

INTRODUCTION, Gérard Lucas

La préoccupation de la pénibilité, de l'usure au travail et de leur traçabilité n'est pas nouvelle, mais la législation récente et surtout les modifications du travail posent de nouveaux défis au monde du travail et aux professionnels de la santé au travail.

Des pénibilités étaient prises en compte pour certaines professions notamment par les statuts publics et parapublics. Par exemple dans les grandes entreprises de transport ferroviaire, les départs à la retraite avant 60 ans étaient forfaitairement institués et dans ce compromis historique, des pénibilités des actifs étaient objet de reconnaissance, pénibilités physiques mais aussi des contraintes de déplacement et des contraintes horaires.

Chez les militaires, le droit à la retraite à taux plein existe après 25 ans de carrière : on peut penser que, outre l'engagement et la disponibilité pour les déplacements, le risque d'exposition au combat était sans doute considéré comme une pénibilité.

Dans l'industrie, des expositions aux risques physiques ou chimiques étaient l'objet de reconnaissances tacites par des compensations salariales ou des primes.

D'autres branches professionnelles ont plutôt échappé à la reconnaissance formelle de pénibilités. On pense à tout le secteur du bâtiment où l'usure d'une majorité des ouvriers est évidente et prise en charge très indirectement par des mises en invalidité ou en préretraites qui étaient massives avant 60 ans jusqu'alors.

Dans de nombreuses entreprises jusqu'à ces dernières années, l'usure et les limites de capacités dues au vieillissement étaient plus ou moins reconnues par la modification tacite des missions et des postes avec l'âge. Incontestablement cette pratique disparaît avec le nivellement protocolaire égalitaire des tâches et des postes qui équivaut à une relégation souvent inéquitable des pénibilités et des usures.

Le nouveau dispositif législatif sur la pénibilité a changé la donne sur deux plans :

1 - il individualise la prise en compte de la pénibilité

2 – il cantonne la reconnaissance de cette pénibilité à la constatation d'une invalidité acquise.

Nous sommes donc interpellés en tant que cliniciens de la santé au travail par notre participation à l'identification de ce droit à la reconnaissance de la pénibilité pour chaque travailleur. Notre expertise est capitale pour l'évaluation de l'invalidité acquise, et la certification du lien aux pénibilités reconnues. Mais par ailleurs nous ne pouvons ignorer l'usure acquise des sujets pour lesquels le chiffrage d'une invalidité est hors barème. Nous ne pouvons pas ignorer non plus ni la faiblesse de traçabilité

des pénibilités souvent embryonnaire dans les entreprises, ni toutes ces pénibilités qui ne sont pas dans les cases réglementaires et qui sont pourtant authentiquement vécues par les salariés. Il ne peut être non plus question pour nous de limiter notre action au comptage des dégâts acquis et prévisibles sans alerter pour les modifications des organisations de travail qui diminueront non seulement les invalidités mais les pénibilités et les usures et nous devons agir pour des conditions de travail qui seraient compatibles avec le bien être et le vieillissement.

Nous, médecins du travail particulièrement, avons été impliqués dans le suivi des travailleurs salariés sur leur aptitude au travail dans le temps présent, au coup par coup. D'autres défis nous attendent avec les infirmières en santé au travail, les services de santé au travail et les partenaires sociaux des entreprises.

Pour l'identification et à l'accompagnement des atteintes différées et/ou durables à la santé par le travail pour lesquelles les gérontologues et les cancérologues ont besoin de notre expertise et de nos investigations.

Ce colloque est une petite contribution à une prise en compte durable de la santé au travail, en trouvant et développant une clinique qui réponde à ces défis et qui redonne aux travailleurs, à leur collectif et à la société leur pouvoir de comprendre et d'agir.

I – LA PENIBILITE AU TRAVAIL : Tiphaine GARAT

Un texte permet la possibilité de financer des projets de prévention de la pénibilité à 70 % par la CARSAT jusqu'à 100000 euros, information sur le site **Erreur ! Référence de lien hypertexte non valide.** . Le financement est assuré par une cotisation de 0,28 % de la masse salariale de toutes les entreprises.

Débat :

Magdeleine BROM : Ce qui figure dans les textes est pour le médecin du travail une obligation de tracer la pénibilité dans le dossier médical et d'alerter l'employeur s'il constate des atteintes à la santé du fait des facteurs de pénibilité liés à l'exposition professionnelle.

Q : au niveau du droit, est ce que ce texte ne pourrait pas être inconstitutionnel car toutes les entreprises ne sont pas concernées par ce texte, et des seuils de pénibilités différents sont pris en compte par les entreprises ?

R : Peut-être pas car cela n'exclut personne du dispositif et les petites entreprises peuvent appliquer le texte même si elles n'ont pas d'obligation.

Magdeleine BROM : seule une Question Prioritaire de Constitutionnalité pourrait trancher mais pour qu'elle puisse être soulevée, il faudrait qu'il y ait un recours contre le texte

Q : pourquoi le secteur du nucléaire est-il exclu ?

Alain Carré : peut-être les lobbies du secteur car les rayonnements ionisants étaient présents dans la première mouture du texte proposée au COCT.

Q : les entreprises de moins de 50 salariés ne sont pas concernées par les plans de prévention de la pénibilité. Sont-elles obligées de faire la fiche individuelle d'exposition pour leurs salariés ?

R : oui, cette obligation concerne tous les salariés quelle que soit la taille de l'entreprise. Même pour les salariés qui ne sont exposés à aucun critère de pénibilité, une fiche individuelle doit être établie.

Magdeleine BROM : le ministère s'attendait à ce que 30000 salariés partent à la retraite à 60 ans avec ce texte. Or ce n'est manifestement pas ce qui se passe... Nous devons faire en sorte que la fiche de pénibilité serve à obliger l'employeur à faire de la prévention. D'autant que la mise en place du dispositif pénibilité basé plus sur la compensation (incomplète) de pathologies a des conséquences multiples. Par exemple, pour les TMS, la modification du tableau 57 portant sur les atteintes des épaules était motivée par le fait que ces maladies professionnelles faisaient l'objet d'un taux d'IPP plus élevé. Il y a aussi un autre risque, c'est que la traçabilité individuelle mette en porte à faux les actions de prévention du CHSCT. Pour que les salariés disposent des informations nécessaires, on voit qu'il faut que les médecins du travail fassent d'emblée l'information sur les risques professionnels auxquels sont exposés ces salariés lors des visites d'embauche. Une solution serait de noter les risques sur les fiches de visite. D'autant qu'un autre exemple nous montre cette nécessité de vigilance : l'exposition aux produits à risques CMR ne fait plus partie de la surveillance médicale renforcée.

Q : est ce que la fonction publique hospitalière est concernée par ces textes sur la pénibilité ?

Magdeleine BROM : les salariés contractuels oui, les fonctionnaires non

Q : ce texte va cultiver les recours pour la compensation de la pénibilité et le médecin du travail risque d'être pris en étau avec des demandes d'inaptitude ou des déclarations de MCP à adresser au MIRT en donnant un exemplaire au salarié.

FIL ROUGE Magdeleine BROM :

Par rapport à la dernière question, c'est essentiel et cela répond à l'esprit du texte. Mais il faut être prudent : laisser la copie du certificat de déclaration de MCP dans le dossier médical et informer le salarié de sa possibilité de demander copie de son dossier. Certains médecins ont été attaqués pour avoir donné au salarié un certificat que celui-ci a produit en justice.

Les échanges d'information entre l'employeur et le médecin du travail seul sont considérés à priori (par l'ordre et par la DGT) comme des échanges privés en cas de transmission des dossiers médicaux. Certains médecins ont été attaqués dans les cas d'alerte sur des risques dans l'entreprise mais ils ont tous été blanchis par la suite que ce soit par la justice ou le conseil de l'Ordre mais parfois au bout de plusieurs années. Le travail de médecin du travail comporte des risques mais le médecin du travail doit continuer à exercer son devoir d'alerte.

Le médecin du travail doit obligatoirement informer les partenaires sur la pénibilité pour la mise en place de mesures de prévention. Le médecin du travail doit aussi informer les salariés à chaque visite sur les risques professionnels et sur les facteurs de pénibilité auxquels il est exposé et sur les conséquences possibles pour sa santé.

Il y a une raison de plus pour être particulièrement vigilants, c'est que le contrôle par rapport aux accords sera difficile pour les inspecteurs du travail.

Q : si le médecin du travail prescrit une restriction au port de charges, est ce que le salarié sera exclu du facteur de pénibilité lors du comptage par l'entreprise ?

R : c'est possible bien que le salarié ait déjà des traces de ce facteur de pénibilité.

Conclusion (Tiphaine Garat) : voir le site www.dialogue-social.fr : ce site comporte une base de données sur le travail des seniors, sur l'égalité homme femme et sur la pénibilité. On peut s'abonner à la newsletter qui donne des informations sur les textes de loi, sur les comptes rendus de colloque...

Débat intervention de Gérard LUCAS

Alain Carré : la question de la santé au travail ne peut pas être séparée de la négociation de la force de travail même s'il y a une alerte du médecin du travail et même si tout le monde est convaincu du caractère délétère du risque. Même si le médecin du travail fait son alerte, la négociation de la force de travail peut déboucher sur l'acceptation du risque. Le médecin du travail éclaire le débat, peut peser dans la discussion mais l'accord final ne lui appartient pas.

La publicité de sa position est essentielle pour que la base des salariés soit suffisamment informée des conséquences du travail sur la santé.

Souvent la négociation se fait à perte, par exemple on obtient une prime et le CHSCT est tenu à l'écart car la pénibilité est avant tout, et c'est volontaire, un processus exclusivement positionné du côté de la traçabilité individuelle. N'oublions pas que la pénibilité concerne des risques dont les conséquences sur la santé sont, selon le texte, « durables » et « irréversibles ». Ce sont précisément ces

conséquences qui font l'objet d'une compensation. Plutôt que d'empêcher voire de sanctionner ces échecs de l'obligation de sécurité de résultat, le législateur a choisi de permettre aux employeurs de les compenser. Tout est donc fait pour maintenir le CHSCT à l'écart et pour faire intervenir d'autres organismes ou personnes qui traitent plutôt la question des risques sur le plan économique (CE) ou négocient la force de travail (délégués syndicaux). Le CHSCT n'a donc que deux solutions l'une licite via le document unique l'autre moins licite en subvertissant la fiche de prévention des expositions en produisant des fiches de prévention des expositions par post et en les mettant à disposition des travailleurs et des délégués du personnel. A ces derniers de procéder à des « alertes DP ». Non compris dans les facteurs, au passage les risques organisationnels dits psychosociaux.

Débat intervention d'Annie DEVEAUX

Q : pourquoi faites vous prescrire les examens complémentaires par le médecin traitant ?

R : je travaille avec les médecins traitants car des soins et un arrêt de travail sont souvent nécessaires.

Q : les examens complémentaires seront-ils à la charge de l'employeur à partir du 1^{er} juillet ?

R : oui

Q : il y a des limites à l'attestation : doit-on la faire dans une nouvelle entreprise quand on ne connaît pas les risques ?

R : je me fais expliquer le travail par le salarié. Et je demande les FDS à l'employeur par rapport aux risques chimiques

Q : comment contester l'avis d'aptitude s'il n'y a pas d'aptitude ?

R : je n'ai pas eu de contestation à ce jour. Je n'ai eu de contestation que de certificat d'inaptitude.

Q dans mon service autonome, un médecin a fait une fiche médico professionnelle qui a été désavouée par l'inspecteur du travail.

Q : s'il y a des risques non liés à la pénibilité, est ce que cela apparaît ?

R : j'ai été traîné devant l'inspecteur du travail 2 fois :

- Pour l'absence d'aptitude : l'employeur a été désavoué
- Pour l'écriture des risques sur la fiche de visite : l'employeur a été désavoué et a recommandé cette pratique

Magdeleine BROM : La mission reste celle d'éviter une altération de la santé donc faire cette information comme ça, correspond bien à cet objectif. Il n'y a aucun empêchement déontologique ou professionnel à la prise de risque, au contraire, sous réserve que ce soit motivé par l'intime conviction du médecin et que l'on indique dans le dossier médical ce qui a conduit à prendre cette décision et à la motiver.

Q : les collectivités demandent aussi des fiches d'aptitude comme dans le privé alors que l'on doit seulement donner une attestation de suivi avec des préconisations d'aménagement de poste

Magdeleine BROM : en effet, d'autant il n'y a pas d'adhésion des CT aux services de santé au travail uniquement une convention. Les médecins du travail devraient être formés à la spécificité du suivi des collectivités locales. Le statut et mode d'exercice sont très différents et ce serait très intéressant, à partir de ces réflexions, de faire évoluer les pratiques professionnelles pour les salariés du privé.

Débat intervention de Marie-Christine LIMANE

Q : est ce que cette reconstitution du curriculum laboris est incluse dans votre travail d'infirmière de santé au travail ?

R : oui. La reconstitution de curriculum laboris est destinée à ouvrir les droits des salariés soit pour le départ à la retraite soit pour une déclaration de maladie professionnelle. La reconstitution du curriculum laboris peut se faire de 2 manières : soit par les risques soit par la clinique. Moi, j'ai choisi une approche par la clinique. sous forme de monographie.

Q : est ce que le métier d'infirmière d'entreprise est le même que le métier d'infirmière de service de santé au travail ? Tu as développé une technique spécifique de recueil, comment cela a-t-il été organisé ?

R : il y a eu 3 entretiens de 1 heure chacun. Mais dans d'autre cas, cela peut se dérouler en 1 seul entretien de 3 heures. Il y a toujours, en plus du temps de l'entretien, un travail en temps différé pour la recherche d'information et la rédaction.

Q : le temps de 3 heures me paraît considérable.

R : 3 heures, c'est quand la carrière est longue et pénible car objectiver le port de charges lourdes et les vibrations par exemple ce n'est pas toujours facile. Certaines infirmières font ça en plusieurs fois et lors du dernier entretien vont affiner le travail. Moi, j'ai commencé avec les salariés les plus âgés car il n'y a rien eu de fait auparavant.

Q : est ce que le salarié est informé qu'il est convoqué pour son curriculum laboris ?

R : oui

Q : on ne ressent pas beaucoup de collaboration entre le médecin du travail et l'infirmière dans ce travail ?

R : l'infirmière est présente à 90 % de son temps de travail dans l'entreprise et le médecin du travail 3 demi journée par mois. La construction du curriculum laboris en service autonome, avec ce temps de présence du médecin du travail, est faite par l'infirmière du travail. Le travail du médecin commence quand il reçoit notre travail : déclaration de maladie professionnelle ou action auprès de l'employeur. C'est le médecin du travail qui propose au salarié de faire faire son curriculum laboris par l'infirmière. C'est une activité spécifique d'une infirmière en service autonome différente de ce qui se passe en service interentreprises car nous connaissons très bien nos entreprises.

Q : en service interentreprises, l'infirmière voit le salarié en entretien infirmier en alternance avec le médecin du travail. L'infirmière peut faire le curriculum laboris au cours de la visite périodique en expliquant au salarié, en début d'entretien, que celui-ci va être consacré à faire le curriculum laboris. On utilise le temps qui n'est pas prévu pour ça.

Q : Quelle est la coopération entre le médecin de service inter et l'infirmière du travail ? En service inter, il y a moins de temps Il faut trouver des moyens d'économiser le temps. Il faut faire un travail collectif pour diminuer le temps passé. Le travail collectif est le nœud de la traçabilité.

R : tout dépend du temps dont on dispose.

Q : la présentation porte sur le rôle de l'infirmière, comment est constitué votre GAPEP ?

R : il n'y a que des infirmières d'entreprise dans mon GAPEP mais ces entreprises dépendent toutes d'un service de santé interentreprises où le temps de présence des médecins du travail est faible. Nous présentons des cas cliniques qui sont discutés dans le GAPEP. Les infirmières ont des profils différents. Certaines ont plus un profil hygiène industrielle et vont avoir tendance à aborder le curriculum laboris par les risques sous forme d'un tableau Excel en cochant oui ou non en fonction de l'existence du risque. Moi j'ai choisi l'approche par la clinique avec une présentation sous forme de monographie sous un fichier Word.

Q : comment investiguez vous l'exposition passée aux produits chimiques ? Il y a 30 ans que ce salarié a commencé à être exposé, connaissez-vous la composition de tous les produits chimiques auxquels il a été exposé ?

R : je me suis servie des déclarations du salarié et du réseau des anciens. Les salariés n'ont pas le pouvoir pour faire reconnaître leurs droits.

Q : à qui est donné ce document ?

R : au médecin du travail et au salarié

Q pour T Garat : je m'adresse à la présidente du tribunal du contentieux : dans votre expérience professionnelle, quelle est la valeur juridique d'un document comme celui-ci ?

R : on est dans l'oralité et le contradictoire. Je m'interroge plus sur son intérêt dans les maladies professionnelles hors tableau et lors des séances d'examens des dossiers au CRRMP. Quelle valeur juridique de ce document ? C'est un document informatif. Lors des recours, les salariés ne sont jamais représentés mais il y a parfois des employeurs. Le discours du salarié n'est jamais pris en compte.

Q : les matrices emploi exposition peuvent elles être prises en compte ?

R : on n'a pas de preuves formelles que la personne ait été réellement exposée. Dans le contentieux, on est dans le principe de l'oralité entre le salarié et la caisse.

Q : la caisse n'a jamais fait appliquer la loi qui stipule que l'employeur doit déclarer les postes, les produits et /ou les procédés de travail qui peuvent provoquer des maladies professionnelles.

R : cela peut être opposé à l'employeur par la caisse.

Q : on demande toujours au médecin de prouver l'exposition. En fait, le médecin du travail fait le travail des délégués du personnel et de l'employeur.

R : dans une procédure, l'employeur refusait d'attester l'exposition. Les salariés ont obtenu gain de cause auprès du tribunal des Prud'hommes.

R : l'employeur conteste auprès de la chambre sociale. Le verdict du tribunal c'est que l'attestation du médecin du travail doit être prise en compte. Donc nous devons être capables d'assurer la traçabilité. Notre rôle en tant que médecin du travail auprès du salarié est de tracer les risques et de faire le lien santé travail.

Q : pour tracer, il faut être au courant de toutes les expositions dans toutes nos entreprises. Mais nous n'en avons pas les moyens !

R : oui, il nous faut les moyens pour faire ce travail. Collectivement, nous devons réclamer les moyens qui vont avec les devoirs.

Q : quand le curriculum laboris est fait par l'infirmière, il faut le recouper avec le médecin du travail ainsi que sur les connaissances scientifiques et les matrices emploi exposition. Ce travail là a alors la valeur pour faire reconnaître les droits. Le dossier médical est un document qui a une forte valeur.

Q : dans votre monographie, quel type de maladie professionnelle a été déclarée ? Quel a été le motif du refus de reconnaissance ?

R : la monographie n'a été faite qu'après le refus. Les motifs invoqués pour le refus ont été l'alcool et le tabac.

Q : Que faire quand des salariés exposés à l'amiante autrefois dans leur entreprise demandent des certificats d'exposition et que l'employeur refuse ?

R : pour palier le refus des employeurs qui ne veulent pas signer l'attestation d'exposition, je leur transmets l'attestation même si elle n'est pas signée par l'employeur.

R : c'est une faute inexcusable pour l'employeur s'il a conscience du risque.

Q : il y a une action de la MSA qui organise une visite pour les salariés de 50 ans dans le but de faire le bilan des expositions professionnelles. Nous pourrions prendre exemple de cette action dans les services interentreprises.

Q : quel est l'objectif et l'utilité de faire un curriculum laboris dans ce cadre ? Est-ce que c'est systématique ou est ce que c'est uniquement à la demande ?

R : la demande du salarié au médecin du travail c'est de faire reconnaître l'exposition aux critères de pénibilités fixés par la loi. Pour la MSA, je me pose des questions : est ce que ça peut être préjudiciable au salarié ? Est ce que l'on peut faire émerger ou remonter des éléments ? Est-ce qu'il faut généraliser cela ? Je m'interroge. En tout cas, il faut une collaboration avec le médecin du travail.

Q : peut-on faire un certificat d'exposition sans être allé dans l'entreprise ?

R : oui mais il faut utiliser l'emploi des matrices emploi exposition.

R : je suis médecin de la MSA. La durée de cette visite avec les salariés dure une heure. On utilise les matrices exposition métier. Nous devons faire 50 bilans par an. Dans la pratique, c'est très difficile de retrouver les expositions pour les salariés. Par contre, c'est une expérience très intéressante. Les salariés y sont favorables. Mais cela génère beaucoup de travail derrière. Un bilan de cette opération va bientôt être fait.

Q : le ministère des travailleurs de la route a établi une attestation d'exposition qui doit être signée par l'employeur et il voulait qu'elle soit signée par le médecin du travail. Nous avons fait un travail d'équipe et réalisé des fiches métier. Le médecin du travail remet au salarié une attestation de suivi médical indiquant les risques auxquels il a été exposé.

Q : ce que tu exprimes, c'est l'approche par les risques vu par chaque médecin du travail.

R : ce travail ouvre à la remise d'informations dont le salarié se servira pour ouvrir ses droits. Ce qui est important dans la reconstitution de carrière, ce sont les risques

auxquels le salarié a été exposé. La clinique médicale reprend l'histoire avec les risques. Pour moi ce sont deux choses identiques.

R : la différence c'est que c'est une approche par questionnaire et on coche des croix. La clinique est absente.

FIL ROUGE, M BROM

Ce qui m'apparaît au fil de ces échanges, c'est que quand on fait un travail de validation par le GAPEP, il s'agit d'un travail en commun et c'est donc aussi certainement un travail d'équipe avec le médecin du travail.

S'il y a un malaise par rapport au médecin du travail qui ferait appliquer des questionnaires c'est parce que c'est essentiellement du traitement de l'information et pas de la clinique. Alors que ce qui est passionnant c'est que le travail n'existe que par ce que le sujet en dit, le pouvoir qu'on lui donne pour sa prévention et pour la prévention de ses collègues. Le salarié est alors en situation de sujet et c'est très important.

Par exemple si on traite au CRRMP, un dossier de syndrome du canal carpien pour un salarié qui a participé à l'enquête, il faut alors démontrer que le sujet a tort. A ce moment-là, on n'est pas dans le remplacement du rôle de l'employeur et cela change la capacité à traiter la question, même si l'employeur conteste l'exposition (ce qui arrive bien trop souvent).

Enfin, il ressort de ces échanges que le fait qu'introduire de nouveaux professionnels dans les services de santé au travail ne fait pas gagner de temps mais augmente la qualité du travail.

Débat intervention de Nathalie FERON

Q : pourquoi n'y a-t-il pas eu de déclaration de maladie professionnelle pour ce cancer du sein chez une salariée travaillant la nuit ?

R : comme il n'y a pas de tableau de maladie professionnelle, son dossier sera traité en CRRMP après que le médecin conseil de la CPAM ait fixé une IPP après stabilisation de l'état de santé. Pour passer devant le CRRMP, l'IPP doit être d'au moins 25 %.

Q : qu'est ce que cela lui apporterait, la déclaration de maladie professionnelle ? On peut se servir de cet argument pour aider à la reclasser. Comme elle est soumise à plusieurs facteurs de pénibilité, si son IPP est supérieure à 10 %, elle pourrait prétendre à partir à la retraite dès 60 ans.

R : il y a un blocus au niveau de l'employeur qui préfère payer que de faire des améliorations de poste.

Q : par rapport à l'aménagement des portes, l'employeur ne veut rien faire. Il faut le mettre devant ses responsabilités et lui dire ce qu'il risque. Il y a des jurisprudences datant de 2011. Il y a faute inexcusable de l'employeur quand l'employeur connaît le danger mais qu'il ne fait rien alors qu'il y a des maladies professionnelles.

Q : il existe une circulaire pour rappeler l'obligation de sécurité et de résultat avec des risques de sanctions financières et aussi pénales en cas de manquement à cette obligation. Est-ce que le CHSCT était informé ?

R : oui, et il ne bouge pas. L'effectif de notre hôpital est de 2500 salariés.

Q : il y a quelques années, une enquête a été faite par l'INRS sur le coût financier très élevé des lombalgies pour les hôpitaux. Cela pourrait être un argument.

R : il y a ce qui est renvoyé par l'employeur à savoir que la pénibilité va être reportée sur les collègues. Il raisonne service par service. Si on raisonne à l'échelon de l'établissement, on pourrait trouver des tâches transversales qui diminueraient la pénibilité des autres salariés. Il faudrait accepter quelques créations de postes. Il y a des lois pour les seniors, des lois pour la pénibilité, des lois pour le handicap qui ne sont pas vraiment utilisées. Aujourd'hui, il faut que les salariés soient polyvalents, performants et à côté il y a un grand nombre de chômeurs !

Alain Carré : les stratégies mises en place et enseignées aux membres des CHSCT consistent à mettre le chef d'entreprise devant ses contradictions. Quand il pose la question économique, il y a 2 directives à lui opposer :

- La directive de 1989 qui stipule qu'on ne peut pas utiliser des considérations économiques dans ce cas là
- Le 2^{ème} principe,

C'est l'obligation d'adapter le travail à l'homme. C'est une technique de mise en tension de l'employeur. Il est en contradiction avec son obligation de sécurité et de résultat et encoure des pénalités. Dans le droit fil de ce que tu viens de dire, est ce que sa demande de mutation a pour origine la suppression des portes ? Si oui, il a une obligation d'adapter le travail à l'homme.

R : cette personne ne pouvait pas revenir à son poste à cause des portes.

Q : l'origine des TMS est plurifactorielle et il n'y a pas que les contraintes biomécaniques qui sont importantes. Quelle est l'organisation du travail ?

R : c'est la même organisation que dans les autres services. La seule différence de ce service ce sont les postes en suppression et il y a plus de TMS que dans les autres services. Malgré tout, le personnel a du mal à quitter ce service.

Q : est ce que le médecin du travail a besoin de plus d'arguments pour convaincre ?

R : je ne sais pas mais ceux que j'ai utilisés ne sont pas efficaces.

Q : est ce que 12 heures de travail, ce n'est pas de trop ?

R : ce temps de travail résulte d'un accord des salariés alors que le CHSCT était contre.

Alain Carré : on est typiquement dans ce cas-là. Le médecin du travail et même le CHSCT ont beau dire que 12 heures ce n'est pas le mieux l'organisation syndicale poussée par les travailleurs peut accepter le marché. On est dans la négociation de la force de travail et puis l'on pense que les ennuis c'est pour les autres. Il y a la question économique, celle du salaire et celle de l'emploi et on ne peut rien dire par rapport à ça. Par contre le médecin du travail doit dire que 12 heures c'est trop pour la santé même si les salariés ne sont pas contents.

C'est parfois plus difficile d'argumenter du côté des représentants des personnels que du côté des employeurs.

Q : avec les 12 heures, c'est la place du travail dans la vie qui est posée. C'est aller moins souvent au travail. On est sur le sens du travail. On en est plus vite débarrassé. Il faut mener une réflexion sur ce type d'horaire car il y a des enjeux économiques.

R : il y a eu une réduction d'effectifs avant le passage aux 12 heures.

FIL ROUGE, M BROM

Sur l'intérêt du travail en commun, c'est plus facile de le percevoir quand on se sent impuissant car on se conforte en travaillant en équipe :

- En s'orientant vers des pistes juridiques
- En explorant toutes les pistes

C'est aussi l'occasion du passage indispensable par les représentants du personnel. Il faut réfléchir au non prise en compte de la représentation du personnel dans les dispositifs sur la pénibilité.

Enfin, du côté de la ruse de métier, il est bon parfois de se souvenir que lorsqu'on travaille dans un grand groupe et que l'on doit argumenter pour l'employeur qui se trouve devant nous, il faut penser que celui-ci puisera dans nos arguments pour essayer de convaincre son conseil d'administration.

Tous les nouveaux textes qu'il s'agisse de ceux sur les services de santé au travail ou la pénibilité modifient l'exercice des professionnels de santé au travail, on entend dans les échanges d'aujourd'hui toutes les questions qui se posent, mais aussi le caractère inéluctable des choix à faire. Dans un tel contexte, il n'y a pas d'autre

perspective que de travailler ensemble et collectivement, et de débattre pour coopérer.

CONCLUSION, Gérard LUCAS, Alain GROSSETETE

Nous avons eu beaucoup de difficultés à organiser un colloque sur la pénibilité peut-être parce que nous nous sommes cantonnés aux nouveaux textes sur la pénibilité.

Pourtant nous aurions pu élargir le colloque en considérant que la pénibilité concerne la totalité du champ travail. (Du reste, le mot "peine", nous indique Alain REY dans son dictionnaire historique¹, dans une de ses significations, désigne le travail).

Il y a eu malgré tout, un équilibre entre les discussions après l'intervention de Tiphaine et les débats autour des travaux des GAPEP.

La question c'est de savoir si le processus de pénibilité ne va pas se révéler défavorable vis à vis de la prévention primaire. Les employeurs sont invités à distinguer, en pratique, deux catégories de situations de travail: celles, relevant de la pénibilité, et les autres, n'en relevant pas. Ce découpage n'aide pas la prévention. C'est un objet politique. On ne peut que le subvertir pour pouvoir continuer à inscrire nos actions de professionnels du côté du bien commun.

Qu'est-ce qui pourrait amener l'employeur à tracer les pénibilités ? Si les fiches de pénibilité ne sont pas établies, les employeurs sont passibles d'amende. Cela peut être un moyen pour agir. Que pense Tiphaine de la réalité de ces sanctions ? C'est le renforcement de l'obligation de sécurité et de résultat. L'employeur ne peut plus se dédouaner et ne pas prendre ses responsabilités. Il y a une relation entre document unique et fiches d'exposition. Cependant sous réserve d'erreur l'estimation de la qualité du document unique ne rentre pas dans les capacités à sanctionner. Ne peut être sanctionné que l'absence du document unique.

Pour la région PACA, les fiches individuelles d'exposition sont faites à 12 %. Pour ceux qui ne l'ont pas fait, il n'y avait aucune pénalité derrière.

Moi, j'ai un espoir : c'est du côté du salarié car il y a un enjeu de réparation. Et les salariés veulent des preuves d'exposition pour l'ouverture de leurs droits à réparation ou retraite anticipée.

Sur la traçabilité, je vous renvoie au rapport Lejeune qui démontre que les autres modes de traçabilité n'ont pas été tenus. De plus on est dans quelque chose d'extrêmement théorique

Moi, je n'ai que des fiches de non exposition aux risques de pénibilité.

Va-t-on vers des risques de dérive ?

1 Dictionnaire historique de la langue française, sous la direction d'Alain REY, édition Le Robert

Les services de santé au travail doivent contribuer à l'aide de l'appréciation de la pénibilité mais le risque est qu'ils se substituent à l'employeur pour faire cette évaluation.

La HAS souligne la possibilité pour les médecins du travail de faire les déclarations d'exposition si les employeurs ne les font pas. Le médecin du travail doit rédiger un certificat s'il sait que le salarié a été exposé et que l'employeur refuse de reconnaître l'exposition. La constatation c'est que dans un créneau de 6 mois, il y a des textes très délétères pour la profession qui ont été promulgués.

Pour prouver les expositions, c'est difficile.

Sur une question de la concomitance des textes, au fil de la journée, j'ai entendu des gens qui font des choix qui peuvent être pertinents s'ils sont débattus en collectif.

On a une individualisation des expositions et on est cloisonné dans des connaissances scientifiques extrêmement limitées.