



Déclaration CGT à la DS Enedis GRDF du 27 septembre 2018 sur les services de santé au travail (SST)

Cette déclaration a pour objet :

- d'explorer, du point de vue de la prévention des risques pour la santé au travail des agents, les propositions d'organisation des SST ENEDIS-GRDF qui est proposée ;
- d'assumer notre rôle de contrôle social sur ces SST et notamment de signaler les risques d'entrave des IRP concernées que comporte ce projet ;
- **de faire des propositions afin de modifier ce projet pour garantir l'indépendance des personnels médicaux et les moyens nécessaires à leur mission dans le respect à la fois des prérogatives de l'employeur, de celles de la représentation du personnel et dans l'intérêt de la santé des agents.**

En préambule nous souhaitons rappeler la spécificité de fonctionnement des SST autonomes et la nature de l'indépendance des personnels médicaux du SST :

- Dans un SST autonome l'autorité technique est celle du médecin du travail (L 4622-4 du CDT) qu'il exerce en toute indépendance
- Le médecin du travail est exclusivement chargé d'éviter les atteintes à la santé des travailleurs du fait de leur travail (L4622-3 du CDT) et c'est de ce point de vue exclusif qu'accessoirement il peut constituer une aide à la gestion de la santé et de la sécurité par l'employeur
- Cette aide peut prendre la forme d'une coordination à parité avec l'employeur ou les salariés qu'il désigne et le CE, là encore en toute indépendance
- Un service autonome inter établissements d'entreprise est administré par l'employeur sous la surveillance du CCE et des CE (D4622-10 et D4622-11 du CDT)
- Le code de la santé publique précise que les personnels de santé sont individuellement responsables de leurs actes dans leur domaine de compétence (R4127-69 et R4312-14 du CSP) et ont un devoir d'indépendance (R4127-5, R4127-95 et R4312-9 du CSP) et de respect de l'indépendance des autres professionnels de santé (R4127-68 du CSP).
- Pour un médecin cette indépendance, confirmée par le code du travail (L4623-8), est définie comme : avoir l'initiative de ses actions, les moyens pour les mener et la liberté d'en rendre public les résultats.
- **Il ne suffit donc pas pour un employeur d'affirmer sa volonté de respecter l'indépendance des médecins du travail mais bien concrètement de ne pas peser sur ses initiatives, de lui fournir les moyens que le praticien estime nécessaires et de ne pas entraver la communication de ses travaux aux agents qu'il a en charge et à la représentation du personnel.**

Nous estimons que les conditions du fonctionnement des SST ENEDIS-GRDF conformément à ces principes ne sont pas totalement assurées dans le projet qui nous est présenté.

Tout d'abord, ce projet met en place des dispositions extra réglementaires qui sont potentiellement dangereuses pour l'indépendance des personnels. Ces dispositions sont proches de celles qui prévalent dans les services de santé au travail interentreprises (SSTI) en s'affranchissant de certaines caractéristiques en particulier celles qui sont censées donner des garanties d'indépendance aux personnels et une visibilité à la commission de contrôle et à la tutelle administrative:

Ainsi la mise en place d'un Comité santé travail (CST) placée sous l'autorité de l'employeur s'éloigne du fonctionnement des commissions médico techniques des SSTIE (D4622-30 du CDT) dans la mesure où :

- tous les professionnels de santé du SST n'y sont pas représentés,

- les préposés HSE de l'employeur qui n'ont pas le statut d'IPRP y sont présents,
- aucun règlement intérieur n'est négocié
- un compte rendu par l'employeur tient lieu de procès-verbal
- aucune synthèse des travaux n'est disponible à destination des CE et de la tutelle administrative
- Nous remarquons également que cette organisation ne permet pas les échanges des MDT avec les chefs d'établissement, employeurs de proximité directement concernés.

Nous proposons, par conséquent, que chaque CE concerné avec l'appui des CHSCT, dans le cadre de chaque SSTA inter établissements, soit chargé d'instruire les questions qui relevaient jusqu'alors du CST et notamment les questions relevant du contrôle social.

Un projet de service pluriannuel est élaboré par chaque SST. Même si un tel projet était considéré comme souhaitable il ne peut se déployer sans respecter l'indépendance de chaque médecin du travail et les prérogatives de la représentation du personnel en matière de contrôle social, or nous observons que dans le document qui nous est présenté :

- Il n'est pas exact que les DIRECCTE fassent de l'existence d'un tel projet une clause d'agrément dans la mesure où réglementairement cette disposition concerne exclusivement les SSTI
- les conditions d'élaboration de ce projet de service ne sont pas précisément définies et laissent à penser que ce serait l'employeur qui aurait l'initiative de ce projet
- dans un service autonome l'initiative et la nature du projet de service ne peuvent relever que du médecin du travail
- les garanties de participation du contrôle social au projet de service qui existent dans les SSTI (L4622-14 du CDT) ne sont pas reprises dans ce projet
- il est contraire aux dispositions contractuelles et aux obligations de développement professionnel continu (DPC) des personnels de santé de subordonner les demandes de formation au projet de service

Nous proposons que le projet de service soit instruit dans le cadre des CE qui veilleront au respect de l'indépendance des professionnels de santé du SST et qui fera des propositions et donnera son avis sur les actions de prévention arrêtées.

Le concept de multidisciplinarité et d'acteurs de la multidisciplinarité introduit des ambiguïtés qui pourraient être préjudiciables :

- cette multidisciplinarité concerne des acteurs dont les fonctions et les objectifs ne relèvent pas des mêmes secteurs de responsabilité ;
- les médecins du travail (MDT) et les infirmier-e-s diplômé-e-s d'état en santé au travail (IDEST) accomplissent une mission d'ordre public social et leurs actions sont de ce fait l'objet d'un contrôle social par une IRP et d'un examen par la tutelle administrative (rapport annuel). la nomination du MDT doit recueillir l'accord du contrôle social.
- Les experts HSE relèvent de l'autorité hiérarchique de l'employeur et ont pour fonction de lui apporter un appui pour la gestion de la santé et de la sécurité. Ils bénéficient toutefois d'une indépendance professionnelle (R4644-1 du CDT) et leur désignation recueille l'avis du CE.
- Les médecins conseils relèvent du régime spécial de sécurité sociale des IEG, dans lequel ils assurent notamment le contrôle de l'absentéisme et leur activité est régie par un chapitre particulier du code de la santé publique (R4127-100 à R4127-104 du CSP) et de décrets et d'arrêtés précisant le statut du personnel.

La complémentarité ne doit pas signifier la confusion. Nous proposons que chaque acteur soit éventuellement libre de mener des actions avec les autres mais cela se fasse dans un strict respect de l'indépendance et des principes déontologiques et professionnels qui s'attachent à

chacune des fonctions. Nous remarquons également l'opposition, en matière d'objet de la prévention, entre les experts de l'employeur, dont nous observons qu'ils se déploient plutôt en prévention individuelle (EPI, comportements...) et la prévention médicale primaire domaine d'intervention des MDT. Cela obère les possibilités d'actions en coopération.

La description des fonctions des différents acteurs en santé au travail que décrit le document appellent de notre part les remarques suivantes :

- Nous nous interrogeons sur « le profil des personnes recrutées » et la « typologie des acteurs » (lire MDT) qui serait transmise aux cabinets de recrutement mandatés par les entreprises et **nous demandons que ce « profil » et cette « typologie » soit transmise au contrôle social afin d'éclairer l'accord qui président à la nomination du MDT**
- Nous désirons être informés de la nature et les clauses du contrat avec « un médecin travaillant en SSTI ». En effet les accords d'entreprise sur la situation contractuelle des MDT ne prévoient pas d'autre contrat que celui issu de la négociation.
- Nous sommes dubitatifs sur la régularité d'avis d'aptitude ou d'inaptitude par les médecins collaborateurs en référence à l'article L4623-1 du CDT. L'avis d'aptitude constitue un acte qui relève uniquement de l'autorité du médecin du travail **dans la mesure où le contrôle social ne s'est pas prononcé sur la nomination du médecin collaborateur.**

Nous mettons en garde sur l'application d'une telle disposition qui pourrait ouvrir un contentieux réglementaire voir civil. En effet, tout acte médical engage la responsabilité personnelle du médecin prescripteur qui y déploie sa compétence et celle d'un médecin collaborateur « en cours de formation » pourrait être mise en doute. Cette décision, si elle était prise sous la garantie d'un protocole du MDT, engagerait également la propre responsabilité de délégation du MDT.

- L'expression « confidentialité des soins dispensés » appliquée aux IDEST ne nous paraît pas appropriée puisqu'il s'agit d'appliquer les règles de secret médical dont nous rappelons que conformément à l'article L1110-4 il concerne le secret des informations concernant la vie privée de la personne ce qui dépasse les informations concernant sa seule santé.
- Concernant la délégation élue des médecins du travail nous souhaitons rappeler ici qu'il est nécessaire, pour respecter l'indépendance de chaque médecin, que les projets d'organisation ou de fonctionnement recherchent l'unanimité de ce corps professionnel. En cas d'absence d'unanimité la latitude d'organisation de celles et ceux qui seraient en désaccord doit être respectée puisqu'elle engage leur responsabilité personnelle dont ils ou elles répondront dans les formes réglementaires.
- La mise en place de télémédecine ayant été précisément l'objet de débats de ce type nous précisons que **nous ne souhaitons pas qu'actuellement de telles dispositions soient mises en œuvre dans la mesure où nous estimons que la présence physique du patient est un gage de qualité de l'acte médical et que la présence du médecin est un gage de confiance pour le travailleur. En tout état de cause, cela ne pourrait se faire sans l'accord du contrôle social, des autorités de tutelle et sous l'autorité de la CNIL.**

En matière de formation des personnels des services médicaux nous rappelons :

- que l'article 13 du contrat type des MDT définit précisément leurs conditions de formation qui ne saurait faire l'objet de restriction puisque le DPC relève de la responsabilité exclusive de chaque praticien qui peut en outre bénéficier des dispositions des congés formation réglementaires
- pour les IDEST le DPC qui leur est imposé par le code de la santé publique devrait entraîner des dispositions semblables à celle des MDT. Nous notons également que le même code prescrit aux médecins de s'assurer que la formation des personnels qu'ils supervisent techniquement est bien conforme aux compétences qu'ils requièrent (R4127-71).

- Or précisément, le document qui nous est présenté décrit l'évolution majeure qui majeure considérablement l'activité des IDEST et élève le niveau de compétence requis.

Nous remarquons, qu'avant même cette évolution, pour ce qui concerne ENEDIS et GRDF, des autorités de tutelle avaient remarqué la carence de mise en œuvre de formations spécifiques des IDEST par les employeurs dans la plupart des agréments de SST.

ENEDIS et GRDF ont donc pris un retard dans ce domaine et doivent mettre en œuvre des possibilités de formation spécialisées de haut niveau qui relèvent, selon nous, des nouvelles dispositions de formation infirmière en pratiques avancées (niveau mastère) adaptées aux spécificités de la santé au travail. Ces formations doivent porter notamment sur des pratiques avancées en matière d'action en milieu de travail afin que la délégation du MDT à l'IDEST puisse concerner également ce domaine d'intervention du fait de l'absence d'IPRP dans les SSTA.

Nous souhaitons également rappeler la position qui prévalait en matière d'effectif infirmier dans les entreprises nationales, dans une période où paradoxalement le rôle des IDE n'avait pas été élargi, et qui prévoyait un ratio de deux temps plein infirmier pour un temps plein de médecin du travail (*lettre des directeurs généraux au président de la CNMT du 19 mai 1983*). Cela nous paraît aujourd'hui tout juste suffisant ce qui justifie pleinement l'ajout d'un poste d'assistant-e à l'équipe médicale.

En matière de postes à risques nous sommes surpris de l'opposition que manifeste notamment ENEDIS à considérer que les chargés d'affaires relèvent de cette catégorie. Nous souhaitons rappeler que l'exposition aux CMR ne saurait relever réglementairement de la notion de « faible risque » (R4412-59 du CDT) et nous maintenons que dans les deux énergies les chargés d'affaires devraient relever de cette catégorie. **Nous mettons en garde les employeurs car leur refus, du fait de l'absence de surveillance qu'il entraîne, pourrait constituer une mise en responsabilité pour « perte de chance » en cas de conséquence pour leur santé de ces expositions.**

Concernant les modifications des secteurs médicaux qu'envisage le document nous souhaitons rappeler

- **qu'ils ne peuvent se dérouler sans l'accord du contrôle social et sans demande de modification d'agrément auprès des autorités de tutelle.** Ainsi nous observons le changement de gestionnaire du contrat des médecins du travail sans que cette modification ait fait l'objet d'un avis du contrôle social et ne soit transmise aux autorités de tutelle. Nous nous interrogeons sur la véritable signification de cette modification.
- **Nous rappelons notre opposition au « recentrage des activités » par branche qui à terme élargirait le périmètre géographique d'activité des MDT et qui pourrait également constituer les prémisses d'un démixtage par énergie**
- **Notre position est qu'un juste équilibre doit être trouvé entre proximité du service médical pour les agents et périmètre d'activité raisonnable pour les MDT et les IDEST.**
- **Cela plaide et nous sommes prêts à soutenir cette position auprès des autorités de tutelle, notamment en appui de l'employeur, pour des effectifs adaptés qui permettent aux personnels des SST une activité de qualité et des conditions de travail optimales.**

A l'issue de cette analyse nous avons le sentiment d'avoir déployé une critique constructive. En effet aucune remarque n'a été formulée sans être accompagnée de propositions.

Nous croyons que ce que nous proposons est parfaitement approprié aux nouvelles dispositions d'organisation des SST et à la recherche d'un dialogue social constructif sur les questions de prévention de la santé au travail dont un récent rapport suppose qu'elles conditionnent la réussite des entreprises.

Ces propositions sont la base de ce que nous proposerons aux autorités de tutelle dans le cadre des futurs agréments. **Aussi, nous vous demandons de nous répondre point par point sur les propositions faites par les représentants du personnel.**

Sachez enfin, que la non satisfaction à nos exigences quant au respect des prérogatives du contrôle social, nous mettrait dans l'obligation de saisir les autorités de tutelles voir les juridictions compétentes.