

3 décembre 2015

## Journée débat Aptitude - inaptitude

Compte rendu des travaux



**La maladie professionnelle**

**Définition de la maladie professionnelle**  
 Qu'appelle-t-on maladie professionnelle ?  
 Est considérée comme maladie professionnelle, la maladie qui est la conséquence de l'exposition du travailleur à un risque à l'occasion de l'activité professionnelle.

(exposition à des agents toxiques, par exemple) ou qui est résultée de conditions dans lesquelles ce travailleur a effectué son travail (ou qui permet d'englober les TMS, ou troubles musculo-squelettiques et psychosociaux).

Quelles conditions remplir pour que ma maladie soit reconnue comme maladie professionnelle ?

**Affections professionnelles provoquées par les poussières de bois**

Designation des maladies	Délai de prise en charge	Liste amiante des travaux susceptibles de provoquer ces maladies
Exemple de tableaux		
Lésions cutanées récidivant en cas de nouvelles exposition au risque ou confirmées par un test épidermique	15 jours	Mécanique - Entretien et montage des bois et leur travaux associés aux poussières de bois.
Conjonctivite récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmée par test	7 jours	
Rhinite récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmée par test	7 jours	
Asthme obstructif par inhalation de poussières	7 jours	
Asthme obstructif en cas de nouvelle exposition au risque	30 jours	





# Introduction

## **Martine ELIE, Conseillère fédérale santé au travail**

Ce thème de l'aptitude/Inaptitude qui nous rassemble aujourd'hui est d'une importance cruciale car il est au carrefour d'un nombre important d'enjeux pour notre syndicat.

Enjeux bien sûr en termes de santé des salariés, des questions de préventions, d'emplois, mais également de conditions et d'organisation du travail. Ces enjeux nous interrogent sur nos relations dans l'entreprise avec les syndiqués, les salariés, l'organisation de notre syndicat avec les élus CHSCT, DP, CE, nos rapports de forces avec l'employeur, et pour finir les liens que nous entretenons avec le médecin du travail et parfois même avec la justice.

La notion aptitude/inaptitude a été cette année la cible d'attaques féroces de la part du Medef. Cette notion, disent les employeurs « insécurise nos entreprises ». Il est vrai que le nombre de certificats d'inaptitudes avec réserves délivrés par les médecins du travail ont fortement augmentés ces dernières années et obligent l'employeur à adapter le travail à l'homme par des aménagements, à prévoir des formations pour reclasser les personnes usées et abimées par le travail.

C'est dans le cadre du choc de simplification promis par le Gouvernement pour alléger les contraintes des entreprises, que M. ISSINDOU (député PS de l'Isère), a été chargé d'établir un rapport sur ce thème, rapport sorti en mai 2015 et qui préconisait entre autres de :

- Diminuer la fréquence des visites

médicales avec une visite médicale au minimum tous les 5 ans, au lieu de tous les 2 ans,

- Décharger l'inspection du travail des recours contre les avis d'inaptitude,
- Dispenser l'employeur de chercher un reclassement si le médecin juge que le reclassement serait préjudiciable à la santé du salarié.

Dans la loi Rebsamen, seule la dernière préconisation sera retenue à savoir : Le 2<sup>ème</sup> alinéa L 1226-12 qui précise :

L'employeur peut également rompre le contrat de travail si l'avis du médecin du travail mentionne expressément que tout maintien du salarié dans l'entreprise serait gravement préjudiciable à sa santé.

Pour la CGT la question de l'aptitude avec réserves reste un rempart contre le licenciement.

Saviez-vous que 95% de ces salariés jugés inaptes sont licenciés et qu'une majeure partie d'entre eux ne retrouveront pas de travail ?

Les derniers chiffres consolidés au niveau national que nous avons datent de 2007. Il y aurait 100 à 200 000 déclarations d'inaptitudes totales par an et plus d'un million d'actes pour aptitude avec réserves (avec obligation pour l'employeur d'aménager les postes de travail, de prévoir un reclassement, une formation). Je vous laisse imaginer les chiffres que nous aurions aujourd'hui, 8 ans plus tard, si un recensement national était fait...

D'après certaines enquêtes, ce sont essentiellement les ouvriers de plus de 50 ans qui souffrent de problèmes musculo squelettiques (les TMS) et

de maladies du système Ostéo articulaires et fait nouveau depuis peu, de problèmes de Dépressions et Troubles anxieux... Ce sont des salariés usés prématurément par leur travail, car les conditions dans lesquelles ils l'ont l'exercé n'étaient pas adaptées à l'homme. Même si des progrès considérables ont été faits ces dernières années dans ce domaine, le chemin est encore long avant que ce droit soit réellement appliqué sur le terrain. La métallurgie est directement concernée par ces enjeux de santé au travail.

Il faut savoir qu'en 2014, les troubles musculo-squelettiques représentent 87 % des maladies professionnelles (MP) et que ces TMS touchaient plus spécifiquement les ouvriers de plus de 50 ans dont ceux de la métallurgie. Quant au taux des arrêts de travail dû aux risques psychosociaux, ils sont, ces dernières années, en forte recrudescence au point d'arriver sur les causes d'inaptitude en seconde place après les TMS.

L'inaptitude nous concerne tous car chacun d'entre nous, ici dans cette salle, peut un jour y être confronté. Personne n'est à l'abri, d'autant plus que les conditions de travail de ces dernières années se sont largement dégradées. Les organisations de travail telles que le Lean, Agility, Flux Tendu, sont connues pour intensifier considérablement le rythme de travail ; sans compter les nombreuses contraintes auxquelles les salariés doivent faire face, «zéro défaut» et j'en passe. Pour clore le tout, l'allongement de vie au travail avec la

réforme des retraites, vient amplifier le problème. Les nouvelles réformes sur la pénibilité au travail ne vont pas dans le sens d'une prise en compte réelle du travail sur le terrain. On ne pourra donc pas compter sur ces futures lois pour espérer partir à la retraite « en bonne santé ».

Alors devant ce tableau un peu sombre, je vous l'accorde mais somme tout bien réel, que peut-on faire ?

Nous savons tous ici que chaque salarié qui travaille est exposé à un ou plusieurs risques sur sa santé, qu'il soit physique ou mental ; C'est pourquoi le code du travail lui accorde sa protection.

Le code du travail que certains cherchent à alléger prévoit que l'employeur est responsable de la santé de ses salariés. C'est une des raisons pour laquelle nous assistons de plus en plus à une judiciarisation dans ce domaine ; l'employeur a une obligation de sécurité de résultat, à savoir qu'il a une obligation de mettre en place des mesures efficaces pour assurer la santé et la sécurité des salariés de l'entreprise. L'employeur est donc tenu de prendre des mesures de prévention suffisantes dès lors qu'un risque professionnel est identifié.

Le seul fait de ne pas prendre de telles mesures constitue un manquement à son obligation de sécurité de résultat causant nécessairement un préjudice au salarié concerné. Le Docteur Carré nous en parlera plus longuement.

Sous prétexte de manque d'employabilité de ces salariés usés par le travail, certaines entreprises ne font pas l'effort de trouver des solutions de maintien dans l'emploi. Pourtant des solutions existent, vous en verrez quelques-unes dans la vidéo que nous allons vous diffuser.

Le maintien en emploi doit se nourrir d'anticipation et d'une stratégie cohérente et globale qui implique toutes les parties concernées de la façon la plus complète possible (le salarié, son syndicat, son médecin traitant, le médecin conseil, le médecin du travail, les autres acteurs de la prévention de la désinsertion professionnelle, l'employeur...).

La désertion professionnelle est

d'ailleurs une des priorités du 3ème plan national de santé travail qui propose je cite, « d'agir en amont préventivement au niveau des entreprises sur les conditions de travail pour la prévention de l'usure, de l'inaptitude ; cette prévention implique de mobiliser toutes les ressources utiles en appui au maintien en activité professionnelle : y compris les ressources de GPEC et de formation professionnelle pour, selon les cas, réussir les adaptations de poste ou les reconversions. Une clef de la prévention de la désinsertion professionnelle se trouve en effet dans la préservation de l'employabilité des personnes : anticipation, facilitation des parcours professionnels, identification précoce des situations à risque, développement des compétences tout au long de la vie ».

Le syndicat CGT a une place essentielle à prendre dans ce combat. Les inaptitudes qu'elles soient partielles ou totales ne sont pas une fatalité. Elles doivent faire l'objet de toute notre attention. Les conséquences sur la vie de ces salariés sont désastreuses, aussi bien en terme de souffrance physique dans leur chair, mais également psychiquement car se sentir amoindri n'est pas facile à vivre au quotidien. Sans compter bien évidemment, la perte du lien social que représente le travail, la perte de la fierté de pouvoir faire du « bon boulot », les conséquences financières qui affectent toute la famille, quant à la pension de retraite, elle est également considérablement diminuée ...

Ne devrait-on pas prévoir largement en amont, avant même toute déclaration d'inaptitude, toutes les solutions d'aménagement, de reclassement possible dans l'entreprise (avec possibilité de formation si le poste l'exige) ? Des fonds financiers peuvent être débloqués par l'AGEPHIP (un stand est d'ailleurs sur place) pour les entreprises ne disposant pas d'assez de moyens.

Aujourd'hui dans les entreprises, nous constatons par exemple que les élus CHSCT et les DP sont informés bien trop tard de l'inaptitude d'un salarié (lorsque l'employeur recherche un poste il doit informer les DP des propositions de reclassement).

Que peut faire le syndicat pour être informé en amont ?

Comment le syndicat peut communiquer sur ce sujet avec les salariés ?

Nous savons combien il peut être difficile pour les salariés de dévoiler leur problème de santé tant ils craignent l'inaptitude et le licenciement. Que peut faire le syndicat pour les rassurer et leur proposer de conserver leur poste grâce à des aménagements ? Le salarié est-il intéressé par un autre poste disponible dans l'entreprise plus en adéquation avec ses restrictions médicales ? Ce nouvel emploi nécessite-t-il une formation ?

Quel travail commun le syndicat CGT peut mener avec le salarié, le médecin du travail et l'employeur pour prévenir les inaptitudes au travail ?





Existe-t-il dans les entreprises de véritables études de postes de travail, d'observation du travail réel ?

Voilà un certain nombre de questions auxquelles nous essayerons de répondre collectivement durant cette journée.

Pour nous y aider, nous avons invité le Docteur Carré de la CGT qui nous fera une présentation.

Cet après-midi, Karine Thélie et Anissa Chibane nous décriront le parcours de réinsertion professionnelle d'une personne déclarée inapte lorsqu'elle arrive dans un des 3 centres de l'Association Ambroise Croizat.

François Naton en charge des questions de Santé au travail à la Confédération intervient plus généralement sur l'enjeu de la Santé au travail, et les conclusions de ce débat seront apportées par notre Secrétaire Général, Frédéric Sanchez.

Je vous souhaite à tous un excellent débat.



## Discussion

### **Sébastien HOHMANN, Renault Pantin**

Chez Renault, nous avons un accord en théorie réservé aux travailleurs handicapés mais qui s'applique aussi aux salariés inaptes à leur poste. La question qui taraude nos CHSCT et nos DP à propos de l'inaptitude, c'est que dans la plupart des cas, les élus la découvrent lorsqu'ils sont convoqués pour en parler, le lien avec le salarié étant souvent compliqué. Malgré la structuration de notre entreprise et l'existence d'accords, lorsqu'un employeur indique au médecin du travail qu'il n'a pas de poste pour un salarié déclaré inapte, il le fait par le biais d'une simple déclaration. L'éternelle difficulté est alors de savoir comment contredire l'employeur, la seule solution étant que les élus de CHSCT ou les DP mènent leur propre enquête et étudient eux-mêmes les possibilités de reclassement. Y a-t-il un moyen d'aller contre cet état de fait ?

### **Thomas BAUDOIN, PSA Dompierre sur Besbre**

Chez PSA, nous avons des accords handicapés de façade car ils sont très peu respectés et quand nous essayons de le faire, nous recevons très peu de soutien de la part des médecins du travail, qui sont soumis à une énorme pression de la part de la direction de PSA. C'est d'ailleurs parce qu'elle s'oppose à ces pressions que le docteur Kryvenac est aujourd'hui menacée de licenciement par la direction de PSA, qui voudrait ainsi faire un exemple pour les autres médecins du

travail qui voudraient se rebeller. Sur mon site (Fonderie de Sept-Fons), nous ne trouvons pas de médecin du travail. La médecine du travail nous détache donc un médecin extérieur deux fois par semaine, qui réalise son travail correctement en refusant fréquemment les licenciements pour inaptitude. Comment faire pour que les médecins du travail des grands groupes comme Renault ou PSA puissent exercer leur métier sans aucune pression ? Comment faire pour que la CGT, qui est minoritaire dans les CHSCT, arrive à œuvrer pour le bien des salariés.

### **Bruno BOURBON, Prysmian Câbles Sens**

On note dans les établissements de notre groupe une utilisation très importante des salariés venant d'ESAT. Je suis favorable à ce qu'ils soient insérés dans le milieu traditionnel. Malheureusement, nous n'avons plus de postes adaptés à des salariés souffrant d'une inaptitude temporaire ou plus longue car notre direction emploie des personnes venant d'ESAT à des postes de production.

### **André HUSSLER, PSA Sochaux**

Avec le lean manufacturing, nous avons de moins en moins de postes pouvant accueillir des personnes ayant des problèmes de santé. De ce fait, beaucoup de personnes en souffrance n'osent pas déclarer leurs problèmes, par peur de perdre leur poste. On note également une utilisation à outrance des intérimaires, mais



la direction PSA va encore plus loin en créant des « CDI intérimaires » qui sont tout bénéfique pour elle en termes de paix sociale et de flexibilité. La situation est donc très difficile sur le terrain. Notre « rayon de soleil », c'est d'avoir gagné récemment un procès contre la direction qui avait licencié une personne pour inaptitude sans avoir étudié toutes les possibilités de reclassement chez son sous-traitant.

#### **De la salle**

J'ai suivi une formation à l'UL de Chambéry sur l'inaptitude et le reclassement. Suite à cette formation, nous avons travaillé en interne sur ces deux thèmes et constaté que les élus étaient consultés sur les AT/MP mais pas informés des maladies de la vie courante qui conduisent parfois à des licenciements pour inaptitude. Pour avoir ces informations le plus tôt possible, nous avons cherché à imposer au CHSCT et à la direction de travailler en commun pour contacter les salariés concernés, réfléchir à leur éventuel reclassement, etc., mais notre direction a refusé, préférant s'en limiter aux dispositions légales. Comment faire pour l'obliger à travailler sur ce sujet ?

#### **De la salle**

Je travaille pour un groupe japonais qui cherche constamment à réduire ses coûts et à augmenter les cadences grâce au lean management, au kaizen, etc. En matière d'inaptitude en revanche, ma direction ne consacre que peu d'argent aux EPI, à l'aménagement ou à l'ergonomie des postes de travail, et nous nous battons pour qu'elle augmente ce budget. Nous réalisons également une cartographie des postes de notre entreprise mais la direction refuse d'y travailler avec nous. Recherche-t-elle vraiment des postes pour les personnes inaptées ou préfère-t-elle s'en débarrasser pour les remplacer par des intérimaires ? Nous avons par ailleurs un médecin du travail qui « copine » avec la direction en parlant avec elle des dossiers médicaux des salariés alors qu'apparemment, ils ne devraient pas être divulgués à l'employeur. Enfin, quand les inaptitudes ne sont pas liées à une maladie professionnelle ou à un accident du travail, quel

avons-nous réellement et de quels moyens disposons-nous ?

#### **Marie-France XAVIER, Schneider Electric Grenoble**

Dans notre entreprise, il n'y a pratiquement plus que des ICT. Nous ne sommes donc plus confrontés à des problèmes d'inaptitude physique au poste de travail mais plutôt à des problèmes psychologiques. Il y a aussi des problèmes avec les personnes dont les EAP se passent mal. Dernièrement, nous avons été convoqués en réunion extraordinaire de DP par la direction pour nous informer de l'inaptitude d'un salarié à son poste, dans son service, dans l'entreprise et le groupe. Or notre souci, c'est qu'en tant que DP, nous avons été un peu démunis. Que peut-on faire après une telle réunion ?

#### **Alain CARRE, médecin du travail**

Il faut bien faire la différence entre deux situations distinctes : l'accident du travail ou la maladie professionnelle d'une part ; l'événement extra-professionnel d'autre part. Pour les AT/MP, l'acteur principal est le CHSCT. Pour les maladies en revanche, le CHSCT est plus démuné et cette question concerne sans doute plus particulièrement les DP. Il faut donc absolument faire le lien entre le collectif et l'individuel, faire en sorte que le CHSCT et les DP travaillent en symbiose. Le CHSCT travaillera par exemple sur des postes aménagés et les DP traiteront les cas individuels par une analyse fine de ce que serait le poste de reclassement.

Dans tout cela, les médecins du travail sont les « maillons faibles » puisqu'ils se trouvent dans une situation un peu difficile. Ils subissent en effet des pressions tous les jours car ils sont au cœur des contradictions du « système ». Il serait illusoire de chercher à les empêcher de subir ces pressions ; ce qu'il faut, c'est leur permettre d'y résister. La direction doit savoir que dès lors qu'elle exercera des pressions sur le médecin du travail, il y aura une réaction syndicale. Ce qui permet à un médecin du travail de résister aux pressions, c'est un soutien syndical explicite et, surtout, d'être clair sur sa mission, ce qui passe par des échanges avec les autres méde-

cins du travail car un médecin du travail isolé est en difficulté.

Est-il préférable d'avoir un service de médecine du travail inter-entreprises ou autonome ? Je ne suis pas persuadé que le service autonome soit une bonne solution, mais le service inter-entreprises non plus. Le premier est en effet « entouré » par la direction mais dans le second, on est « étouffé » par l'activité. Il n'y a donc pas de solution idéale sauf à être dans un service autonome avec un très fort soutien syndical.

Il est une autre question à laquelle je ne sais pas répondre : comment faire lorsque la CGT est minoritaire au sein du CHSCT ? Personnellement, je suis pour la ruse, pour arriver à tirer les autres organisations vers notre position.

Je crois également qu'il faut absolument travailler sur les postes de reclassement. La traçabilité des risques nous oblige à créer des fiches de poste à la place des employeurs. Puisque l'employeur ne veut pas prévoir de postes de reclassement, c'est en effet à nous de lui en proposer. La rationalisation du travail a souvent fait disparaître ces postes mais peut-être pourrions-nous faire intervenir d'autres acteurs pour qu'ils mettent la pression sur l'employeur afin qu'il en crée.

Concernant l'augmentation du nombre de suicides, j'y vois le résultat de la culpabilisation des salariés, l'incapacité à aller au bout de sa tâche étant considérée comme une faiblesse personnelle. Cette intrusion dans notre intimité psychique me semble grave.

#### **Sylvain MARSAUD, Catu Bagneux**

Hier, la Fédération et la région Ile-de-France ont organisé un colloque sur le handicap et nos questionnements ont rejoint ceux posés ce matin. La France n'a en effet jamais compté autant de travailleurs handicapés, les pouvoirs publics ont abandonné toutes les initiatives qui devaient être mises en place et si les IRP ne s'occupent pas de cette question, beaucoup d'handicapés risquent de se retrouver à Pôle Emploi. Nous avons des outils pour lutter contre les inaptitudes et les licenciements. Le médecin et l'inspecteur du travail ne sont pas nos ennemis ; nous avons donc intérêt à leur



faire état de ce qui se passe dans l'Entreprise. Cela est compliqué car l'employeur ne donne pas beaucoup d'informations mais en tant qu'élus, nous sommes en droit de les lui demander. Il a également pour obligation de nous présenter la DOETH (déclaration obligatoire d'emploi des travailleurs handicapés). Nous avons aussi deux outils importants : la NAO, durant laquelle nous devons traiter du handicap, et la négociation d'accords handicaps, qui permettent d'insérer des salariés handicapés dans nos entreprises, grâce notamment à des financements de l'Agefiph et au travail du Sameth. Concernant les ESAT, il faut savoir ce qui se passe dans ces entreprises car certaines d'entre elles exploitent leurs salariés, sans parler des détournements de fonds. Faisons aussi attention à ce que les salariés des ESAT ne soient pas utilisés par les employeurs pour abaisser le taux d'emploi des personnes handicapées. Enfin, ce n'est pas parce que la CGT est minoritaire dans une entreprise qu'elle ne peut pas agir. Chez Thales par exemple, la CGT – pourtant minoritaire – est tellement efficace que c'est elle qui pilote la politique du handicap au sein de ce groupe et que la direction applique ses propositions. Je rappelle également que même si la CGT n'a pas signé le texte sur les commissions de suivi, tous les syndicats signataires et représentatifs en sont membres. Faites donc attention à ce que cette notion soit bien rappelée dans vos accords.

Enfin, la fédération a des outils. Elle peut par exemple organiser des journées d'études au sein des comités régionaux ou des USTM, a élaboré un powerpoint sur les inaptitudes, un accord-type sur le handicap, un dossier sur les risques psycho-sociaux, etc. N'hésitez donc pas à faire appel à elle en cas de besoin et surtout, veillez à ce que ce sujet ne reste pas l'affaire du patron, du médecin du travail et du salarié.

#### **De la salle**

Je voudrais vous soumettre quatre propositions.

Premièrement, il faut une stratégie syndicale pour refuser que les médecins du travail ne fassent pas des préconisations d'aménagement de poste très précises.

Deuxièmement, il existe une difficulté juridique, qui tient au fait que les préconisations du médecin du travail ne sont pas rendues publiques au sein de l'Entreprise. Il n'empêche que nous pouvons avoir une politique syndicale pour faire en sorte que les travailleurs, même ceux qui ne sont pas syndiqués à la CGT, les rendent publiques, de façon à ce que nous puissions nous engager dans des démarches d'anticipation.

Troisième point : si l'on pense que l'atteinte à la santé puise ses origines dans le travail, ne faudrait-il pas réfléchir à ouvrir des procédures prud'homales, pénales ou civiles individuelles pour ancrer le socle de l'origine de l'atteinte à la santé dans un rapport de travail, ce qui facilitera la « bagarre » ?

Quatrième point : beaucoup d'entreprises sont étranglées par le lean management. Il y a donc des réorganisations du travail qui génèrent intrinsèquement des handicaps et des problèmes de santé. Je suggérerais alors de bloquer, au motif d'un danger grave et imminent, toute nouvelle organisation du travail en lean si l'on ne prévoit pas parallèlement 6 % de postes hors contraintes du lean.

*Un reportage réalisé chez CATU est projeté.*

#### **Jacques STAATH, MBDA France Bourges**

Pour adapter certains postes, nous utilisons beaucoup Cap Emploi. Il est cependant vrai que la connaissance

des inaptitudes est assez tardive. Il faut donc être sur le terrain pour bien connaître les difficultés des salariés. Il est également difficile de retrouver un poste pour un salarié inapte, encore plus quand il appartient à la CGT. Autre problème : nous constatons depuis quelque temps qu'à mesure que la retraite approche, certains salariés cherchent à se faire licencier pour inaptitude.

Demain, je me rendrai à la Direccte de Nanterre pour faire agréer l'accord handicap de MBDA. Dans notre groupe, la CGT est au fait du sujet, et je serai le seul représentant syndical à lui présenter cet accord.

#### **Carine PARTOUCHE, TED Vélizy (groupe Thales)**

Depuis quatre ans, nous avons beaucoup soutenu notre médecin du travail. J'ai moi-même eu des entretiens avec elle concernant les postes de personnes en souffrance ou l'avenir de notre service de santé au travail, que la direction veut mutualiser avec d'autres entités du Groupe.

Nous avons un accord handicap. Depuis l'année dernière, nous recevons aussi un bilan annuel sur les travailleurs handicapés dans notre établissement. En prévision des futurs départs en retraite, notre direction nous a sollicités pour demander aux personnes handicapées de se faire connaître afin d'augmenter son taux d'emploi des travailleurs handicapés et de ne pas payer d'amende à l'Agefiph.

Concernant le lean management, il a commencé à être mis en place dans notre établissement voilà cinq ans. Depuis, la charge de travail de notre CHSCT est très élevée car certains travailleurs se plaignent de pressions psychologiques ou de troubles musculo-squelettiques. Nous sommes consultés sur les plans d'aménagement des postes de travail. Nous regardons avec les salariés la façon dont ils travaillent. Nous avons un camarade qui est très présent sur le terrain. Nous accompagnons les personnes handicapées dans leurs démarches. Nous nous intéressons aussi aux open-spaces et à l'issue d'une expertise sur l'aménagement de nouveaux locaux, nous avons donné un avis négatif à l'installation de salariés



dans ces open-spaces. En résumé, nous croulons sous le travail car nous devons être partout.

### **Aurore METAIS, PSA Sochaux**

Sur l'usine de Sochaux, certains services ont été externalisés, qui employaient des salariés inaptes et que notre direction voudrait transférer vers Géodis. Une dizaine de ces salariés a refusé et est toujours en attente d'un poste. La direction leur met donc la pression en leur disant qu'ils doivent faire mieux, plus vite, sans commettre d'erreurs, etc.

Concernant les restrictions médicales, elles ont tendance à disparaître comme par magie après les visites médicales. Nous sommes sans cesse obligés d'accompagner les salariés pour qu'ils restent inscrits sur leur feuille d'aptitude.

Concernant notre CHSCT, les autres organisations syndicales se sont alliées contre nous. Sur les 79 membres du CHSCT, 34 sont adhérents de la CGT mais nous sommes minoritaires face aux autres organisations. Par conséquent, même lorsque nous faisons des propositions d'aménagement concrètes et facilement réalisables, elles sont à chaque fois rejetées. Même si nous faisons des propositions concrètes, nous nous faisons « démonter » à chaque réunion. Nous n'avons même pas l'aide du médecin du travail qui subit la pression de l'employeur.

Concernant l'accès à l'emploi des personnes handicapées, la direction se cache derrière des accords qui ne constituent qu'une vitrine puisqu'elle ne respecte même pas les taux d'emploi qui y sont fixés. A nous de faire respecter l'engagement de l'employeur, mais comment faire ? Là encore, nous rencontrons le même problème que pour l'accès à l'emploi des personnes à capacité restreinte.

Concernant les membres du CHSCT qui ne font pas partie de la CGT et les médecins du travail, ils ont tous le même objectif que l'employeur : être toujours plus productifs et faire le plus d'économies possible.

Je voulais aussi parler de la prévention des inaptitudes. PSA calcule ses postes pour des hommes d'1,75 m et de 70 kilos en parfaite santé. Si les salariés n'entrent pas dans ces critères,

leur santé est touchée. Les TMS sont donc en hausse et nous dénonçons la méthode de calcul employée dans cette entreprise.

### **Françoise LAFAYE, PSA St Ouen**

Le chiffre de 200 000 licenciements pour inaptitude m'interpelle. Que pouvons-nous faire ? Comment amplifier notre travail syndical ? Comment y impliquer toutes nos instances représentatives ? Il est également important d'impliquer tous les acteurs avec lesquels nous pouvons travailler : collectif de médecins du travail, CHSCT, inspection du travail et structures de maintien dans l'emploi, etc. Nous avons des outils forts et nous ne devons pas nous priver de les utiliser. Il ne faut pas se priver non plus de ce que la CGT a été capable de faire depuis plus de quinze ans, comme la convention signée avec l'Agefiph, pour sensibiliser et former nos camarades à ces questions. Nous avons un vaste dispositif de formation syndicale ; il ne faut donc pas s'en priver. Il faut se former car les employeurs ne se privent pas de nous « matraquer ». Je vous invite donc à participer à ces formations.

### **Pascal LANDA, élu CHSCT Renault Trucks Bourg-en-Bresse**

Sur les 900 ouvriers que compte mon établissement (1 600 salariés), plus de la moitié (457) sont victimes de restrictions médicales qui résultent presque toutes de TMS. Nous avons 57 salariés reconnus en invalidité professionnelle et 187 reconnus RQTH, chiffre qui augmente tous les ans. Mon entreprise a en effet une stratégie : inciter les salariés ayant des restrictions médicales à se faire reconnaître RQTH, dans le but d'atteindre le taux de 6 % de salariés handicapés mais également de les inciter à ne pas faire reconnaître une maladie professionnelle. Je vous invite donc à communiquer avec les salariés de votre entreprise sur la reconnaissance des maladies professionnelles car les aménagements de poste sont plus faciles à entretenir pour les salariés reconnus en AT/MP que RQTH. Il faut également communiquer avec eux sur les différentes reconnaissances possibles suite à une inaptitude au poste.



### **Dominique PERROT, Renault Technocentre Guyancourt**

Il y a chez Renault des licenciements pour inaptitude à son poste mais il s'agit en fait d'un moyen déguisé de licencier les gens. Il existe aussi un système de cessation anticipée de l'activité, qui prévoit le maintien de 75 % du salaire pendant trois ans pour rester chez soi. Cela veut bien dire que dans les entreprises, quelque chose s'est cassé et que les salariés ne sont plus autant attachés qu'avant à leur travail.

Ce matin, nous n'avons entendu parler que des représentants de grandes entreprises mais je m'inquiète pour les salariés de petites entreprises qui ne sont pas structurées et où les salariés sont seuls pour se défendre.

Les CHSCT sont des organes de prévention. Quand on découvre une inaptitude, il faut donc se demander ce qui a été fait avant. Chez Renault, nous avons engagé une recherche/action car depuis quelques années, nous nous sommes coupés du travail. Nous devrions être plus présents sur le terrain, plus près des salariés et plus à leur écoute, en lien avec les médecins du travail.





# Le rôle de la médecine du travail suite aux récentes évolutions législatives et réglementaires

**Alain CARRE,**  
**Médecin du travail - CGT**

Le médecin du travail et l'employeur n'ont pas la même place dans le dispositif de prévention. Le premier a une mission publique d'ordre social. Il est là pour assurer la prévention primaire médicale par délégation de la puissance publique, qui a une obligation régaliennne portée par le onzième alinéa de la constitution. Le second a une obligation contractuelle : éviter les accidents du travail et les maladies professionnelles. Dès qu'il échoue à respecter cette obligation, il y aura des conséquences assurantielles (majoration des cotisations AT/MP, indemnisation forfaitaire, faute inexcusable de l'employeur), personnelles (mise en cause pénale) et préventives (renforcement de la prévention).

Face à cela, les employeurs ont développé des stratégies « utilitaires ». La première est la sous-traitance, qui ne les exonèrent pas de leur responsabilité mais leur permettent de la partager. Ils cherchent également à rendre les risques invisibles à travers des DUER formels et hors du travail réel, des entraves au fonctionnement du CHSCT, en évitant la traçabilité individuelle et en entravant la déclaration des AT/MP. Ils essayent en fait de mettre en place des « fusibles » en responsabilité : encadrement, salariés « désignés », préposés de l'employeur, médecin du travail, auto-entrepreneurs, etc.

Pourquoi le médecin du travail est-il devenu un « fusible » ? D'abord parce qu'il a un devoir de signalement des risques collectifs. Il est également partiellement responsable de la traçabilité individuelle des risques. Enfin, le médecin du travail est dorénavant chargé de délivrer une aptitude à la sécurité des tiers. Parallèlement, on a siphonné leurs moyens en augmentant les effectifs au-delà du raisonnable et en

faisant disparaître la plupart des visites médicales.

Le dossier médical doit contenir certains éléments : expositions auxquelles les salariés sont soumis, risques au moment de la visite d'embauche, effet de ces risques. Certains d'entre eux venaient de l'employeur mais ils ont été supprimés, notamment la fiche d'exposition aux agents chimiques dangereux, la fiche de déclaration amiante – qui, si elle existe encore, ne doit pas explicitement être remise au médecin du travail –, ou la fiche de prévention des expositions (dite « fiche de pénibilité »).

En matière de traçabilité collective des risques, un seul document général (le DUER) est requis. Concernant les agents chimiques dangereux, l'employeur doit remettre à tous les salariés qui y sont exposés une notice de poste les avertissant des risques et leur expliquant comment s'en protéger. Le médecin du travail doit apporter sa pierre à cet édifice en signalant les risques collectifs, en formulant des propositions de prévention et en reprenant tout cela dans une fiche d'entreprise, qui doit être automatiquement transmise au CHSCT.

Concernant les visites périodiques, la 21ème mesure du « choc de simplification » stipule que ces visites périodiques (annuelles ou bisannuelles) sont chronophages et peu ciblées, au détriment de la prévention. Leur périodicité devrait donc être modifiée et la législation sera adaptée à la « sécurisation juridique des entreprises », terme qui constitue la ligne de force de toutes ces réformes. On peut également s'attendre à un glissement progressif de l'aptitude et l'inaptitude vers une sélection médicale de la main d'œuvre, pour des raisons purement

économiques, les individus étant remplacés par des « objets de production et de service ».

Le principe essentiel qui devrait structurer la prévention est d'adapter le travail à l'homme car en vieillissant, les capacités humaines changent. Or, qui dit adaptation dit non-adaptation et donc discrimination. Sur ce point, l'article L.1133-1 stipule que « les différences de traitement fondées sur l'inaptitude constatée par le médecin du travail en raison de l'état de santé et du handicap ne constituent pas une discrimination lorsqu'elles sont objectives, nécessaires et appropriées. » C'est donc la porte ouverte vers la sélection médicale de la main d'œuvre.

Quelles sont les bases de la proposition du médecin du travail ? La Loi stipule que le médecin du travail est habilité à proposer des mesures individuelles telles que la mutation ou la transformation d'un poste mais n'utilise jamais le mot « aptitude » ou « inaptitude ». Cela pose le problème de ce que l'on appelle l'inaptitude au poste du travail, qui ne va pas forcément dans le sens de la santé du salarié, alors que tout médecin doit agir uniquement dans l'intérêt de la santé de son patient, ce qui place ce dernier face à une contradiction. Ce n'est d'ailleurs pas à lui de choisir ; la décision doit être prise par le patient. Quand le médecin propose des mutations ou des transformations, c'est bien le poste de travail qui fait l'objet d'une critique, pas les capacités du salarié.

Que se passe-t-il si le salarié ou l'employeur n'est pas d'accord ? Tous deux peuvent saisir l'inspecteur du travail dans un délai de deux mois. L'aptitude n'est donc définie nulle part et risque de ne pas survivre à



cette crise. L'inaptitude au poste, en revanche, est tout à fait particulière et demande une procédure extrêmement précise de la part du médecin du travail. Elle doit être précédée d'une étude du poste et des conditions de travail dans l'entreprise. Dès lors que le médecin constate que cette inaptitude a un lien avec une maladie professionnelle ou un accident du travail, il doit le déclarer explicitement, de façon à ce que le salarié puisse bénéficier des compensations mises en place par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

Les obligations de l'employeur sont strictement les mêmes en cas d'accident ou de maladie professionnelle. La seule différence, c'est qu'en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, il est obligé de consulter les DP sur les postes proposés.

L'article L.1111-4 du Code de la santé publique va compliquer la situation pour le médecin du travail puisque celui-ci devra, dès lors qu'il propose quelque chose ayant des répercussions sur la santé, enregistrer les oppositions du salarié, dans une logique de « consentement éclairé ».

Le médecin du travail est pour le maintien au travail. Ce qui l'intéresse, c'est que chacun puisse avoir accès au travail. Il ne prononcera donc pas d'inaptitude au poste à moins d'y être contraint et essaiera toujours d'aménager le poste dans une logique de réintégration au travail.

La 22ème mesure du choc de simplification a pour objet de « clarifier les notions d'aptitude et d'inaptitude professionnelles » pour sécuriser l'employeur – pas la santé des salariés –, celui-ci ne pouvant pas remplacer un salarié au risque d'être poursuivi pour discrimination liée à l'état de santé de ce dernier.

Apparaît alors dans la loi de dialogue social « l'inaptitude aux postes de sécurité ». Dans les conclusions de la Commission Aptitude et Médecine du travail, qui ont inspiré ce texte, la définition des postes de sécurité est très restrictive. Ce sont ceux qui comportent une activité susceptible de mettre, du fait de l'opérateur, gravement et de façon imminente en danger la santé d'autres travailleurs ou de tiers. Or dans la loi de dialogue social, il est question de « salariés affectés à des postes présentant des risques particuliers pour leur santé et leur sécurité, celle de leurs collè-

gues ou de tiers, et les salariés dont la situation personnelle le justifie bénéficient d'une surveillance médicale spécifique ». On est donc passé d'une notion assez précise du poste de sécurité à quelque chose de beaucoup plus flou.

Par ailleurs, l'article L.1226-12 de la loi de dialogue social dit la chose suivante : « l'employeur peut également rompre le contrat de travail si l'avis du médecin du travail mentionne expressément que tout maintien du salarié dans l'entreprise serait gravement préjudiciable à sa santé ». Il s'agit d'un texte fondateur pour la sélection médicale de la main d'œuvre.

La loi de dialogue social et les lois précédentes ont donc abouti à la suppression de la fiche d'exposition aux agents chimiques dangereux en 2012 et de la fiche de prévention des expositions en 2015. Il ne reste que la fiche d'exposition amiante, la notice de poste et l'attestation d'exposition aux cancérrogènes 1A et 1B, dont l'amiante, qui doit être délivrée dès lors que le salarié quitte l'établissement.

On assiste à une sous-traitance des risques avec les auto-entrepreneurs, à une invisibilisation du risque ou de ses effets et à des entraves au fonctionnement du CHSCT – les lois successives ont en effet supprimé certains de leurs moyens et la semaine dernière, le Conseil constitutionnel vient de déclarer illégale la prise en charge des frais d'expertise du CHSCT par les employeurs, mesure qui sera exécutoire le 1er janvier 2017. Je vous ai également montré comment la traçabilité individuelle a été « siphonnée »

en juillet 2015 et comment la loi de dialogue social a mis en tension les médecins du travail.

Heureusement, les assurances sont là pour nous « aider ». Le groupe Malakoff-Médéric a par exemple lancé une nouvelle offre baptisée « Entreprise, territoire de santé » qui offrira aux employeurs des prestations en termes de prévention et de lutte contre l'absentéisme. Les médecins du travail conserveront une mission publique mais il ne leur restera que les visites à la demande des salariés, durant lesquelles ils pourront toujours prononcer des aménagements de poste mais sans obligation de reclassement.

Nous verrons donc apparaître une surveillance médicale spécifique pour les postes à risques, qui sera probablement assurée par des médecins experts d'assurances ou de mutuelles privées dans une logique assurantielle, qui conserveront le couperet de l'aptitude et de l'inaptitude et qui auront pour objet d'obtenir une baisse de l'absentéisme, avec le couperet du licenciement pour raisons de santé. Le moteur de ce système sera l'article L.1226-12.





# L'association Ambroise Croizat et ses établissements

**Karine THELIE,**  
présidente de l'Association Ambroise Croizat

L'association Ambroise Croizat gère l'hôpital Pierre-Rouquès-Les Bluets, le centre de santé Fernand Lamaze et trois centres de réadaptation professionnelle et sociale : le centre Jean-Pierre Timbaud à Montreuil, le centre Suzanne Masson à Paris et le centre Louis Gatignon, à Vouzeron (Cher). Ces réalisations sociales remontent aux grandes mobilisations de 1936, à la forte mobilisation qui en résulte et aux droits nouveaux qui furent acquis sous le régime du Front Populaire, notamment en matière de santé, de loisirs et de formation professionnelle. L'Union Fraternelle des Métallurgistes gère depuis 1936 un patrimoine immobilier à vocation sociale. En 1973, il a été décidé de dissocier le patrimoine immobilier des activités qui étaient exercées en créant l'association Ambroise Croizat, chargée de gérer ces dernières. Les valeurs de cette asso-

ciation sont le respect, la fraternité et le respect mutuel.

La France compte 66 millions d'habitants, dont 12 % d'handicapés. Sa population active est de 26 millions de personnes, dont 900 000 handicapés susceptibles de travailler. 452 000 d'entre eux sont au chômage. Parmi ces travailleurs handicapés, 46 % ont plus de 50 ans (contre 23 % chez l'ensemble des chômeurs) et 57 % sont des chômeurs de longue durée (contre 47 % chez l'ensemble des chômeurs). 50% sont titulaires d'un brevet des collèges et seuls 25% ont un niveau supérieur ou égal au bac. Leur situation d'insertion professionnelle est donc particulièrement difficile.

200 000 RQTH (reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé) sont délivrées chaque année. Au total, deux millions de personnes se sont

déclarées travailleurs handicapés.

300 000 personnes acquièrent un handicap chaque année. Au niveau professionnel, 150 000 salariés sont déclarés chaque année en situation d'inaptitude professionnelle et 90 % d'entre eux sont licenciés.

La Loi oblige les entreprises de plus de vingt salariés à compter au moins 6 % de travailleurs handicapés dans leur effectif global. La loi Macron permet dorénavant de compter les stagiaires, même non rémunérés, ou des élèves issus de l'enseignement général (dans le cadre de leur stage d'observation) parmi les travailleurs handicapés, d'où un plus faible nombre d'embauches directes. Les entreprises peuvent également faire appel au secteur protégé et verser une contribution à l'Agefiph si elles n'embauchent pas de personnes handicapées (la somme totale de ces contributions a été de 421 millions d'euros en 2014). 100 300 entreprises sont soumises à l'obligation d'embauche. Malgré cela, le taux d'emploi direct des travailleurs handicapés n'est que de 3,1 %.

La loi de 2005 a créé les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH). Ces dernières regroupent des équipes pluridisciplinaires qui reçoivent les personnes considérant avoir un handicap et peuvent demander aide et prestations auprès de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). C'est notamment auprès de la CDAPH qu'une personne doit demander la reconnaissance de son statut de travailleur handicapé.





**Anissa CHIBANE, directrice générale  
Association Ambroise Croizat**

La CGT désigne des représentants au sein des MDPH. Il est important d'y siéger car les MDPH sont des lieux d'orientation pour les personnes handicapées et que certains contestent l'utilité des CRP, qui serait selon eux un dispositif coûteux, alors qu'il s'agit d'un dispositif sur mesure pour les travailleurs handicapés.

**Karine THELIE, Présidente  
Association Ambroise Croizat**

Le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement est en cours d'adoption et donnera naissance à des maisons départementales de l'autonomie, communes aux handicapés et aux personnes âgées.

La RQTH permet d'orienter le travailleur handicapé vers d'autres formes de formation tels que des stages de co-orientation (de 8 à 12 semaines) ou des stages dans des CRP (de 10 à 30 mois).

C'est la MDPH qui oriente les travailleurs handicapés vers les CRP en fonction de leur handicap, de leur projet et de leur aptitude à suivre un apprentissage. Il est possible de réaliser dans les centres des essais fonctionnels avant le début de la formation ou de s'immerger quelques jours pour vérifier que la personne pourra suivre le stage. Il faut savoir qu'il n'y a pas de pré-requis pour intégrer un CRP.

Les centres de rééducation professionnelle ont pour fonction de former les travailleurs handicapés à un métier compatible avec leur situation de santé, avec un accompagnement médico-psycho-social important. Les plateaux techniques sont adaptés, des ergonomes aident les travailleurs handicapés et si les formations sont plus longues qu'au Greta, c'est parce qu'elles tiennent compte de la fatigabilité des personnes handicapées, qui sont généralement en formation le matin et suivent leur apprentissage chez eux l'après-midi.

Il existe 92 centres de réadaptation professionnelle en France, dont 24 en Ile-de-France, ce qui correspond à 13 000 places de formation. On compte au total 240 formations qualifiantes ou diplômantes.

Les formations sont prises en charge par le Conseil régional. Les stagiaires sont rémunérés pendant leur formation, entre 600 et 900 euros par mois, en fonction du salaire qu'ils perce-

vaient lorsqu'ils étaient en activité. 80 % des stagiaires qui passent par nos centres en ressortent avec un titre professionnel. Un an après la fin de leur formation, leur taux de placement en entreprise est proche de 70%. Les centres Suzanne Masson et Jean-Pierre Timbaud mèneront une initiative conjointe à destination des entreprises le 7 avril 2016.

**Pascal RENARD, assistant manager  
Centre Jean-Pierre Timbaud**

Il s'agira d'une journée portes ouvertes, dont l'objectif sera de présenter nos formations, ainsi que les plateaux techniques mis à disposition des stagiaires. Elle sera surtout destinée aux entreprises, pour leur démontrer la pertinence des CRP dans le reclassement des personnes handicapées et l'intérêt pour elles de les accueillir en stage ou de les recruter définitivement. Ce genre d'entreprises permet souvent aux entreprises de changer leur regard sur le handicap et de saisir la réalité de la rééducation professionnelle.

**Karine THELIE**

Le centre Jean-Pierre Timbaud a été ouvert en 1984 et est certifié NF. Il compte 121 salariés et peut accueillir 283 stagiaires. Il bénéficie d'une équipe médico-psycho-sociale composée de médecins, d'infirmières, d'assistantes et de secrétaires sociales, ainsi que d'une restauration interne. Depuis peu, l'hébergement des stagiaires de province y est possible. Les formations y durent de 12 à 24 mois. Le centre propose huit formations qualifiantes, depuis le niveau V (BEP-CAP) jusqu'au niveau III (BTS). Il propose également des formations préalables aux formations qualifiantes ou diplômantes, baptisées «Accès V» et «Remise à niveau».

Les CRP offrent à leurs stagiaires une approche individualisée pour leur permettre d'élaborer leur propre projet.

**Anissa CHIBANE**

Nous nous sommes attachés à garder au sein de nos CRP des formations qualifiantes, sanctionnées par un titre.

**Karine THELIE**

Dans ce cadre, nous avons par exemple noué un partenariat avec la SNCF pour l'action Hantrain. Nos centres forment des stagiaires qui, une fois leur diplôme obtenu, sont re-

crutés par cette entreprise. Le centre Suzanne Masson a été créé en 1950 et comprend 110 salariés. Il dispense des formations de niveau V à niveau III, ainsi que des formations Accès V, Projet industrie et service aux entreprises, Remise à niveau, Français Langue Etrangère. Il compte un pôle Informatique, un pôle Téléconseil et Vente et un pôle Electronique et Numérique.

Le centre Louis Gatignon a été ouvert en 1985, compte 55 salariés et accueille 86 stagiaires, qui peuvent être hébergés sur place. Il dispose d'un service de restauration, d'une équipe d'animation socio-culturelle et d'un accompagnement médico-psycho-social. Il délivre des formations allant du BEP au bac, essentiellement des formations d'électronique, d'une durée de 17 à 22 mois. Il dispense 21 000 journées de formation par an et 9 stagiaires sur 10 obtiennent un titre.

L'association Ambroise Croizat, elle, est dirigée par 26 administrateurs mandatés par les organisations syndicales de la CGT – dont quatre administrateurs salariés – majoritairement issus d'entreprises de la Métallurgie, mais également d'autres fédérations. Son Conseil d'administration se réunit six fois par mois.

**Martine ELIE**

Les personnes qui rejoignent vos établissements savent-elles déjà ce qu'elles veulent faire en y arrivant ?

**Anissa CHIBANE**

Deux cas de figure sont possibles. La personne peut soit viser une formation et avoir besoin d'une éventuelle remise à niveau, soit n'avoir pas élaboré de projet. Dans ce cas, nous avons mis en place des formations pour les accompagner vers une formation diplômante. La majorité des travailleurs handicapés ont en effet un diplôme de niveau V ou inférieur, alors que les employeurs recrutent à des niveaux de plus en plus élevés, de préférence le niveau III. Il faut donc permettre à ceux qui le peuvent de suivre un parcours qui leur permettra d'accéder à un diplôme de niveau III.

**Pascal RENARD**

Avant d'intégrer un CRP, les stagiaires ont suivi un cheminement particulier. Ils doivent déjà faire valoir leur droit à un reclassement, après avoir obtenu une reconnaissance de leur qualité de

travailleur handicapé. Ils remplissent ensuite un formulaire qu'ils déposent à la MDPH dont ils dépendent, puis sont mis en relation avec un conseiller en insertion professionnelle ou un psychologue orienteur qui font émerger avec eux un projet de formation en tenant compte de leurs compétences, de leurs volontés et de leurs restrictions de santé. Plusieurs métiers sont alors identifiés, les stagiaires se rendent dans les établissements qui y forment et une fois leur choix fait, leur dossier est soumis à la Commission des droits de l'autonomie et des personnes handicapées. Une fois validé, l'établissement choisi reçoit le dossier, ce qui signifie que la personne est apte à suivre la formation. Tout ce cheminement permet de déterminer un choix de formation.

#### **Anissa CHIBANE**

Vous avez un rôle à jouer pour faire connaître ce dispositif dont le coût est aujourd'hui contesté par certains.

#### **Thomas BAUDOIN**

Pourquoi l'association Ambroise Croizat, qui a été créée par des métallurgistes, a-t-elle été ouverte à d'autres organisations syndicales ?

#### **Anissa CHIBANE**

Elle a été ouverte à d'autres fédérations de la CGT, pas à d'autres organisations syndicales.

#### **Jacques STAATH**

Si le Conseil d'administration de l'association Ambroise Croizat a été ouvert à d'autres fédérations, c'est parce que nous gérons, outre nos trois CRP, une clinique. Il était donc intéressant de compter au sein de notre Conseil des administrateurs issus, par exemple, de la fédération de la Santé, pour qu'ils nous apportent des idées nouvelles.

#### **Karine THELIE**

Si vous souhaitez intégrer notre Conseil d'administration, nous sommes prêts à en discuter.

#### **De la salle**

Vos centres sont-ils pleins ? Comment sélectionnez-vous vos stagiaires ?

#### **Karine THELIE**

Nous ne sélectionnons pas nos stagiaires ; ce sont les MDPH qui nous les envoient. Et nos centres ne sont

pas pleins, à l'exception du centre Louis Gatignon qui aimerait avoir plus de places.

#### **Pascal RENARD**

Le centre Jean-Pierre Timbaud n'est effectivement pas plein, surtout pour les formations techniques car les orienteurs ont tendance à orienter les personnes handicapées plutôt vers des formations tertiaires. L'objet de nos journées portes ouvertes est justement de mieux leur faire connaître ces formations.



#### **Martine ELIE**

Arrive-t-il qu'une personne devenue handicapée soit reprise, après formation, par son entreprise à un autre poste ?

#### **Pascal RENARD**

Cela arrive effectivement, lorsque la personne handicapée suit une formation dans le cadre de son maintien dans l'emploi.

## **Prévention de l'inaptitude et Sécurité sociale professionnelle**

#### **Jean-François NATON, Conseiller Confédéral sur les questions de santé au travail**

Depuis plusieurs années, nous nous battons pour que la Sécurité sociale reprenne ce qu'elle a abandonné depuis trente ans, à savoir une politique de prévention de la désinsertion professionnelle.

Parler d'aptitude, d'inaptitude ou de prévention de la désinsertion professionnelle revient à parler du travail, de la santé, de la pénibilité et des inégalités dont est victime le monde ouvrier, qui reste et demeure une donnée majeure de notre pays. En France, les inégalités d'espérance de vie ne cessent en effet de croître et selon le métier que vous effectuez, vous aurez plus ou moins de chance de partir en retraite en bonne santé. Les ouvriers sont ainsi condamnés à une double peine puisqu'ils connaissent plus d'années d'incapacité alors que leur vie est plus courte.

Cette question renvoie aux fondamentaux de notre syndicalisme. Parler d'inaptitude comme nous le faisons aujourd'hui nous renvoie à notre démarche revendicative sur le travail, la façon de l'aborder et de reprendre le chemin de sa transformation dans une dynamique de santé. Cela nous renvoie à ce que nous sommes. Le rap-

port aux conditions de travail est donc un axe fondamental pour tout militant, d'autant que la question de l'inaptitude renvoie à une situation que nous n'avons pas toujours prise en compte dans sa dimension humaine, car elle est synonyme d'exclusion. Ainsi, d'après le plan Santé-Travail qui sera révélé prochainement, on estime en effet que 95 % des déclarations d'inaptitude se soldent par un licenciement. Il s'agit donc d'un phénomène de grande ampleur, auquel s'ajoutent les maladies chroniques (diabète, cancer, etc.).

La question qui est posée est donc celle de l'adaptation du travail à l'homme, quelles que soient ses aptitudes, pour qu'il puisse rester dans la communauté de travail. C'est pour cela que la CGT défend l'idée d'une Sécurité sociale professionnelle. Cela peut paraître utopique et inaccessible mais quand la Sécurité sociale a été créée, à la Libération, cela paraissait également utopique et révolutionnaire. Il n'empêche qu'elle demeure et que ses fondamentaux sont encore à l'œuvre. Reprendre le débat sur la mise en place d'une Sécurité sociale professionnelle pour l'ensemble du





**Hayat HAMMADI,  
Alcatel Villarceaux**

Il n'est pas étonnant que la Sécurité sociale engrange un trésor sur le dos des salariés en AT/MP pour le redistribuer gracieusement au patronat. Il est par ailleurs avéré que la baisse du montant attribué aux salariés en AT/MP est plutôt de l'ordre de 9,5 %, ce qui donne droit à un capital plutôt qu'à une rente, et que les médecins conseils de la Sécurité sociale ont reçu des consignes sur ce sujet. Cela ne répare aucunement les salariés touchés par des AT/MP. Que pouvons-nous faire pour renverser la vapeur ?

**De la salle**

Le plan Santé/Travail III va être mis en œuvre. Il faudra donc que la Fédération et la Confédération donnent une information maximale à nos membres qui siègent aux CRPRP et dans les Carsat pour que ce plan ne soit pas un fiasco. Cela posera surtout la question des moyens.

**Serge JOURNOUD**

La Confédération organise précisément deux journées à l'intention de ses élus et mandatés les 14 et 15 décembre prochain. La Fédération prévoit également des rencontres avec ses adhérents qui détiennent des mandats en 2016 afin d'échanger sur ce plan et de coordonner nos actions.

**Philippe QUEULIN,  
Alenia Space Toulouse**

La sous-déclaration des accidents du travail est une question importante qui doit nous interpeller. Il faut aussi voir que des dossiers sont incomplets et n'aboutissent pas, que les salariés manquent d'informations et ont parfois peur de faire une déclaration.

J'ai par ailleurs rencontré deux psychologues du travail travaillant dans

des centres de bilan de compétences et qui m'ont dit que 50 % des personnes qu'elles recevaient étaient en souffrance dans leur travail, le bilan de compétence étant pour elles un moyen de trouver une issue à leur situation. Qu'est-ce que cela nous dit de notre travail ? Je crois que ce n'est pas que l'affaire du CHSCT et que les syndicats doivent eux aussi se réapproprier cette question.

Au sein du groupe Thales, j'ai aussi été frappé de voir certains de mes camarades en souffrance. Ils se trouvent dans une situation de « travail empêché » et comme nos camarades en charge de ces questions sont isolés, ils prennent parfois des initiatives qu'on leur reproche ensuite. Sur ce point, je crois que nous pouvons donc nous appuyer sur la charte des élus et mandatés qui est un outil pour travailler ensemble.

**De la salle**

Comment voyez-vous l'articulation entre le plan Santé au Travail et le nouveau dispositif de pénibilité ?

**Jean-François NATON**

Sur la question de la pénibilité, il y a dès aujourd'hui des centaines de milliers de travailleurs qui sont à bout et qui devraient pouvoir partir dès maintenant. On sait en effet que ce sont les ouvriers qui, en mourant prématurément, payent la retraite des autres. Cette question concentre donc tous les défis et le compte pénibilité que l'on nous propose aujourd'hui – qui a été construit dans l'opacité la plus totale – est une grosse « daube » dont le seul sens est de ne pas être mis en œuvre.

Concernant les sous-déclarations d'accident, nous avons déjà identifié ce point, qui est l'un des enjeux du financement de la Sécurité sociale.

monde du travail sera l'œuvre de ce siècle. Il faut donner à tous un parcours professionnel qui lui permette de rester en activité quels que soient ses aléas de vie. Il n'est plus concevable de se trouver en situation d'exclusion à cause d'un accident du travail, d'un accident de la vie ou d'une maladie. Or 80 % des personnes en situation d'exclusion ont un problème de santé. Notre débat pour la reconquête d'une Sécurité sociale de haut niveau et la conquête d'une Sécurité sociale professionnelle est donc posé comme une nouvelle avancée sociale et nous devons y travailler.

Ce serait également un élément de sortie de crise, en réduisant le coût du mal-travail, en l'occurrence l'ensemble des sommes mobilisées pour réparer ce qui pourrait être évité, en particulier les troubles musculo-squelettiques, les lombalgies ou les cancers d'origine professionnelle. Il s'agit aussi d'un enjeu financier. Il est donc temps que la politique de prévention reprenne toute sa place pour donner à chacun une chance d'être en bonne santé.

Il faut par ailleurs savoir que cette année, la branche AT/MP a terminé l'année avec un excédent de 700 millions d'euros mais plutôt que de s'en servir pour financer les CRP, une politique de prévention de haut niveau ou augmenter les pensions d'invalidité, nous avons découvert en lisant la loi de financement de la Sécurité sociale que la branche AT/MP verserait 500 000 millions d'euros en 2016 et en 2017 pour résorber le déficit de l'Assurance-Maladie. Quant aux 700 millions d'euros que le patronat a consenti à accorder aux régimes Arrco et Agirc, ils seront compensés par une baisse des cotisations des entreprises. Tout cela a été fait dans l'opacité la plus complète par le gouvernement actuel.

Concernant enfin le plan Santé/Travail, la CGT s'est fortement investie dans les débats qui ont précédé son élaboration. Comment s'engager politiquement, s'affranchir du « tout réparation » pour engager une véritable politique de prévention ? Ce plan reprend cette dynamique. La question sera de savoir comment ce plan sera mis en œuvre car il nécessitera des moyens. Reste qu'il pourra servir de point d'appui pour mener nos démarches revendicatives au niveau interprofessionnel et dans les entreprises.



L'Institut de veille sanitaire estime en effet à 23 000 le nombre de cancers d'origine professionnelle alors que seuls 2 000 sont reconnus en tant que maladies professionnelles, le traitement des 20 000 autres étant financé par le régime général alors qu'ils devraient l'être par la branche AT/MP. La reconnaissance des maladies professionnelles est donc un autre défi.

Par ailleurs, il est effectivement important que les problématiques de santé au travail ne soient pas réservées à une certaine catégorie de militants mais soient l'affaire de toute la CGT. Quant à la Sécurité sociale, elle est née voilà soixante-dix ans, après avoir été portée par le Ministère du Travail de l'époque (Ambroise Croizat) et mise en œuvre par son directeur (Pierre Larroque). Or on trouve dans les premiers textes liés à sa création la notion d'accompagnement. Chaque personne qui entrait dans un bureau de la Sécurité sociale devait être accompagnée avec bienveillance. Malheureusement, cette philosophie qui a été à l'œuvre jusqu'en 1967 s'est totalement dissoute ensuite. Si vous êtes témoins ou victimes de comportements abusifs, n'hésitez donc pas à les dénoncer.

#### **Hayat HAMMADI**

Je rappelle que quand les travailleurs immigrés rentrent dans leur pays, leur pension de retraite est souvent minorée en fonction du niveau de vie local. J'ajoute qu'il faudrait remanier les tableaux de reconnaissances des maladies professionnelles qui sont trop restrictifs et qui font qu'il est quasiment impossible aujourd'hui de

déclarer une maladie professionnelle. Monter un dossier reste également un vrai « parcours du combattant » et nous aurions besoin d'un fascicule explicatif.

#### **Serge JOURNOUD**

Pour répondre à la question de Maria, le dispositif pénibilité s'est fortement dégradé au fil du temps. Cela nous renvoie cependant à tout le travail qui doit être réalisé en amont : identification des situations à risque, traçabilité via le document unique d'évaluation des risques et les comptes-rendus des réunions de CHSCT, etc. Nous avons vu disparaître les fiches d'exposition, les fiches d'exposition aux ACD, etc. Cela montre le travail que nos élus doivent réaliser pour rétablir cette traçabilité.

#### **Isabelle HERAULT Extelia Nanterre**

95% des salariés déclarés inaptes sont licenciés. Cela pose la question de l'information que nous pouvons donner aux salariés et aux militants sur l'inaptitude. Quelle démarche menons-nous pour les informer qu'il existe d'autres solutions que le licenciement ? Quels plans d'actions mettons-nous en œuvre ? C'est toute notre fédération qui doit être engagée dans cette bataille car faire reconnaître une maladie professionnelle reste un parcours du combattant. Quelle action pouvons-nous mener en lien avec les 70 ans de la Sécurité sociale ? Quels outils pouvons-nous construire et mettre à la disposition des militants et des salariés ?

#### **Jean-François NATON**

C'est tout l'enjeu de cette journée. Tout le monde a pris conscience de ce problème car nous le vivons au quotidien. La question est donc de savoir comment créer le rapport de force qui nous permettra de remettre en cause les pratiques d'exclusion. Comment faire le lien entre le « tout de suite, maintenant » et notre revendication pour une nouvelle Sécurité sociale professionnelle ? C'est un des déterminants qui peut faire sauter toute cette logique d'exclusion liée à l'inaptitude.

Il nous faut ensuite changer les pratiques de la Sécurité sociale et nous nous y employons. Il faut par exemple redéfinir le rôle et la place des assistantes sociales pour recréer une prise en compte globale de chaque personne. Au sein du Conseil économique, social et environnemental, nous sommes en train de produire un avis sur le thème « chômeurs et santé ». Là aussi, certains sont victimes d'une double, voire d'une triple peine. Il nous faut donc repenser l'organisation du système pour que celui-ci permette un accompagnement individualisé car nous ne sommes pas de simples numéros. Il faut remettre la Sécurité sociale à l'endroit, en refaire une maison dans laquelle chacun sera bien reçu.

#### **De la salle**

Nous ne sommes effectivement pas des numéros, bien que l'organisation du travail fasse tout pour ramener les hommes à leurs seules capacités mécaniques. C'est pour cela qu'il faut réintroduire de l'humanité dans le travail et réaffirmer que s'il y a une forme de souffrance dans le travail, il procure aussi une forme de satisfaction. C'est autour de ce thème que nous devons travailler si nous voulons arriver à reprendre la main sur le travail, mais pour cela, il faut s'émanciper de l'organisation que nous impose le capital. Et pour y parvenir, nous avons besoin d'en discuter dans nos syndicats et nos collectifs de travail car ce qui nous permet de nous rassembler, c'est de discuter avec nos collègues des problèmes que nous rencontrons quotidiennement dans notre travail et d'y trouver des solutions.





# Conclusion

**Frédéric SANCHEZ,**  
**Secrétaire général de la FTM**

On a souvent tendance à penser que, depuis plusieurs années, les métallos sont les seuls à travailler sur la question de la santé au travail. Cela tient à la simple et bonne raison que le patronat de la Métallurgie est expert dans la mise en place de mauvaises conditions de travail dans les entreprises. L'UIMM est d'ailleurs en train d'ouvrir des négociations sur la totalité du champ conventionnel afin de faire exploser toutes les garanties qui existent aujourd'hui dans notre Branche et de les ramener au minimum, ce qui nous renvoie à la question du rapport de force que nous allons devoir construire dans nos entreprises.

Concernant la pénibilité, dans la Métallurgie, le patronat avait ouvert des négociations sur ce sujet. Nous nous étions mis d'accord sur des questions de prévention mais sur celle de la réparation, ce fut un blocage total. La question est donc de savoir comment armer nos camarades pour construire un rapport de force dans le cadre de ces négociations.

Deux points importants sont ressortis de cette journée. Le premier est l'anticipation des situations de détresse et d'urgence que vivent les salariés dans leur entreprise. 87 % des accidents du

travail sont dus à des TMS. La question est donc de savoir quels outils mettre en place dans nos entreprises pour anticiper et éviter la démultiplication des inaptitudes, d'autant plus que les accords de compétitivité qui sont négociés dans les entreprises ne vont pas dans le sens d'une amélioration des conditions de travail. Nous avons donc intérêt à nous imprégner de la question de la santé au travail, que nous ne portons pas au même niveau que celle des salaires alors qu'elle devra être au centre des futures négociations.

Je pense également que nous n'utilisons pas assez les prérogatives du CHSCT, que l'on voit trop souvent comme une instance de seconde zone, ce qui nous renvoie à la question de la formation. Nous avons aussi besoin de mettre en pratique sur le terrain les outils qui sont à la disposition du CHSCT, en particulier les expertises.

Je suis aussi très inquiet quant aux conséquences des négociations actuellement en cours dans la branche Métallurgie car nous risquons de nous trouver dans une situation dramatique si l'UIMM réussit à faire passer son projet. Cela nous renvoie à la ques-

tion centrale de notre journée : celle du rapport de force. Nous ne pouvons en effet plus accepter que tant de camarades soient en situation de souffrance extrême, ni l'augmentation du nombre de suicides sur le lieu de travail.

Enfin, nous voyons bien que la CGT est confrontée à des tentatives d'isolement et de marginalisation. Je pense pour ma part que l'attitude des autres organisations syndicales peut nous placer dans une position forte vis-à-vis des salariés. Je pense donc que nous avons intérêt à réfléchir, sans tirer à boulets rouges, sur leur attitude, en les mettant face à leurs responsabilités dans certaines situations qu'ils font vivre aux salariés dans les entreprises.

Même si elle n'a pas apporté des réponses à toutes les questions, cette journée nous a permis d'avoir des échanges, de confronter nos expériences et d'esquisser des axes de travail. Je propose donc qu'elle soit déclinée sous forme de journées d'études dans les territoires, dans nos USTM et nos animations régionales, en lien avec les structures interprofessionnelles de la CGT.



