



Les cahiers de la Vie Fédérale

Année 2012 - N° 62

JUIN 2012

Sommaire :

- Edito P.2
- Les 9 principes généraux de prévention et les 12 critères CGT.P.3
- Reconnaissance la pénibilité P.4-5
- Risque Psycho-Social (RPS) P.6-7
- Approche Systémique Europe-France P.8
- Tableau des institutions P.9
- Travail en 12H P.10-11
- Le CHSCT P.12
- L'invalidité dans la FPH P.13
- Questionnaire P.14
- CR collectif CHSCT et CP « reconnaissance de la pénibilité pour les infirmières - P.15
- CR collectif Santé au travail P.16

au travail

Santé

au travail

au travail

Fédération de la Santé et de l'Action Sociale

263, rue de Paris • Case 538 • 93515 Montreuil Cedex • Tél. : 01 48 18 20 98 • Site internet : www.sante.cgt.fr • E-mail : com@sante.cgt.fr

EDITO



Depuis le début de l'ère industrielle, la question de la relation entre les conditions de travail et la santé des travailleurs a été étudiée. Dès les années 1850, sous l'impulsion d'industriels, de moralistes et d'hygiénistes, « fortement encouragés » par les mouvements ouvriers, les conditions de travail et de vie des salariés sont prises en considération et les premières lois sur les conditions de travail sont édictées. Par exemple, en 1871 en Allemagne et 1874 en France sont promulguées des lois relatives à l'amélioration des conditions de travail des ouvriers au niveau de la sécurité et de la salubrité. Plus récemment, en 1950 puis en 1995, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Organisation internationale du travail (OIT) retiennent une définition commune de la santé au travail :

« La santé au travail s'articule autour de trois objectifs distincts :

- ① **Préservation et promotion de la santé du travailleur et de sa capacité de travail ;**
- ② **Amélioration du milieu de travail et du travail, qui doivent être rendus favorables à la sécurité et la santé, et**
- ③ **Elaboration d'une organisation et d'une culture du travail qui développent la santé et la sécurité au travail ».**

Les conditions de travail sont donc au cœur des relations complexes entre santé et travail. Mais seulement 10 à 15 % de l'ensemble de la main d'œuvre mondiale globale a accès à des services de santé au travail !

Pour ce qui concerne la France, le compromis historique concrétisé par la loi du 9 Avril 1898 et menant à la loi n° 46-2426 du 30 octobre 1946 relative à la prévention et à la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles, le régime spécifique de prise en charge et d'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles repose, dans son ensemble et pour l'essentiel, **sur un principe de présomption**. Celui-ci veut, qu'indépendamment de toute faute, **soit présumée d'origine professionnelle**, tout accident survenu au temps et au lieu du travail ou toute maladie contractée à l'occasion du travail, dans les conditions prévues par des tableaux de maladies professionnelles.

Cette question de la vie au travail en bonne santé traverse donc toutes les catégories professionnelles.

Pourtant, que ce soit dans la Fonction Publique ou dans le secteur privé lucratif ou non, les conditions de travail n'ont jamais été aussi dégradées... Ce n'est pas que la CGT qui le dit, mais aussi les services de prévention, le fonds de prévention de la CNRACL (Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales) et la branche AT/MP de la CNAM (Caisse nationale d'assurance maladie) qui tirent les sonnettes d'alarme depuis de nombreuses années.

Les chiffres sont sans appel : augmentation de la sinistralité, tant en nombre d'accidents du travail que de maladies professionnelles, ainsi que le nombre de suicides reconnus en accidents du travail...

La CGT doit prendre toute sa place dans la nécessaire mobilisation revendicative pour inverser cette tendance.

Ces « Cahiers de la vie fédérale » ont été élaborés pour aider les syndiqué-e-s et salarié-e-s à construire des revendications pour la préservation de la santé au travail **« pour ne plus perdre son temps à la gagner ».**

LES 9 PRINCIPES GÉNÉRAUX DE PRÉVENTION

Pour évaluer, anticiper, protéger et informer

9 principes guident à chaque instant les actions de celles et de ceux qui s'impliquent dans la lutte contre les risques professionnels.

Code du travail articles 4121-1 et suivants

① Éviter les risques

Supprimer le danger ou l'exposition à celui-ci.

② Évaluer les risques

Apprécier leur nature et leur importance, notamment lors de l'élaboration du document unique d'évaluation des risques professionnels, afin de déterminer les actions à mener pour assurer la sécurité et garantir la santé des travailleurs.

③ Combattre les risques à la source

Intégrer la prévention le plus en amont possible, dès la conception des équipements, des modes opératoires et des lieux de travail.

④ Adapter le travail à l'homme

Concevoir les postes, choisir les équipements, les méthodes de travail et de production pour réduire les effets du travail sur la santé.

⑤ Tenir compte de l'état d'évolution de la technique

Assurer une veille pour mettre en place des moyens de prévention en phase avec les évolutions techniques et organisationnelles.

⑥ Remplacer ce qui est dangereux par ce qui ne l'est pas ou ce qui l'est moins

Éviter l'utilisation de procédés ou de produits dangereux lorsqu'un même résultat peut être obtenu avec une méthode présentant des dangers moindres.

⑦ Planifier la prévention

Intégrer dans un ensemble cohérent la technique, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l'environnement.

⑧ Prendre des mesures de protection collective

Utiliser des équipements de protection individuelle uniquement en complément des protections collectives ou à défaut de protection collective efficace.

⑨ Donner les instructions appropriées aux travailleurs

Donner aux salariés les informations nécessaires à l'exécution de leurs tâches dans des conditions de sécurité optimales. Il s'agit notamment de leur fournir les éléments nécessaires à la bonne compréhension des risques encourus et ainsi de les associer à la démarche de prévention

LES 12 CRITÈRES CGT

C'est une revendication transversale Public/Privé

La CGT définit 12 critères définissant la pénibilité ouvrant droit à réparation sur la retraite .

I- Contraintes physiques

1 - Manutention et port de charges lourdes ①

2 - Contraintes posturales et articulaires ②

3 - Vibrations ③

II- Environnement agressif

1 - Exposition à des produits toxiques(cancérogènes, mutagènes, reprotoxiques) ④

2 - Exposition aux poussières et fumées ⑤

3 - Exposition à des températures extrêmes et aux intempéries ⑥

4 - Exposition aux bruits intenses ⑦

5 - Les rayonnements ionisants ⑧

III Contraintes liées aux rythmes de travail

1 - Travail de nuit ⑨

2 - Travail alterné, décalé: ⑩

Alterné figurant dans le décret n° 76/404 du 10 mai 1976 précisant la loi de 1975

Le travail posté en discontinu

Travail par relais en équipe alternante

3 - Longs déplacements fréquents ⑪

4 - Gestes répétitifs, travail de chaîne, cadences imposées ⑫



La CGT demande qu'une réparation soit ouverte **par un départ anticipé en retraite**, départ rendu réellement possible par l'instauration d'une bonification d'un trimestre par année de travail en situation de pénibilité (un trimestre de durée d'assurance dans le privé, de durée de cotisation dans le public).

La réparation est rendue nécessaire par la durée d'espérance de vie plus courte des salarié-e-s travaillant dans des conditions pénibles.

Le service actif dans la fonction publique

De nombreux corps et cadres d'emploi des trois fonctions publiques peuvent partir en retraite avant 62 ans, à 57 ans et parfois 52 ans, au titre de la pénibilité du travail : police nationale, surveillance pénitentiaire, brigades de surveillance des douanes, agents d'exploitation des travaux publics de l'Etat, éducateurs de la protection judiciaire de la jeunesse, ingénieurs du contrôle de la navigation aérienne, contrôleurs des affaires maritimes, égoutiers, sapeurs pompiers, policiers municipaux, personnels paramédicaux des hôpitaux dont l'emploi comporte un contact direct avec les malades (infirmières, infirmières spécialisées, aides soignantes, sages-femmes,...), certains adjoints techniques,....

L'ensemble de ces agents relèvent des critères définis par la CGT, auxquels pour beaucoup s'ajoute la dangerosité (policiers, agents d'exploitation des travaux publics de l'Etat, sapeurs pompiers,...) comme facteur aggravant de la pénibilité dans un environnement agressif.

Pour reculer l'âge moyen de départ en retraite, le gouvernement a eu pour objectif de remettre en cause le droit au départ anticipé, actuellement 57 ans en général.

C'est pourquoi, il a cherché à priver 300.000 infirmières de ce droit.

Au contraire, la CGT revendique l'extension de ce droit à réparation, aussi bien dans le secteur public que dans le privé.

Aujourd'hui, sur les routes, des personnels de 4 statuts différents exercent des fonctions qui relèvent de la même définition de la pénibilité :

- ◆ les agents d'exploitation des travaux publics de l'ex-ministère de l'Équipement, qui bénéficient du service actif, mais sans bonification,
- ◆ les ouvriers d'Etat des parcs et ateliers, qui n'en bénéficient pas,
- ◆ les adjoints techniques de la territoriale qui exercent ces métiers depuis le transfert des agents aux conseils généraux,
- ◆ les ouvriers des sociétés privées.

Privés ou publics, d'Etat ou des collectivités locales, l'ensemble de ces personnels devraient bénéficier de droits équivalents à départ anticipé avec bonification !

Pour la fonction publique, la construction de ces droits s'étant faite dans un cadre collectif, à l'opposé d'une individualisation du droit, la CGT revendique le maintien

d'une définition statutaire et réglementaire du « service actif », qui reconnaît le droit à départ anticipé du fait de la pénibilité.

Une bonification de durée de cotisation permet la mise en œuvre réelle du droit à départ anticipé. De nombreux agents n'en bénéficient pas.

La démarche confédérale de reconnaissance de la pénibilité permet de donner des droits équivalents à l'ensemble des personnels partageant la même pénibilité du travail: **un trimestre de bonification par année.**

L'ensemble des agents non-titulaires, plus d'un million, exerçant au sein des administrations, établissements de santé et collectivités locales, ne doivent pas être exclus de la reconnaissance de la pénibilité du simple fait de leur statut de contractuel de droit public ou de médecin hospitalier par exemple.

Pour les fonctionnaires, relevant du Code des pensions civils et militaires et de la Caisse nationale des retraites des agents des collectivités locales, la CGT revendique une amélioration des textes les régissant :

- ◆ une bonification de durée de cotisation d'un an pour 4 ans pour tous les agents en « service actif »
- ◆ la disparition de la limitation à 5 ans du nombre d'années de bonification maximum
- ◆ un départ anticipé à partir de 55 ans, avec le maintien des situations antérieures plus favorables (départ à 50 ans des policiers, ...)
- ◆ le maintien du droit au départ anticipé même en cas de passage dans un corps dit « sédentaire »
- ◆ le maintien partiel du droit au départ anticipé si l'agent a moins de 15 ans de service actif (départ à 56, 57, 58 ou 59 ans en fonction du nombre d'années passées en service actif)
- ◆ l'ouverture du droit au service actif à l'ensemble des agents subissant des conséquences durables, identifiables et irréversibles sur la santé et l'espérance de vie sans incapacité du fait de la pénibilité du travail (travail de nuit, etc.)

Retraite et pénibilité

Dans la fonction publique, la prise en compte de la pénibilité pour la retraite s'inscrit historiquement dans une approche par métiers.

Cette modalité remonte au XIX^{ème} siècle : en effet, la classification des fonctionnaires en catégorie « active », par opposition à la catégorie « sédentaire » remonte à une ordonnance de 1825 qui crée pour les fonctionnaires et employés occupant des emplois « dans lesquels, à raison des fatigues, le fonctionnaire s'use plus vite que dans les autres », un droit à pension à compter de 55 ans sous la condition de détenir 25 ans de service.

Initialement, seules quatre administrations du Ministère des Finances en bénéficiaient : douanes, contributions indirectes et tabacs, forêts, postes. Le dispositif a été progressivement étendu : 1853 pour certains policiers, 1898 pour les surveillants de prison,...

Les fonctionnaires classés en catégorie active représentent aujourd'hui environ 900.000 agents.

Dans les trois fonctions publiques, quelques corps concentrent l'essentiel des effectifs :

- ↳ dans la FPE, sont principalement concernés les personnels actifs de la police nationale, les personnels de l'administration pénitentiaire, les ingénieurs du contrôle de la navigation aérienne, et les personnels de la branche surveillance des douanes ;
- ↳ dans la FPH, notamment les infirmières et les aides-soignantes ;
- ↳ dans la FPT, les sapeurs pompiers.

Enjeux

La pénibilité : une notion complexe et en évolution

La pénibilité des métiers renvoie à plusieurs notions :

- ◆ pénibilité et réduction de l'espérance de vie ;
- ◆ pénibilité et travaux dangereux...

Sur longue période, l'amélioration des conditions de travail s'est traduite par une réduction de la pénibilité physique due au travail. Cette amélioration est le fruit d'évolutions multiples :

- ↳ évolutions techniques qui ont permis, notamment, le développement de moyens de levage et de transports des charges lourdes ou la disparition progressive de métiers pénibles (ex : gardiens de phares remplacés par des mécanismes automatiques) ;
- ↳ réduction des durées de travail sur le long terme ;
- ↳ politiques de prévention des risques professionnels.

Un nouvel élan a été donné à l'amélioration des conditions de travail et de prévention de la pénibilité dans le cadre de l'accord du 20 novembre 2009 sur la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique, entre les employeurs publics et plusieurs organisations représentatives de la fonction publique a prévu entre autre :

- ↳ la mise en place d'une fonction d'observation de la santé et de la sécurité au travail dans la fonction

publique ;

- ↳ la mise en place de CHSCT dans la FPE et la FPT et un renforcement de leur rôle dans la FPH ;
- ↳ le rôle accru des services de santé au travail et des médecins de prévention ;
- ↳ l'achèvement de la mise en place généralisée du document unique (évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs).

La pénibilité est un sujet commun aux salariés du Privé et aux fonctionnaires et s'étend, dans la fonction publique, au-delà des seuls personnels de la catégorie active.

Cette situation appelle un certain nombre d'interrogations :



- ↳a) Sur quels critères doit-on fonder la notion de pénibilité : espérance de vie, dangerosité du travail, pénibilité des métiers ?
- ↳b) La compensation de la pénibilité peut-elle être effectuée par d'autres moyens que la retraite, tels que la rémunération, le temps de travail ou l'amélioration des conditions de travail ?
- ↳c) Faut-il renforcer les politiques de prévention des situations de travail pénible, notamment par l'amélioration des conditions de travail ?
- ↳d) La pénibilité des métiers et des fonctions doit-elle être prise en compte dans une approche de « parcours de carrière tout au long de la vie » avec le développement, notamment, d'une deuxième carrière ?
- ↳e) La pénibilité des métiers et des fonctions doit-elle faire l'objet de réponses communes aux salariés et aux fonctionnaires ?
- ↳f) Faut-il avoir une approche « métiers » de la pénibilité, et donc pour un nombre limité de corps, ou une approche « facteurs d'exposition » qui pourrait concerner l'ensemble des fonctionnaires ? Alors que durant le conflit sur les retraites de 2010, l'exigence de la reconnaissance de la pénibilité par un départ anticipé était fortement revendiquée, le précédent gouvernement a refusé de prendre en compte les propositions des organisations syndicales.

Le gouvernement Fillon a maintenu une approche médicale. Seules les personnes lourdement atteintes physiquement par les conséquences d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle (AT/MP) peuvent partir à ... 60 ans. Il faut donc justifier d'un taux d'incapacité de travail d'au moins 20%, dont 10 % relevant d'un seul et même AT /MP.

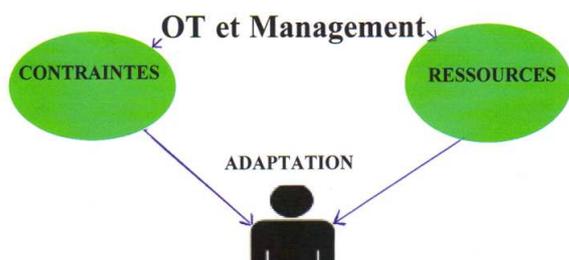


Prévenir le risque psychosocial, c'est réduire la cause, et non ses effets ou ses indicateurs. Ce qui cause le risque psychosocial, c'est un déséquilibre dans l'organisation du travail : un déséquilibre entre la contrainte (ce que l'on demande de faire, l'objectif, la tâche, ...) et les ressources (ce que l'on offre pour faire : l'effectif, les qualifications, les formations, le matériel ...), ainsi qu'un mode de management désocialisant et/ou niant le travail, et donc sans reconnaissance.

Aux prises avec cet ensemble de facteurs de risques, le salarié s'adapte. Il régule son effort pour faire face au déséquilibre contrainte-ressource et au mode de management stressant.

Le RISQUE PSYCHO-SOCIAL (RPS)

OT : Objectifs tâches

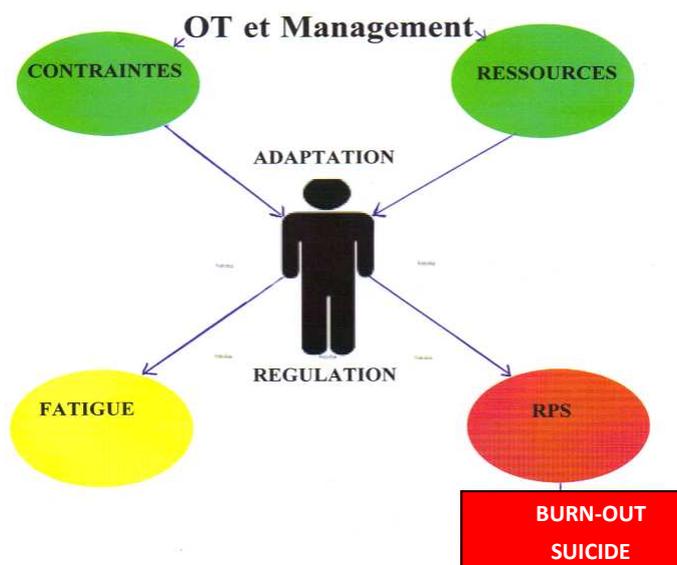


Dans nos établissements de soins, la contrainte est principalement caractérisée par la tarification à l'activité (T2A) et la ressource par l'évaluation prévisionnelle des recettes et des dépenses (EPRD). Nous sommes donc directement confrontés aux décisions politiques de santé.

Quand le salarié n'arrive plus à faire face aux exigences de l'organisation du travail, il passe de la simple fatigue au RPS.

Alors peut apparaître le burn-out ou le suicide.

Si l'homme est susceptible d'être plus ou moins en capacité d'adaptation, l'employeur ne doit en aucun cas aggraver l'état émotionnel du salarié, sous peine d'être pénalement responsable du passage de la fatigue au burn-out. Le même individu peut ne pas avoir les mêmes capacités d'adaptation à 20 ans et à 60 ans. L'hôpital, l'établissement doivent en tenir compte



Une disposition simple de prévention consiste donc à permettre au salarié-e de solliciter son médecin du travail, afin d'obtenir un temps partiel thérapeutique dont la durée et le taux sont à déterminer ensemble, suite, par exemple, à un problème personnel de la/du salarié-e (séparation, deuil...). La direction des ressources humaines doit faciliter une mise en œuvre rapide de ce temps partiel.

Est connu, le temps partiel thérapeutique, qui survient après une longue maladie, mais il s'agit alors de prévention secondaire. Ici, il s'agit bien de prévention primaire co-décidée (médecins - salarié-e-s).

Il n'en reste pas moins que, dès l'apparition du burn-out dans un établissement de soins, la remise en cause des objectifs devrait être systématique.

Il existe des indicateurs de mesure des impacts des RPS définis par le Ministère. Mais attention, la mobilité des salarié-e-s peut être limitée pour réduire le turn-over, sans pour autant diminuer la sollicitation des personnels. Il faut sans doute créer des indicateurs de l'organisation du travail basés sur un rapport contraintes/ressources : nombre d'admissions/nombre de soignants, nombre de consultations/nombre de secrétaires médicales, surface à nettoyer/ nombre de personnels de ménage ... au lieu d'indicateurs des effets du RPS : turn-over, violence interne, absentéisme, ...

Il faut aussi changer le regard des

professionnels sur le RPS. Grâce au travail de l'Institut National de Veille Sanitaire (INVS), nous savons maintenant que le secteur de la santé est devenu N° 1 en matière de suicide. Aujourd'hui, nos dirigeants savent que le RPS tue, et s'ils ne changent pas les niveaux de T2A exigés, les ARS vont être encore responsables de situations dramatiques pour les professionnels. Il n'y a pas d'autres mots, sinon que celui de « terrorisme social ».

Quand le poseur de bombe du métro Saint-Michel est perçu comme un terroriste parce qu'il tue au hasard des innocents, les ARS, qui savent que le RPS tue au hasard des innocents, restent en dehors des feux de l'indignation. Pourtant seules les armes changent, le résultat est identique.



Approche systémique Europe - France

C'est une « Démarche entonnoir ».

TRAITES

Europe :

- Directives Santé Sécurité au Travail (exemple : 22 Juin 1989)
- Accords-cadres Santé Sécurité au Travail (SST),
Stress,
Pénibilité,
Violence au travail...

Qui négocie ?

La Confédération Européenne des Syndicats (CES)

Stratégie européenne concernant la SST : diminuer de 25 % le nombre d'accidents du travail, de 2007 à 2012.

(Risque de pressions au niveau des situations de travail pour non déclaration des accidents du travail bénins).

EUROPE

Organismes décideurs :

Parlement européen
Commission européenne

FRANCE

- Transposition des directives santé
 - Loi du 31/12/1991
- 9 principes de prévention → Cf. page 3.
- Le décret d'application du 2 Novembre 2001 sur l'évaluation des risques professionnels a été transposé dans le Code du travail applicable dans toutes les entreprises, y compris pour la Fonction Publique Hospitalière.

Accords :

Négociations entre partenaires sociaux (salariés et employeurs) en inter professionnel - branches professionnelles.

➔ stress, violence au travail, harcèlement, T.M.S., pénibilité....

La CGT souhaite des directives, et non des accords européens.

COCT : Conseil d'Orientation des Conditions de Travail.

12 représentants CGT qui siègent dans les différentes commissions.
Elaboration du PLAN SANTE TRAVAIL décliné au niveau régional.

ANACT : Agence Nationale de l'Amélioration des Conditions de Travail.

AT-MP : Accidents de travail/trajet-Maladies professionnelles

6 représentants CGT à cette commission.
Partie intégrante de la sécurité sociale et inscrits dans les articles du Code de la Sécurité Sociale.

Financement : Cotisations employeurs AT/MP

9 CTN (Comités Techniques Nationaux) - INRS* - Eurogip* élaborent ↓

- ♦ Recommandations = qui ont une même valeur qu'un décret
- ♦ C.N.O. (Convention Nationale d'Objectifs) → aide à la prévention pour les établissements de moins de 200 ETP.

Pour la Fonction Publique :

- Conseil Supérieur de la Fonction Publique Hospitalière
- Caisse des Dépôts et Consignations qui finance les projets du Fonds National de Prévention.

REGION

CARSAT* → Retraite
→ **CRAT-MP** = Commission Régionale AT et MP, issue de la loi HPST de 2009 - Application du code de la Sécurité Sociale = Ingénieurs et contrôleurs avec pouvoir d'injonction. Ne peuvent visiter qu'environ 3% des entreprises.
Service de prévention santé au travail gérée paritairement.

Accident du travail et maladie professionnelle

*Caisse Assurance, Retraite, Santé et Accident de Travail assistée par des CTR - Centres thérapeutiques résidentiels - qui définissent des axes de prévention principalement.

ARS : Agence Régionale de Santé issue de la loi « HPST ». Comporte plusieurs commissions, dont une Santé au Travail.

ARACT : Agence Régionale de l'Amélioration des conditions de travail.

Issue de la loi 1974

Gère et attribue le Fonds d'amélioration des conditions de travail pour les entreprises de moins de 200 salariés.

CR PRP : Comité Régional de Prévention des Risques Professionnels (Etat)

Donne des orientations de prévention en santé au travail pour une région. Ces orientations sont issues des nationales en provenance du COCT.

Elabore un plan régional de santé et sécurité au travail.

DIRECTE :

Structure d'Etat au niveau régional et départemental.
Ministère du Travail.
Médecin Inspecteur du travail.

DEPARTEMENTAL :

INSPECTION DU TRAVAIL
MEDECINE DU TRAVAIL
CAP EMPLOI...

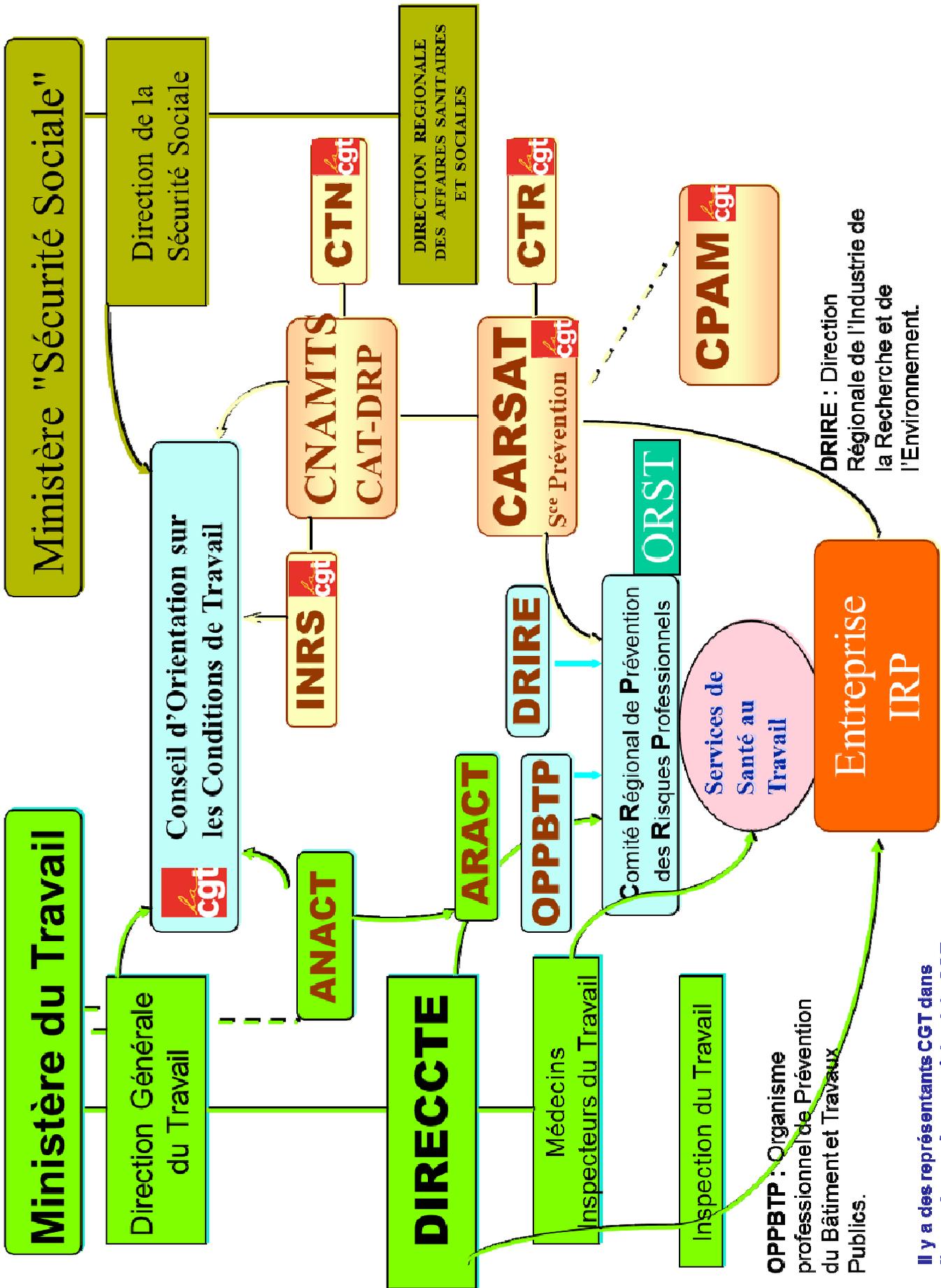
LOCAL - Entreprise :

CHSCT - CE - DP - CTE - SYNDICAT
Salarié ou agent.

* INRS : Institut national de recherche et de sécurité.

*Eurogip : Maillon européen de l'institution prévention de la sécurité sociale française - Groupe d'intérêt public créé par la CNAM et l'INRS en 1991.





Depuis 20 ans, nous connaissons une baisse progressive de la durée du travail avec une diversification et une individualisation des horaires de travail. Si la durée du travail a graduellement baissé, parallèlement la tendance depuis quelques années est à l'allongement de la durée quotidienne.

Depuis de nombreux mois, les directions de nos établissements travaillent à la réorganisation du travail et à la mise en place du travail en 12h.

Les CHSCT sont saisis de cette question et se retrouvent confrontés à la difficulté de cette problématique.



Qu'en est-il ?

Sur le plan législatif, la durée du travail est de 35 heures par semaine, avec un maximum de 48 heures (heures supplémentaires comprises). Quelle que soit l'organisation, une durée du travail de 12 heures par jour rend impossible le respect de la réglementation !

Il existe des dérogations, mais élaborer un mode d'organisation qui utilise au maximum chacune des limitations (12h/jour, plus de 48h/semaine) revient à créer une norme à partir de dispositifs prévus pour être exceptionnels !

Différentes études montrent que la probabilité de développer une maladie augmenterait avec le nombre d'heures travaillées.

Elles exposent également une augmentation de la fatigue qui pourrait être attribuée à l'allongement de 4h de la journée de travail, mais aussi à la perturbation du cycle normal de sommeil, appelé « cycle circadien », qui peut survenir particulièrement lorsque les 12 heures de travail sont exécutées de soir ou de nuit.

Une analyse portant sur 1,2 millions d'accidents du travail en Allemagne, révèle une augmentation exponentielle du risque d'accident à partir de la 9ème heure de travail consécutive et à partir de la 8ème heure de travail quand celui-ci est effectué de nuit.

Cette durée de travail perturbe le cycle d'éveil et de sommeil qui, s'il est modifié, peut engendrer un sommeil de moins bonne qualité, par conséquent une augmentation de la fatigue.

Il faut également mentionner que les journées de travail plus longues peuvent aussi amener des

contraintes familiales, et ce, principalement en raison des heures de début et de fin, ainsi que du peu de repos entre les jours de travail consécutifs qui laissent donc peu de place à la vie familiale, surtout les jours de travail.

La fatigue accrue a des effets sur la santé des travailleurs/ses, ainsi que sur leur vigilance.

Résultats : une augmentation du risque d'accidents et une diminution de la motivation s'accompagnant d'une hausse du nombre d'erreurs peuvent être remarquées.

En outre, la durée d'exposition, le cas échéant, et c'est le cas dans nos professions, à des risques physiques et chimiques augmentent lorsque 4 heures s'ajoutent à la journée normale de 7 ou 8 heures. Les valeurs limites d'exposition doivent être modifiées à la baisse afin de prendre en considération l'allongement de la durée d'exposition. De plus, le travail, particulièrement de nuit est bien différent du travail de jour ! Outre une perturbation du cycle normal de sommeil, il présente d'autres problématiques comme, par exemple, une perturbation du cycle digestif. Celui-ci est plus difficile entre 2 heures et 4 heures du matin en raison du creux chrono-biologique. La fatigue engendrée par les horaires prolongés de 12 heures, combinée avec les effets négatifs des horaires de nuit, rendent le travail particulièrement difficile. Le travail en 12 heures, durant la période nocturne, représente donc la situation la plus problématique et la plus risquée pour les travailleurs/ses.

Les cabinets d'expertises sont souvent sollicités pour effectuer des études sur des propositions de nouvelles organisations. Cette organisation du travail en 12 heures est proposée dans le droit fil



des contrats de retour à l'équilibre financier ou des plans de retour à l'équilibre. *Mais sont-ils justifiés ?* Pourquoi, sous prétexte de financements inférieurs aux besoins de nos établissements, les salarié-e-s feraient les frais des difficultés économiques au détriment des conditions de travail et de vie ?

Ce serait oublier un peu vite la responsabilité de l'employeur, qui doit protéger la santé des salarié-e-s, en organisant respectueusement les conditions de travail, et au-delà la qualité de vie au travail et hors travail. Il est bien trop souvent rétorqué que le travail en 12 heures est aussi une demande des salarié-e-s. N'est-ce pas seulement une façon d'opposer les salarié-e-s aux syndicats ? Peut-être, bien que cela reste à vérifier, mais nos directions feraient bien de s'interroger d'une telle demande. Pourquoi les salarié-e-s souhaitent venir de moins en moins au travail, au risque d'une dégradation de leurs conditions de travail et de vie ? Mais peut-être n'ont-ils pas conscience de cette dégradation ?

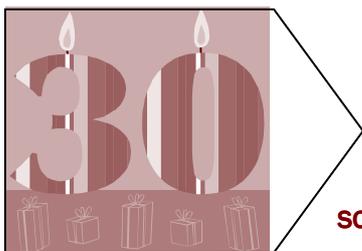
Au final, les effets de l'organisation en 2 fois 12 heures sur les individus et le travail ne sont pas tranchés et ne peuvent pas l'être tant que le contenu du travail ne sera pas investigué et mis en lien avec les horaires et la durée des postes. Et tout est plus compliqué lorsque l'opérateur posté est une femme : difficultés pour gérer la vie familiale (moyens de garde par exemple), choix de travail la nuit, en nuits fixes, pour s'occuper des enfants le

jour au détriment du sommeil, difficultés pour les familles monoparentales, (des salarié-e-s n'obtenant parfois pas la garde des enfants lors de séparations pour cause d'horaires compliqués). Il ne faut pas laisser de côté la grande diversité selon les autres éléments organisationnels, auxquels tous systèmes horaires sont couplés : les effectifs, la possibilité ou non de dormir durant le poste de nuit, les supports de transmission entre les différentes équipes, l'imprévisibilité des horaires, le contenu du travail... Bref, tout ce que doivent intégrer les représentants syndicaux dans les négociations, tant dans le public que dans le privé. Les postes de travail prolongés ne sont pas préconisés lorsque les exigences physiques du travail sont importantes.

Il ne semble possible d'envisager un système d'horaires de travail et ses effets qu'à partir d'une analyse systémique du travail prenant en compte le contenu du travail et les caractéristiques des personnes concernées.

Toutes ces questions doivent être mises en débat. De plus, il faut réfléchir à la façon dont notre organisation peut aider nos camarades des CHSCT pour faire respecter la réglementation et élaborer un dossier revendicatif qui intégrerait les répercussions du travail en 12 heures, tant sur le plan du travail (démotivation, fatigue, augmentation de la maladie...) que sur le plan de la vie personnelle et les moyens à mettre en œuvre pour contrer ces régressions.





Bientôt vont être fêtés les 30 ans de la création des CHSCT, mais sont-ils à l'heure de la maturité ?

Nous devons faire le constat que la vie de ces comités est différente d'un site à un autre et que nous avons encore besoin de forces syndicales pour arriver à les faire vivre comme il se doit, partout, pour obtenir des améliorations des conditions de travail pour toutes et tous.

Cette instance ne doit pas être une chambre d'échos des dysfonctionnements ou du mal être des personnels, mais une instance où la **CGT** prend sa place entièrement, porteuse de revendications et de propositions. Mais une fois que cela est écrit comment passe-t-on aux actes ?

Le CHSCT n'est effectivement que **consultatif**, la direction est « libre » de prendre ou non les remarques en compte.

Mais attention, la responsabilité pénale de l'employeur est en jeu ; il est responsable de la sécurité de ses « employé-e-s ».

Quant au délit d'entrave, il existe bel et bien, et les mandatés ne doivent pas l'oublier et l'employeur non plus. Parfois, un simple rappel de l'article peut suffire pour débloquer des situations (art L.4742-1 du Code du travail) Mais de plus en plus, les représentant-e-s des salarié-e-s sont obligé-e-s de faire des procédures, qui sont souvent chronophages.

Quant aux moyens mis à disposition, ce sont les Documents Uniques, qui doivent exister partout, et retravaillés chaque année ; avec comme suite logique, le programme de prévention des risques professionnels, obligation légale de l'employeur.

Les organisations syndicales, les salarié-e-s doivent reprendre en main le travail, les conditions de travail. Cependant, les mandaté-e-s ou élu-e-s CHSCT ne peuvent le faire, elles/ils doivent être soutenu-e-s par les militant-e-s du syndicat local. Le CHSCT n'est pas une affaire d'experts. Bien sûr au bout d'un ou deux mandats, une connaissance certaine est acquise, elle doit être partagée avec le collectif. Le CHSCT doit être en lien avec les autres militant-e-s, (le syndicat, les camarades siégeant en CTE, CE ou commission de formation), tout est

imbriqué : la sécurité, le budget, la formation, les suppressions de postes, les changements d'horaires, l'absentéisme... L'ensemble forme les conditions de travail que les personnels subissent actuellement.

Une dégradation due à un manque de personnel, de matériels, la non reconnaissance du travail, le manque de qualification, les bas salaires, les glissements de tâches... l'impossibilité de plus en plus grande de concilier vie privée et professionnelle, et enfin la perte de sens du métier.

La souffrance au travail, les RPS (risques psychosociaux) sont omniprésents dans l'actualité, avec des suicides à la Poste, dans les services de l'inspection du travail, les hôpitaux. Nous ne devons pas nous laisser enfermer dans le pathos, tant du point de vue de la/ du militant-e, nous ne sommes pas tous des psychologues, des assistantes sociales, nous devons nous « protéger » nous aussi.

Les militant-e-s ne doivent pas rester seul-e-s pour accueillir les salarié-e-s en souffrance, il faut recréer des collectifs déjà au sein de nos organisations, puis des collectifs de travail. Il faut faire jaillir la parole, faire office de « révélateur ».

Ceux qui connaissent le mieux le travail, ce sont les travailleurs eux-mêmes.

Les mandaté-e-s CHSCT doivent, par les visites du CHSCT (convoquées officiellement ou non), redonner la parole aux salarié-e-s sur leurs difficultés, leurs propositions, leurs revendications.

Remettons en avant les CHSCT et leurs missions premières : être force de propositions pour la prévention, remettre le travail et son organisation au cœur des débats avec les salarié-es, les militant-es et l'imposer aux employeurs.

chsct

A une période où les attaques sur le Code du travail, les acquis sociaux font rage, le CHSCT doit être utilisé comme un des outils de lutte et de conquêtes sociales.

Avec la mobilisation et le rapport de force, imposons nos revendications !





Définition :

Les agents en activité qui, suite à une maladie ou une infirmité, se retrouvent dans l'impossibilité d'exercer leur activité ou dont la capacité de travail est fortement réduite, peuvent bénéficier d'une indemnisation par la CNRACL, que l'invalidité soit consécutive ou non à un accident du travail ou à une maladie professionnelle.

Si l'agent peut continuer à exercer ses fonctions ou peut être reclassé dans un autre emploi, il peut percevoir, en plus de son salaire, une ATI (Allocation Temporaire d'Invalidité).

La Commission de réforme :

Elle peut être saisie par tout agent victime d'un accident de service, de trajet ou d'une maladie professionnelle reconnue au tableau du Code de la Sécurité Sociale.

Constitution :

- ◆ 2 médecins généralistes, plus des spécialistes si besoin,
- ◆ 2 représentants des établissements,
- ◆ 2 représentants du personnel de la même catégorie que l'agent issus des CAP.

Rôle :

Emet des avis motivés en matière de :

- ◆ Mise à la retraite pour invalidité,
- ◆ Détermination du taux d'invalidité permanente ou partielle (IPP) - avec une révision au bout de 5 ans,
- ◆ Accident de service, pathologie imputable aux fonctions, maladies professionnelles (reconnaissance, congés)
- ◆ Octroi d'un congé longue durée (CLD) et dernier renouvellement avant mise en disponibilité d'office après CLD,
- ◆ Octroi de la majoration tierce personne,
- ◆ Attribution d'un temps partiel thérapeutique.

La Commission de réforme doit être saisie si l'employeur ne reconnaît pas l'imputabilité au service d'un accident ou d'une maladie.

L'agent prend connaissance de son dossier et peut présenter des observations et certificats médicaux.

Une maladie est dite « professionnelle » si elle est la conséquence directe de l'exposition d'un agent à un risque : physique, chimique, biologique ou résultant des conditions dans l'exercice de son activité professionnelle.



Questionnaire



Pour nous aider dans notre réflexion, merci de répondre aux questions suivantes :

Nom et coordonnées de l'établissement : _____

Email : _____

▶ Avez-vous abordé la santé au travail lors des réunions DP, CTE ou CE ?

OUI - NON

▶ Est-ce un thème particulier de vos réunions ?

OUI - NON

Si OUI, qu'en est-il ? _____

▶ Le CHSCT est-il impliqué ? OUI - NON

▶ Le syndicat est-il impliqué ? OUI - NON

Si Oui, comment ? _____

▶ Avez-vous négocié l'accord pénibilité ? OUI - NON

▶ Si Oui, faites le nous connaître : _____

▶ Quels thèmes souhaiteriez-vous voir abordés par le collectif « Santé au travail » :

Autres réflexions : _____

A retourner au pôle « revendicatif » : Email : revendic@sante.cgt.fr - fax : 01 48 18 29 81

BULLETIN DE CONTACT ET DE SYNDICALISATION

Je souhaite prendre contact et/ou adhérer à la C.G.T.

NOM _____ PRÉNOM _____

LIEU DE TRAVAIL/DE FORMATION _____

ADRESSE _____

CODE POSTAL _____ VILLE _____

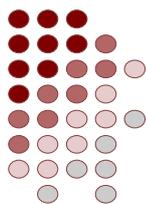
E-MAIL _____ TELEPHONE _____



À retourner à : Fédération CGT de la Santé et de l'Action Sociale

Case n°538 - 263, rue de Paris - 93515 MONTREUIL cedex





Compte rendu du collectif

Formation CHSCT

Analyse des situations de travail

Le Collectif Santé au travail a organisé, en Février 2012, un stage expérimental, délocalisé à Montpellier, et portant sur l'analyse des situations de travail.

Nous constatons que ce stage répond à une demande importante des salarié-e-s de la santé, publique et privée, ainsi que de nos camarades membres des CHSCT, puisque 9 agents s'étaient inscrits, et que les 9 étaient présents et ont participé aux deux journées.

Dès la première journée, nous notons que les stagiaires sont en attente, car ils ne maîtrisent pas suffisamment les fonctions et les missions du CHSCT, d'où les difficultés à se positionner face à la direction de leurs établissements. Les participants manquent également de formations syndicales.

Nous avons travaillé avec quelques éléments fournis par les participants. Les études de cas ont porté sur des situations de travail et leurs analyses, qui révèlent, une fois de plus, de très mauvaises conditions de travail dans nos établissements.

Nous avons un message à faire passer : cette formation doit être préparée par les syndicats et les USD pour que celle-ci soit réussie et apporte à tous les outils nécessaires pour développer l'action syndicale.

Les stagiaires ont trouvé un grand intérêt à la qualité des travaux et à la documentation fournie, et tous, formateurs et stagiaires, s'accordent sur l'importance de la formation, et la nécessité de la restitution.

Communiqué de presse Reconnaissance de la pénibilité pour les infirmières La CGT saisit le Conseil d'Etat

La CGT a envoyé un recours gracieux, auprès du Ministère, pour demander l'inscription des infirmier-e-s de catégorie A parmi les métiers pénibles. N'ayant reçu aucune réponse, la Fédération CGT de la Santé et de l'Action sociale a déposé une requête en Conseil d'Etat et vient de déposer une question prioritaire de constitutionnalité.

La suppression de la reconnaissance de la pénibilité imposée par le gouvernement et votée par la majorité parlementaire, ne respecte :

► ni la loi

Le Code des pensions civiles et militaires précise : « sont classés dans la catégorie active, les emplois présentant un risque particulier ou des fatigues exceptionnelles ». Les infirmier-es sont classé-e-s en catégorie active avec la possibilité d'un départ anticipé par un arrêté du 12 novembre 1969. Mais le gouvernement a supprimé ce dispositif dans l'article 37 de la loi sur la rénovation du dialogue social de juillet 2010. Dans le même temps, les conditions de travail dans les hôpitaux se dégradent, les horaires alternés et le travail de nuit existent toujours, ainsi que le port de charges lourdes (patient-e-s)...

► ni le principe d'égalité de la Constitution française

Deux infirmier-e-s qui ont le même diplôme, qui travaillent dans le même service hospitalier et qui exécutent les mêmes soins sont rémunéré-e-s différemment suivant leur classement en catégorie active ou catégorie sédentaire. Avant le 1er décembre 2010, les infirmier-e-s fonctionnaires ont dû faire un soi-disant « choix d'option » définitif, qui est un véritable marchandage :

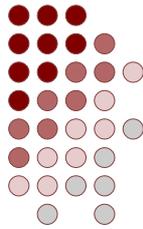
♦ soit, elles/ils sont passé-e-s en catégorie sédentaire (départ à la retraite possible à partir de 60 ans (65 ans pour le taux plein)), avec un petit peu plus de salaire, soit, elles sont restées en catégorie active (départ à la retraite possible à partir de 57 ans (62 ans pour le taux plein)), "dans un corps en voie d'extinction" avec légèrement moins de salaire.

Les nouvelles/ nouveaux infirmier-e-s fonctionnaires depuis le 1er décembre 2011 ont été classé-e-s obligatoirement en catégorie sédentaire (départ à la retraite possible à partir de 62 ans (67 ans pour le taux plein)).

Maintenant, c'est au tour des infirmier-e-s spécialisé-e-s (anesthésistes, de bloc et aux puéricultrices) d'être confronté-e-s à l'ignoble choix : un peu plus d'argent contre la possibilité de partir en retraite en bonne santé. Ce sera ensuite le tour des autres paramédicaux (manipulateurs radio, kiné...)

La CGT Santé et Action sociale appelle les infirmier-e-s et tous les salarié-e-s, du privé comme du public, qui effectuent des travaux pénibles à se mobiliser pour le maintien et la conquête de la reconnaissance de la pénibilité ainsi qu'une véritable reconnaissance salariale des qualifications.





Compte rendu du collectif Santé au travail du 30 mai 2012

Le cabinet d'expertise SECAFI nous présente le document sur la problématique du travail en douze heures.

Ce document a été élaboré à partir d'expertises effectuées dans les hôpitaux de l'AP-HP. La commande a été effectuée par le CHSCT central. Il est un arrêt sur image de situations. Il montre qu'au regard de la législation, le travail en 12 heures n'est pas réalisable, sauf en utilisant des dérogations qui deviennent, bien évidemment, un fonctionnement régulier.

Nous estimons que le collectif fédéral « santé au travail » a à réaliser un travail en direction des élu-e-s et mandaté-e-s CGT des CHSCT pour les aider, lorsque la question leur est posée et pour apporter des réponses aux salarié-e-s volontaires ou pas pour cette organisation du travail.

SECAFI nous propose de coréaliser un questionnaire qui prendrait en compte ceux qui travaillent actuellement en 12h et ceux qui ont travaillé en 12h, afin de pouvoir comparer l'impact sur la santé et le travail.

Actuellement, les études en notre possession ne permettent pas d'appréhender l'impact à moyen terme sur la santé au travail (ce qui paraît normal puisque peu de salarié-e-s travaillent selon ce rythme). Il ressort de ces mêmes études que le travail en décalé qu'il soit en 8, 10 ou 12h a des incidences sur la santé.

Dernièrement, deux études, celle qui expose qu'au-delà de 11h de travail le risque cardiaque est plus important que dans la population normale et celle qui constate une augmentation des cancers du sein chez les salariées travaillant de nuit, nous permettent de penser que la question est d'importance et qu'il est grand temps de mener la réflexion avec les syndiqué-e-s et les salarié-e-s pour établir nos revendications.

Malgré l'intérêt du document de SECAFI, nous avons besoin de mieux travailler cette problématique.

En seconde partie, le compte rendu de la formation à Montpellier est finalisé (cf. page 15).

[Le prochain collectif va dérouler le Mercredi 27 juin 2012.](#)

