023 - art. 1

Le protocole de collaboration, conforme au modèle défini par arrêté des ministres chargés du travail et de la santé et conclu entre le médecin praticien correspondant, le ou les médecins du travail de l'équipe pluridisciplinaire concernée et le directeur du service de prévention et de santé au travail interentreprises prévoit notamment :

- Jusqu'à la délivrance de l'attestation de la validation de la formation suivie par le médecin praticien correspondant, les modalités de mise en œuvre du lien renforcé avec le médecin du travail, mentionné à l'article R. 4623-41 ;
- Les types de visites ou d'examens médicaux confiés au médecin praticien correspondant dans le respect des dispositions du IV de l'article L. 4623-1 ;
- Les moyens matériels, les informations et les documents nécessaires à l'accomplissement de sa mission et mis à la disposition du médecin praticien correspondant par le service de prévention et de santé au travail interentreprises ;

- Les modalités de recours par le médecin praticien correspondant aux outils de télésanté au travail ;
- Les modalités de convocation des travailleurs aux visites et examens médicaux assurés par le service de prévention et de santé au travail interentreprises ;
- Les modalités de réorientation des travailleurs par le médecin praticien correspondant vers le médecin du travail ;
- Les modalités d'accès du médecin praticien correspondant au dossier médical en santé au travail et d'alimentation par celui-ci de ce dossier, dans le respect des conditions prévues par les articles R. 4624-45-3 et suivants.

Article R4623-44

Version en vigueur depuis le 30 décembre 2023

Modifié par Décret n°2023-1302 du 27 décembre 2023 - art. 1

À l'issue de chaque visite ou examen le médecin praticien correspondant délivre une attestation de suivi au travailleur et à l'employeur mentionnée à l'article L. 4624-1. Il peut, s'il l'estime nécessaire, orienter sans délai le travailleur vers le médecin du travail dans le respect du protocole mentionné à l'article R. 4623-43. Il ne peut pas proposer de mesures d'aménagement prévues à l'article L. 4624-3, ni déclarer un travailleur inapte à son poste de travail, en application des dispositions de l'article L. 4624-4.

Article R4623-45

Version en vigueur depuis le 30 décembre 2023

Modifié par Décret n°2023-1302 du 27 décembre 2023 - art. 1

Un arrêté pris par les ministres chargés du travail et de la santé après consultation de l'Assurance Maladie et du conseil d'orientation des conditions de travail détermine les montants minimaux et les montants maximaux de la rémunération due au médecin praticien correspondant par le service de prévention et de santé au travail interentreprises.

Certification périodique des professionnels de santé

Décret n° 2024-258 du 22 mars 2024 relatif à la certification périodique de certains professionnels de santé

Ce décret entre en vigueur le 25 mars 2024.

Le Code de la santé publique est modifié avec un titre intitulé « Développement professionnel continu et certification périodique des professionnels de santé » comprenant les articles suivants.

Obligation de certification

Article R. 4022-6 – « Les professionnels de santé mentionnés à l'article L. 4022-3 [comprenant les médecins et les infirmiers] sont soumis à l'obligation de certification périodique lorsque :

1° Ils sont en exercice, y compris ceux qui sont placés dans la position d'activité définie à l'article L. 4138-2 du code de la défense et ceux mentionnés au 7° et au 8° de l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale ;

2° Ils exercent les fonctions de personne responsable mentionnées aux II et III de l'article L. 5142-1 du présent code. »

Article R. 4022-7 – « Pour satisfaire à l'obligation de certification périodique, les professionnels de santé concernés attestent avoir réalisé, au cours d'une période de six ans, au moins deux actions prévues dans le ou les référentiels de certification définis à l'article L. 4022-7 applicables pour chacun des objectifs définis au I de l'article L. 4022-2. »

Article R. 4022-8 – « L'ordre professionnel compétent ou, le cas échéant l'autorité militaire, peut conditionner la reprise d'activité à la réalisation d'actions dont certaines sont définies dans le ou les référentiels de certification applicables au professionnel concerné. »

Les référentiels de certification

Article R. 4022-9 – « Les référentiels de certification périodique sont élaborés en prenant en compte les référentiels de formation initiale applicables à chacune des professions mentionnées à l'article L. 4022-3.

Les conseils nationaux professionnels compétents veillent à l'actualisation régulière des référentiels dans les conditions prévues à l'article L. 4022-8. »

Article R. 4022-10 – « Outre les actions qui doivent figurer dans les référentiels de certification périodique en vertu du II de l'article L. 4022-2, les référentiels peuvent également prendre en compte :

1° Les actions de formation mentionnées à l'article L. 6223-8 [du Code du travail] ainsi qu'aux 1° et 2° de l'article L. 6313-1 du code du travail ;

2° Les actions de formation diplômantes définies aux articles L. 613-1 et L. 613-2 du code de l'éducation ;

3° Les actions menées dans le cadre de démarches collectives sur un territoire, telles que les protocoles de coopération mentionnés à l'article L. 4011-1 du présent code, dans un établissement de santé, un établissement médico-social ou une structure d'exercice coordonné ;

4° Les actions développant des compétences transversales aux objectifs définis au I de l'article L. 4022-1 du présent code pour améliorer les parcours de santé ;

5° Les actions permettant de développer une démarche interdisciplinaire des pratiques professionnelles et de garantir leur sécurité ;

6° Toute autre action visant à développer la prévention en santé, à garantir les bonnes pratiques et concourant à la gestion des risques, qu'elle soit individuelle ou collective, pouvant être proposée par les structures d'exercice. »

Article R. 4022-11 – « Les actions définies dans les référentiels de certification périodique sont dispensées par :

1° Les organismes de formation mentionnés par l'article L. 6351-1 A du code du travail ;

2° Les organismes ou structures mentionnés par l'article L. 4021-7 du présent code ;

3° Les établissements publics à caractère scientifique, culturel et professionnel ;

4° Les structures chargées de la formation et de l'enseignement relevant du ministre des armées mentionnées par le décret n° 2008-429 du 2 mai 2008 relatif aux écoles et à la formation du service de santé des armées. »

Exonération de l'obligation

Article R. 4022-12 – « Lorsque les professionnels de santé définis à l'article R. 4022-6 n'exercent pas d'activités de soins directement auprès de patients, ces professionnels n'ont pas à réaliser, au titre de leur obligation de certification périodique, les actions requises au titre de l'objectif prévu par le 3° du I de l'article L. 4022-2. »

Article R. 4022-13 – « Lorsque les professionnels de santé définis à l'article R. 4022-6 sont soumis à des formations obligatoires spécifiques conditionnant l'exercice de leur pratique professionnelle, ces professionnels n'ont pas à réaliser, au titre de leur obligation de certification périodique, les actions requises au titre de l'objectif prévu par le 2° du I de l'article L. 4022-2. »

Modalités et périodicité de la certification

Article R. 4022-14 – « La période de six ans mentionnée au I de l'article L. 4022-2 au cours de laquelle le professionnel de santé doit satisfaire son obligation de certification périodique commence, pour tout nouvel exercice ou reprise d'exercice, à compter de la date d'inscription à l'ordre. »

Article R. 4022-15 – « Lorsqu'un professionnel de santé change de profession de santé, une nouvelle période de six ans commence dans les conditions prévues à l'article R. 4022-14. »

Article R. 4022-16 – « Lorsqu'un professionnel de santé interrompt son activité, au cours de la période mentionnée à l'article R. 4022-14, pour une durée cumulée supérieure à trois ans, il est mis fin à la période de certification. »

Article R. 4022-17 – « Lorsqu'un professionnel de santé change de spécialité ou d'activité au sein de la même profession au cours de la période mentionnée à l'article R. 4022-14, ce professionnel met en œuvre les actions restant à réaliser en tenant compte du référentiel de certification de sa nouvelle spécialité ou activité si elles n'avaient pas été réalisées au titre de son ancien référentiel. »

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000049314991>

Article L4022-3

Version en vigueur depuis le 01 janvier 2023

Création Ordonnance n°2021-961 du 19 juillet 2021 - art. 1

Sont soumis à une obligation de certification périodique les professions de médecin, de chirurgien-dentiste, de sage-femme, de pharmacien, d'infirmier, de masseur-kinésithérapeute et de pédicure-podologue.

Conformément à l'article 3 de l'ordonnance n° 2021-961 du 19 juillet 2021, ces dispositions s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2023.

espace
Santé
au Travail

Appel à Participation

si vous voulez réagir à un article, contribuer à la revue la revue espace santé au travail, proposer des articles, Envoyez un e-mail à l'adresse

santeautravail@cfecgc.santesocial.fr

Réunion d'informations et d'échanges sur la Position CFE-CGC

Le jeudi 6 juin 2024 de 16h00 à 17h30

L'offre socle et la certification : un encadrement des professionnels de santé vers une santé au travail dégradée ou une démarche vertueuse au service de la prévention ?

Drs Anne Michèle Chartier et Stéphane Le Boisselier
Présidente et Secrétaire Général syndicat CFE-CGC Santé au Travail
Membres du COCT et du CNPST

Plan

Historique : l'ANI et la loi du 2 août 2021. Les objectifs des partenaires sociaux.

L'offre socle

- ◆ Ce qu'elle devrait être
- ◆ Ce qu'elle devient, les dérives
- ◆ Les points de vigilance du Syndicat Santé – Travail

La certification

- ◆ Ce qu'elle devait être
- ◆ Ce qu'elle peut devenir
- ◆ Les points de vigilance du Syndicat Santé – Travail

Les positions du Syndicat CFE-CGC Santé – Travail pour le futur

Historique

L'ANI qui a conduit à la loi du 2 août 2021 et ses décrets, a pris en considération les problématiques suivantes relevées par les partenaires sociaux :

- ◆ Les SPSTI n'apportent pas de plus-value pour les petites entreprises qui paient la même cotisation que les grosses.
- ◆ Le service rendu n'est ni harmonisé, ni transparent.
- ◆ De grosses variations de qualité de service rendu entre SPSTI pour des cotisations variables mais dont le niveau n'est pas corrélé à la qualité du service rendu.
- ◆ Pour les petites entreprises, une visite par salarié, tous les 5 ans résume le contact entre l'employeur et le SPSTI.

Ces constatations ont permis de construire à partir de la loi :

◆ L'offre socle

Elle a été écrite par les partenaires sociaux membres du CNPST représentant les 3 organisations patronales (MEDEF, CPME, U2P) et les 5 organisations salariés (CFE-CGC; CFDT, CGT, FO, CFTC).

◆ La certification

Le cahier des charges a été rédigé par les partenaires sociaux. L'AFNOR en prenant appui sur l'offre socle et le cahier des charges a construit la SPEC 27 en association avec des représentants des partenaires sociaux.

L'offre socle ce qu'elle est et devrait être

Elle est définie de façon précise et détaillée dans le décret du 25 avril 2022 de façon à délivrer un vrai service rendu de qualité au bénéfice des employeurs et des salariés. Trois champs sont bien identifiés.

- ◆ **La prévention des risques professionnels** avec l'affirmation de la primauté de la prévention primaire. La prévention primaire implique la majorité des métiers de la prévention. L'accent est mis sur les actions de prévention, la FE et le repérage des risques sur les lieux de travail et l'aide au DUER. Les compétences des IPRP sont cités : métrologie (bruit éclairage vibration), risque chimique, ergonomie, RPS, organisation du travail. Des objectifs chiffrés sont demandés.

- ◆ **Le suivi individuel**, exercé par des médecins du travail qui délèguent à des infirmiers en santé au travail. C'est une prévention individualisée aussi bien des risques du travail que de santé publique.
- ◆ **La prévention de la PDP** avec la constitution de cellule PDP et l'arrivée de nouveaux acteurs. Les fonctions sont de repérer, d'analyser les situations et d'accompagner les salariés.

Les dérives de l'offre socle

L'offre socle est exigeante, avec notamment des objectifs chiffrés et des objectifs de qualité (déplacements sur les lieux de travail, personnel qualifié en ergonomie risque chimique, etc).

Elle met en évidence certains services qui sont en difficulté car :

- ◆ Depuis 1989 ils ne se sont pas attachés à réaliser les FE et ils n'ont pas embauché le personnel suffisant.
- ◆ Ils ne recrutent pas un personnel suffisamment qualifié pour réaliser l'aide au DUER et des préconisations.

Des **pratiques contestables** se mettent en place :

- ◆ Contournement des actions de prévention en utilisant des logiciels où les risques sont renseignés exclusivement par l'employeur sans visite systématique sur les lieux de travail.
- ◆ Proposition d'aide au DUER en offre complémentaire.
- ◆ Limitation de la durée des actions de prévention à un jour pour toutes les entreprises.
- ◆ Étude de poste par téléphone.

Les points de vigilance du syndicat

La visite sur site de l'entreprise doit rester la règle. Elle doit être accessible à tous les salariés de la prévention pour :

- ◆ Évaluer la réalité des risques et des conditions de travail.
- ◆ Proposer des actions de prévention.

La FE : réalisée par tous les personnels de prévention car c'est l'occasion de se rendre dans l'entreprise et d'apprécier la réalité des risques et permettre de délivrer un discours préventif circonstancié.

L'aide au DUER : un service rendu qui prend toute sa dimension si tous les risques sont abordés y compris RPS et organisation du travail.

Les Webinaires ne peuvent pas représenter l'essentiel des actions de prévention tous les 4 ans.

La téléconsultation ne peut devenir la règle au motif de remplir ses obligations.

Les logiciels sont à harmoniser entre services pour le DUER et la FE.

La certification : ce qu'elle devrait être

Elle doit vérifier la mise en œuvre effective de l'offre socle, en qualité comme en quantité. Elle est construite sur l'offre socle. Les offres pour les travailleurs indépendants sont concernées. Les offres complémentaires n'en font pas partie.

Elle prend en compte le niveau de maturité des SPSTI en instaurant 3 niveaux.

- ◆ Un niveau initial, point de départ.
- ◆ Un niveau présentant les moyens mis en œuvre pour rendre l'offre socle dans son entièreté.
- ◆ Le dernier niveau est le rendu complet de l'offre socle (au maximum dans les 5 ans).

La certification : ce qu'elle peut devenir

- ◆ Des auditeurs peu experts en santé au travail.
- ◆ Des auditeurs qui véhiculent des messages dirigés (pas de visite à la demande du salarié sans fiche de visite par exemple).
- ◆ Certains services demandent directement leur certification au niveau 3. Au niveau 3, la totalité de l'offre socle doit être rendue ou les écarts par rapport à l'attendu doivent être expliqués. Nous nous inquiétons d'une stratégie des services visant à démontrer que le rendu de l'offre socle est impossible.

La certification : points de vigilance du syndicat

- ◆ Les résultats de la certification sont un enjeu majeur de la pérennité du système de santé au travail.
- ◆ Si la certification met en évidence un service qui ne peut être rendu cela remettra en cause la loi du 2 août 2021 et se reposera la question de France santé au travail.

Le futur : positions du syndicat

Des points génériques et fondamentaux sont des préalables qui permettraient des gains en termes d'efficacité, de sérénité, de temps :

- ◆ De **personnels formés, compétents**, d'un niveau permettant un réel accompagnement personnalisé des entreprises et des salariés. **Un certain nombre de ces métiers ne souffrent d'aucune pénurie.**
- ◆ Des **logiciels réellement adaptés et interopérables** permettant la traçabilité et l'exhaustivité des expositions aux risques.
- ◆ Ces recommandations et conduites à tenir harmonisées exhaustives sur chacun des risques professionnels validés par la HAS.

Le futur : positions du syndicat sur la prévention primaire

Les éléments consensuels fondamentaux rappelés dans l'offre socle, la certification sont :

- **La FE** : repérage des risques et actions de prévention à mettre en œuvre. Une FE revue tous les 4 ans par entreprise ou lieu de travail.
- **Le DUER** : aide au DUER pour le repérage, l'évaluation et la prévention des risques notamment les petites entreprises (de la responsabilité de l'employeur, qui n'est pas obligé de solliciter le SPSTI, ni d'écouter).
- **Les actions de prévention** : Une action tous les 4 ans par adhérent.

La CFE CGC insiste sur les formations de qualité et l'embauche de professionnels qualifiés.

Un SPSTI a besoin :

- D'IPRP en capacité de repérer les risques mais aussi de les évaluer : Techniciens pour les FE complexes et l'aide au DUER. Ils doivent être en capacité de préconiser des actions de prévention pertinentes adaptées aux réalités de l'entreprise. L'aide, pour être efficace, doit être personnalisée en fonction de la situation et non prédéfinie en fonction du risque. L'aide au DUER est un accompagnement jusqu'à la réalisation du plan de prévention. **Il n'y a pas de pénurie pour ces métiers.**
- D'infirmiers : IPA, IDEST pour la prévention collective et individuelle et pour la réalisation des FE.
- De médecins du travail.
- Tous ces professionnels de la prévention doivent se déplacer dans les entreprises pour comprendre les enjeux du monde de l'entreprise et doivent avoir les moyens de réaliser des actions de qualité en entreprise.

Le futur : positions du syndicat sur le suivi individuel

Il est exercé par les médecins du travail (ou en formation) et les infirmiers actuellement IDE ou IDEST. Le MPC est prévu depuis la loi du 2 août 21, il manque un arrêté pour le rendre opérationnel.

Le suivi individuel est un acte de prévention, prévention primaire d'information sur les risques au travail, prévention en santé publique, prévention secondaire de repérage des affections en lien avec le travail, prévention tertiaire d'adaptation des capacités restantes à un travail.

Le système actuel est conçu avec des médecins du travail et des infirmiers formés en santé au travail qui travaillent sous délégation du médecin du travail. Le médecin a la

responsabilité de cette délégation. Le médecin du travail, à travers sa délégation protocolisée, reste responsable du suivi du salarié.

Pour la CFE-CGC, l'augmentation des heures de formation des infirmiers était réclamée depuis longtemps. Ces 240 heures leur donnent les connaissances nécessaires pour accomplir leurs missions actuelles. En revanche étendre leurs champs d'action à la PDP, au suivi d'aménagement de poste, relève d'une responsabilité supérieure (et donc d'une indépendance) de niveau Bac + 5.

Cet élargissement du champ des IDEST ne peut se faire que par un statut d'IPA. La délégation élargie et systématisée pour être acceptée, acceptable et sereine n'est possible qu'avec :

- Un statut bac + 5.
- Une indépendance et une autonomie en lien avec le niveau bac +5.
- Des protocoles de délégations nationaux par risques, validés (ils seront adaptés en fonction des formations en cours).
- La décharge de la responsabilité des médecins.

La sérénité de la délégation pour les infirmiers et les médecins passe par des protocoles précis consensuels et validés accessibles dans une base de données nationales (cf. l'Espagne).

La délégation notamment des visites de pré-reprise et de reprise s'exerce dans le cadre du décret de compétence des infirmiers : l'infirmier réalise un entretien (et des examens complémentaires éventuels) sous protocole de délégation. Le conseil d'état a rappelé que c'était au médecin de décider de ces délégations et à lui personnellement.

Nous pensons que, si les visites de reprise du travail et préreprise ne sont très peu déléguées, c'est qu'elles ne rentrent pas dans le champ de la délégation du décret infirmier (sauf visite de reprise maternité). L'examen clinique, l'interprétation des examens complémentaires, l'appréciation de l'évolution d'une maladie, les préconisations d'aménagement de poste qui découlent des constatations précitées sont les éléments qui ne permettent pas de déléguer ces visites. Les examens de reprises maladie sont déclenchés après 2 mois d'arrêt ce qui correspond à des pathologies sérieuses. Une visite différée avec le médecin à la suite de l'entretien infirmier peut nuire au salarié comme à l'employeur qui ne va pas pouvoir lui faire reprendre le travail sans cette visite.

En revanche les visites régulières des SIR seraient déléguables de façon systématique. C'est là où les protocoles nationaux et validés sont indispensables.

Certaines visites d'embauche SIR seraient déléguables aux infirmiers : visite H0B0 et certains risques biologiques.

Pour la CFE-CGC l'introduction des IPA dans les SPSTI est nécessaire. Le manque de reconnaissance pour cette profession est criant. Déjà dans certains services l'IDEST doit réaliser toutes les délégations voire plus à travers des expérimentations sauvages ou des injonctions des directions.

L'organisation autour du médecin du travail d'une équipe avec un infirmier IST et un infirmier IPA qui se répartissent les suivis individuels est une organisation qui paraît efficiente. Au-delà le recours sans délai au médecin du travail n'est pas assuré.

Le médecin praticien correspondant :

C'est une volonté du patronat qui pense résoudre les problèmes de pénurie des médecins du travail. Cependant c'est un médecin qui :

- Ne connaît pas le milieu du travail.
- Ne peut pas déléguer de tâches à l'IST dans le cadre de protocoles.
- Ne peut pas encadrer une IDE durant sa formation.
- N'est pas compétent en PDP.

Lui donner plus de prérogatives (proposition du patronat dans négociation de la loi pacte, non aboutie) c'est revenir 40 ans en arrière. Époque où le diplôme de médecine du travail se déroulait en 1 an sans contact avec le milieu du travail. Ce système avait été amélioré au bénéfice des employeurs et des salariés reliant la santé au travail et les conditions de travail.

C'est aussi une façon de déconnecter la médecine du travail des conditions de travail réelles, ce qui est la force de la médecine du travail française.

Avant d'élargir le champ des actions du MPC, il faut disposer d'un retour sur sa mise en place.

Conclusion

- Notre système de santé au travail a besoin de stabilité pour assurer son attractivité.
- Le service rendu doit être de qualité pour assurer la pérennité des SPSTI.
- Des protocoles et des conduites à tenir harmonisés, validés et nationaux sécuriseraient les délégations.
- Des logiciels interopérables avec un cahier des charges national harmoniserait et professionnaliserait la prévention et la traçabilité
- Volonté commune exprimée par les OS et le patronat au CNOCT de la nécessité de former des infirmiers IPA.
- Le message de la ministre est encourageant sur la pénurie de médecins du travail.

Le futur : positions du syndicat sur la prévention de la désinsertion

• La PDP est un élément individualisé par l'offre socle. Des moyens y sont précisés avec la mise en place d'une cellule de prévention de la désinsertion, dans chaque SPSTI. La composition de la cellule est définie : conseiller emploi formation, assistant sociale, ergonomiste et psychologue. Le médecin y garde toute sa place pour faire le lien avec le salarié.

• Pour la CFE-CGC la prise en charge d'un salarié ne peut être qu'un travail d'équipe. Médecin pour le diagnostic et le suivi des actions, assistant social pour les informations sur la prise en charge du handicap, l'orientation professionnelle et les liens avec les cellules de l'Assurance Maladie. Hormis les médecins, ces professions ne connaissent pas de pénurie.

• Pour la CFE-CGC la formation des acteurs au handicap et au maintien dans l'emploi est indispensable. L'utilisation des cellules PDP de l'Assurance Maladie en lieu et place de la cellule PDP du SPSTI avec des assistantes PDP pour faire le lien est une vision minimaliste préconisée par certains SPSTI qui ne peut satisfaire l'orientation voulue par les partenaires sociaux.



Demande d'adhésion 2024

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :
Mme M.
Nom Prénom
Adresse
Code postal Commune.....
Ligne directe de bureau
Tél. domicile..... Portable.....
Email indispensable pour toute correspondance et envoi des justificatifs fiscaux.....

EMPLOYEUR
N° Siret (obligatoire)
Profession Fonction
Etablissement Date d'entrée
Service
Adresse
Code postal Commune
Nbre de salariés Nom du Délégué Syndical (le cas échéant)
Caisse Retraite Caisse Retraite Cadre

Tarif des cotisations 2024.

Pour information, 128,6 € sont reversés à la Fédération

Table with 2 columns: Médecins du Travail and Autres membres équipe de Santé au Travail. Rows list categories like Actifs et retraités actifs, Retraités sans activité, Nouveaux adhérents et internes with corresponding amounts in Euros.

DON libre en plus de la cotisation syndicale :
POUR LES SALARIÉS SYNDIQUÉS DANS D'AUTRES SYNDICATS DE LA CFE-CGC, mais n'appartenant pas à la Fédération, un don est possible pour bénéficier des informations concernant nos métiers.
50 € 100 € autres > 50 € :

Modalités de paiement :
- Soit par chèque à l'ordre de : CFE-CGC Santé au Travail
- Soit en remplissant une demande de prélèvement automatique sans limitation de durée. Il faut nous prévenir dès que vous voulez arrêter ces prélèvements, si vous changez de banque ou de statut (comme la retraite).
- Par virement bancaire (nous contacter)

Santé au Travail CFE-CGC
39 rue Victor Massé 75009 Paris
Tél : 01 48 78 80 41 – Courriel : santeautravail@cfecgc-santesocial.fr
Une attestation fiscale à joindre à votre déclaration de revenus 2023 vous sera adressée en fin d'année uniquement par mail après paiement de votre cotisation.

Ale Signature

Mentions légales relatives à l'adhésion et à la protection des données personnelles de l'adhérent
Les données collectées vont servir à la réalisation de nos activités syndicales y compris administratives (fichiers adhérents, inscription aux formations, tenue de réunions/colloques/événements, cotisations...). La base légale de leur traitement est l'intérêt légitime, car elles nous permettent de mettre en œuvre nos activités syndicales au service de nos adhérents, mais aussi de l'ensemble des salariés conformément à la notion de représentativité syndicale. Le recueil de ces données est obligatoire, notamment en ce qu'elles nous permettent d'animer notre réseau syndical sans quoi il nous serait impossible de mener à bien notre activité et de procéder à votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatisé, éventuellement à l'aide d'un sous-traitant moyennant les garanties appropriées, et ne sont pas commercialisées. Nous les conservons en base active tout au long de l'adhésion, puis pendant deux ans à compter de la perte de qualité d'adhérent. Intervient ensuite leur archivage intermédiaire pour une durée de trois ans. Elles sont alors détruites. Vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification, d'opposition, d'effacement et à la limitation du traitement en nous écrivant par mail ou à l'adresse ci-dessus. Si vous estimez, après nous avoir contacté, que vos droits « Informatiques et Liberté » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL. En adhérant, j'accepte que mes données personnelles et syndicales soient communiquées aux structures d'affiliation CFE-CGC (syndicales, fédérales et confédérales) afin de permettre la réalisation de nos activités syndicales et d'administration interne (fichiers adhérents, inscription aux formations, colloques/événements, état des paiements de cotisations...).

Dater, écrire la mention « lu et approuvé » et signer Date : Signature :



Les Annonces de Recrutement



PRENEZ PLACE À BORD, DEVENEZ MÉDECIN CHEZ SNCF

La SNCF recrute des médecins du travail en CDI et en CDD, à temps complet ou temps partiel sur toute la France.

Profil recherché :

- Médecin diplômé d'un DES / CES en médecine et santé au travail et inscrit à l'ordre national des médecins
- Médecin collaborateur en reconversion professionnelle inscrit à un DIU en médecine et santé au travail

Vos missions :

- Vous êtes responsable du suivi en santé au travail d'un maximum de 2500 salariés à temps plein
- Vous accompagnez les établissements pour améliorer les conditions de travail, l'hygiène et la sécurité
- Vous assurez la surveillance médicale et apporter des conseils en prévention
- Vous proposez des aménagements de postes et de maintien dans l'emploi
- Vous participez à des groupes de travail et d'études sur la prévention des risques professionnels, prévention de la désinsertion professionnelle, etc

Votre quotidien, en tant que médecin du travail:

- Travail en pluridisciplinarité et notamment avec du personnel infirmier formé pour réaliser les délégations d'actes
- Collaboration avec un réseau professionnel interne (Pôle de soutien psychologique, action sociale)
- Collaboration avec un plateau technique (médecine spécialisée, laboratoires, cellules de toxicologie et d'épidémiologie)
- Un réseau de 95 médecins du travail

RDV SUR LE SITE EMPLOI :

ACCUEIL | EMPLOI SNCF



SNCF
Optim'services

RÉSEAU
PRO+
SANTÉ

L'OUTIL DE COMMUNICATION DES ACTEURS DE LA SANTÉ



Médecins - Soignants - Personnels de Santé

1^{er} Réseau Social
de la santé



Retrouvez en ligne des
milliers d'offres d'emploi



Une rubrique Actualité
qui rayonne sur
les réseaux sociaux

1^{ère} Régie Média
indépendante
de la santé



250 000 exemplaires de
revues professionnelles
diffusés auprès des
acteurs de la santé



Rendez-vous sur
www.reseauprosante.fr



Inscription gratuite

☎ 01 53 09 90 05

✉ contact@reseauprosante.fr

Fiche d'entreprise / Document unique Quelles différences?

Fiche d'Entreprise (FE)

Obligation du service de santé
au travail
Articles R 4624-46 à R 4624-50
du Code du Travail

Repérage des risques
professionnels, description de
l'activité et des conditions de
travail

Appréciation des actions déjà
mises en place

Mise à jour de la fiche
d'entreprise autant que de
besoin

Remise à l'employeur
Tenue à disposition du CSSCT,
des délégués du personnel, du
Directeur régional du travail, de
l'inspecteur du travail, de la
CARSAT, des organismes de
prévention

Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels (DUERP)

Obligation de l'employeur
Articles R 4121-1 à R 4121-4 du
Code du Travail

Inventaire exhaustif, à priori, des
risques par unité de travail ou
groupe homogène d'exposition

Évaluation, hiérarchisation
Actions déjà mises en place et
actions à mettre en œuvre (plan)

Mise à jour du DUERP à minima
annuelle

Tenu à disposition des
travailleurs, du CSSCT, des
délégués du personnel, du
Médecin du travail, de
l'Inspecteur du travail, de la
CARSAT

Préconisations et plans d'actions

