

RAPPORT ISSINDOU, LE SÉISME ...
... EN ATTENDANT LA RÉPLIQUE.



LA RÉPLIQUE SISMIQUE EST ARRIVÉE

ESPACE Santé au Travail

N°54

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

ABONNEMENT

Abonnement annuel : 50 euros

Le numéro : 15 euros

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

Bernard Salengro

COMITÉ DE LECTURE

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

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

EDITEUR & REGIE PUBLICITAIRE

Macéo éditions

Kamel Tabtab, Directeur

06, Av. de Choisy - 75013 Paris

Tél. : 01 53 09 90 05

E-mail : maceoeditions@gmail.com

<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.

Imprimé à 2500 exemplaires. Impression Printcorp.

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.



www.cfecgc-santetravail.fr

SOMMAIRE

03

EDITORIAL

06

ACTUALITÉS

Loi Travail : Un Air de Tango pour la Santé au Travail

(R)Évolution de la Médecine du Travail

**Disparition de l'Aptitude en Médecine du Travail
après 70 ans de bons et loyaux services**

Réflexions sur la "modernité" de l'article 102 titre V de la loi
travail, à propos de l'aptitude

22

NOS PROFESSIONS

Quel avenir en santé au travail ?

Le Métier de Médecin du travail

25

ACTUALITÉS

**La position du GPO commission spéciale du COCT
donnant l'avis des partenaires sociaux sur les
attentes au sujet des futurs textes de médecine du
travail**

32

ASSEMBLÉE NATIONALE

**Le Burn Out et sa reconnaissance en maladie
professionnelle**

**Non-assistance à personne en danger ! Quand
allons-nous réveiller ?**

42

NOS PROFESSIONS

**Quelle responsabilité dans le cadre de l'équipe
pluridisciplinaire et dans la CMT pour le médecin**

45

BULLETIN D'ADHÉSION

47

ANNONCES DE RECRUTEMENT



Dr Bernard SALENGRO
Président Santé au Travail CFE-CGC

La bombe est lancée, le gouvernement jouant les apprentis sorciers a essayé avec la loi Macron, puis la Loi Rebsamen enfin en passant par le rapport Issindou, a réussi avec la loi El Khomri à passer son texte pour déstabiliser le fonctionnement des services.

Les décrets ne sont pas encore parus au moment où j'écris, mais incontestablement cela va considérablement modifier la possibilité d'être en situation de veille des problèmes émergents.

Entre la suppression des visites d'embauche et la dilution attendue de la fréquence de rencontre avec les salariés dits non à risque, on peut s'attendre à une division par deux des actes de visites médicales. Certes cela donnera du temps pour enfin examiner les conditions de travail, mais privés de la reconnaissance du rôle médical par les salariés et privés des informations reçues dans l'intimité du cabinet médical, ce sera très différent dès janvier 2017.

Ce transfert vers l'examen des conditions de travail pour une prévention primaire ne pourra se faire que si les directions de service jouent le jeu et ne cherchent pas comme d'habitude la prestation au moindre coût !

Certains universitaires pensent que cela pourrait aussi bien fonctionner en ne conservant que le contact avec les postes à risque et les salariés demandeurs, on voit bien que faisant partie des hauts fonctionnaires et provenant le plus souvent d'autres spécialités, ils ne savent pas comment s'établissent les rapports entre salariés et employeurs dans l'entreprise !

Le résultat de leur action se lit facilement là où ils sont en responsabilité : il n'y a jamais eu aussi peu de candidats internes !

Votre syndicat est sur le pied de guerre pour intervenir dans les différentes étapes d'élaboration des textes des décrets au travers des instances où l'on siège comme le COCT et ses diverses commissions ainsi que le GPO et au travers des différentes formes de lobbying auprès des autorités.

Nous avons déjà obtenu quelques résultats comme les mentions suivantes obtenues à la demande de notre syndicat.

- ▶ Dans l'art L. 4622-3 et L. 4624-2 « la sécurité des tiers mais dans l'environnement immédiat » obtenu suite à l'action de la CFE-CGC.
- ▶ Dans l'art L. 4622-8 « les médecins animent et coordonnent l'équipe » suite au lobbying de la CFE-CGC.
- ▶ Dans l'art L. 4622-10 « dans le respect des missions générales prévues à l'article L. 4622-2 » afin de ne pas devenir sous-traitant de la DIRECCTE et de la CARSAT !
- ▶ Dans l'art L. 4622-9 l'insertion du service social dans le service de santé au travail est une très ancienne revendication de la CFE-CGC (cf. rapport GOSSELIN).

- ▶ Dans l'art D. 4622-30 « elle établit son règlement intérieur » car la première version établissait que le président du service présidait la commission, devant la demande de la CFE-CGC cela a été renvoyé à la négociation au niveau du service, la CFE-CGC demandant que cela soit présidé par un médecin élu par ses pairs.
- ▶ Dans l'art L. 4624-1 l'entretien d'embauche peut être réalisé par « un professionnel de santé » comme l'avait demandé la CFE-CGC et non comme initialement un membre sans précision de l'équipe pluridisciplinaire ce qui permettait n'importe quoi dans les services.

Votre syndicat est également sur le pied de guerre au sujet de la démographie des médecins du travail et des infirmiers en santé travail ! Les statistiques montrent que le renouvellement s'avère très difficile compte tenu de la formation insuffisante.

Nous sommes intervenus au niveau du conseil de l'Ordre national qui a partagé nos soucis et a décidé la création de groupes de travail avec les médecins du travail conseillers ordinaires.

A la suite de nos réactions médiatiques devant le peu de collaborateurs médecins retenus en région parisienne devant le nombre quatre fois plus important de candidats, nous avons été invités à la conférence des doyens de faculté de médecine. Christian Expert nous y a représenté et fait part de notre souci et de nos propositions que les médecins expérimentés puissent être enseignants tout comme les généralistes le sont pour les étudiants en médecine. Il y a entendu le professeur Soulat exposant sa vision d'une médecine du travail réservée aux salariés à risque et aux salariés qui le demandent, selon une vision restrictive de la directive de 89, un message déjà exposé au congrès. Il y a également entendu le professeur Soulat exposer que réduire la durée de formation des collaborateurs médecins, qui rappelons le sont déjà diplômés et expérimentés, réduirait l'attractivité de l'internat... comme si on pouvait faire pire que la situation actuelle !

Vous trouverez dans ce numéro :

- ▶ L'analyse du D^r Christian Expert du nouveau texte de loi et de ses répercussions sur notre exercice.
- ▶ Une réaction à un article paru dans le concours médical.
- ▶ Une réaction du D^r P.A. Jean du collectif de médecins du travail sur l'aptitude.
- ▶ Un article relatant un échange reçu sur linked in d'un jeune médecin se posant des questions sur son avenir avec en réponse ma réaction et un article du dr Christian Expert sur le métier de médecin du travail
- ▶ La position du GPO commission spéciale du COCT donnant l'avis des partenaires sociaux sur les attentes au sujet des futurs textes de médecine du travail.
- ▶ L'analyse d'un récent texte modifiant le secret médical.
- ▶ L'intervention du Dr Martine Keryer et de moi-même devant la commission de l'assemblée nationale au sujet du Burn Out et de sa reconnaissance en maladie professionnelle.

N'hésitez pas à faire parvenir vos réactions et réflexions, nos travaux sont collectifs et bénéficient toujours des avis de chacun. N'hésitez pas non plus à envoyer votre cotisation car contrairement à ce que vous pourriez lire dans certaines revues, les syndicats ne sont pas subventionnés par l'État et donc n'ont que vos cotisations pour fonctionner.

Pour information dans l'organisation, syndicat, fédération de syndicats et confédération générale qui réunit les fédérations, il n'y a qu'au niveau de la confédération où il y a un certain financement public à côté du financement par les cotisations en rapport avec les missions nombreuses qui y sont demandées. Mais rassurez-vous cela n'a rien à voir avec les sommes reçues par les partis politiques ou les journaux dits d'information ! C'est du niveau du cheval et de l'alouette !

Inscrivez-vous gratuitement
sur **ReseauProSante.fr**



le réseau social de tous les
professionnels de santé



Rejoignez votre
communauté et accédez à
des **milliers d'offres**



www.reseuprosante.fr est un site Internet certifié HONcode



Pour tous renseignements, 01 53 09 90 05 - contact@reseuprosante.fr



LOI TRAVAIL

Un Air de Tango pour la Santé au Travail

Dr Christian EXPERT

Expert confédéral CFE-CGC - Santé - Travail et Handicap

La loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, dite Loi travail, réforme une fois de plus la Santé au Travail.

Elle contient quelques dispositions qui constituent des avancées et d'autres qui sont manifestement des reculs et elle soulève des questions, beaucoup de questions.

Analysons cette leçon de Tango argentin mal maîtrisée.

1- Le harcèlement sexuel

- La loi **durcit** les règles et facilite l'accès des victimes aux recours : la victime peut seulement présenter des éléments de faits (au lieu d'établir des faits) laissant supposer (au lieu de présumer) un harcèlement sexuel.
- L'employeur doit désormais intégrer dans sa démarche de prévention la lutte contre les agissements sexistes et intégrer sa répression dans l'entreprise dans le règlement intérieur.

2- Rôle du médecin du travail : article L. 4622-3 du code du travail

- La loi MEK réduit le champ des tiers introduits (par la loi REBSAMEN) qui doivent être protégés par le médecin du travail - La CFE-CGC est pour beaucoup, du fait de sa communication, dans ce retour à plus de raison.
- Désormais, pour le médecin du travail, les tiers sont les personnes qui ne sont pas des travailleurs qui évoluent dans l'environnement immédiat du travail et qui présentent un risque « manifeste » d'atteinte de leur santé et de leur sécurité par l'activité de travail.



- Pourtant, le législateur dans sa précipitation, ne maîtrisant pas le rythme de la musique, a oublié un pas en arrière ou en avant selon le regard porté. En effet, seul l'article L. 4622-3 qui concerne les missions du médecin du travail a été amendé dans le sens de la réduction du champ des « tiers » constitué de tous les terriens. L'article L. 4622-2 qui traite des missions des services de santé au travail a été « oublié ».
- Les médecins du travail sont évidemment soulagés de ne plus devoir porter le poids du monde. Mais ce sont **désormais les directeurs de services de santé au travail** qui sont les nouveaux atlas avec le soutien « Herculéen » des membres non médecins de l'équipe pluridisciplinaire.



Les Travaux d'Hercule : Hercule aide Atlas à soutenir le ciel (Hollstein 91) - Petit Palais

3- L'équipe pluridisciplinaire grandit

- Le collaborateur médecin du travail et l'interne en médecine du travail font désormais partie de l'équipe pluridisciplinaire.

4- La visite d'embauche est profondément modifiée (Article L. 4624-1 du code du travail)

- La loi maintient malgré tout que chaque travailleur bénéficie d'un suivi individuel de son état de santé.
- **La norme** : chaque salarié bénéficie d'une visite d'information et de prévention APRÈS l'embauche. Cette visite est assurée par le médecin du travail **OU** par le collaborateur médecin, l'interne en santé au travail et l'infirmier en santé au travail. Ces derniers sont placés SOUS L'AUTORITÉ du médecin du travail et donc sous SA RESPONSABILITÉ. Pas d'aptitude mais délivrance d'une attestation (de suivi).
- Attention ! « Le professionnel de santé qui réalise la visite d'information et de prévention peut orienter le travailleur, **sans délai**, vers le médecin du travail, dans le respect du protocole élaboré par ce dernier ». Ce qui, pour nous, **implique la présence permanente et la disponibilité immédiate du médecin du travail « responsable »**.
- Selon l'article nouveau L. 4624-8, **le dossier médical** est toujours constitué par le médecin du travail, **alors que lors de la visite d'embauche les salariés sans risques particuliers peuvent ne pas être vus par lui**.

Question

- **Comment fait-on en pratique pour la visite d'embauche ?**
- **Le médecin du travail constitue le dossier sans voir le salarié ????????**
 - ▶ **La CFE-CGC a obtenu que cette visite d'information et de prévention soit réalisée par les professionnels de santé** de l'équipe pluridisciplinaire et non par tous les membres de cette équipe comme le projet le prévoyait initialement.
 - ▶ L'exception : La visite d'aptitude pour les travailleurs exposés à des **risques particuliers**.

Article L. 4624-2 du code du travail :

« Tout travailleur affecté à un poste présentant des risques particuliers pour sa santé ou sa sécurité ou pour celles de ses collègues ou des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail bénéficie d'un suivi individuel renforcé de son état de santé. Ce suivi comprend notamment **un examen médical d'aptitude**, qui **se substitue** à la visite d'information et de prévention prévue à l'article L. 4624-1. ».

Cette visite d'aptitude est effectuée par le médecin du travail **Sauf « lorsque des dispositions spécifiques le confient à un autre médecin. »**

Un **chauffeur routier**, un pilote d'avion sont soumis à des visites d'aptitude spécifiques assurées par d'autres médecins (médecin dit de préfecture, médecine de l'aviation civile). **Nous comprenons que dans ce cas le médecin du travail n'aura pas à faire de visite d'aptitude !!!**

Questions

- **Quelle attitude devra avoir le médecin du travail qui constatera** lors de la visite d'information ou de prévention que le chauffeur poids lourds présente une contre-indication médicale à la conduite (à l'heure actuelle le secret médical n'est pas partagé entre ces médecins) ????
- **Comment peut-on envisager d'engager une procédure d'inaptitude à l'encontre d'un chauffeur poids lourd** alors que le médecin du travail n'a pas à donner d'aptitude au même chauffeur puisque cette aptitude appartient à cet « autre médecin ». En effet, les textes suivants traitant de l'inaptitude sont muets là-dessus. ?????? Cette visite d'aptitude est effectuée avant l'embauche comme les SMR actuellement. Elle est renouvelée périodiquement. Article L. 4624-1 du code du travail : Tout travailleur qui manifeste son statut de RTH ou d'invalide lors de sa visite d'information et de prévention est orienté « sans délai » vers le médecin du travail pour bénéficier d'un suivi adapté. Visite d'aptitude ??? On peut le supposer mais le texte est muet là-dessus.

5- Les risques particuliers : qu'est-ce que c'est ???

Le texte : « risques particuliers pour sa santé ou sa sécurité ou pour celles de ses collègues ou des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail ».

- **Les salariés malades ? victimes d'AT/MP ? Handicapés ? invalides ? sont soumis a priori à des risques pouvant nuire à leur santé ou leur sécurité.**
- **Les salariés titulaires d'un poste de sécurité et présentant un état de santé susceptible de nuire à leur santé, leur sécurité ou celle des tiers évoluant dans l'environnement immédiat du travail devraient figurer sur la liste** (dépistage de contre-indications médicales au poste de grutier, de conducteur d'engins... comme le fait l'arrêté du 18 décembre 2015 modifiant l'arrêté du 21 décembre 2005 fixant la liste des affections médicales incompatibles avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire ou pouvant donner lieu à la délivrance de permis de conduire de durée de validité limitée.
- **La notion de postes à risques particuliers existe déjà dans le code du travail depuis 1990 – article L. 4154-2 CT (Voir circulaire du 30 octobre 1990).**
- **L'employeur** doit dresser la liste des postes à risques particuliers, demander l'avis du CHSCT et/ou des DP et celui du médecin du travail. Les salariés intérimaires, les CDD et les stagiaires occupant de tels postes doivent bénéficier d'une formation renforcée à la sécurité. Faute de quoi, en cas d'AT/MP la faute inexcusable est retenue « automatiquement » contre l'employeur. (On parle de présomption irréfragable de faute inexcusable). Dans la circulaire, ce sont les travaux en hauteur, les risques SMR, les postes soumis à CACES...
- Ce sont des décrets qui définiront les rôles de chacun des membres de l'équipe pluridisciplinaire et les modalités de définition de ces fameux postes à risques particuliers et les modalités du suivi renforcé :
- **L'article L. 4624-10 du code du travail :**

« Des décrets en Conseil d'Etat précisent les modalités d'action des personnels concourant aux services de santé au travail ainsi que les conditions d'application du présent chapitre, notamment les modalités du suivi individuel prévu à l'article L. 4624-1, les modalités d'identification des travailleurs mentionnés à l'article L. 4624-2 et les modalités du suivi individuel renforcé dont ils bénéficient. ».

6- Le suivi périodique

La loi travail est peu loquace à ce propos. L'article L. 4624-1 du code du travail précise seulement que « les modalités et la périodicité du suivi prennent en compte les conditions de travail, l'état de santé et l'âge des travailleurs, ainsi que les risques professionnels auxquels il est exposé. ».

- Il est permis de supputer que les salariés « sans risques particuliers ni personnels liés à l'état de santé, le handicap, l'état de grossesse, l'âge (les mineurs...) ni professionnels auront un suivi « allégé » dans la périodicité effectuée selon les mêmes modalités que la visite d'embauche.
- Les décrets définiront cette périodicité et le médecin du travail aura peut-être la main concernant le suivi des travailleurs à risques « personnels ».

7- Les salariés en CDD et les intérimaires

➤ Le principe :

Suivi individuel équivalent à celui des salariés en CDI.

Malgré tout « adaptation des règles ».

L'article L. 4625-1-1 du code du travail prévoit un décret en conseil d'Etat qui évoque la possibilité (qui avait été proposée notamment par la CFE-CGC) de créer un fichier commun semblable à celui des intérimaires pour les CDD courts, ce qui vise à diminuer la multiplication des visites d'embauche.

Ce décret en Conseil d'Etat prévoit les modalités d'information de l'employeur sur le suivi individuel de l'état de santé de son salarié et les modalités particulières d'hébergement des dossiers médicaux en santé au travail et d'échanges d'information entre médecins du travail.

8- Le travail de nuit

- Disparition de la visite tous les 6 mois.
- La périodicité du suivi est déterminée par le médecin du travail.
- Un décret en CE déterminera les modalités du suivi.

9- Les restrictions

- Ce point de la possibilité d'émettre des restrictions pour des motifs médicaux était non négociable pour la CFE-CGC.
- Le médecin du travail peut donc continuer à émettre des restrictions pour adapter le poste de travail à l'état de santé du salarié.
- Le législateur a abandonné l'idée portée par le rapport Issindou/fantoni de recueillir le consentement éclairé du salarié pour ce faire MAIS **oblige AVANT d'émettre des restrictions d'ÉCHANGER avec le salarié et l'employeur.** Si l'échange avec le salarié, lors d'une visite médicale est très évidente et usuelle, il n'en est pas de même pour l'échange PRÉALABLE avec l'employeur.
- Cette disposition soulève une difficulté majeure pour le salarié : Que devient le salarié pendant le temps nécessaire à cet échange ? Remise au travail sans adaptation ? Quelles responsabilités du médecin du travail ? Inaptitude temporaire ? Avec les aléas de prise en charge au titre d'indemnités journalières ?

La contestation de l'avis ne relève plus de l'inspecteur du travail mais du conseil des prud'hommes, sous forme de référé expertise. Un expert judiciaire est désigné par le conseil des prud'hommes dans sa formation de référé.

10- La procédure d'inaptitude fait l'objet de profonds remaniements

- Elle devient plus longue et plus complexe.
- Elle est peut-être plus protectrice pour le salarié du fait de la création d'étapes supplémentaires.
- Mais elle est régressive sous d'autres aspects.
- **Une Question de fond persiste : comment est-il possible de prononcer une INAPTITUDE pour un poste SANS APTITUDE ?**
- Une autre question déjà évoquée : **certains postes sous soumis à l'aptitude d'autres médecins que le médecin du travail (aptitude à la conduite VL ou PL).**

Comment le médecin du travail peut-il engager une procédure d'inaptitude quand ce n'est pas lui qui se prononce sur l'aptitude ?

- a) **Inaptitude - à quel moment ????** - L'inaptitude n'est plus liée du tout à la notion de suspension du contrat de travail pour AT/MP ou maladie – accident non professionnels.

- Article L. 1226-2 du code du travail : La procédure d'inaptitude peut être initiée au bénéfice d'un salarié victime d'une maladie ou un accident non professionnels sans relation temporelle avec le début de cette maladie ou la survenue de cet accident qui a pu avoir lieu 10 ou 20 ans dans le passé et sans lien avec un arrêt de travail avec reprise.
- **Problème : l'article L. 1226-4 du code du travail qui limite à un mois le délai dont dispose l'employeur pour reclasser ou licencier reste lié à la REPRISE.**
- « Lorsque, à l'issue d'un délai d'un mois à compter de la date de l'examen médical de reprise du travail, le salarié déclaré inapte n'est pas reclassé dans l'entreprise ou s'il n'est pas licencié, l'employeur lui verse, dès l'expiration de ce délai, le salaire correspondant à l'emploi que celui-ci occupait avant la suspension de son contrat de travail ».

Article L. 1226-10 du Code du travail

- La procédure d'inaptitude d'origine professionnelle n'est plus liée à la suspension du contrat de travail et donc à la reprise. L'AT ou la MP peuvent être anciens.
- L'article L. 1226-11 du code du travail qui donne également un mois à l'employeur pour reclasser ou licencier lie cette disposition à la suspension du contrat de travail et à la reprise.

Article L. 1226-11

« Lorsque, à l'issue d'un délai d'un mois à compter de la date de l'examen médical de reprise du travail, le salarié déclaré inapte n'est pas reclassé dans l'entreprise ou s'il n'est pas licencié, l'employeur lui verse, dès l'expiration de ce délai, le salaire correspondant à l'emploi que celui-ci occupait avant la suspension de son contrat de travail. Ces dispositions s'appliquent également en cas d'inaptitude à tout emploi dans l'entreprise constatée par le médecin du travail. ».

- La procédure engagée sans reprise n'a plus de garde-fou.
 - Comment l'employeur détermine-t-il l'origine professionnelle ou non de l'inaptitude ??? MYSTÈRE.
 - Une avancée : l'avis des DP est aussi demandé dans le cadre des inaptitudes d'origine non professionnelles.
 - Cette avancée cache sans doute un souci de protection des employeurs en cas de contestation du caractère professionnel ou non d'une maladie ou d'un accident – si au final le caractère professionnel était reconnu après licenciement et que l'avis des DP n'était pas sollicité, l'employeur se voyait infligé une pénalité de 12 mois de salaire. Maintenant l'employeur est couvert et ne court plus ce risque.
 - Une avancée : il n'y a plus de seuil d'effectif pour que le médecin du travail se prononce sur les capacités du salarié à faire une formation pour se reclasser et d'autre part cette disposition qui n'existait auparavant que dans le cadre des inaptitudes professionnelles existe dans tous les cas d'inaptitude.
 - Un recul : la même disposition de formation sans seuil existe désormais en AT/MP MAIS en AT/MP cette formation visait à PROPOSER un poste adapté donc dans l'entreprise, désormais cette formation vise à le PRÉPARER à occuper un poste adapté, **sans indication si c'est dans l'entreprise donc ça peut être en dehors.**
 - Un recul : **la possibilité de MUTATION n'existe plus.**
 - **La possibilité d'aménager le temps de travail n'existe plus** (introduite par la loi Handicap de 2005) que ce soit en inaptitude d'origine professionnelle ou non.
- ▶ **Question : l'indemnité temporaire d'inaptitude (code de sécurité sociale) qui permet au salarié victime d'un AT/MP de percevoir de nouveau des indemnités journalières** pendant un maximum de 30 jours, pourra elle être touchée si la notion du mois suivant l'avis d'inaptitude succédant à une reprise du travail n'est pas respectée (hypothèse d'une inaptitude sans reprise). Elle ne peut pas non plus être perçue en cas d'inaptitude avec AT/MP sans arrêt de travail.

Article D. 433-5

« L'indemnité mentionnée à l'article D. 433-2 est versée par la caisse, à compter du premier jour qui suit la date de l'avis d'inaptitude mentionné à l'article R. 4624-31 du code du travail jusqu'au jour de la date de licenciement ou de reclassement du bénéficiaire, pour la durée maximale prévue à l'article L. 1226-11 du code du travail, dans les conditions prévues à l'article R. 433-14. ».

b) Inaptitude

- Désormais possible à tout moment et disparition du lien avec la suspension du contrat de travail et la reprise.
- L'inaptitude n'est pas au poste mais à l'emploi.
- Le médecin du travail donne un avis sur les **capacités du salarié** à occuper un autre emploi **EXISTANT** dans l'entreprise.
- L'employeur doit rechercher un autre emploi adapté aux capacités du salarié et doit solliciter l'avis des DP.

c) Procédure de l'INAPTITUDE alourdie

- Constat par le médecin d'une situation d'inaptitude possible à l'occasion d'une visite quelconque.
- **Etude de poste obligatoire** par le médecin du travail ou un membre de l'équipe pluridisciplinaire (article L. 4624-4 CT : « Après avoir procédé ou fait procéder par un membre de l'équipe pluridisciplinaire à une étude de poste ») (Remarques : auparavant l'étude de poste figurait seulement en R. 4624-31 CT qui parle aussi de conditions de travail ; seul le médecin du travail procédait à l'étude de poste – avancée de notre point de vue).
- Après l'étude de poste et des conditions de travail, le salarié échange avec le salarié.
- Il échange aussi avec l'employeur.
- Enfin et seulement il peut délivrer l'avis d'inaptitude mais cette fois A L'EMPLOI (?????). S'il ne constate qu'aucun aménagement du poste n'est possible, avis qui décline les capacités du salarié à occuper un autre emploi.
- Question : si le poste qui entre dans les capacités du salarié mais que c'est un poste à APTITUDE, on délivre quoi ?
- On définit les capacités ou on donne une aptitude (ce que ne prévoit pas le texte), on le fait en deux fois ??? MYSTÈRE.
- **EMPLOI et POSTE : un joyeux mélange mais qui posera un sérieux problème au salarié non reclassé – Pôle emploi ne pourrait plus lui proposer le même emploi ??????**
- Le médecin du travail peut, lors de la délivrance de l'avis d'inaptitude à l'emploi constater avec **la « mention expresse » que tout maintien du salarié dans l'emploi serait gravement préjudiciable à sa santé ou que l'état de santé du salarié fait obstacle à tout reclassement dans l'emploi.**
- Dans ce cas, aussi bien en inaptitude non professionnelle que professionnelle **l'employeur est délivré de toute obligation de reclassement.**
- Dans les autres cas l'employeur recherche un autre emploi adapté aux capacités de son salarié telles que définies par le médecin du travail.
- Il doit solliciter l'avis des DP (inaptitude d'origine professionnelle ou non).
- Il ne doit plus rechercher de mutation (groupe, établissement autre) ni d'emploi avec diminution du temps de travail (ce que permettent pourtant les aides AGEFIPH) ni chercher à créer un emploi... : **recul donc.**
- **On ne sait pas donc si l'employeur a un délai pour reclasser ou licencier puisque cela n'existe que dans la situation de reprise.**
- Si malgré ses recherches d'un autre emploi il n'a pas de solution de reclassement, l'employeur lui écrit et lui fait part de son **impossibilité de reclassement (ça existait déjà en AT/MP mais pas en maladie, c'est donc désormais dans tous les cas).**
- Si l'employeur a une solution de reclassement conforme aux préconisations du médecin du travail, et que le salarié refuse la proposition, l'employeur est délivrée de toute obligation autre de reclassement (actuellement la cour de cassation oblige l'employeur pour les inaptitudes non professionnelles de faire de nouvelles recherches) : **RECU.**
- Une précision ; les fonds AGEFIPH sont aussi destinés au maintien dans l'emploi.
- La contestation de l'inaptitude suit les mêmes voies de recours : Référé expertise prud'homale, expertise judiciaire par un expert - le conseil peut appeler le Médecin Inspecteur du travail lors du jugement de fond).

d) Inaptitude et CDD

- La loi travail aligne les dispositions sur les règles émises pour les CDI à l'exception du fait qu'en CDD on parle d'inaptitude après PÉRIODES DE SUSPENSION (notion supprimée en CDI) (article L. 1226-21 CT).
- **L'indemnité en cas de non recherche de reclassement ou de non reprise du CDD jusqu'à son terme si le salarié est non inapte à son emploi = le salaire restant à courir.**

11- Le recours contre l'avis du médecin du travail. Il y a des questions sans réponses...

L'expert judiciaire prend la place de l'inspecteur du travail. Cette voie de recours permet de sortir de l'anomalie que constitue le fait que l'inspecteur du travail et le ministre du Travail revêtent la blouse du médecin sans en avoir le titre mais avec tous les pouvoirs (l'avis du médecin inspecteur du travail n'étant que consultatif).

Mais il reste de graves interrogations sur la procédure :

Action contre qui ??

Le salarié contre le médecin du travail ? Mais celui-ci peut être extérieur à l'entreprise dans le cadre des SIST.

Action contre l'employeur du fait de sa contractualisation avec le SIST ?

Action contre le salarié si l'employeur conteste l'avis ? Mais le salarié n'y est pour rien et n'est pas partie au contrat avec le SIST.

Qui dit référé dit ensuite jugement de fond ! D'ailleurs le médecin inspecteur du travail peut être appelé par les juges de fond.

Il faudra combien de temps pour avoir un avis définitif ?

Qui paiera les frais d'avocat ??

On peut imaginer qu'il s'agisse d'une procédure spécifique mais la loi n'en dit mot. Elle indique seulement que les frais d'expertise ne seront pas supportés par la partie perdante dès lors que l'action en justice n'est pas dilatoire ni abusive. Mais de nouveau la question de « qui sont les parties ? » reste pendante.

Qui prend en charge le salarié qui a fait l'objet d'une restriction contestée par l'employeur ?

On ne peut pas imaginer que le recours permette à l'employeur de suspendre les restrictions émises par le médecin du travail pour protéger le salarié.

A décharge, on peut argumenter que cette problématique « temporelle » existe déjà dans la procédure actuelle puisque la contestation près de l'inspecteur du travail peut être suivie d'un recours gracieux au Ministre du Travail puis portée devant le Tribunal Administratif puis devant la Cour d'Appel Administrative et in fine devant le Conseil d'État. Ces différents recours ne sont dans la situation actuelle ni d'évidence, rapides ni gratuits. Ces recours « administratifs » ne sont pas suspensifs des décisions que doivent prendre les employeurs. Ils ne devraient pas l'être non plus dans la nouvelle procédure de contestation.

Les Services de Santé au travail seront mis à contribution secondairement au civil par la partie à qui l'avis du médecin du travail faisait grief, et qui aura finalement réussi à contrarier cet avis.

12- Questions diverses

- Le **travailleur handicapé** qui ne s'est pas déclaré « handicapé » à l'employeur et affecté à un poste dit sans risques particuliers est vu APRÈS l'EMBAUCHE alors qu'il aurait dû être vu avant l'EMBAUCHE par le médecin du travail : infraction automatique ???
- Le travailleur affecté à un poste sans risques **se fait reconnaître RQTH** – est-il obligé de le dire à son employeur pour bénéficier d'une visite d'aptitude ?
- Le médecin du travail qui voit un TH « sans délais » car le salarié s'est déclaré TH à l'infirmière sera « dénoncé à l'employeur ».
- C'est vrai aussi en cas de **découverte d'une pathologie par l'infirmière**. Cet envoi provoque de facto quelque part une rupture de la confidentialité car le salarié sera **identifié par l'employeur** : qu'est-ce que tu as ?



- Le salarié affecté à un poste **sans risques particuliers, est victime d'un AT** (alors qu'en principe ça ne devrait pas) : l'employeur est-il responsable ?? il aurait dû identifier les risques et lui faire passer une visite d'aptitude ???? Carton rouge ???
- Le salarié inapte et qui est salarié protégé peut contester l'inaptitude (délai !!!!!) en référé expertise) et son licenciement est soumis à autorisation mais que fera l'Inspecteur du Travail si l'inaptitude est contestée – **il ATTEND ?????? combien de temps ?**
- Cerise sur le gâteau pour le cas précédent, logiquement après l'expertise il y a jugement de fond, appel possible et cassation – l'Inspecteur du Travail attend toujours ? Enfin on peut contester la décision de l'Inspecteur du Travail – cela prendra 10 ou 15 ans ????
- Pour conclure, les décrets sont attendus avec impatience. Ils seront (peut-être) l'occasion de rectifier certains aspects de la loi travail, en particulier pour ce qui concerne la santé au travail.

Le manque criant de dialogue social dans la rédaction de ce texte a des conséquences évidentes.

Espérons que les danseurs de tango mal maîtrisés ne se prennent pas les pieds dans le tapis.

D^r Christian EXPERT



(R)ÉVOLUTION de la MÉDECINE du TRAVAIL

Dr Bernard SAENGRO
 Expert confédéral CFE-CGC
 Pôle santé au travail, conditions de travail, handicap
 Président du syndicat CFE-CGC santé au travail

Un article récent du quotidien du médecin (20/06) sous la plume de Antoine Dalat reprenant et commentant les propos du P^r Soulat sur l'évolution de la médecine du travail illustre le constat de la conjonction d'une ignorance des textes fondateurs, de la naïveté des enseignants, de la volonté de pouvoir des dirigeants de service, de la méconnaissance de la direction générale du travail et des pressions européennes vers plus de libéralisme sur le gouvernement. On retrouve dans cet article la philosophie exposée lors du congrès de médecine du travail en proposant une explication aux dernières évolutions législatives.

Dans cet article on y lit :

- Que le système mis en place en 1946 était ambitieux et adapté avec la primauté d'éviter l'altération de la santé de la population au travail, mais que cela n'a pas été appliqué, sous entendu parce que les médecins ne se préoccupaient pas des conditions de travail !
- Que cela n'a jamais été mis en question, comme s'il n'y avait pas eu colloques, congrès et articles sur le sujet de l'aptitude !
- Que la directive de 1989 introduisant la pluridisciplinarité n'a pas été transcrite.
- Que des textes centrés sur la visite médicale ont continué à sortir, c'est exact mais c'est à la demande des politiques et non des médecins (cf. le travail de nuit) !
- Que les médecins du travail devenaient insuffisants en nombre (depuis 1998 les écrits du conseil supérieur de la prévention montrent que l'ensemble des partenaires sociaux tirent la sonnette d'alarme sur le manque prévisible de médecins du travail en rapport avec les fourches caudines universitaires).
- Que la loi de 2011 donnait enfin des missions aux services.
- Que par ailleurs la visite médicale n'a pas pour objet de palier à l'insuffisance de prévention médicale (cela n'a jamais été dans la loi).

Et voilà cette belle chaîne de raison installée pour expliquer la philosophie du rapport Issindou et de sa conséquence pour la médecine du travail dans la loi El Khomri.

Qui aboutit à ce que les médecins du travail ne verront plus les salariés que par exception.

Voilà comment à partir d'un diagnostic erroné on aboutit à un traitement inadapté qui risque d'aggraver le patient.

Un diagnostic erroné

1 Effectivement la loi de 1946 votée à l'unanimité des députés est remarquable, fruit de la réflexion de ceux qui avaient risqué leur vie dans la résistance et établi un système pour protéger la population.

- Il ne s'agissait pas d'éviter l'altération de la santé de la population au travail de manière générale en termes de santé générale mais

bien d'éviter l'altération de la santé du fait du travail, ce qui n'est pas tout à fait la même chose ! Il ne s'agit pas d'une médecine des travailleurs à l'occasion du travail comme un avantage social mais bien d'une médecine du travail, centré sur le travail pour protéger les travailleurs des altérations du fait du travail !

- L'erreur que les législateurs ont fait dans leur angélisme a été de ne pas donner une structure porteuse à cette médecine du travail qui soit en adéquation avec la mission de quasi service public qu'a la médecine du travail.
- En effet, le législateur avait confié à l'employeur le soin d'organiser et de financer cette structure

dont la première mission selon le texte était de le conseiller (c'est-à-dire de le critiquer) au sujet de l'organisation du travail dans son entreprise !

En 1906, dans la même situation, Clémenceau rapportait dans le journal l'Aurore les propos des employeurs : « les médecins sont des gêneurs avec leurs prescriptions hygiéniques, il faut d'abord et avant tout produire ».

Humainement, cela n'a jamais marché et la première réaction de tout homme dans cette situation d'employeur est de faire taire l'intrus, et comment faire taire l'intrus proprement : en le poussant à quitter l'atelier et à rester avec sa blouse blanche dans son cabinet médical. Ce qui est étonnant ce sont les déclarations de nos universitaires béats devant les missions des services depuis la dernière réforme s'extasiant devant la priorité donnée à la prévention primaire alors que ce n'est qu'un copié collé de la mission des médecins du travail dans la loi de 1946 avec la même

priorité. Rajout obtenu lors du débat parlementaire par le lobbying de la CFE-CGC !

L'initiative laissée aux employeurs d'organiser la médecine du travail et le manque d'intérêt de la plupart ont permis que se créent beaucoup de services interentreprises où la médecine du travail considérée comme œuvre sociale des employeurs était surtout une occasion de rentrées financières dont l'utilisation se perdait dans les sables de la gouvernance sans aucun contrôle des autorités ni des partenaires sociaux.

- Cela tombait bien, les médecins du travail de l'époque étaient formés en trois mois avec des notions assez vagues portant surtout sur les épidémies comme la tuberculose, la dénutrition, le manque d'hygiène et le tabagisme ! L'enseignement était rudimentaire même si ici ou là il y eu quelques grandes personnalités.
- A cela s'ajoute le manque d'intérêt et de compréhension des ser-

vices du ministère du Travail qui n'exigeaient lors des contrôles des entreprises que l'existence de fiches d'aptitude et rien d'autre qui auraient pu tracer la réalité d'une prestation dans l'esprit de 1946 avec la prévention primaire en priorité.

Ce n'est pas comme cela que l'on provoque une attente des entreprises par rapport à la prestation santé au travail, il faut bien avouer que les administrations de l'URSSAF et des Impôts ont des moyens beaucoup plus convainquants que ceux de l'Inspection du Travail et de la CARSAT !

Le fait que les fiches d'entreprises et les rapports médicaux ne bénéficient d'aucun traitement épidémiologique par le ministère est particulièrement symbolique d'un désintérêt du ministère. De même, le fait que le ministère dans son rapport annuel sur la santé au travail ait repris quasi mot pour mot le texte de l'année précédente en est aussi un redoutable signe symbolique !



2 En 1979 devant cet état de fait est sorti un texte stipulant que les médecins du travail devaient consacrer le tiers de leur temps à autre chose que de la visite médicale !

Texte très intéressant que malheureusement M. Soulat ne connaît pas car il donne les moyens de mettre la priorité à ce qu'il réclame.

Malheureusement, ce texte n'a jamais été appliqué, on peut se demander pourquoi ! Et même actuellement à un moment où tout le monde réclame de la prévention primaire, les services organisent le surbooking des médecins en visites médicales !

Il est souvent avancé que les médecins se désintéressent des conditions de travail, je voudrais rappeler une statistique établie par Mme Larche

Mochel au ministère qui montrait que début des années 80, on avait une deuxième génération de médecins du travail mieux formée et surtout qu'ils avaient acquis pour plus de la moitié d'entre eux une formation complémentaire pour se préparer à ce qu'ils croyaient être leur mission vis-à-vis des conditions de travail. Formations d'ergonomie, d'épidémiologie, de psychologie, etc.

Ce texte n'a jamais été appliqué et ne l'est toujours pas car les employeurs préfèrent toujours un médecin dans son cabinet que dans l'atelier, que les inspecteurs du travail n'en réclament pas les traces d'activité et que les enseignants ne l'enseignent pas ou si peu n'en ayant pas eu l'expérience eux-mêmes.

3 En 1989 apparaît effectivement une directive européenne pour mettre au minimum de protection santé travail les salariés de tous les pays d'Europe, sachant que c'est un minimum. La France a d'abord dit qu'elle faisait mieux avec des professionnels de haut niveau, avec un statut adapté et ayant une mission de prévention primaire, même si la réalité n'était pas toujours au rendez-vous. Les textes de 1946 correspondaient au même objectif et à la même priorisation, mais à un niveau supérieur. Mais par la suite, ce texte de plancher a été et est toujours utilisé comme plafond pour justifier le détricotage du système.

4 Les textes concernant les visites médicales ont continué à proliférer de même que la complexification des procédures de reclassement et d'incapacité amenant de ce fait une centralisation excessive sur l'acte médical.

Le travail de nuit en est une illustration brillante, après un rapport ergonomique montrant que le travail de nuit était aussi nocif pour la femme que pour l'homme, il fut étendu mais en contrepartie, pour obtenir le vote d'un groupe politique, on a stipulé qu'il y aurait une visite médicale tous les six mois ! Comme si le fait de voir le médecin du travail immunisait des effets pathogènes !

Une autre illustration en est le suivi des intérimaires, il avait été prévu que pour éviter la multiplication des actes médicaux redondants (pour chaque mission du week-end par exemple) il y aurait un fichier commun aux agences temporaires afin d'éviter les actes redondants. Cela n'a été que rarement mis en place.

5 La loi de 2011 donne enfin aux employeurs la légitimité de direction qu'ils exerçaient déjà mais en ne res-

pectant pas les textes puisque en 1946 il était prescrit que la médecine du travail était faite par des médecins qui prenaient le nom de médecins du travail, malheureusement peu l'avaient lu et ceux qui voulaient en tirer les conséquences le payaient cher.

La loi reconnaît l'existence des services de santé interentreprises et leur donnent des missions avec la même priorisation que celle de 1946 c'est-à-dire la prévention primaire en priorité, ce qui n'est pas une nouveauté contrairement à la présentation précédente.

6 Le manque de médecins du travail est une réalité, on arrive à la troisième génération de médecins du travail, la première étant celle de 1947, la seconde de fin des années 1970 début des années 80, la troisième devrait arriver mais n'arrive pas !

Pour les deux premières générations, il n'y a pas eu de manque malgré un nombre de médecins tous exercices confondus bien inférieur à la situation actuelle !

Début des années 1980, il ne manquait pas de médecins et pourtant le nombre total de médecins inscrits à

l'Ordre dépassait à peine les 100 000 et maintenant il en manque alors que le nombre total de médecins dépasse les 220 000 ! Cherchez l'erreur ! Plusieurs causes :

Des raisons de territorialité universitaires ont institué que lorsque l'on décidait de faire une spécialité on ne pouvait pas revenir sur une autre voie sauf parcours dissuasif. Alors que l'on voit les ministres passer d'un ministère à l'autre du jour au lendemain, alors que l'on voit les cadres passer d'une fonction à l'autre, alors que l'on prône partout l'adaptabilité et la polyvalence, en médecine du travail, si vous venez d'une autre spécialité, on exige de vous cinq ans d'attente et puis ensuite de refaire les quatre ans de spécialité alors que vous êtes déjà reconnu médecin d'une autre spécialité, c'est aberrant et kafkaïen et ne sert qu'à protéger des écuries universitaires ! Ils ont réinventé le Bac plus dix neuf ! Alors que deux ans de reconversion moitié en faculté et moitié dans les services auraient été largement suffisants.



- » Des raisons d'insuffisances d'enseignement, les années de médecine qui précèdent le choix de la carrière par le biais de l'internat n'ont jamais bénéficié d'aucune présentation de l'intérêt et de la richesse de cette spécialité. Comme la médecine du travail n'est pas une spécialité à grand spectacle et donc mal connue du public, elle n'est pas choisie.
- » Des raisons de morcellement des spécialités font que les candidats hésitent à se mettre dans une spécialité dont ils ne pourront pas sortir et dont l'existence ne paraît pas stable. Les réformes successives, les rapports successifs sur cet exercice font que l'on peut se poser des questions sur sa pérennisation, depuis trente ans c'est tous les deux à trois ans qu'un rapport ou une réforme sort. D'autre part, il aurait été logique et rassurant de rapprocher les spécialités de prévention en une seule au lieu de faire une spécialité de santé publique, une spécialité du sport et une spécialité de santé au travail !

7 Enfin, le dernier argument concernant la visite médicale qui serait inutile démontre que ceux qui le pensent n'ont jamais pratiqué sur le terrain. La visite médicale est présentée comme palliatif au défaut de prévention médicale général alors que c'est un moment très important de connaissance du vécu des salariés et de la découverte de leurs réelles conditions de travail !



Non, cela n'est pas un substitut de prévention générale comme le disent certains milieux patronaux paternalistes et qui est repris par nos universitaires qui nagent dans le « cloud ». Cette interprétation n'a jamais été demandée comme cela depuis 1946.

En ergonomie, tous les enseignements disent qu'il faut écouter le salarié sur son vécu du travail, en médecine du travail c'est pareil, les médecins du travail dans l'esprit de 1946 font de l'ergonomie comme M. Jourdain faisait de la prose.

L'avantage du médecin du travail étant qu'en plus il sait différencier ce qui relève du pathologique et ce qui relève du vécu et de l'ergonomique, mais également qu'il a une caractéristique fondamentale c'est qu'il est tenu à la confidentialité par le secret médical et que sa mission est prescrite par le code « d'éviter toute altération de la santé du fait du travail ».

Son objectif est clairement affiché par les codes de déontologie, du travail et

du pénal, il est le seul dont l'objectif de protection soit attaquant s'il n'est pas respecté !

C'est peut-être bien pour cela qu'il est attaqué si violemment !

Cette mission n'est pas toujours réalisée à la hauteur des textes qui la prescrivent, la cause en est que la direction des services de santé au travail n'est pas adaptée à la mission prescrite et que ceux qui ont la mission de contrôle des entreprises (agents de la sécurité sociale et agents du ministère du travail) ne portent pas attention à cette dimension de la médecine du travail et de ce fait n'en provoquent pas la demande, il faut dire que ces pauvres agents n'ont souvent qu'un sabre de bois à l'égard des services et des entreprises.

Quant aux partenaires sociaux qui commencent à siéger dans les conseils d'administration et les commissions de contrôle, ils sont formés par le Cisme et sont assis sur des strapontins !

Un traitement inadapté

Le traitement va se déduire de la loi Rebsamen et de la loi El khomri et de ses décrets à venir, c'est-à-dire :

Suppression du contact avec le médecin du travail pour la majorité des salariés, puisque la visite d'embauche est supprimée et que les visites ré-

gulières peuvent être sous-traitées et espacées

Comment repérer les problèmes qui émergent ? Comment repérer les endroits où cela souffre si on n'a pas l'oreille à tous les salariés ? Des décrets pouvaient régler les trois quarts des

visites médicales superfétatoires (nuit, interim, contrats courts) ainsi qu'une volonté du gouvernement exprimée vis-à-vis des universitaires à faire ce que leur mission prévoit de former les prochains médecins du travail.

La thérapeutique aurait du être :

La solution aurait d'abord été pour les pouvoirs publics de mettre en responsabilité les universitaires chargés de former la génération suivante ainsi que le consensus des partenaires sociaux le réclamait dès 1998 dans les instances du conseil supérieur de la prévention, l'ancêtre du COCT.

La solution aurait été selon la CFE-CGC plus dans une modification de la gouvernance paritaire des services que dans ces arrangements transformant l'aptitude en certificat de non inapte !

Cette modification de gouvernance permettant ainsi un contre-pouvoir aux instances dirigeantes des services qui ne brillent pas par leur attachement à la mission de la santé au travail mais plus par un souci du moins disant financier quel qu'en soit le résultat.

L'espacement des visites, la suppression de certains actes et la modicité des négociations de la convention collective font craindre des lende-

mais financiers difficiles dans les services ! Comment persuader l'artisan qui cotise pour ses trois salariés et qui n'aura plus la visite d'embauche, n'aura plus qu'un suivi régulier espacé ni le contact régulier avec le médecin du travail qu'il doit continuer à cotiser au service de santé au travail comme auparavant, il risque d'y avoir beaucoup de perte en ligne.

La conduite à tenir

Tout va se déterminer dans les décrets à venir et dans la capacité de lobbying que l'on y mettra.

Les décrets prévus vont concerner le suivi notamment sur les modalités du suivi individuel de tous les salariés y compris ceux qui sont en contrat à durée déterminée et ceux qui sont temporaires, mais également sur la répartition des rôles et des pouvoirs dans les services et de ce fait des responsabilités à venir.

C'est dire que les services ministériels, la direction générale du travail et le conseil d'orientation des conditions de travail (COCT) vont encore travailler, c'est dire aussi que le cisme va continuer son intense lobbying pour continuer à prendre du pouvoir !

Cela sera notre prochain défi que d'aller auprès de ces instances porter notre message.

N'oublions pas qu'une loi sans ses décrets d'application a peu d'effet, on en a des exemples tous les jours. Ainsi, il est stipulé depuis très longtemps que dans l'article du code de la sécurité sociale **Art L. 461-4 :**

Tout employeur qui utilise des procédés de travail susceptibles de provoquer les maladies professionnelles mentionnées à l'art L. 461-2 est tenu, dans les conditions prévues en Conseil d'Etat, d'en



faire la déclaration à la caisse primaire d'assurance maladie et à l'inspecteur du travail ou au fonctionnaire qui en exerce les attributions en vertu d'une législation spéciale.

Le défaut de déclaration peut être constaté par l'inspecteur du travail ou par le fonctionnaire susmentionnés, qui doit en informer la caisse primaire.

Ne cherchez pas : ce beau texte de loi n'a jamais été appliqué ! Cherchez l'erreur : les décrets ne sont jamais sortis.

C'est dire l'importance des décrets et donc de notre vigilance syndicale qui sera d'autant renforcée si vous nous rejoignez en remplissant un bulletin d'adhésion qui nous soutiendra dans cette action !

Disparition de l'Aptitude en Médecine du Travail après 70 ans de bons et loyaux services

Réflexions sur la "modernité" de l'article 102 titre V de la loi travail, à propos de l'aptitude.

Dr P.A. JEAN

Membre du Collectif de Médecin du Travail d'Ile de France

Préambule

L'aptitude délivrée par les médecins du travail dont la mission est "exclusivement préventive", est une protection juridique 'médicale' de l'emploi des salariés, de leur capacité médicale à exercer un travail, dans le cadre du secret médical. En cas de survenue d'un problème de santé avec le travail, l'emploi du salarié est couvert par cette aptitude médicale jusqu'à ce que le médecin du travail en constate le contraire.

Démonstration

Jusqu'à présent, de par la loi, exprimée par la jurisprudence, un employeur ne peut licencier un salarié nouvellement embauché, s'il n'a pas eu sa visite médicale d'embauche pour détermination de l'aptitude à l'emploi.

Par extension, si un employeur considère que l'état de santé de l'un de ses salariés pose un problème à son entreprise, **il se doit de prendre avis** auprès du médecin du travail afin que celui-ci statue à nouveau sur l'aptitude au regard des nouveaux éléments qui lui sont fournis.

- Si le salarié est à nouveau déclaré apte avec aménagements éventuels, ce dernier n'a pas à craindre que son employeur le licencie en raison de son problème de santé car sinon celui-ci tomberait automatiquement sous le coup d'une discrimination pour état de santé attestée par le certificat d'aptitude.

A compter de janvier 2017, la nouvelle loi institue la disparition de l'avis d'aptitude.

Par conséquent en l'absence de cet **avis qui n'est plus légalement obligatoire**, en cas de survenue d'un problème de santé chez un salarié posant des difficultés à l'employeur, rien n'oblige plus ce dernier à demander un avis médical auprès du médecin du travail. L'employeur a toute latitude pour décider comment il va résoudre ses difficultés avec son salarié malade, y compris en lui signifiant qu'il ne fait plus l'affaire en raison de ses insuffisances.

Ce sera désormais au salarié (nouvel article L4624-1 fourre-tout), de tout mettre en œuvre en amont de son éventuel licenciement (et comment peut-il prévoir que sa pathologie va mettre en péril son emploi ?) pour demander

à son médecin du travail (s'il y pense car il ne l'aura le plus souvent jamais rencontré), de bien vouloir établir les recommandations visant à lui permettre de poursuivre son activité professionnelle malgré ses nouvelles vulnérabilités. Mais avec simplement la prescription de recommandations rédigées par le médecin du travail, non assorties d'une "aptitude à l'emploi au poste si...", l'employeur n'a pas plus de raison de considérer son salarié "apte à poursuivre sa tâche professionnelle".

Car, même si le salarié est reconnu comme **"non inapte si"** des aménagements de poste sont réalisés, il ne répond plus aux attentes des conditions de travail stipulées sur le contrat de travail et comme **aucune aptitude n'oblige plus juridiquement l'employeur à maintenir son salarié en poste**, il lui suffit d'attester par écrit, de son impossibilité de respecter les recommandations du médecin du travail, quel que soit le motif, y compris économique, pour qu'il ait légitimité à le licencier.

Dans ces conditions, **il n'a même plus besoin d'obtenir la prononciation d'une inaptitude** par le médecin du travail. Plus rien ne l'y contraint, si ce n'est le risque, dorénavant dépendant de la décision des Prud'hommes, d'être reconnu coupable de discrimination en raison d'un état de santé.

Mais pour cela, il faudra que le salarié, doublement fragilisé, par sa santé et par son licenciement, prenne encore une fois l'initiative, avec ses petits moyens, de saisir le tribunal des Prud'hommes pour tenter d'y prouver, en révélant ses vulnérabilités (atteinte au secret médical = non respect de la vie privée), que c'est en raison de celles-ci



que son employeur l'a **licencié abusivement** (malgré ses capacités restantes, si celles-ci avaient été constatées par le médecin du travail, etc).

- Et s'il est débouté de sa démarche, c'est lui qui devra payer les frais engagés par la procédure (avocat, médecin expert), a contrario de la gratuité actuelle via l'inspection du travail.

On est passé de la protection médicale de l'emploi par les médecins du travail, interface médico-juridique neutre et indépendante, à la revendication des salariés auprès des Prud'hommes, pour le respect de leur santé au travail !

C'est pourquoi il n'est plus possible de s'incliner encore devant ce foisonnement de raisonnements erronés et/ou fallacieux et même diffamants, qui ont notamment consisté à dire que l'aptitude en médecine de prévention devait disparaître, car elle réaliserait une sélection des salariés.

Si c'est effectivement le cas en **médecine de contrôle**, cela n'est absolument pas le cas quand on est un médecin préventeur bien formé et conscient de ses rôles.

Etonnamment cette fois, la loi dite El Khomri va plus loin car, avec sa demande masquée (art. L4624-2), d'établir non pas une action de **"prévention d'altération de la santé des travailleurs du fait des conditions de travail"**, mais véritablement de **"sélection des salariés"**, pour certains métiers qui seront "décrétés juridiquement à risques", elle veut faire du médecin de prévention, un médecin de contrôle, autorisé dans ces cas-là seulement, à délivrer un avis d'aptitude.

En dehors du fait que le Conseil d'État a déjà statué en 2006, qu'un médecin de prévention ne pouvait être à la fois un médecin de contrôle, on s'étonne que les promoteurs de l'abandon de l'aptitude de la commission Issin-

dou-Fantoni, qui prétextaient que les médecins du travail n'auraient jamais les moyens de garantir pour l'employeur un état de santé stable de ses salariés, n'aient pas vu la contradiction absurde avec le fait que s'agissant de métiers à risque, l'aptitude deviendrait tout à coup pertinente ?

Les médecins du travail sont des médecins de prévention, et non de contrôle du respect de certains critères d'inclusions dans une activité professionnelle ; cela, c'est de la médecine assurantielle.

En prévention, l'aptitude atteste, qu'à un instant t, il y a **adéquation** entre l'état de santé du salarié et les conditions de travail auxquelles il est soumis, dans le sens où **cette adéquation n'altère ni sa santé, ni celle des tiers**. Sa finalité en est la **préservation de l'emploi dans le respect de la santé**, et non le filtrage avant embauche.

C'est par conséquent, **un art dont la démarche intellectuelle est à l'opposé de la médecine de contrôle**, démarche qui pour être efficace, pertinente et responsabilisante, requiert, à la différence de la médecine curative (colloque singulier sans employeur), des **prérogatives juridiques "justes"** pour **obtenir l'indispensable confiance** de nos « patients ».

Or, dans le contexte où la notion d'aptitude protectrice de l'emploi au poste aura disparu, toute recommandation, aménagement, demande de reclassement, convocation, etc., aura pour simple effet de **« révéler, pour ne pas dire désigner, » à l'employeur que le salarié concerné présente un problème de santé** pouvant impacter son travail.

Si cela contribue à la perte de son emploi, nos écrits n'ayant plus aucun véritable caractère contraignant pour le maintien en emploi, **la confiance sera rapidement perdue**.

Conclusion

Avec cette loi, **le pouvoir légal de protéger l'emploi des salariés du point de vue médical, afin de préserver la santé des salariés, tant dans sa dimension professionnelle que sociale, confié en 1946 aux médecins du travail avec l'outil juridique de la visite d'aptitude, est supprimé.**

Notre rôle, rendu marginal, simplement consultatif, est anesthésié et devient contre-productif.

Considérant que les salariés ont un rapport "synallagmatique" avec leur employeur, les promoteurs de cette loi, justifient ainsi que chaque salarié défende sa santé au travail seul.

Dans cette même logique, la loi nous éloigne des salariés espaçant les visites de consultation clinique. D'ores et déjà, les propositions de séminaires de formations pour nous exhorter à passer de « l'individuel au collectif » pullulent, au motif du PST3 (*), prétextant que seule la prévention primaire serait efficace pour améliorer le sort des salariés vulnérabilisés par la vie.

Cela est malheureusement absurde et erroné, car c'est évidemment en partant des constats de la clinique individuelle, avec des salariés-patients confiants, que se construisent les actions pertinentes sur le collectif, mais également, que sont dépistées précocement (quand l'examen clinique est effectué par le médecin), de nombreuses pathologies, totalement ignorées et sous-estimées par cette loi, qui abandonne ainsi la veille sanitaire actuelle (**).

Paradoxalement, la prévention de la désinsertion professionnelle et le maintien dans l'emploi, éminemment liés à la clinique, nous sont servis comme si c'étaient des nouveautés à privilégier !

Mais si le législateur veut réellement nous permettre de venir en aide efficacement à nos salariés-patients vulnérabilisés, il faut commencer par **rétablir les conditions de la confiance.**

Pour cela, il est fondamental que les décrets à venir, (r)établissent, par exemple, qu'en cas de survenue possible d'un contentieux pour un problème de santé au travail, **le salarié qui saisit son médecin du travail en avertissant**

son employeur, soit juridiquement considéré « à risque (de perdre son emploi) » et qu'obligation soit faite d'obtenir, préalablement à toute action auprès des Prud'hommes, un « avis d'aptitude » rédigé par **le médecin du travail, seul véritable spécialiste expert de ces questions.**

Rendu obligatoire et délivré par le médecin du travail du salarié **et** de l'entreprise, **l'avis** constitue alors un document qui **officialise juridiquement le caractère médical du contentieux potentiel en délivrant un diagnostic d'aptitude**, et non de simples recommandations (***).

Neutre et objectif, responsabilisant employeur, salarié et médecin du travail, respectueux du secret médical, notre avis peut ainsi à nouveau, contribuer à la possibilité pour le salarié de faire valoir ses droits au respect de sa santé au travail, sans qu'il doive nécessairement en passer par un référé des Prud'hommes.

Il permet de regagner sa confiance.

En agissant efficacement pour protéger la santé au travail et préserver l'emploi, facteur de santé qu'il n'est plus nécessaire de démontrer, le rôle des médecins du travail en France, s'inscrit dans une démarche sociale humaniste et démocratique.

Il pourrait être grandement amélioré si, lorsque des - réserves - sont rédigées, des mécanismes financiers incitatifs pour faciliter l'embauche de suppléants ou remplaçants, temporairement ou durablement, étaient proposés pour permettre le maintien en emploi. Ce serait une manière de faire baisser le chômage en humanisant davantage le monde du travail, ce dont tout le monde pourrait s'enorgueillir ! ...

Mais si au lieu de cela, la loi facilite en réalité, l'éviction des salariés les plus vulnérables, qu'en sera-t-il de l'avenir de notre belle démocratie ? ...

D^r P.A. JEAN

le 7 septembre 2016

Membre du Collectif de Médecin du Travail
d'Ile de France



(*) PST3 : Plan Santé Travail 3.

(**) Extraits du discours pour l'inauguration de la chaire de médecine du travail, par le Pr Desoille en 1949. « Etre tout près de ses malades (salariés), comprendre ce qui les gêne, pourquoi ils souffrent, cela serait beau en effet ! », « C'est un fait d'ailleurs que parfois les ouvriers confieront au médecin certaines souffrances intimes dont, par pudeur, ils ne diront pas le détail aux ingénieurs », « Aucun de nous ne doit donc tolérer que les médecins du travail soient détournés de leur rôle de prévention »...

(***) Il faut se rappeler qu'initialement les mesures 21 et 22 des 50 propositions de simplifications de la loi Macron, consistaient à vouloir considérer les « 1 millions d'avis d'aptitude avec réserves que nous délivrons annuellement, comme de véritables inaptitudes ». Cette fois, il n'y a plus d'avis d'aptitude avec réserve...



Quel avenir en santé au travail ?

Dr Bernard SALENGRO
 Expert confédéral CFE-CGC
 Pôle santé au travail, conditions de travail, handicap
 Président du syndicat CFE-CGC santé au travail

Durant ce mois d'août j'ai reçu le message suivant :

Bonjour M. SALENGRO,

À 10:55, a. m... a écrit : Je me permets de vous contacter ce jour car je souhaiterai obtenir votre avis sur l'avenir de la médecine du travail.

Pensez-vous qu'à plus ou moins long terme (avec la loi travail qui vient d'être récemment validée et qui simplifierait les visites de médecine du travail avec notamment la suppression de l'aptitude...), les futurs gouvernements de France pourraient voter une loi qui ordonnerait la suppression définitive de la spécialité « médecine du travail » ? De ce fait, les médecins du travail en cours d'activité pourraient potentiellement être licenciés des services de santé au travail ? Si jamais c'est le cas, devons-nous, les médecins du travail, commencer à débiter de nouvelles formations autres que celle que nous avons validée en médecine du travail, afin de pouvoir nous « reclasser » à un poste auquel nous aurions toute « légitimité » à pratiquer ? En attente de votre réponse, je vous remercie vivement de l'intérêt que vous pourrez porter à mon message. Respectueusement. NB : je souhaite interroger le CISME à ce sujet. 11:04

Auquel j'ai répondu par ce message :

Je comprends d'autant mieux votre inquiétude que j'ai eu la même dans les années 85 lorsque est sorti le livre blanc du bâtiment dont les conclusions étaient celles de cette récente loi.

Jeune médecin, criblé de dettes pour l'achat de ma maison, je me suis mis fiévreusement à passer force diplômes : médecine aéronautique, médecine du sport, réparation du préjudice corporel, etc. ; pour pouvoir remettre ma plaque de généraliste si besoin, ce que l'on pouvait faire plus facilement à l'époque.

Je m'en souviens d'autant plus que le Dr Pardon, un responsable du CISME de l'époque, revenant d'un congrès international avait proclamé qu'une médecine qui existait par une loi pouvait disparaître par une loi !

Ceci dit, passé ces quelques moments, j'ai cherché comment se défendre et comment agir et me suis retrouvé avec quelques confrères dans le même état d'esprit et nous avons occupé les lieux de parole officiels en même temps que les médias par le biais du vecteur syndical à la CFE-CGC, les cadres comprenant assez bien les problématiques des médecins.

On peut dire que par notre combat nous avons gagné trente ans ! Non seulement nous avons gagné trente ans mais en plus on a compris comment ce système fonctionnait et comment faire du lobbying efficace.

On a eu des contacts qui nous permettent maintenant de faire la différence entre les attentes des employeurs et de leurs représentants (Medef, CGPME et UPA) et les attentes du CISME qui ne représente que les attentes des dirigeants de services de santé au travail, je peux vous dire que ce ne sont pas les mêmes. Le CISME n'a pas d'entrée dans

les instances officielles que sont le COCT, les différentes instances de direction des institutions nationales telles que l'INRS, la Sécurité sociale (maladie et AT), l'EUROGIP, l'OPPBTP, l'AGEFIPH, le CNCPH, l'ANSES, l'ANACT et j'en oublie, leur écoute au niveau ministériel n'existe que par le manque d'investissement qui est en train de se corriger des instances officielles des employeurs et par leur capacité financière.

Certes le CISME essaie de conserver la survie des services et donc sont prêts à présenter toutes solutions pour faire croire aux politiques que cela peut fonctionner sans beaucoup de médecins. C'est tout le sens de leur lobbying auprès de la loi de simplification de M. Macron que l'on a réussi à bloquer.

Malheureusement, quelques universitaires qui connaissent mal la réalité des enjeux et du terrain, qui viennent souvent d'autres spécialités et qui ont très peu exercé promeuvent les idées du CISME, on en a vu des exemplaires avec le rapport ISSINDOU et les déclarations universitaires abracadabrantesque au dernier congrès.

Cependant les employeurs et leurs représentants officiels (des organisations reconnues représentatives) ont une tout autre vision des choses et disent ne pas pouvoir envisager la santé au travail sans médecins du travail, quant aux techniciens, ils en ont dans les entreprises et n'en réclament pas dans les services. Au point que certains réclament une cotisation double, l'une pour la prestation médicale obligatoire et l'autre pour la prestation technique pour ceux qui la veulent !

C'est la position surtout des industriels mais d'autres verraient sans état d'âme la disparition du système.

Le contexte Européen est très varié, mais partout il y a quelque chose au point de vue santé au travail (il y a plus de médecins du travail en Allemagne qu'en France, ils dépendent de l'État en Italie, ils sont numériquement inférieurs par rapport aux techniciens dans les pays nordiques, etc.) qui est mis en place d'autant que des textes européens l'exigent, mais ces textes sont des minima et non des objectifs comme peuvent le présenter certaines déclarations universitaires ubuesques au dernier congrès.

En conclusion, je dirai qu'il ne peut pas ne pas y avoir de santé au travail, à une époque où explosent les risques psycho-sociaux et ce n'est pas fini, où apparaissent tous les jours de nouveaux produits chimiques toujours plus pointus jusqu'aux nanomatériaux.

Maintenant, quelle forme prendra-t-elle c'est difficile de prévoir. La loi El Khomri devrait bouleverser le fonctionnement des services par la baisse de l'activité consacrée aux visites médicales, y aura-t-il transfert vers la prévention primaire ? Le moins disant étant une règle commune des dirigeants de service, il n'est pas sûr que les médecins s'y retrouvent. Certes il y aura toujours quelques médecins, mais il est probable que les structures se modifient.

Cela pourrait fonctionner dans le giron de la sécurité sociale comme c'est le cas pour les médecins de la MSA et comme le réclame la CGT, cela peut se faire dans des grands services régionaux dans lesquels les directions et présidences seraient un peu plus professionnels, cela peut être dans le giron de l'État même si ce n'est pas très en vogue actuellement ; d'autres l'envisagent sous forme expertale ! La CFDT a longtemps mis l'accent sur une préférence pour des préventeurs syndicaux, je ne sais pas si c'est encore leur position tandis que FO est pour le retour au fonctionnement tel que avant les réformes successives. Pour la CFE-CGC on est plutôt pour le maintien des structures actuelles mais avec un contrôle plus sérieux que n'est l'actuel agrément et par le biais d'une gouvernance réellement paritaire.

Il est probable que les grandes entreprises maintiendront une médecine du travail, on a d'ailleurs vu une fuite importante de médecins de services interentreprises attirés par les services autonomes qui veulent maintenir ce service.

Cela dépendra aussi des jeunes médecins et de leur investissement dans la défense de cette spécialité qui est si intéressante pour ceux qui l'exercent et pour ceux pour qui c'est fait et qui s'est encore plus dynamisée avec l'introduction de l'équipe pluridisciplinaire.

Je suis prêt si vous le désirez à vous informer de vive voix.

D^r B. Salengro

Médecin du travail

Président du syndicat CFE-CGC Santé au travail (qui rassemble les acteurs des services de santé au travail)

Membre du COCT

Expert à la CFE-CGC



Le Métier de Médecin du travail

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

Médecin (partage du temps de travail entre examens médicaux et actions en milieu de travail), animateur d'équipe pluridisciplinaire, négociateur pour maintenir dans l'emploi les salariés en difficultés, il rencontre les professionnels de tous les métiers du secteur privé ou des fonctions publiques (médecin de prévention), il travaille en collaboration avec les autres préventeurs institutionnels (CARSAT, Inspection du travail, OPPBTP, CHSCT...).

Il complète souvent ses compétences par des compétences complémentaires : ergonomie, toxicologie, addictologie, droit...

En résumé un métier de responsabilité extrêmement riche dans son champ d'action, les qualités d'échange et de dialogue sont essentielles.

C'est un médecin salarié.

Salarié d'une association 1901, un service interentreprises de santé au travail, d'une entreprise à temps partiel ou complet selon l'effectif, d'un établissement public.

La rémunération

La rémunération minimale de la Convention collective est en 2016 d'environ 69 000 € brut/an en début de carrière à 83 400 €/an environ au bout de 21 ans d'ancienneté.

C'est un minimum conventionnel.

Comment accéder à la profession ?

- ▶ Par la voie conventionnelle, l'internat.
- ▶ Par une voie accessoire : l'internat européen qui permet sur concours d'accéder à l'internat en médecine du travail à partir d'une autre spécialité.
- ▶ Par une passerelle accessible à tous médecins de toutes spécialités au bout de 5 ans d'exercice – la voie du collaborateur médecin (diplôme au bout de 4 années rémunérées sous forme d'un CDI avec un service de santé au travail.

Les caractéristiques actuelles de la population de médecins du travail

- ▶ La profession est féminisée (2/3 de femmes pour 1/3 d'hommes).
- ▶ Environ 5100 médecins du travail en exercice avec une activité à temps partiel choisi important.
- ▶ 2000 médecins du travail ont 60 ans et +.

Quelles possibilités et quel avenir ?

Les besoins en médecins du travail sont importants.

La médecine du travail est en évolution avec une réforme en cours mais la pyramide des âges est telle que même si l'effectif global peut diminuer du fait de la réforme, la demande devrait rester importante dans les années à venir.

La position du GPO commission spéciale du COCT donnant l'avis des partenaires sociaux sur les attentes au sujet des futurs textes de médecine du travail



Conseil d'Orientation des Conditions de Travail

Secrétariat général du COCT, 19 septembre 2016

Note de préparation du GPO du 23 septembre 2016 - Décrets relatifs au suivi des salariés par les services de santé au travail et la médecine du travail

La loi du 8 août 2016 modifie les dispositions relatives au suivi des salariés par les services de santé au travail et la médecine du travail. Ce texte appelle des mesures d'application réglementaires.

Dans la présente note, le choix est fait de privilégier une présentation thématique des contenus concernés par ces décrets, et de ces contenus seulement¹.

Afin de faciliter les débats du GPO sur cette matière complexe, il est proposé de se limiter à la présentation des thèmes suivants :

- ▶ La typologie des visites et des modalités de suivi telle qu'elle résulte du texte de la loi (1) ;
- ▶ Le périmètre des postes à risques devant faire l'objet d'une visite d'aptitude préalable et les modalités d'orientation d'un salarié vers tel ou tel type de suivi (2) ;
- ▶ Les modalités spécifiques de suivi des travailleurs en contrats courts (3).

Les éléments apportés pour la discussion de ces thèmes prennent en compte les propositions des huit organisations ayant adopté la note du GPO du 17 mars 2016 relative au suivi des salariés et les dispositions de l'article 102 de la loi du 8 août 2016. Certaines dispositions de nature réglementaire actuellement en vigueur dans le code du travail sont également rappelées. Afin de faciliter les débats, ces textes figurent en annexes.

1. Par exemple, la question des recours n'appelle pas de mesure d'application par décret : ce thème n'est donc pas repris ici, bien qu'il ait été traité par le texte de loi.

1. La typologie des visites et des modalités de suivi des salariés par les services de santé au travail et la médecine du travail

a. La note GPO du 17 mars 2016

Les organisations qui ont adopté la note du 17 mars 2016 ont souhaité mettre en évidence un principe général quant aux modalités de suivi des salariés : « *il convient de proportionner ce suivi aux risques professionnels encourus, qu'il s'agisse des risques récurrents (chutes de hauteur et de plain-pied, troubles musculo-squelettiques, exposition aux agents cancérigènes mutagènes et reprotoxiques, risques psycho-sociaux touchant l'ensemble des catégories socio-professionnelles : ouvriers, employés, cadres), des risques professionnels émergents (nano-technologies) ou encore des risques multifactoriels* ». Ce principe d'adaptation aux risques professionnels s'applique à l'ensemble des types de visites.

Ce principe posé, le texte identifie trois types de visites :

► La première visite

- Son objectif est la prévention primaire ; elle doit permettre d'informer le salarié et de nouer une relation de confiance avec l'équipe pluridisciplinaire ;
- Elle doit être modulée selon les risques professionnels et la nature du contrat (CDD ou intérim) :
 - Certains salariés doivent faire l'objet d'une visite d'aptitude « *avant ou dans un délai proche de la prise de poste* » ;
 - Les autres salariés peuvent faire l'objet d'une visite d'information et de prévention. « *Pour ces salariés, l'orientation vers le médecin du travail peut être décidée par ce membre de l'équipe pluridisciplinaire à la suite de la visite d'information et de prévention.* ».

► La visite périodique

- Le principe est d'adapter ces conditions de suivi périodiques à l'état de santé et aux risques professionnels encourus ;
- Ces visites doivent permettre de mieux suivre les publics particulièrement exposés :
 - « *Les travailleurs de nuit devraient basculer du principe de suivi semestriel au suivi médical renforcé. Les visites destinées à ces travailleurs, et plus généralement à l'ensemble des travailleurs dont les horaires sont atypiques, devraient mettre l'accent sur la prévention ;*
 - *Les travailleurs titulaires de CDD et de contrats d'intérim devraient faire l'objet d'un niveau de suivi équivalent à celui des autres salariés. Ce suivi doit être adapté à leurs parcours professionnels et aux risques particuliers auxquels ils sont exposés.* ».

► Les visites supplémentaires

- Leurs règles doivent rester inchangées (visites de reprise ou pré-reprise, visites à l'initiative du salarié ou de l'employeur).
- Visites à réaliser pendant le temps de travail et sans préjudice pour le salarié.

b. L'article 102 de la loi du 8 août 2016

La loi évoque deux notions distinctes, qui se recoupent en partie : des modalités de suivi, au nombre de deux, et des visites se rattachant à l'une ou l'autre de ces deux modalités de suivi.

► L'article 102 identifie clairement deux modalités de suivi :

- « Tout travailleur bénéficie, au titre de la surveillance de l'état de santé des travailleurs prévue à l'article L. 4622-2, **d'un suivi individuel de son état de santé** assuré par le médecin du travail et, sous l'autorité de celui-ci, par le collaborateur médecin mentionné à l'article L. 4623-1, l'interne en médecine du travail et l'infirmier. ». « Ce suivi comprend une visite d'information et de prévention effectuée après l'embauche par l'un des professionnels de santé mentionnés au premier alinéa du présent article. ». « Le professionnel de santé qui réalise la visite d'information et de prévention peut orienter le travailleur sans délai vers le médecin du travail, dans le respect du protocole élaboré par ce dernier. ».
- « Tout travailleur affecté à un poste présentant des risques particuliers pour sa santé ou sa sécurité ou pour celles de ses collègues ou des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail bénéficie d'un **suivi individuel renforcé** de son état de santé. Ce suivi comprend notamment un examen médical d'aptitude, qui se substitue à la visite d'information et de prévention prévue à l'article L. 4624-1. ».

► Les visites intégrées par ces deux modalités de suivi sont précisées par les autres dispositions du texte. Sont mentionnées :

- Au titre du suivi individuel :
 - La visite d'information et de prévention effectuée après l'embauche, dans un délai à fixer par décret en Conseil d'Etat ;
 - Des visites périodiques : « Les modalités et la périodicité de ce suivi prennent en compte les conditions de travail, l'état de santé et l'âge du travailleur, ainsi que les risques professionnels auxquels il est exposé. » ;
 - La visite médicale de suivi individuel adapté quand le travailleur se déclare travailleur handicapé ou titulaire d'une pension d'invalidité ;
 - La visite de suivi individuel régulier de l'état de santé de tout travailleur de nuit, dont la périodicité est fixée par le médecin du travail en fonction des particularités du poste occupé et des caractéristiques du travailleur, selon des modalités à fixer par décret en Conseil d'Etat ;
- Au titre du suivi individuel renforcé :
 - L'examen médical d'aptitude, réalisé avant l'embauche ; il « permet de s'assurer de la compatibilité de l'état de santé du travailleur avec le poste auquel il est affecté, afin de prévenir tout risque grave d'atteinte à sa santé ou à sa sécurité ou à celles de ses collègues ou des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail. » ;
 - Les examens médicaux d'aptitude périodiques : « Il est réalisé avant l'embauche et renouvelé périodiquement. ».
- Enfin, « tout salarié peut, lorsqu'il anticipe un risque d'inaptitude, solliciter une visite médicale dans l'objectif d'engager une démarche de maintien dans l'emploi ».

c. Dispositions réglementaires actuellement en vigueur

S'agissant du suivi périodique des salariés, le code du travail prévoit actuellement à l'article R. 4624-16 : « Le salarié bénéficie d'examens médicaux périodiques, au moins tous les vingt-quatre mois, par le médecin du travail. Ces examens médicaux ont pour finalité de s'assurer du maintien de l'aptitude médicale du salarié au poste de travail occupé et de l'informer sur les conséquences médicales des expositions au poste de travail et du suivi médical nécessaire.

Sous réserve d'assurer un suivi adéquat de la santé du salarié, l'agrément du service de santé au travail peut prévoir une périodicité excédant vingt-quatre mois lorsque sont mis en place des entretiens infirmiers et des actions pluridisciplinaires annuelles, et, lorsqu'elles existent, en tenant compte des recommandations de bonnes pratiques existantes. ».

Par ailleurs, l'article R. 4624-19 prévoit : « *Sous réserve de la périodicité des examens prévue aux articles R. 4624-16 et R. 4451-84, le médecin du travail est juge des modalités de la surveillance médicale renforcée, en tenant compte des recommandations de bonnes pratiques existantes.*

Cette surveillance comprend au moins un ou des examens de nature médicale selon une périodicité n'excédant pas vingt-quatre mois. ».

d. Enjeux et problématiques

Plusieurs questions sont liées à la typologie des suivis et à la périodicité des visites :

- ▶ Comment définir des parcours types correspondant à ces modalités de suivi effectif (suivi individuel et suivi individuel renforcé), de manière à assurer leur intelligibilité et leur opérationnalité pour les salariés, les employeurs et les services de santé au travail ?
- ▶ Quelle périodicité de suivi adopter selon les parcours ainsi définis et quels professionnels de santé au travail mobiliser selon les types de suivi et les types de visites ?
- ▶ Comment définir des lignes directrices pour ces parcours (périodicité de visite, objectifs, procédures, etc.) de nature à assurer une égalité de traitement tout en laissant les marges de manœuvre suffisantes à l'expertise de terrain ?

2. La définition des postes à risques et l'orientation vers ces derniers

a. Les positions exprimées par la note GPO du 17 mars 2016

Les organisations ayant adopté la note proposent les catégories suivantes :

« Certaines catégories de salariés doivent faire l'objet d'une visite d'aptitude, réalisée par un médecin du travail ou un collaborateur médecin. Dans ce cas, les travailleurs les plus exposés à des risques pour leur santé et leur sécurité doivent être priorités :

- ▶ *Des catégories de bénéficiaires de ces visites devraient être déterminées par décret ; en particulier, la notion de poste de sécurité devrait être précisée.*
- ▶ *En outre, des marges de manœuvre devraient être offertes aux acteurs de terrain pour compléter le nombre des bénéficiaires de ces visites au regard de la réalité des risques professionnels auxquels les salariés sont confrontés. La fiche d'entreprise, le document unique d'évaluation des risques ou encore le document visé par l'article D. 4622-22 du code du travail sont les éléments de cette connaissance, de même que les autres éléments d'analyse disponibles au niveau des branches ou des territoires (DIRECCTE, CARSAT, organismes de prévention, etc.). ».*

b. Les dispositions prévues par l'article 102 de la loi

Le texte de loi définit seulement les critères généraux des postes présentant des risques particuliers : « *Tout travailleur affecté à un poste présentant des risques particuliers pour sa santé ou sa sécurité ou pour celles de ses collègues ou des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail bénéficie d'un suivi individuel renforcé de son état de santé. ».*

c. Dispositions réglementaires actuellement en vigueur

Il est à noter que l'actuel article R. 4624-18 du code du travail, relatif à la surveillance médicale renforcée, fait référence à certains postes à risques : « *Bénéficiaire d'une surveillance médicale renforcée : (...) 3°) Les salariés exposés :*

- a) *A l'amiante ;*
- b) *Aux rayonnements ionisants ;*
- c) *Au plomb dans les conditions prévues à l'article R. 4412-160 ;*
- d) *Au risque hyperbare ;*
- e) *Au bruit dans les conditions prévues au 2° de l'article R. 4434-7 ;*
- f) *Aux vibrations dans les conditions prévues à l'article R. 4443-2 ;*
- g) *Aux agents biologiques des groupes 3 et 4 ;*
- h) *Aux agents cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction mentionnés à l'article R. 4412-60 ; (...).* ».

d. Enjeux et problématiques

Deux grandes séries de questions peuvent être posées :

- ▶ A propos des catégories de postes à risques :
 - ⦿ Faut-il fixer des catégories génériques de postes à risques et si oui par quel vecteur juridique ?
 - ⦿ Quelles devraient être ces catégories ? Les postes à risques actuellement concernés par la surveillance médicale renforcée (SMR) doivent-ils y être intégrés ? Ces catégories doivent-elles ou non être limitatives ? Faut-il y prévoir des possibilités de dérogation ?
- ▶ A propos de la décision de classer tel ou tel poste parmi les postes à risques :
 - ⦿ Comment sera-t-il décidé qu'un poste pris individuellement relève des postes à risques ?
 - ⦿ Quels seront les rôles de l'employeur, du médecin du travail, du CHSCT ?

3. Le suivi des travailleurs en contrats courts

a. Les positions de la note GPO du 17 mars 2016

La note précise : « *Les travailleurs titulaires de CDD et de contrats d'intérim devraient faire l'objet d'un niveau de suivi équivalent à celui des autres salariés. Ce suivi doit être adapté à leurs parcours professionnels et aux risques particuliers auxquels ils sont exposés.*

Le suivi des salariés nécessite de renforcer la coordination des systèmes d'information des services de santé au travail. En particulier, s'agissant des titulaires de contrats courts, il nécessite de renforcer la coordination de l'ensemble des services de santé au travail dans le cadre des COREOCT. »

b. Les dispositions prévues par l'article 102 de la loi

La loi du 8 août 2016 prévoit :

« *Un décret en Conseil d'Etat prévoit les adaptations des règles définies aux articles L. 4624-1 et L. 4624-2 pour les salariés temporaires et les salariés en contrat à durée déterminée.*

Ces adaptations leur garantissent un suivi individuel de leur état de santé d'une périodicité équivalente à celle du suivi des salariés en contrat à durée indéterminée.

Ce décret en Conseil d'Etat prévoit les modalités d'information de l'employeur sur le suivi individuel de l'état de santé de son salarié et les modalités particulières d'hébergement des dossiers médicaux en santé au travail et d'échanges d'informations entre médecins du travail. ».

c. Dispositions réglementaires actuellement en vigueur

L'actuelle partie réglementaire du code du travail comprend plusieurs articles spécifiques au suivi des salariés en contrats courts :

► Des articles relatifs aux modalités spécifiques de suivi des salariés intérimaires :

Article R. 4625-9 « L'examen médical d'embauche prévu à l'article R. 4624-10 est réalisé par le médecin du travail de l'entreprise de travail temporaire.

L'examen peut avoir pour finalité de rechercher si le salarié est médicalement apte à exercer plusieurs emplois, dans la limite de trois. (...) ».

Article R. 4625-10 « Sauf si le salarié le demande, le médecin du travail de l'entreprise de travail temporaire peut ne pas réaliser un nouvel examen d'embauche avant une nouvelle mission si les conditions suivantes sont réunies :

1° Le médecin n'estime pas celui-ci nécessaire (...);

2° Le médecin a pris connaissance de la fiche médicale d'aptitude (...);

3° L'aptitude médicale ou l'une des aptitudes reconnues lors de l'examen médical d'embauche réalisé à l'occasion d'une mission précédente correspondent aux caractéristiques particulières du poste (...);

4° Aucune inaptitude n'a été reconnue lors du dernier examen médical intervenu soit au cours des vingt-quatre mois qui précèdent, si le travailleur est mis à disposition par la même entreprise de travail temporaire, soit au cours des douze mois qui précèdent dans le cas d'un changement d'entreprise de travail temporaire. ».

Article D. 4625-17 « Dans la zone géographique déterminée, selon le cas, par le ou les directeurs régionaux des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi, après avis du ou des médecins inspecteurs du travail, lorsqu'il existe plusieurs services de santé au travail qui sollicitent un agrément pour assurer les missions de la médecine du travail des salariés temporaires, ces services constituent un fichier commun.

Ce fichier a pour finalité le regroupement des fiches d'aptitude médicale de ces salariés. ».

► L'article R. 4624-12 s'applique particulièrement aux salariés en contrat à durée déterminée :

« Sauf si le médecin du travail l'estime nécessaire ou lorsque le salarié en fait la demande, un nouvel examen médical d'embauche n'est pas obligatoire lorsque les conditions suivantes sont réunies :

1° Le salarié est appelé à occuper un emploi identique présentant les mêmes risques d'exposition ;

2° Le médecin du travail intéressé est en possession de la fiche d'aptitude établie en application de l'article R. 4624-47 ;

3° Aucune inaptitude n'a été reconnue lors du dernier examen médical intervenu au cours :

- a) Soit des vingt-quatre mois précédents lorsque le salarié est à nouveau embauché par le même employeur ;
- b) Soit des douze derniers mois lorsque le salarié change d'entreprise. ».

➤ Enfin, l'article D. 4625-22 prévoit le cas spécifique des travailleurs saisonniers :

« Un examen médical d'embauche est obligatoire pour les salariés saisonniers recrutés pour une durée au moins égale à quarante-cinq jours de travail effectif sauf en ce qui concerne les salariés recrutés pour un emploi équivalent à ceux précédemment occupés si aucune inaptitude n'a été reconnue lors du dernier examen médical intervenu au cours des vingt-quatre mois précédents.

Pour les salariés saisonniers recrutés pour une durée inférieure à quarante-cinq jours, le service de santé au travail organise des actions de formation et de prévention. Ces actions peuvent être communes à plusieurs entreprises.

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail est consulté sur ces actions. ».

d. Enjeux et problématiques

Une première série de questions tient à l'application des règles communes décidées pour l'ensemble des salariés, tenant compte des modifications apportées par la loi du 8 août 2016. Pour ces règles, il conviendra de renvoyer aux débats portant sur le point 1.

Une deuxième série de questions consiste en l'adaptation de ces règles à la situation spécifique des travailleurs intérimaires. Des adaptations existent d'ores et déjà et sont prévues par les textes réglementaires actuels (cf. *supra*) : possibilité de vérification de l'aptitude pour plusieurs emplois (dans la limite de trois), possibilité de constituer un fichier commun dans une zone géographique donnée. Ces adaptations doivent-elles être maintenues ou doivent-elles évoluer ?

Enfin, une troisième série de questions porte sur la nécessité ou non d'apporter des adaptations au droit actuel pour les salariés en contrats à durée déterminée.



Le Burn Out et sa reconnaissance en maladie professionnelle

Intervention du Dr Martine Keryer et du Dr Bernard Salengro devant la commission de l'assemblée nationale

Dr Bernard SALENGRO

Expert confédéral CFE-CGC

Pôle santé au travail, conditions de travail, handicap

Président du syndicat CFE-CGC santé au travail

Présentation par le Dr B. Salengro

I. Rappelons d'abord quelques éléments de contexte

Sur la différence d'approches entre médecins du travail et psychiatres, mais également quelques éléments concernant la situation historique des premières descriptions du burn out et le traitement fait dans les autres pays.

Différence psychiatre et médecin du travail

- Différence entre clientèle du psychiatre et celle du médecin du travail.

L'un ne voit que ceux qui se sentent en besoin de consulter un psy tandis que l'autre voit tous les salariés.

Du moins jusque maintenant.

- Différence entre culture du psychiatre soit psychanalytique et tout dépend de l'enfance ou comportementaliste tout revient à l'attitude du patient tandis que le médecin du travail connaît le travail, la structure de l'organisation, du groupe, les caractéristiques du rôle attendu et de la tâche

prescrite ainsi que les stratégies développées par le salarié, toutes choses ignorées par le psychiatre.

Différence due à cette pathologie qui fait que le salarié ne se sent pas patient psy mais salarié épuisé voire déboussolé, d'autant que les symptômes sont spécifiques aux situations de travail. Il ne ressent pas le besoin de consulter un psychiatre qui, pour lui, a la compétence sur les psychoses voire les névroses et états limites de personnalité ce qui n'est pas son cas. Au mieux, il consultera un psychologue ou son médecin traitant. Ce qui fait que les psychiatres interrogés parlent sans connaître.

Ce qui fait que ce syndrome ne soit pas intégré dans les différentes classifications de type CIM 10 ou DSM V qui ne sont pas faites avec les médecins du travail.

La spécialité des psychiatres est éminemment respectable mais ne recouvre pas ce champ-là ce qui fait que par rapport à la spécialité des médecins du travail ce sont les médecins du travail qui sont légitimes à en parler.

Que dirait-on d'un rapport de l'académie de médecine sur l'infarctus réalisé par des dermatologues !

Spécificité du terrain engagé pour développer le burn out

Ce n'est pas par hasard que l'étude du stress et de ses formes cliniques dont le burn out en est une a particulièrement répondu à la confédération générale de l'encadrement.

En effet, il est admis par tous que le burn out ne se développe bien que sur un terrain fait de personnes engagées fortement dans leur métier, or les cadres et plus généralement les

membres de l'encadrement, ne sont pas arrivés à ces postes par hasard ou par hérédité, ils n'y sont parvenus que parce qu'ils ont été profondément engagés dans leurs études préalables

qu'ils ont réussies au prix d'un engagement important, de même ils n'ont obtenu leurs postes qu'au prix d'un parcours professionnel qui ne peut être réussi qu'au prix d'un fort engagement fait de temps non compté, fait de permanence des soucis professionnels, fait d'une quête permanente à l'actualisation des connaissances, fait d'une veille à la reconnaissance de cet investissement, etc. !

Il est certain que l'ouvrier au haut fourneau de la sidérurgie lorsqu'il

quittait son poste, n'emmenait pas son haut fourneau avec lui tandis que le cadre emmenait ses soucis d'autant plus facilement que sa boîte mail et son téléphone portable lui rappelaient qu'ils étaient toujours présents et encore plus s'il est au forfait !

Toutes les études que cela soit celles commanditées par la CFE-CGC ou réalisées au niveau de l'Europe montrent la spécificité de l'encadrement vis à vis de cette pathologie.

Certes la situation change en ce sens que de plus en plus on demande un niveau de connaissances élevé à tous les opérateurs qui deviennent de plus en plus des techniciens et que les nouvelles techniques de management cherchent à pousser tout le monde à s'engager au maximum !

Cependant les cadres au forfait, qui n'ont d'autres limites horaires que les 11h de repos imposées par l'Europe, représentent une patientèle particulièrement exposée.

Le burn out n'est reconnu nulle part

- 1° Karoshi. Le premier cas reconnu de *karōshi* date de 1969, introduit par trois médecins, Hosokawa, Tajiri et Uehata au Japon et indemnisé comme tel.
- 2° Belgique, arrêté royal du 10 avril 2014. Section 2 article 3. Le terme burn out est explicitement cité. Cf. arrêté royal du 27 mars 1998 relatif au bien-être.
- 3° Le burn out n'est pas une maladie mais un syndrome et un syndrome n'est pas dans les tableaux. Or, le tableau sur le plomb comporte un syndrome qui est indem-

nisé selon la description initiale de Louis Tancred des Planches et après les diatribes du Dr Georges Clémenceau sur les maladies professionnelles dues au plomb dans l'aurore en 1906 que je vous invite à relire tant elles sont encore d'actualité pour ce qui nous rassemble. Mais plus encore **le syndrome dépressif** est déjà inscrit dans les tableaux des brucelloses et du sulfocarbonisme.

Au régime agricole le N° 6 et au régime général au N° 24 pour la brucellose et pour le Tableau sur le sulfocarbonisme N° 8 pour le

régime agricole et au N° 22 pour le régime général.

- 4° Enfin, on dit également qu'il n'y a pas de **dépression** dans les maladies professionnelles, c'est faux, cf. le tableau sur le bromure de méthyle. N° 23 au régime agricole et N° 26 au régime général. Vous retrouvez facilement ces références sur le site internet de l'INRS en vous aidant du moteur de recherche.

Le burn out est une description récente

Je ne citerai mon manuel lorsque je suivais mes études de psychiatrie mais la description y était bien évoquée en 1974.

Plus encore dans les écrits de Shakespeare et chez de nombreux auteurs de littérature y compris dans la bible !

Simplement :

- 1° Congrès de santé au travail Rouen 1990, le Dr A. Raix de l'université Pierre et Marie Curie fait toute une intervention sur le burn out dans une description tout à fait classique et publiée dans les archives des maladies professionnelles page 164.



- 2° Table ronde sur la santé au travail au sénat le 3 décembre 1991, le Dr Robert Salbreux psychiatre évoque le burn out avec la description classique du trepied des symptômes : je cite : « *le burn out que nous appelons nous l'épuisement professionnel des soignants et qui est une cause de morbidité considérable au travail...* », page 18.
- 3° Si vous allez sur le site des archives maladies professionnelles et que vous tapez burn out dans le moteur de recherches, vous trouvez de nombreuses publications.
- 4° Et in fine, la publication de Christina Maslach en 1997 traduite et publiée en français en 2011 avec une magnifique description sémiologique du Dr Legeron qui à l'époque ne disait pas que cela n'existait pas.
- 5° Certes dans le DSM V vous ne trouvez pas le burn out. Mais par qui est réalisé le DSM V ? Par les psychiatres américains qui comme les psychiatres français ne voient que les patients qui viennent vers eux et en plus ils n'ont pas l'appui d'un corps de spécialistes en santé au travail

comme cela existe encore en France. Ce qui ne les empêche pas d'indemniser cette pathologie comme le rapporte les publications du BIT car le système n'est pas le même chez eux, il ne s'agit pas de tableaux mais de l'appréciation du juge ce qui fait que les assurances privées ont organisé une prévention bien avant les français a rapporté Eskenazy dans une récente publication.

II. La philosophie, l'économie, l'épidémiologie et le comportement des acteurs sont concernés par ce problème

L'intérêt de sa reconnaissance en maladie professionnelle

L'intérêt est très important pour plusieurs raisons :

- 1° **L'équilibre des comptes de la sécurité sociale**
car les dégâts du burn out sont quand même indemnisés par la sécurité sociale mais au niveau du régime d'assurance maladie financé par les cotisations que versent les entreprises tandis que si c'était versé par les cotisations ATMP ce serait toujours versé par les entreprises mais avec une incitation financière (modeste rassurez-vous, nous ne sommes dans le droit assurantiel comme chez les américains) à la prévention. Cela paraît logique que les entreprises qui créent la situation générant le burn out en assume les conséquences. Cela libérerait le régime maladie d'une dépense qui n'en relève pas et qui permettrait d'inciter à la prévention !
- 2° **La motivation des employeurs par l'immunité civile permise par le régime AT/MP**
Le régime ATMP lorsqu'il indemnise protège l'employeur des actions en réparation qui pourraient être demandées au civil. C'est d'ailleurs pour cela qu'il a été créé et pour cela qu'il n'est pas critiqué, car les indemnisations au civil coûteraient beaucoup plus cher !
- 3° **L'incitation à la prévention par les (faibles) incitations financières**
La reconnaissance en maladie professionnelle par un mécanisme comptable, un peu lissé, établit une incitation financière pour que les entreprises améliorent leur situation et diminuent l'émergence de la pathologie. Dès que l'on enclenche ce mécanisme la prévention devient rentable et entre



dans la logique économique de l'entreprise disait le Dr Cazamian, fondateur de l'enseignement de l'ergonomie à la Sorbonne.

4° Une meilleure indemnisation des personnes atteintes

mais rassurez-vous, cette indemnisation n'est pas automatique, il y a description des situations qui génèrent la pathologie, il y a des délais d'exposition au risque, des délais de prise en charge et une liste des types d'affections bien décrites dans les tableaux.

Par ailleurs, il faut se rappeler que cette indemnisation n'est pas extraordinaire, beaucoup moins intéressantes que les indemnisations obtenues au civil car elle est plafonnée, divisée par deux, réversible et dépendante d'un barème

antique qui tiens peu compte de l'évolution du travail tertiaire !

Ce qui fait que pour un cadre il serait beaucoup plus intéressant de mener une action au civil comme aux USA, l'indemnisation serait triplée facilement.

Il faut se rappeler que le régime ATMP a été demandé par les employeurs pour échapper aux actions du civil en offrant une forfaitisation immédiate très limitée de l'indemnisation des préjudices en contrepartie de cette immunité civile.

5° Un tableau de maladie professionnelle plutôt que le mécanisme complémentaire des CRRMP !

En effet, dans le cadre d'un tableau, on reste dans la philosophie ori-

ginale de l'accord avec les employeurs c'est-à-dire une indemnisation automatique mais limitée en contrepartie de la présomption d'imputabilité qui est la contrepartie du lien de subordination caractéristique du statut de salarié.

En pratique, il suffit de présenter une pathologie sous forme de maladie, symptôme ou syndrome en regard d'un exercice professionnel défini.

Tout autre est la philosophie du système complémentaire dans le cadre des CRRMP où il faut faire la preuve du lien comme dans la logique du droit civil mais avec une indemnisation qui reste limitée comme dans le cadre du régime ATMP !

La logique par rapport aux termes de l'accord sur le stress de 2004 et de 2008

1° la logique par rapport à l'accord français sur le stress au travail signé entre les partenaires sociaux en 2008 inclut dans sa logique ce qui relève du burn-out.

Ce qui est intéressant de noter c'est que cet accord, déclinaison de l'accord européen de 2004, a été signé par tous les partenaires sociaux et plus encore, a été étendu par les pouvoirs publics.

Or, ce texte stipule bien les origines de ces problématiques dans l'organisation et les caractéristiques du travail !

Ce texte qui reconnaît la pathologie issue des organisations et des caractéristiques du travail appelle dans sa logique une reconnaissance en maladie professionnelle.

2° La logique par rapport au constat réalisé par la DGT avec l'INRS et avec l'ANACT. Ce guide réalisé sous l'égide

de la DGT fait le point quasi exhaustif de la symptomatologie du burn out, du diagnostic positif et étiologique mais également différentiel.

Il établit la conséquence en matière de prévention dans une démarche adaptée aux grandes entreprises mais peu aux PME compte tenu des récentes réformes de la médecine du travail qui vont éloigner le médecin du travail des salariés et de leur vécu surtout dans les PME.

Deux remarques au sujet de ce guide :

• La première dans la description du rôle du médecin du travail en présentant un rôle amputé : « le médecin du travail ne pratique aucune prescription médicale dans le cadre de l'entreprise ou de la structure dans laquelle il officie. ».

Faisant l'impasse sur l'action sur les conditions de travail et sa traduction

au travers de ses interventions, écrits, rapports et devoir d'alerte qui sont ses prescriptions médicales (Art. R. 4623-1, Art. R. 4624-4, Art. D. 4624-37, Art. D. 4624-42, Art. R. 4624-3. Art. L. 4624-3-1.)

• La seconde étant la description d'une fragilité des personnes s'engageant trop dans leur travail

comme étant une caractéristique des individus alors que c'est le résultat des actions managériales actuelles, il suffit de lire les cours des écoles de commerce pour le comprendre. Jean Leon Beauvois dans son « traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens » en a fait la démonstration.

L'importance de l'épidémie et sa mesure

Plusieurs approches ont été réalisées dans le cadre de la CFE-CGC, tout d'abord par le recueil des témoignages poignants que l'on pouvait recevoir émanant d'abord de la fédération de

la santé et de celle de la police et puis petit à petit de toutes les fédérations professionnelles.

Afin d'avoir une vision qui ne soit pas limitée qu'aux seuls trains qui arrivent

en retard, on a pratiqué des sondages manuellement puis en passant par des instituts de sondage afin que l'on ne puisse pas rétorquer que les résultats étaient fabriqués !

Sondage réalisé par Opinion Way sur 1000 cadres actifs 2011 échantillon représentatif :

1° Charge de travail

- ▶ Avez-vous le sentiment que votre charge de travail est plus lourde qu'auparavant ? **Oui à 74 %**
- ▶ Avez-vous le sentiment que vous devez travailler trop vite ? **Oui à 89 %**
- ▶ Diriez-vous que le temps de travail est insuffisant pour la tâche ? **Oui à 61 %**

2° Flou, anomie

- ▶ Diriez-vous que votre responsabilité est mal définie ? **Oui à 41 %**
- ▶ Diriez-vous que vos responsabilités dépassent vos compétences ? **Oui à 52 %**
- ▶ Diriez-vous que vos responsabilités dépassent votre capacité de contrôle ? **Oui à 63 %**
- ▶ Diriez-vous que les progiciels mécanisent votre travail ? **Oui à 41 %**
- ▶ Diriez-vous que l'utilisation de progiciels réduit les relations humaines ? **Oui à 52 %**

3° Reconnaissance

- ▶ Diriez-vous que vos efforts sont reconnus à leur juste valeur ? **Non à 58 %**

4° Soutien social

- ▶ Diriez-vous que vous avez le sentiment d'être soutenu par vos collègues ? **Oui à 72 %**

5° Clarté, flou, responsabilité, dialogue, anomie

- ▶ Diriez-vous qu'il y a trop d'incertitude sur la stratégie de votre entreprise ? **Oui à 63 % à court terme et oui à 71 % à long terme**
- ▶ Êtes-vous inquiet par rapport à votre situation professionnelle ? **Oui à 58 %**
- ▶ Avez-vous des difficultés à concilier vie privée et vie professionnelle ? **Oui à 56 %**
- ▶ Avez-vous le sentiment de recevoir des ordres ou des consignes contradictoires ? **Oui à 56 %**
- ▶ Avez-vous le sentiment d'être en concurrence avec les collègues de votre entreprise ? **Oui à 43 %**
- ▶ Avez-vous le sentiment d'être confronté à des clients agressifs ? **Oui à 41 %**
- ▶ Avez-vous le sentiment d'être contraint à des actions contraires à votre éthique ? **Oui à 38 %**
- ▶ Avez-vous le sentiment de subir des remontrances ou des critiques devant vos collègues ? **Oui à 23 %**

6° Au niveau du ressenti

- ▶ Avez-vous le sentiment d'être tendu, crispé à cause du travail ? **Oui à 70 %**
- ▶ Avez-vous l'envie de quitter le travail à cause du stress ? **Oui à 39 %**
- ▶ Avez-vous l'envie d'un départ anticipé à la retraite ? **28 %**
- ▶ Avez-vous des arrêts maladie à cause du travail ? **Oui à 14 %**
- ▶ Avez-vous une consommation excessive d'alcool à cause de votre travail ? **Oui à 13 %**
- ▶ Avez-vous des troubles du sommeil à cause de votre travail ? **Oui à 63 %**
- ▶ Avez-vous des difficultés conjugales à cause de votre travail ? **Oui à 25 %**
- ▶ Avez-vous des idées suicidaires à cause du travail ? **Oui à 7 %, taux qui grimpe en fonction de la taille de l'équipe encadrée**

Avec de tels résultats qui se répètent au fur et à mesure des années et dont on trouve confirmation dans d'autres sondages et d'autres travaux, on ne peut s'étonner de chiffres importants pour approcher la pathologie du burn out. Tous les facteurs décrits s'y retrouvent de même que les symptômes !

Dans le dictionnaire des risques psychosociaux et dans accord du GPO

À la rubrique burn out c'est renvoyé à épuisement professionnel p. 273.

Philippe Zawieja et Franck Guarnieri, le seuil 2014

Avec les références de :

- Freudenberger en 1974, Première publication.
- Christina Maslach et Susan Jackson en 1981.
- Truchot en 2011.

III. Le type de description de l'affection en question

Le DIAGNOSTIC POSITIF

C'est un Syndrome associant

- 1° Épuisement physique, psychique et cognitif qui correspond au manque d'énergie, au sentiment d'être exténué par les exigences de son travail. Vidé nerveusement, l'individu a perdu tout entrain, est démotivé. Fatigue physique (faible énergie), épuisement émotionnel (manque d'empathie), épuisement cognitif (diminution des capacités mentales).
- 2° Cynisme (ou la dépersonnalisation), attitude négative et détachée envers le travail, les collègues, l'organisation.
- 3° Inefficacité professionnelle (ou la place de réduction de l'accomplissement personnel).

La tendance actuelle est de considérer que l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation constituent le noyau dur du syndrome.

Les manifestations du burn out

Les manifestations du burn out s'observent au niveau du professionnel, des interactions interpersonnelles, mais également au niveau de l'institution.

Au niveau individuel, un sentiment de fatigue chronique est généralement remarqué.

Le burn out réduit les défenses immunitaires et rend plus vulnérable aux infections virales.

Des troubles du sommeil et une grande fatigue au réveil peuvent apparaître.

Le burn out est associé à des taux de cortisol plus élevés durant la journée de travail. Il conduit au diabète de type 2. Il s'accompagne de troubles musculo-squelettiques et de problèmes cardio-vasculaires.

Le burn out provoque des conduites addictives, en particulier consommation d'alcool et prise de psychotropes.

Des troubles cognitifs font également partie de ses manifestations : difficultés de concentration, pensées intrusives (cf. Shirom, 2010).

Le burn out entraîne une intolérance aux frustrations, ce qui induit, entre autres, une sensibilité exacerbée, une agressivité et une détérioration des relations avec les collègues.

Il contribue à dégrader la qualité des relations avec les bénéficiaires. Il est associé à un retrait psychologique vis-à-vis des patients et conduit à des erreurs médicales et de la maltraitance (Truchot 2013).

Pour l'organisation, le burn out représente un coût important. Il contribue à augmenter l'insatisfaction au travail et à diminuer l'engagement. Les professionnels atteints de burn out sont moins impliqués, ont moins de conduites de citoyenneté organisationnelle et ont plus que les autres l'intention de quitter leur emploi.



DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

1° Le stress est un terme générique correspondant au stade final du processus d'adaptation et le burn out correspond au stade final d'une rupture d'adaptation. Celle-ci résulte sur le long terme, d'un déséquilibre entre les exigences de l'environnement et les ressources de l'individu.

Par ailleurs, le burn out implique la manifestation d'attitudes et de comportements négatifs (cynisme, retrait psychologique et comportemental), ce qui n'est pas nécessairement le cas du stress.

Le burn out touche davantage les personnes fortement investies dans leur travail et présentent des symptômes surtout liés à la sphère du travail.

2° Certaines similitudes entre les symptômes du burn out et ceux de la dépression conduisent à s'interroger sur le lien entre ces deux états psychologiques.

Les symptômes du burn out sont spécifiques aux situations de travail.

Au cours des premiers stades du burn out, les individus sont productifs dans d'autres domaines. Au contraire, avec la dépression les symptômes sont « envahissants ». Ils sont indépendants du contexte, se généralisent à toutes les situations, à toutes les sphères de la vie. Ceci implique que l'individu dépressif est susceptible de ressentir un manque d'énergie dans tous les registres variés de sa vie (travail, loisirs, vie familiale, etc.) alors que l'individu frappé de burn out doit ressentir ce manque d'énergie essentiellement sur son lieu de travail.

Les individus atteints de burn out donnent l'impression d'être plus vivants et sont davantage capables de se réjouir des choses.

Ils perdent rarement du poids, montrent rarement de l'inhibition psychomotrice. Ils ont des sentiments de culpabilité plus réalistes le cas échéant.

Une autre différence est qu'ils tendent à attribuer leur indécision

et leur inactivité à leur fatigue plutôt qu'à leur maladie, ce qui explique qu'ils n'aillent pas spontanément voir le psychiatre.

Enfin, ils ont souvent des difficultés à s'endormir, tandis que dans le cas de la dépression on tend à se réveiller trop tôt.

3° La différence avec la fatigue chronique est analogue, la fatigue chronique est générale et apparaît après une tension psychique ou un stress de longue durée. Elle n'a pas d'origine systématique dans le travail.

Le burn out ou fatigue émotionnelle est associée aux deux autres composantes : la dépersonnalisation et la perte d'accomplissement au travail. Apparaît suite à une tension psychique ou un stress de longue durée associé au travail.

4° Le workaholisme ou l'addiction au travail.

Ils passent beaucoup de temps au travail, sont réticents à se distancier ou se désengager de leur travail et ils fournissent un travail qui va au-delà de ce qui est attendu de leur part au point que leur vie privée en est affectée (Schaufeli et al 2006). Peut notamment conduire au burn out car l'implication excessive dans le travail peut épuiser les ressources.

Le burn out, par contre, touche les personnes qui ont de fortes attentes envers leur travail : ce qui est déterminant pour elles, c'est le métier et le sens donné au travail. L'épuisement propre au burnout ne permet pas à la personne de mobiliser les ressources nécessaires à une forte implication dans le travail (« workaholisme »). Le syndrome d'épuisement professionnel n'est pas nécessairement consécutif au workaholisme.



DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE ou FACTEURS DE RISQUE

La surcharge de travail, le conflit de rôle et l'ambiguïté de rôle, le manque de contrôle, des récompenses insuffisantes, la rupture de la communauté et l'absence de soutien social, l'absence d'équité, l'anomie ou la perte de sens, en particulier dans la contradiction des messages, les conflits de valeurs ou la qualité empêchée.

LA MESURE DU BURN OUT

- 1°** Le Maslach Burn Out Inventory ou MBI. De bonnes propriétés psychométriques. Épuisement émotionnel, cynisme, réduction de l'efficacité. Pourcentage de variance est à 61 %.
- 2°** L'Oldenbourg Burn out Inventory. Évalue épuisement et désengagement. Explique 81 % de la variance.
- 3°** Le Shirom Melamed Burn Out Measure ou SMBM. Fatigue physique, épuisement émotionnel, lassitude cognitive.

IV. Les propositions en termes de tableau de maladie professionnelle

Dans la liste des pathologies

Il paraît incontournable d'évoquer :

- 1°** L'épuisement physique, psychique et cognitif et ses manifestations (fatigue physique avec faible énergie, épuisement émotionnel avec manque d'empathie, épuisement cognitif avec diminution des capacités mentales) associé à ☞
- 2°** La réaction de dépersonnalisation ou de cynisme vis-à-vis des sujets à traiter. Peut s'y associer une attitude négative et détachée envers le travail, les collègues, l'organisation. Pas toujours associé à ☞
- 3°** Un sentiment d'échec professionnel. Avec la mesure d'un des tests MBI ayant la meilleure variance.

Dans la liste des expositions professionnelles

L'engagement apparaît comme une donnée incontournable, qu'il soit provoqué par le management qui y incite et/ou par l'empathie nécessaire dans le cadre de la relation d'aide ou de traitement.

S'y rajoute comme autres facteurs ceux qui sont évoqués dans le guide de la DGT c'est-à-dire : charge de travail excessive, charge émotionnelle excessive, manque de soutien social, manque de marge de manœuvre, manque de reconnaissance, manque de dialogue, manque de sens du travail, anomie.

Ces différentes caractéristiques étant repérées au travers des traces de l'action des IRP, des médecins du travail et de leurs équipes concrétisées par leurs écrits.

Comme DER : 1 an

Comme DPEC : 6 mois

Les propositions de prévention

Les acteurs

- **Les IRP et lors qu'ils existent les CHSCT.**
- Les employeurs ont l'obligation de prévention et de résultat de sécurité.
- Les acteurs de la santé au travail et en particulier les médecins du travail sont des acteurs de premier plan pour dépister et

pour conseiller les employeurs et les partenaires sociaux en termes de correction des caractéristiques du travail. Ils ont comme arme leurs conseils traduits par des écrits notamment au travers du devoir d'alerte Art. L. 4624-3.-I.

Les actions

Se résumant en l'évitement des facteurs étiologiques précédemment décrits et bien explicités dans le guide de la DGT.



Présentation par le Dr Martine KERYER



Non-assistance à personne en danger ! Quand allons-nous réveiller ?

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

Pour la CFE-CGC, syndicat des cadres et techniciens, il existe au sein de notre société, un mal silencieux, sournois qui ne déclenche pas autant d'émotions qu'une tentative de suicide, pourtant, ce mal tue socialement à petit feu.

Parle-t-on dans nos entreprises de ce broyeur silencieux ? Tout le monde le sait et ferme les yeux.

Aujourd'hui le sujet est éludé : un salarié, un agent, le plus efficace, le plus impliqué, le plus investi est soudainement absent, en maladie un temps prolongé, puis disparaît du milieu professionnel. Les collègues, le chs avaient bien remarqué son changement de comportement, mais sans indicateurs objectifs comme une déclaration d'AT ou de MP, cette absence n'est pas portée en discussion dans le collectif de travail. Malheureusement, la régulation qui pourrait éviter une prolifération de ces cas n'est pas mise en place.

C'est pour cela que la CFE-CGC demande une mise en lumière de ces cas d'épuisement professionnel.

POUR 3 RAISONS :

- D'abord pour le salarié. Pour qu'il puisse se dire : « Je ne suis pas malade, c'est mon travail qui m'a rendu comme cela ». Cela lui permet de se reconstruire et

de sortir de l'enfermement de la dépression liée à des facteurs personnels.

- Ensuite, pour que les CHSCT puissent s'emparer d'indicateurs objectifs pour analyser les statistiques de mp liés à des troubles psychologiques, comme ils le font pour les TMS. La prévention pourra alors commencer avec l'analyse de la charge de travail, des conflits de valeur et de la charge émotionnelle.
- Enfin, pour une répartition équitable du coût des pathologies liées au travail, Le surcoût lié à ces pathologies (Coût des pathologies mentales 22 Mds dont 4,4 Mds pour des pathologies mal répertoriées ne relevant pas du registre des pathologies psychiatriques classiquement identifiables. (Source CNAMTS rapport charges et produits conseil CNAMTS 4/7/2013, Rapport commission des comptes de la sécurité sociale, juin 2013. Source CNAMTS conseil du 23/5/2013 point IV. JF GOMEZ).

C'est pris en charge par le régime général de sécurité sociale. Parmi les salariés en arrêt de travail pour 6 mois, on estime de 10 à 20 % ceux qui sont arrêtés pour raisons psychologiques

liées au travail, c'est-à-dire ne relevant pas des troubles psychiatriques habituels.

Face à la non existence actuelle de tableau de mp, les médecins du travail et les médecins de consultation de souffrance au travail s'appuient sur la possibilité de déclarer au titre de la législation des accidents du travail un syndrome d'épuisement professionnel lorsqu'il existe un facteur émotionnel déclencheur. C'est évidemment un détournement, mais c'est la solution la plus rapide et la plus efficace. Il faut pour cela, un fait précis considéré comme un accident (par exemple des brimades et humiliations au cours d'une réunion de travail). A cette condition, le patient est alors pris en charge et reconnu financièrement.

Pour la CFE-CGC, la prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel au titre de la maladie professionnelle avec la création d'un tableau est possible. Le groupe paritaire d'orientation du Coct a déjà réussi l'exploit de se mettre d'accord employeurs et OS en émettant un avis sur le guide écrit par la DGT.

Sous la pression des législateurs, les partenaires sociaux au sein de ce comité sauront construire avec le temps un tableau de mp (le rapport remis à

la commission du COCT en 2012 par un groupe d'expert est une base solide de travail). Les experts ont émis une recommandation clinique pour les médecins conseils pour les aider à la prise en charge des pathologies psychiques liées au travail. La littérature médicale internationale est suffisamment fournie pour tous les autres appareils (cv par exemple et risque avc pour le dépassement du temps de travail).

Les maladies psychiques dont la dépression, contrairement aux idées reçues, sont d'ailleurs déjà reconnues dans 3 tableaux du régime général et 3 tableaux du régime agricole.

La reconnaissance existe au Japon en cas de décès (Karoshi). Le lien entre décès et conditions de travail se base principalement sur le temps de travail lors de la semaine précédant l'accident.

Le Bit a établi en 2010 la nouvelle liste des mp indemnisables et demande aux signataires d'inclure dans leur réglementation nationale les pathologies mentales liées à l'organisation du travail dont acte...

Troubles mentaux et du comportement.

2.4.1. Etat de stress post-traumatique.

2.4.2. Autres troubles mentaux ou du comportement non mentionnés à l'entrée précédente.

Lorsqu'un lien direct a été scientifiquement établi avec le travail.

Et c'est là qu'interviennent les médecins du travail qui eux savent interroger la clinique du travail, participent aux réunions du CHSCT et ont de par leur présence en milieu professionnel la capacité de produire une analyse objective et argumentée des conditions de travail.

En attendant la création de ce tableau, pour la CFE-CGC, le CRRMP peut être une alternative, nous proposons d'abaisser à 10 % le taux d'incapacité permanente prévisible qui permet l'accès à la commission.

La prévention du syndrome d'épuisement est bien sûr une priorité pour les OS, les services de santé au travail, et devraient aussi l'être pour les employeurs. En effet, en plus de leur obligation de sécurité, le coût caché de cette pathologie est immense (erreurs imputables aux troubles cognitifs, perte d'un salarié investi, image sociale de l'entreprise). Travailler sur la prévention du SEP c'est un devoir de vigilance du collectif de travail. Tout ceux qui savent doivent passer le message : **CE sont les meilleurs d'entre nous qui s'épuisent**. Nous savons reconnaître les symptômes qui précèdent l'épuisement. C'est à ce moment que les instances, les DRH et les médecins du travail peuvent et doivent agir. C'est une urgence vitale pour éviter une mort sociale.

Travailler sur la prévention c'est s'interroger par l'intermédiaire du CHSCT sur l'organisation du travail, sur le temps de travail et la charge de travail, en particulier des cadres forfaits jours. Nous y reviendrons au cours du débat...

En tant que CFE-CGC, nous nous permettons de vous alerter sur une conséquence délétère de la loi travail. Les salariés qui n'occupent pas de poste de sécurité n'auront plus accès au médecin du travail ni lors de l'embauche, ni lors de visites systématiques. La prévention sera alors plus difficile si le médecin du travail n'est pas identifié et connu du salarié. Nous allons nous priver d'un préventeur qui a pourtant un devoir d'alerte collectif. Un autre sujet arrive sur le devant de la scène, quid du maintien dans l'emploi et de l'employabilité d'un salarié en épuisement professionnel. Nous savons que les conséquences sont désastreuses avec un réel handicap psychique, des troubles de la concentration et de la mémoire ren-



dant difficiles une activité professionnelle ; le moment de la reprise du travail est un moment extrêmement délicat : une reprise non préparée, non accompagnée est vouée à la rechute, à l'échec.

Quelques entreprises commencent à prendre en considération l'ampleur des dégâts, lorsque le médecin conseil est contraint à mettre ces salariés en invalidité 2^{ème} catégorie parce qu'ils se sont épuisés au travail. On aboutit alors à une aberration, la mort sociale d'un médecin, cadre commercial, professeur ou officier de police ! Nous sommes en train de revivre l'époque de l'amiante.

Tout le monde savait mais ne voulait pas croire que de toute façon ce qui était inexorable allait se produire. Et quand cela s'est produit c'était trop tard.

Notre responsabilité est d'anticiper l'inexorable, c'est-à-dire s'organiser, se prémunir pour que ce fléau national ne contamine pas inexorablement toutes nos entreprises et administrations au détriment de la santé des salariés mais aussi de celle des entreprises.



Quelle responsabilité dans le cadre de l'équipe pluridisciplinaire et dans la CMT pour le médecin

Dr Bernard SALENGRO
 Expert confédéral CFE-CGC
 Pôle santé au travail, conditions de travail, handicap
 Président du syndicat CFE-CGC santé au travail

@ De : E.. D... **Date** : mardi 6 septembre 2016 15:47
 À : bernard.salengro <bernard.salengro@cfecgc.fr>, « L...., A.... **Objet** : Demande Avis sur la CMT

Cher Confrère, Cher Collègue

Notre service de santé au travail est doté d'une Commission médico-technique comme cela est prévu par les textes de loi.

Ci-dessous, vous trouverez les missions de la CMT telles que mentionnées dans notre règlement intérieur :

- ❖ En fonction des dispositions de l'article L. 4622-13 du code du travail, la Commission Médico Technique du Service de Santé au Travail Interentreprises a pour mission de formuler des propositions relatives aux priorités et aux actions à caractère pluridisciplinaire conduite par ses membres.
- ❖ En fonction des dispositions de l'article L. 4622-14, la Commission Médico Technique du Service de Santé au Travail Interentreprises élabore un projet de service qui définit les priorités d'actions pluriannuel du service conduites par ses membres. dans le cadre du contrat d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 4622-10. Le projet est soumis à l'approbation du conseil d'administration.
- ❖ En fonction des dispositions de l'article D. 4622-28, la Commission Médico Technique prévue à l'article L. 4622-13 élabore le projet pluriannuel de service. Elle est informée de la mise en œuvre des priorités du service et des actions à caractère pluridisciplinaire. Elle est en outre consultée sur les questions relatives :
 - o A la mise en œuvre des compétences pluridisciplinaires au sein du Service de Santé au Travail ;
 - o A l'équipement du service ;
 - o A l'organisation des actions en milieu de travail, des examens médicaux et des entretiens infirmiers ;
 - o A l'organisation d'enquêtes et de campagnes.

Aux modalités de participation à la veille sanitaire ; elle peut également être consultée sur toute question relevant de sa compétence.

« Le fonctionnement, la composition et les modalités de mise en place de la Commission Médico Technique sont repris dans la Circulaire DGT / n°13 du 9 novembre 2012 ; au chapitre I de « L'Organisation des Services de Santé au Travail », sous section 1.2.4 « La Commission Médico Technique, une instance professionnelle ».

Cette commission est composée de médecins, infirmières, assistants en santé au travail, secrétaires, intervenants en prévention des risques professionnels. Le nombre de représentants par profession dans cette commission dépend du nombre de salariés de cette profession dans le service.

Compte tenu des évolutions démographiques en santé travail (diminution du nombre de médecins du travail, augmentation du nombre de collaborateurs non médecins), les médecins sont maintenant minoritaires au sein de l'instance.

Les médecins restent légalement coordinateurs de l'équipe pluridisciplinaires et donc responsables à notre sens des orientations stratégiques à matières de prévention et de santé. Si les décisions de cette commission sont prises à la majorité des voix, chaque membre disposant d'une voix quelle que soit sa profession, des décisions importantes pourraient être prises contre l'avis du corps médical et le corps médical pourraient se trouver à devoir coordonner une équipe pluridisciplinaire sur la base de projets établis par l'équipe et non par le corps médical. Cette situation, certes théorique pour l'instant, nous inquiète et nous souhaiterions avoir votre avis à ce sujet.

Par ailleurs, si cette instance intervient dans des décisions pouvant impacter l'activité de l'ensemble des médecins (via les orientations stratégiques, le matériels...), il nous semble important que chaque médecin conserve son indépendance médicale.

Par exemple, il nous paraît impensable que des médecins se voient dicter des modèles d'ordonnances (avec la forme et le contenu) sur la base de ce qu'une commission composée de médecins et de non médecins aurait pu décider.

Nous souhaiterions avoir également votre avis à ce sujet.

Confraternellement.

D^r S. G
Médecin du travail.
Membre titulaire de la CMT.
DS CFE CGC

D^r E. D
Médecin collaborateur.
Membre suppléant de la CMT.
DS CFE CGC
Tél : 06.....

Bonjour,

Je suis un peu débordé par la préparation des décrets à venir et n'ai pas pris le temps de reprendre encore toutes vos questions

Cependant le texte est clair, devant le juge ce sera le médecin que l'on interpellera, on a d'ailleurs fait un colloque sur le sujet que je vous invite à visionner :

<https://www.youtube.com/playlist?list=PL6PX8JdMtcP7T6Qmt5VVAAtjv09uFCLx-5>

Certes, le service a une mission mais cette mission est assurée par l'équipe pluridisciplinaire disent clairement les textes et cette équipe c'est le médecin qui l'anime et la coordonne.

Tout doit en découler.

À bientôt,
confraternellement

Bonjour,

Je reprends votre message, effectivement sur la base démocratique d'un homme une voix, les médecins pourraient se retrouver minoritaires sur des projets inacceptables.

Ce n'est pas par hasard que notre syndicat le SGMPSSST (ou santé au travail CFE-CGC), suivi par la confédération CFE-CGC réclame que les services de santé au travail aient un contrôle plus sérieux de leur fonctionnement ! L'agrément n'a qu'une valeur de sabre de bois puisque de nombreux services fonctionnent sans et la gouvernance est toujours patronale !

Nous réclamons que l'agrément ait un réel pouvoir sur le service comme le réclame également la cour des comptes et nous réclamons un conseil d'administration des services qui soit réellement paritaire avec alternance de la présidence employeur salarié.

Ceci dit si les textes rappellent que le fonctionnement des services est bien assuré par l'équipe pluridisciplinaire elle-même animée et coordonnée par le médecin du travail et par ailleurs que le rôle du médecin du travail est bien prescrit (art. R. 4623-1) de même que son statut d'indépendance est bien conforté (art. L. 4623-5), il est rappelé explicitement dans la circulaire que « le directeur (1.2.3) est le responsable hiérarchique de l'ensemble du personnel du SSTI, dans le respect des règles déontologiques s'imposant aux médecins du travail et autres professionnels de santé ainsi que du principe d'indépendance du médecin du travail. ».

Une petite analyse de l'art. L. 4622-10 est utile :

Les priorités des services de santé au travail sont précisées, dans le respect des missions générales prévues à l'article L. 4622-2, des orientations de la politique nationale en matière de protection et de promotion de la santé et de la sécurité au travail, d'amélioration des conditions de travail, ainsi que de son volet régional, et en fonction des réalités

locales, dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu entre le service, d'une part, l'autorité administrative et les organismes de sécurité sociale compétents, d'autre part, après avis des organisations d'employeurs, des organisations syndicales de salariés représentatives au niveau national et des agences régionales de santé.

Notez

1° Ce passage :

« dans le respect des missions générales prévues à l'article L. 4622-2 »,

passage qui a été rajouté à la demande de la CFE-CGC et qui précise bien que le but général du service est prioritaire ou du moins ne peut passer au second plan.

2° Le passage suivant concerne le respect du PST national et du PRST régional qui concerne tout le monde et qui a bénéficié des avis de la CFE-CGC dans les instances correspondantes du COCT, pour peu qu'on l'ait mobilisé sur le sujet.

3° On évoque ensuite le CPOM conclu entre le service (ou siège un administrateur CFE-CGC qu'il faut tenir au courant, voire former aux jeux et subtilité de la santé au travail), l'autorité administrative et les organismes de sécurité sociale (dans lesquels siègent de droit des administrateurs nommés par la CFE-CGC qu'il faut là aussi tenir au courant et mobiliser) et il est précisé après avis des organisations nationales représentatives, là aussi il faut solliciter la CFE-CGC au niveau national par le biais de son représentant politique national dédié à la santé au travail, c'est-à-dire le D^r Martine Keryer qui a pris ma suite il y a quelques années et qui pourra répercuter votre message.

Le médecin anime et coordonne donc, il ne dirige pas (ce qui était la première version du texte du sénat) l'équipe pluridisciplinaire tandis que le directeur met en œuvre les actions approuvées par le conseil d'administration en lien avec l'équipe pluridisciplinaire (art. L. 4622-16).

Comme vous le faites remarquer les textes concernant la commission médico-technique permettent de créer des situations inacceptables pour les médecins qui ne sont plus seuls porteurs de la mission comme dans les textes de 1946.

La situation créée par les nouveaux textes de 2012 introduit de nouveaux modes de fonctionnement :

- Il devient nécessaire de sensibiliser et de tenir au courant les différents acteurs pouvant intervenir comme les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire ainsi que les administrateurs en particulier salariés, mais pas seulement, les membres de la commission de contrôle, le médecin inspecteur du travail et éventuellement les responsables d'union départementale des partenaires sociaux et les représentants de la CFE-CGC qui siègent à la sécurité sociale (carsat), ainsi que le délégué national de la confédération.
- Il est très important d'être vigilant quant à la rédaction du règlement intérieur que la DGT, lors de l'élaboration du texte, n'a pas voulu préciser. La position alors émise par la CFE-CGC était que la présidence de la commission médico-technique devait revenir à un médecin élu par ses pairs.
- Il paraît impensable que des documents comme les ordonnances utilisées par les seuls médecins ne soient pas conformes à leurs souhaits, la sollicitation de l'Ordre des médecins est une éventualité qu'il ne faut pas rejeter.

Le problème que vous soulevez a été le fondement du colloque d'octobre dernier pour lequel je vous avais envoyé le lien et la question avait été posé à deux professeurs de droit « qui sera devant les juges pour la prochaine affaire amiante : le médecin du travail, le directeur ou le président ? », la réponse a été sans hésitation ce sera le médecin du travail car le plus sachant et le plus protégé !

Voilà les réflexions que m'inspire votre question qui n'est pas épuisée et qui nécessitera la vigilance de notre syndicat.



Dr Bernard SALENGRO

Expert confédéral CFE-CGC

Pôle santé au travail, conditions de travail, handicap

Président du syndicat CFE-CGC santé au travail

BULLETIN D'ADHESION 2016

ou renouvellement d'adhésion
(remplir en lettres capitales)

Cotisations

Médecins du Travail		Autres membres de l'équipe de Santé au Travail	
1. Actifs	: 242 euros	1. Actifs	: 162 euros
2. Retraités	: 121 euros	2. Retraités	: 81 euros
3. Retraités en activité	: 242 euros	3. Retraités en activité	: 162 euros
4. Nouveaux adhérents	: 121 euros	4. Nouveaux adhérents	: 81 euros
5. Internes	: 121 euros		

L'adhésion au Syndicat ouvre droit à un abattement fiscal de **66%** de la cotisation, sous forme de crédit d'impôt.

Cette réduction s'applique bien à l'impôt, et non au revenu imposable.

Une attestation fiscale à joindre à votre déclaration de revenus 2015 vous sera adressée après paiement de votre cotisation.

Toutes les mentions sont obligatoires pour un bon enregistrement de votre adhésion

<input type="checkbox"/> Mlle <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M.	Nom :	Prénom :
Adresse :		
Code Postal :	Commune :	
E-mail (en lettre capitale)		
Tél. perso .:	Portable .:	Date de naissance :
ETABLISSEMENT (lieu où vous travaillez) :		Profession :
Adresse :		
Tél prof.:		
Dated'entrée :	Nbre de salariés :	Nom du Délégué Syndical : (le cas échéant)
EMPLOYEUR (Entreprise ou service Inter) :		
Adresse :		

Formation en Santé au Travail (CES, DES, Internat européen, Qualification, DE infirmier, BTS, DUT, Ingénieur...)

Modalité de Paiement :

Soit par chèque à l'ordre de CFE-CGC Santé au Travail, 39 rue Victor Massé - 75009- Paris
Soit en remplissant la demande de prélèvement que vous trouverez au verso



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de

Syndicat Santé au Travail CFE-CGC

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Référence unique du mandat : _____

Identifiant créancier SEPA : **FR35222506496**

Débiteur :

Votre nom : _____

Votre adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Pays : _____

Créancier :

Nom : **Syndicat CFE-CGC Santé au Travail**

Adresse : **39 rue Victor Massé**

Code postal : **75009** Ville : **Paris**

Pays : **France**

IBAN

BIC

Paiement : Récurrent/Répétitif Ponctuel

Mensuel Trimestriel Semestriel Annuel

A:

Le :

Signature

Nota : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Veillez compléter tous les champs du mandat.



ANNONCES DE RECRUTEMENT



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE
ET DES FINANCES

RECRUTE DES MÉDECINS DE PRÉVENTION pour les départements suivants :

09 - ARIÈGE	43 - HAUTE-LOIRE	60 - OISE	81 - TARN
10 - AUBE	44 - LOIRE-ATLANTIQUE	61 - ORNE	83 - VAR
14 - CALVADOS	45 - LOIRET	62 - PAS-DE-CALAIS	87 - HAUTE-VIENNE
18 - CHER	48 - LOZÈRE	64 - PYRÉNÉES-ATLANTIQUES	91 - ESSONNE
19 - CORRÈZE	50 - MANCHE	67 - BAS-RHIN	92 - HAUTS-DE-SEINE - Sèvres
28 - EURE-ET-LOIR	52 - HAUTE-MARNE	69 - RHÔNE	93 - SEINE-SAINT-DENIS
36 - INDRE	53 - MAYENNE	75 - PARIS	Noisy-le-Grand, Pantin
38 - ISÈRE	56 - MORBIHAN	78 - YVELINES - Montigny-le Bretonneux	94 - VAL-DE-MARNE
40 - LANDES	59 - NORD	79 - DEUX-SÈVRES	972 - MARTINIQUE

- Vous participez à la mise en œuvre des politiques ministérielles de santé au travail au sein d'équipes régionales pluridisciplinaires.
- Vous suivez des personnels aux missions et conditions de travail variées : inspecteurs et contrôleurs des finances publiques, enquêteurs de l'INSEE et de la DGCCRF, marins ou pilotes douaniers, motards, chauffeurs ...
- Vous conseillez les directions, les personnels et leurs représentants en matière de prévention et d'amélioration des conditions de vie au travail.

Vos conditions de recrutement :

- Un contrat de droit public à temps complet ou incomplet.
- Une reprise intégrale d'ancienneté, sous certaines conditions, des services publics et privés.
- Une grille spécifique de rémunération revalorisée annuellement.
- Un accès aux prestations sociales des ministères économique et financier.
- Une formation professionnelle continue régionale et nationale.

Notre réseau santé et sécurité au travail :

- 1 médecin coordonnateur national, 15 coordinations régionales composées de médecins de préventions et d'infirmières ;
20 inspecteurs santé et sécurité au travail et un pôle d'ergonomes coordonnés nationalement.

Contacts au niveau national :

Mme Christine PIGEON - Responsable du recrutement secteur médecine de prévention : 01 57 53 21 32 - christine.pigeon@finances.gouv.fr
Mme Sandrine MARCHEBOUT - Gestionnaire du secteur médecine de prévention : 01 57 53 21 27 - sandrine.marchebout@finances.gouv.fr
Docteur LEMAITRE-PRieto - Médecin coordonnateur national : 01 57 53 21 42 - monique.lemaitre-prieto@finances.gouv.fr



LE CONSEIL DÉPARTEMENTAL DU VAL-DE-MARNE RECRUTE SANS DÉLAI

Au sein de la Direction des Ressources Humaines

Des médecins du travail ou des collaborateurs médecins (h/f)

La qualité du travail - Le CD 94 soutient une conception du métier de médecin du travail fondé sur la qualité du travail des médecins et des équipes. L'accent est mis sur les coopérations interdisciplinaires, sur la réflexion autonome sur l'organisation du travail et sur l'investissement des trois niveaux de prévention, dans le respect de la déontologie.

Une activité variée - Le CD 94 regroupe près de 8000 agents et de très nombreux métiers.

Une équipe pluridisciplinaire à taille humaine - Au sein de la DRH, le service santé sécurité et conditions au travail regroupe une équipe pluridisciplinaire de 25 agents, mobilisée en coopération sur des projets communs dans le cadre de la politique de santé au travail. L'exercice médical, s'effectue en trinôme médecin/infirmière/secrétaire.

Des conditions de travail favorables - ≈ 1800 agents/médecin - Un régime des 35h (différentes modalités de RTT), 35 jours de congés annuels - politique active de formation continue - Des locaux médicaux adaptés, refaits à neuf en 2015, situés au-dessus de la station de métro Créteil Echat (ligne 8).

Profil recherché - Docteur en médecine titulaire du CES ou du DES en médecine du travail ou s'engageant à suivre une formation qualifiante.

Rémunération à négocier selon expérience

Postes à pourvoir immédiatement

Merci d'adresser votre candidature (LM et CV) en rappelant les réf. 02008-MédecinTravail à : M. le Sénateur-Président du Conseil Départemental du Val-de-Marne, Hôtel du Département, Direction des Ressources Humaines, 94054 Créteil Cedex
Ou par courriel : recrutement-drh@valdemarne.fr
Pour tout renseignement complémentaire, M. POLIAN au 01 79 86 14 60 ou par courriel : eric.polian@valdemarne.fr

VAL de
MARNE
Le département



LE CENTRE HOSPITALIER DE MELUN EN SEINE-ET-MARNE (77) RECRUTE UN MEDECIN DU TRAVAIL

Pour les activités de conseils en santé au travail, le suivi médical de ses 2 000 SALARIES et la gestion des projets : observatoire de la qualité de vie au travail, prévention des TMS, PAPRI Pact, commission de reclassement...

Etablissement de 742 lits et places.
Construction d'un nouveau pôle de santé en cours, ouverture prévue en 2018.

Ville de MELUN : 39 400 habitants - 41 Km sud-est de Paris

Contact : M. JEANNEY - DRH

Tél. : 01 64 71 61 48 - recrutement.drh@ch-melun.fr - CH de MELUN - 2, rue Fréteau de Pény 77011 MELUN CEDEX



Le Centre Hospitalier de Saint-Denis (93) recrute : 1 médecin du travail (ou médecin généraliste faisant fonction)

MISSIONS

- Le médecin du travail agit en vue d'améliorer globalement les conditions de travail
- Le médecin réalise la surveillance médicale des agents de l'établissement (examens cliniques, examens complémentaires, information des risques professionnels)
- Il/elle organise et effectue les visites d'embauche, de reprise, et suit les personnels faisant l'objet d'une surveillance médicale spéciale
- Il/elle est force de proposition auprès de la direction pour favoriser le retour à l'emploi et l'adaptation des postes de travail
- Le médecin du travail participe aux activités du CHSCT dans lequel il est membre de droit. Il y présente son rapport annuel
- Il/elle participe aux actions de formations d'hygiène et de sécurité mises en place par l'établissement
- Le médecin du travail participe à l'identification des risques professionnels, mène les investigations utiles suites aux accidents de travail, maladies professionnelles, il propose et met en œuvre les réponses aux risques constatés.

PROFIL

- Diplôme d'études spécialisées de médecine du travail ou certificat d'études spéciales de médecine du travail
- Internes en médecine du travail titulaires d'une licence de remplacement
- Médecin généraliste, sensibilisé à la médecine du travail et de prévention.

CONDITIONS

- Salaires selon grille médecin du travail contractuel
- Poste à pourvoir à temps plein
- Equipe pluriprofessionnelle (médecin, infirmière du travail, psychologue du travail, assistante sociale du travail, secrétaire)
- Formation continue prévue
- Hôpital accessible en métro depuis le centre de Paris.

CONTACT : Direction des Ressources Humaines - Marine AVRIL

Envoyer CV et lettre de motivation à marine.avril@ch-stdenis.fr

Médecin du Travail F/H

Votre rôle

Rejoindre Orange en tant que médecin du travail, c'est devenir partie prenante, au sein d'un réseau de plus de 70 médecins du travail, de la politique de santé au travail de l'entreprise.

Avec l'appui d'une infirmière, vous assurez les missions de surveillance médicale de 1 500 salariés en moyenne.

Vous proposez et participez aux actions nécessaires à la prévention des risques professionnels.

En partenariat avec des équipes pluridisciplinaires, vous êtes impliqué-e dans des actions transverses de santé et de sécurité et vous êtes force de proposition pour contribuer à l'amélioration continue des conditions de travail.

Vous accompagnez les infirmiers du service dans l'évolution de leur métier et leur implication dans les grands projets d'évolution, en prévention pluridisciplinaire.

Votre profil

Vous êtes docteur en médecine, inscrit-e à l'Ordre des médecins et titulaire d'un DES ou d'un CES de médecine du travail.

Vous avez le sens du travail en équipe, de grandes capacités d'adaptation, l'esprit d'initiative et des qualités d'écoute.

Votre aisance relationnelle et communicationnelle vous permet de faire passer des messages, de faire entendre une position, et de partager votre compréhension des situations de travail.

Autonome, vous avez la capacité à travailler en réseau et dans des environnements multidisciplinaires.

Le plus de l'offre

Vous intervenez dans un cadre pluridisciplinaire réunissant les médecins du travail, les infirmiers du travail, les assistantes environnement du travail, les assistants sociaux, les préventeurs et les divers autres acteurs de la santé au travail.

Des postes sont à pourvoir actuellement à Paris, Arcueil et Nantes.

Si vous recherchez ce type de poste mais sur d'autres lieux, envoyez votre cv avec la localisation souhaitée à claudine.moulet@orange.com, nous ne manquerons pas de vous recontacter dans le cas d'une ouverture de poste.

Retrouvez nos annonces en ligne sur notre site orange.jobs





SMISA
750 Entreprises
4 700 Salariés

SMISA en Aveyron, à Saint-Affrique (30 mn de Millau) recrute

un médecin du travail h/f

Titulaire du CES ou du DES de médecin du travail,
ou un médecin collaborateur à temps plein (35h) ou à temps partiel

Vous rejoignez une équipe soudée composée :

D'un médecin du travail, une infirmière/directrice du service, une ASST/comptable, une IPRP, une psychologue, un ergonome.

Poste et missions :

Coordonner toutes les actions de prévention, conseiller les entreprises et leurs apporter des informations relatives aux conditions de travail, assurer le suivi des salariés en réalisant les examens médicaux, participer à la veille santé travail.

Nous prendrons en compte vos années d'expérience, votre parcours professionnel et notre convention collective pour définir votre rémunération.

Coordonnées Recruteur : Balp Stéphanie - Directrice - 333, Avenue Jean Jaurès - 12400 Saint-Affrique

Site internet : smisa.org - Tél. du contact : 05 65 99 07 71 - Email du contact : direction@smisa.fr



Occitanie

Le Centre Hospitalier de Dieppe Recherche **Un Médecin du Travail**

Le Centre Hospitalier de Dieppe, établissement support du GHT Caux-Maritime, avec ses 971 lits et places, est l'hôpital de référence du territoire de santé de Dieppe. Son activité (médecine, chirurgie, obstétrique, soins de suites et de réadaptation, psychiatrie, long séjour et EHPAD) se répartit sur 2 sites géographiques et six pôles et est assurée par plus de 1 500 personnes.

Au sein d'un établissement impliqué dans l'amélioration des conditions de travail, de la santé et de la sécurité de ses agents, le médecin est un acteur central de la prévention des risques professionnels.

Vos missions seront les suivantes : Conduire les actions de santé au travail dans le but de préserver la santé physique et mentale des personnels (suivi médical, vaccination professionnelle, ...) - Assurer la surveillance des conditions de travail en réalisant des visites sur le terrain - Participer au CHSCT - Etre l'un des principaux acteurs des sous commissions du CHSCT : Commission d'Analyse des Accidents de Travail, Commission de Prévention des Risques Professionnels, Commission d'Analyse des Violences Hospitalières, ... - Conseiller la direction en matière d'aménagement de poste, de reclassement, d'évaluation des risques...

Vous évoluerez au sein d'une équipe composée d'une infirmière de santé au travail, d'une psychologue du travail et d'une assistante administrative. Vous bénéficierez également d'un appui de la DRH, notamment du chargé de mission dialogue social et gestion des risques, pour toutes les questions liées à l'amélioration des conditions de travail.

Conditions : Pour postuler à cette offre vous devez être titulaire d'un diplôme de médecine.

Personne à contacter : Tout renseignement peut être obtenu auprès de la Direction des Ressources Humaines au 02 32 14 75 05 ou par messagerie au secrétariat DRH : secdrh@ch-dieppe.fr

Toute candidature est à adresser par courrier à :

Madame la Directrice des Ressources Humaines
Centre Hospitalier - CS 20219 - Avenue Pasteur - 76202 Dieppe Cedex



Normandie



Le CHU recrute **un médecin du travail (h/f)** en CDI à temps plein ou temps partiel.

Ce médecin, intégré à une équipe pluridisciplinaire de 5 médecins du travail, 1 ergonome, 1 psychologue, 3 IDE et 3 secrétaires, aura les missions suivantes :

- Assurer le suivi du personnel médical et non médical.
- Participer à l'évaluation des risques professionnels, à leur prévention et à l'élaboration du document unique d'évaluation des risques.
- Participer aux CHSCT, aux réunions en relation avec l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail.
- Participer au reclassement professionnel.
- Conseiller l'encadrement, les agents et leurs représentants en ce qui concerne les conditions de travail, l'hygiène et la sécurité, l'information sanitaire, la protection des agents contre l'ensemble des nuisances et des risques d'accident de service ou de maladie professionnelle.

Profil exigé :

- Docteur en Médecine et titulaire du CES ou du DES en Médecine du Travail.
- Ou bien Médecin Collaborateur.

Le poste est à pourvoir dès que possible.

**Des renseignements supplémentaires peuvent être demandés à : Madame GUERRAZ
Directrice des Ressources Humaines,
au 05 49 44 39 79 (secrétariat).**

Nouvelle-Aquitaine



Santé Travail Drôme Vercors STDV Recrute : **Médecin du Travail F/H**

CDI, titulaire du DES de Médecine du Travail, temps plein 35H ou partiel sur notre centre de Saint-Vallier en Drôme des Collines.



Vous animez votre équipe pluridisciplinaire : assistante, infirmière, IPRP au sein d'un service à taille humaine qui comporte en tout 45 personnes réparties en 3 centres fixes.

Une dizaine de médecins équivalents temps plein, autant d'assistantes, 7 infirmières, 5 préventeurs, 3 ATST, une psychologue du travail couvrent ce territoire qui comprend la moitié de la Drôme (Valence exclus) depuis les collines septentrionales. Rovaltain avec la gare Valence TGV qui met Paris à 2H15, le Vercors et toute la vallée de la Drôme. Ceci représente 36 000 salariés répartis dans 4000 entreprises très variées en tailles, domaines d'activité y compris BTP et nucléaire.

Plus de détails sur notre site :

<http://www.prevention-dromeardèche.fr/>
Si vous êtes intéressé(e) merci d'adresser votre candidature par mail : jm-bouchon@stdv.fr
ou par courrier :
Santé et Travail Drôme
Vercors - BP 131
26104 ROMANS Cedex



Auvergne-Rhône-Alpes



SERVICE INTERENTREPRISES DE SANTE AU TRAVAIL BTP DE L'ISERE

RECRUTE MEDECINS DU TRAVAIL

Secteur Vienne/Voiron/Bourgoin Jallieu.

CDI à temps complet ou partiel. Titulaire du CES ou du DES de médecine du travail.
Equipe Pluridisciplinaire. 13^e mois, accord 35 heures.

Merci d'adresser votre candidature à :

Mme Laurence GORCE - SIST BTP DE L'ISERE - BP 2303 - 38033 GRENOBLE CEDEX 2 - E-mail : l.gorce@sist-btp38.fr



Le Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de la Drôme recrute un médecin de prévention ou un collaborateur médecin (formation prise en charge) à temps complet.

Au sein d'une équipe pluridisciplinaire constituée de médecins, d'infirmières et de conseillers prévention, vous êtes chargé :

- d'assurer la surveillance médicale des agents de la fonction publique territoriale,
- de développer des actions de prévention (dans le cadre du tiers temps),
- de participer à la politique d'accompagnement des agents et/ou des équipes (aménagement de poste, reclassement, requalification ...),
- de participer à divers projets et réunions (CHSCT),
- d'établir des bilans d'activités...

Vous avez le sens du travail en équipe, de grandes capacités d'adaptation, l'esprit d'initiative et des qualités d'écoute.

Votre aisance relationnelle et communicationnelle vous permet de faire passer des messages, de faire entendre une position, et partager votre compréhension des situations de travail.

Autonome, vous savez néanmoins rendre compte de vos activités et vous avez la capacité à travailler en réseau et dans des environnements multidisciplinaires.

Avantages : véhicule de service, portable, adhésion CNAS, tickets restaurant, qualité de vie dans un environnement géographique attractif.

Contact :

Madame Emilie Blochon, Responsable Service Santé au Travail, tel : 06 27 61 03 91

Docteur Jean-Noël MAZA, Médecin Coordonnateur, tel : 06 18 80 19 14

Pour faire acte de candidature : Merci d'adresser une lettre de motivation accompagnée de votre CV détaillé à l'attention de Madame le Présidente du Centre de gestion de la Fonction publique territoriale de la Drôme, allée André REVOL, Ile Girodet, BP 1 112, 26 011 Valence Cedex.



Centre hospitalier
MOULINS YZEURE

LE C.H. DE MOULINS-YZEURE

RECHERCHE SON OU SES MÉDECIN(S) DU TRAVAIL

Responsable du service de santé au travail du Centre Hospitalier (2 sites : MOULINS et YZEURE)
Personnel médical et non médical : 2 300 agents.

Profil :

Docteur en médecine, qualifié en médecine du travail.

Missions :

- Suivi médical du personnel hospitalier Centre Hospitalier MOULINS-YZEURE (visites d'embauche ou de reprise, inaptitude, invalidité, handicap) • Suivi des accidents du travail et des maladies professionnelles
- Adaptation des postes de travail • Prévention des risques professionnels et amélioration des conditions de travail en lien avec la DRH.

Responsabilités :

- Coordination du Service de Santé au Travail doté d'une équipe pluridisciplinaire (secrétaires, infirmières, psychologue) • Participation aux CHSCT des 2 sites (Moulins et Yzeure) • Participation au COPIL des Risques Professionnels • Participation à la CADE (Cellule d'Accompagnement Dans l'Emploi) • Intégration dans un réseau régional dynamique de médecins de travail du personnel hospitalier.

Statut et rémunération :

- Recrutement en CDI • Rémunération selon diplômes et expérience professionnelle, calculée par référence à la grille de praticien hospitalier • Possibilité d'offrir un logement sur site selon disponibilité.

Nom du contact :

Madame le Directeur des Ressources Humaines

Société du contact :

Centre Hospitalier MOULINS-YZEURE

Adresse du contact :

10, Avenue du Général de Gaulle

03000 MOULINS

Tél : 04 70 35 76 31 - Fax : 04 70 35 76 70

E-mail : sec.drh@ch-moulins-izeure.fr



CENTRE HOSPITALIER REGIONAL D'ORLEANS

A 1 heure au Sud de Paris

Hôpital entièrement neuf de 1300 lits et places sur 205 000m²,
doté d'un plateau technique ultramoderne, à 10 km du centre ville d'Orléans.

RECRUTE MEDECIN DE SANTE AU TRAVAIL

(C.E.S ou D.E.S de médecin de santé au travail)

Temps plein ou partiel



Candidature et renseignement : Mme ETRONNIER - 1, rue Porte Madeleine - 45032 ORLEANS CEDEX 1
Tél. : 02 38 74 44 69 - Mail : recrutement@chr-orleans.fr - Site : www.chr-orleans.fr



Le groupe EDF est l'un des acteurs principaux du marché européen et international de l'électricité. Leader de l'énergie, présent sur tous les métiers de l'électricité, de la production jusqu'au négoce et aux réseaux et sur la chaîne du gaz naturel, le groupe compte plus de 160 000 salariés à travers le monde.

En France, le groupe EDF a mis en place des services de santé au travail et développé une expertise médicale pour préserver la santé des salariés et des prestataires.

Etre médecin du travail au sein du groupe EDF, c'est rejoindre un collectif de 160 médecins et de 250 infirmier(e)s. Le service Santé au Travail du Centre Nucléaire de Production d'Electricité de Dampierre en Burly est composé de 3 médecins, 1 infirmier(e) chef, 2 assistantes médicales et 6 infirmiers.

Dans ce cadre EDF recrute un(e) médecin du travail (h/f) Poste basé à Dampierre en Burly (45)

Au sein du service Santé au travail du CNPE, vous assurez le suivi médical du personnel du CNPE (500 salariés par Médecin) et vous contribuez à l'amélioration des conditions d'hygiène, de la sécurité et des conditions de travail.

Pour ce faire, vous :

- Réalisez les visites médicales périodiques, les visites systématiques d'embauche et de reprise du travail
- Participez à la définition et à la mise en œuvre des actions de prévention pour l'ensemble des salariés
- Contribuez au suivi des chantiers d'arrêt de tranche
- Apportez aux représentants de la direction, aux représentants du personnel et aux salariés, informations et conseils pour tout ce qui concerne les conditions de travail, l'hygiène et la sécurité, l'adaptation des postes de travail et plus généralement la santé au travail
- Vous assurez les premiers gestes en cas de secours aux blessés et contribuez à l'organisation du Plan d'Urgence Interne et aux formations des secouristes.

Profil souhaité

De préférence, titulaire du CES ou DES de médecine du travail complété par DU de radioprotection. Toutefois, si le CES/DES et/ou le DU radioprotection ne complète pas votre métier de docteur en médecine, il est possible d'entreprendre cette/ces formation(s) dès votre embauche. Vous serez alors, médecin collaborateur et vous devrez en parallèle de vos études, assurer un certain nombre d'activités.

En outre, Vous avez su démontrer vos qualités relationnelles et votre sens du contact.

Autonome, réactif(ve), disposant de capacités de synthèse et d'analyse rapide d'une situation, vous savez vous organiser pour piloter votre activité et décider. Doté(e) d'une réelle capacité à fédérer, vous disposez d'une vraie aisance pour communiquer qui vous permet de vous adapter à tout type d'interlocuteur.

Comme toute offre déposée sur ce site, et conformément aux engagements pris par EDF au sein de son accord en faveur de l'accueil et de l'intégration des personnes en situation de handicap, cet emploi est ouvert à toutes et à tous.



Pour postuler : Sur site www.edf.fr/edf-recrute

[https://www.edf.fr/detail/offre/34df1dc3e48fae23cae12b12bb2cb01a?search\[profil\]=rW/%2BMXDXZgicCwrXDzSvp694%3D&search\[currentPath\]=/page_entity/345/&search\[specialty\]=rW/%2BMXDXZgicCwrXDzSvp7NwauA%3D%3D](https://www.edf.fr/detail/offre/34df1dc3e48fae23cae12b12bb2cb01a?search[profil]=rW/%2BMXDXZgicCwrXDzSvp694%3D&search[currentPath]=/page_entity/345/&search[specialty]=rW/%2BMXDXZgicCwrXDzSvp7NwauA%3D%3D)

AIMSMT36

Médecin du Travail ou Médecin Collaborateur ~ H/F

Mode d'exercice : Salarié
Type d'offre : CDI
Temps de travail : Temps plein
Localisation : Châteauroux (36)
Spécialité(s) : Médecin généraliste, Médecin du travail

L'établissement/L'entreprise :

AIMSMT 36 : Association Interprofessionnelle pour la Santé en Milieu du Travail.
Cette association loi 1901, existe depuis 1943 et compte actuellement 50 salariés.
L'AIMSMT 36 est membre de l'APST Centre Val de Loire, association qui regroupe tous les services de Santé au Travail de la région Centre, qui a pour rôle de favoriser le travail en réseau multidisciplinaire, d'étudier toutes les questions de santé et de prévention dans le but d'améliorer la surveillance médicale et les conditions de travail.

Missions :

- Réaliser les examens médicaux cliniques et paracliniques en fonction de l'exposition au risque.
- Assurer la tenue des dossiers médicaux.
- Mettre à jour les documents nécessaires au suivi médical ultérieur du salarié.
- Analyser les conditions de travail et les risques professionnels.
- Analyser les postes de travail et proposer des aménagements si besoin.
- Conseiller l'employeur pour de nouvelles techniques de production et aider à l'aménagement des postes, des techniques et des rythmes de travail.
- Participer aux réunions du CHSCT.
- Participer aux actions de prévention et de formation dans les entreprises.
- S'assurer de l'organisation des soins d'urgence en entreprise.

Le profil

- Savoir-être : sens de l'écoute et du relationnel, capacité d'adaptation.
- Savoir-faire : autonomie, diplomatie, organisation, rigueur, confidentialité.

Niveau d'expérience : Moins de 5 ans, 5 à 10 ans, plus de 10 ans.

Diplôme(s) requis : CES médecine du travail ou de l'INMA (institut national de médecine agricole) ou uniquement doctorat français pour les médecins collaborateurs.



Contact : M. Serge DESPRES - Tél. : 02 54 29 42 10 - Mail : s.despres@aismt36.fr

KELLY

santé

Kelly Santé, votre partenaire en Ressources Humaines, recrute

des médecins

toutes spécialités remplacement ou CDI

- › Généraliste
- › Gériatre
- › Médecin de rééducation
- › Médecin du travail
- › Médecin de prélèvement
- › Médecin addictologue

Pour plus de renseignements, n'hésitez pas à nous contacter

Kelly Santé Marseille - Christel PIRRODON - 04 96 10 03 56 - Christel.Pirrodon@kellyservices.fr



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE LA JUSTICE

RECHERCHE

MEDECINS DE PREVENTION

**MINISTERE DE LA JUSTICE SECTEURS
VACANTS**

Temps partiel :

Ain, Allier, Aude, Cantal, Charente, Cher, Cotes-d'Armor, Eure, Eure-et-Loir, Hautes-Alpes, Haute-Corse, Haute-Loire, Indre, Loire, Lot, Morbihan, Moselle, Nièvre, Nord, Orne, Saône-et-Loire, Seine-et-Marne, Seine-Maritime, Seine-Saint-Denis, Vendée, Vienne, Yonne.

Temps plein :

Essonne: Fleury-Merogis, Loire-Atlantique, Rhône.

Diplôme exigé : CES, DES en médecine du travail ou titres équivalents.

Envoyer CV à :

Docteur Nadine Tran Quy

Tél. : 01 70 22 90 11 ou 06 70 61 16 16 - nadine.tranquy@justice.gouv.fr

Médecin coordonnateur national - Ministère de la justice - SG-3SP-SDRH-S-BASCT
13, place Vendôme - 75042 PARIS Cedex 01

