

APPEL de L'ASSOCIATION SMT (Santé et Médecine du Travail) A LA REPRESENTATION NATIONALE

LE CONTEXTE

La Directive européenne de 1989 concernant « *l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail* » sépare la prévention en deux secteurs distincts :

- d'une part « les activités de protection et de prévention »
- et d'autre part « la surveillance de la santé des travailleurs ».

Dans le cadre des activités de protection et de prévention la directive impose aux employeurs, dans son article 7, de se doter de services de protection et de prévention pour la réalisation concrète de leurs obligations.

Alors que les entreprises de grande taille, notamment celles qui possèdent un service de santé au travail d'entreprise, se sont structurées selon ce modèle, Les PMI et PME voire les TPE qui constituent la majorité des entreprises françaises se trouvent démunies de structures adéquates susceptibles d'assumer ce rôle.

Constatant cette carence, alors que la directive est tout à fait précise et pertinente dans ce domaine, plutôt que d'imposer à toutes les entreprises de mettre en place ces services, les représentants de l'Etat, ont pris du retard dans la transposition de l'article 7. Pour apaiser leurs interlocuteurs européens, ils ont feint de considérer que les services de médecine du travail interentreprises jouaient ce rôle. Ils ont tentés tardivement, à partir de 2002, de transformer dans ce sens ces services médicaux, assurant en fait la surveillance de la santé des travailleurs, par deux artifices, en les intitulant services de « santé au travail » (SST), et en leur conférant des compétences supplémentaires au moyen d'intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP). Parallèlement la ressource en médecins continuait de s'appauvrir par insuffisance de formation de nouveaux médecins du travail.

La transposition de la directive européenne a conduit à confondre les deux secteurs dans les pratiques de la médecine du travail dans les services de santé au travail et en premier lieu, dans les services interentreprises. C'est à la suite de deux rapports, ceux de l'IGAS et du CES, dont la pertinence est parfois contestable et après l'échec d'une négociation entre les partenaires sociaux, qu'un cavalier législatif à l'intérieur de la Loi sur les retraites, portant sur les SST, a été promulgué. Il a été refusé par le Conseil constitutionnel. La proposition de Loi N°106 des sénateurs centristes reprend les mêmes propositions.

L'ANALYSE DE LA PROPOSITION DE LOI N°106 : UN PROJET QUI COMPORTE CERTAINES DISPOSITIONS INCOHERENTES ET DANGEREUSES POUR LA PREVENTION DES RISQUES POUR LA SANTE DES TRAVAILLEURS AU TRAVAIL

La proposition de Loi fixe des missions précises aux SST, définit dans le détail l'opérativité de ces missions et impose une nouvelle gouvernance aux SST interentreprises (SSTIE).

Plusieurs de ces dispositions, si elles étaient adoptées, auraient pour effet de rendre encore plus difficile l'exercice de la médecine du travail notamment en contraignant l'indépendance des médecins du travail dans le choix des priorités d'action qui résulte, jusqu'à maintenant, de leurs observations en consultation comme en visite d'entreprise.

Une définition des missions des SST porteuse d'ambiguïté : se donner les moyens d'éviter toute altération ou assurer l'obligation de sécurité de résultat ?

Jusqu'alors la mission des SST est exclusivement exercée à travers celle des médecins du travail qui contribuent à « *éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail* » dans le cadre d'une obligation de moyen.

Cette altération se définit comme une atteinte de l'état de santé par rapport à un état de bien-être au travail, qu'il soit observé à travers des signes objectifs ou perçus à travers un vécu.

Jusqu'à ce jour, le rôle des médecins du travail est de repérer ces altérations, d'identifier leurs liens avec les conditions et l'organisation de travail, d'alerter les entreprises sur l'existence de ces facteurs de dégradation de la santé, de conseiller les entreprises (employeurs comme salariés) sur ce qu'il convient de modifier ou de mettre en œuvre pour adapter le poste, et enfin, de trouver avec l'entreprise les solutions en interne permettant d'éviter par un reclassement une inaptitude suivie d'un licenciement.

A ce rôle s'ajoute celui de conseil en matière de réparation (maladies professionnelles entre autres) quand la réglementation le prévoit.

L'organisation de la prévention des risques dans les entreprises, les études et réalisations de modifications ou d'aménagements en vue d'une amélioration des conditions de travail (ce qui inclut les suites données aux avis des médecins), relèvent de l'entreprise elle-même et d'abord de sa Direction, avec une obligation de résultat quant aux conséquences, sur la santé des salariés, des conditions de travail dans l'entreprise.

Il s'agit, ici, de 2 missions séparées mais complémentaires.

Or, la proposition de loi N° 106 (article **L 4622-8**) se propose, pour ce qui est des entreprises ne disposant pas, en propre, d'un service de santé au travail, d'abolir cette séparation des rôles et de créer, de fait, et par la loi, 2 systèmes différents de Médecine du Travail : l'un pour les grandes entreprises, avec un secteur médical et un secteur de prévention et protection différenciés (ce qui existe actuellement), l'autre pour les autres entreprises (80 à 90% des entreprises) pour lesquelles les rôles seraient fondus dans un même cadre : le Service de Santé au Travail Interentreprises (SSTIE), sans autre identification propre en interne que la création d'un service social.

Pour les SSTIE, l'article **L4622-8** de la proposition introduit donc une confusion majeure dans la mesure où les missions du SSTIE ne seraient plus exercées par le médecin du travail mais par une équipe pluridisciplinaire animée par les médecins du travail.

A cette équipe participeraient des professionnels qui relèvent des dispositions du code de la santé publique mais aussi des IPRP dont l'activité serait désormais d'aider l'employeur dans la gestion des risques.

Ainsi est entretenue la confusion entre les deux secteurs. Le déploiement de la directive n'est donc pas homogène pour les entreprises relevant d'un SSTE et celles bénéficiant des prestations d'un SSTIE.

Cette confusion a toutes les chances de se faire au détriment de la surveillance des salariés et de l'indépendance technique des médecins.

En effet : l'article **L4622-10** de la proposition de Loi N°106 propose que les missions du SST soient précisées dans le cadre « *d'un contrat d'objectifs et de moyens* » conclu avec la DIRECCTE et la CARSAT après avis des organisations d'employeurs et syndicales et des ARS.

Il a notamment pour objet de fixer « *les modalités des actions conjointes et complémentaires* » entre les SST et les services prévention des CARSAT.

Cela substituerait à un contrôle administratif portant sur l'application de la réglementation, un contrôle du résultat d'objectifs décidés à distance des réalités de terrain.

Il est prévu, par l'article **L4622-12** de la proposition, que pour les SSTIE, le contrat d'objectifs et de moyens inclut « *un projet de service pluriannuel qui définit les priorités d'action du service* » élaboré au sein d'une « *commission de projet* » dont la composition n'est pas précisée. « *Le projet est soumis à l'approbation du conseil d'administration* » du SSTIE.

L'article **L4622-13** de la proposition implique que toute convention interne ou externe doit être autorisée par le Conseil d'administration

Alors que l'article **L 4622-2** de la proposition indique que ce sont les SST qui « *conduisent les actions de santé au travail* », L'article **L4622-14** précise que le directeur du SSTIE met en œuvre sous l'autorité du président les actions approuvées par le conseil d'administration dont le projet pluriannuel, « *en lien avec l'équipe pluridisciplinaire* ».

Les modifications de la gouvernance des Services de Santé au Travail, prévues par la présente loi, donnent, au travers de l'instauration du paritarisme avec voix prépondérante du Président et la disparition des commissions de contrôle dans lesquelles les représentants salariés étaient majoritaires, le pouvoir, aux seuls représentants employeurs de décider des orientations et objectifs à atteindre (ce qui est repris par l'article **L 4622-14**). Ce pouvoir de décision n'est plus « à côté » des objectifs que se fixent les médecins, mais il inclut le champ médical, retirant par là-même, aux médecins, la faculté de définir leurs priorités de travail en fonction de leurs observations.

Le chaînage de ces dispositions aurait donc pour effet de contraindre l'indépendance technique des médecins par des actions ou des projets sous l'autorité du directeur et le contrôle du Conseil d'administration du SSTIE.

Par l'intermédiaire de la fixation d'objectifs l'obligation de moyen du médecin deviendrait une obligation de résultat qui pèserait sur son exercice privé de marges de manœuvre.

Une proposition de loi qui affaiblit le contrôle par les représentants des travailleurs et fragilise les médecins du travail :

L'application de l'article **L 4622-11** de la proposition de loi implique la disparition des commissions de contrôle. Or celles-ci jouent un rôle important tant dans l'organisation des services que concernant le respect de l'indépendance du médecin dans son exercice vis à vis des entreprises qui lui sont attribuées. Elles s'assurent qu'aucun médecin ne puisse être dessaisi d'une entreprise, voire licencié en cas de vues divergentes avec la direction du service sur les observations du médecin et les priorités qu'il se donne. La commission de contrôle est en situation d'exercer ce rôle beaucoup plus sûrement qu'un conseil d'administration paritaire, (qui en est dépourvu en droit).

Les conflits ne pouvant plus être réglés en interne vont être renvoyés vers l'Inspection du Travail qui, chargée de vérifier l'application de la loi, va se retrouver en position d'arbitrer des choix de travail et de modes d'action !

En résumé : cette disposition ne donne plus aucune protection d'indépendance technique et statutaire au médecin du travail notamment en matière d'emploi et d'attribution d'entreprises et le laisse sans défense face à des employeurs coalisés.

LES SEPT PRINCIPES QUI GUIDENT NOTRE ASSOCIATION : POUR UN SERVICE DE MEDECINE DU TRAVAIL

- **La protection de la santé des travailleurs constitue une mission régalienne de l'état.** Comme tout service public, celui de protection de la santé des travailleurs ne saurait relever que de l'intérêt général. Son financement doit continuer de dépendre de ceux qui sont responsables d'éventuelles atteintes à la santé. Cela ne leur confère aucune qualité à intervenir majoritairement dans sa gouvernance.
- **Les services de médecine du travail (SMT) assurent la mission d'ordre publique de prévention médicale de la santé des travailleurs.** Ils coopèrent notamment avec les autres organismes de prévention publics dans ce cadre exclusif. Leur contribution aux obligations de prévention des entreprises se déploie exclusivement du point de vue de la prévention de toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail. Par conséquent elle ne se substitue pas aux autres démarches de prévention des employeurs dans le cadre de leur obligation de sécurité de résultat que ces derniers organisent dans un cadre spécifique, par ailleurs.
- **Les orientations générales en matière de prévention médicale de la santé des travailleurs et leurs mises en œuvre régionales sont élaborées par l'Etat dans un cadre qu'il définit et sous sa responsabilité (Plans Santé-Travail nationaux ou régionaux, par exemple).** Elles sont proposées aux services de médecine du travail qui, à l'issue d'une concertation interne de la commission médico-technique, définissent leur contribution et les moyens qu'ils entendent y consacrer. Le contrôle de l'activité des SMT est assuré dans le cadre de l'intérêt général par L'Etat avec la participation majoritaire des représentants des travailleurs et celle des employeurs. Les professionnels y participent à titre consultatif.
- **Le rôle des Direction des Services de Santé au Travail consiste principalement à mettre à disposition les moyens nécessaires aux missions des équipes médicales de médecine du travail,** constituées de professionnels en santé au travail, construisant, entre eux, des coopérations dont la coordination technique est assurée par les médecins du travail. L'indépendance professionnelle des membres des équipes médicales est assurée dans le cadre du code de la santé publique et du code du travail. Le contrôle de l'activité des équipes médicales participe de leur indépendance. Il comporte un contrôle social et un contrôle administratif sur l'application de la Loi.
- **Les équipes médicales de médecine du travail comprennent des assistants en prévention des risques pour la santé des travailleurs (APRST)** dont l'exercice se déploie exclusivement du point de vue de la santé des travailleurs et dont l'indépendance est réglementairement garantie notamment par un contrôle social et administratif. Ces assistants (APRST), qui peuvent être des infirmiers, des techniciens en santé, des laborantins, etc... sont à distinguer des Intervenants en Prévention des Risques Professionnels (IPRP) qui peuvent venir en appui des médecins sur leur demande, mais qui sont également les conseillers des entreprises pour ce qui est de l'autre mission des SST (aide à l'évaluation des risques, élaboration de propositions techniques ou organisationnelles visant à l'amélioration des conditions de travail).
- **Dans le but d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, les équipes médicales exercent une responsabilité de moyen en matière de repérage des dangers et des risques, de veille médicale sur les effets des risques professionnels sur la santé et le lien entre la santé et le travail, et informent explicitement chaque salarié et la communauté de travail sur le repérage et la veille médicale.** Ils conseillent la communauté de travail dans le cadre de leur mission et en fonction de leur compétence. Dès lors que les médecins du travail constatent, informent ou conseillent la communauté de travail, les employeurs sont tenus de leur apporter une réponse publique formelle.
- **Les équipes médicales assument également la mission de maintien au travail des travailleurs dans le strict respect des principes d'adaptation du travail à l'homme et d'absence de discrimination pour des motifs de santé.** Cela exclut que les médecins du travail se prononcent sur l'aptitude au travail, notion devenue proche de « sélection au travail » depuis la montée du chômage, la réduction des effectifs dans les entreprises, la précarisation des emplois et l'intensification du travail.

NOS PROPOSITIONS EN MATIERE D'AMENDEMENTS : POUR LE RESPECT DES PRINCIPES FONDATEURS DE LA PREVENTION DES RISQUES POUR LA SANTE AU TRAVAIL

De ce point de vue, nous appelons la Représentation Nationale à réécrire ou à amender la proposition de Loi N°106 pour assurer l'avenir de la prévention de s risques pour la santé des travailleurs au travail, afin d'établir une égalité de traitement entre les salariés quelle que soit la taille de l'entreprise qui les emploie, dans le respect des principes définis par la directive européenne du 29 juin 1989 sur la sécurité et la santé des travailleurs au travail et afin de respecter les dispositions du code de la santé publique et celles assurant l'indépendance des médecins du travail.

Nous proposons que ces amendements portent notamment sur des articles mettant en péril ces principes.

1. Modification des articles L4622-2, L4622-8 de la proposition de Loi N°106

Le principe essentiel de la directive européenne d'une séparation entre les activités d'aide à l'employeur pour la gestion de la santé et de la sécurité au travail et celles de surveillance de la santé des travailleurs doit être respecté dans la structure et les activités des SST.

Cela implique que comme dans les services d'entreprise, les services interentreprises se structurent autour de deux pôles l'un de médecine du travail, identifié comme tel, l'autre de prévention sécurité :

- le premier constitué d'une équipe médicale relevant des dispositions du code de la santé publique constituée de médecins, d'infirmiers, d'assistants et d'intervenants en prévention de la santé au travail
- le second constitué de salariés compétents désignés et d'IPRP (dans le cadre des obligations de pluridisciplinarité), dont le statut d'indépendance doit être conforme aux dispositions de la directive européenne et chargés d'apporter une aide en prévention et sécurité aux employeurs, éventuellement en lien avec les services prévention des organismes de sécurité sociale

Cela implique que les missions du SST soient réparties entre ces deux pôles en fonction de leur spécificité.

2. Modification des articles L4622-2, L4622-10, L4622-12, L4622-13, L4622-14 de la proposition de Loi N°106

L'indépendance technique des médecins du travail doit être conforme à sa définition déontologique qui leur assure, l'initiative de leurs actions, les moyens de les mener, la liberté d'en faire état, dans le respect des lois existantes. Ils en répondent personnellement dans les formes réglementaires définies.

Du fait de leur responsabilité de moyens, cela exclut notamment que leur soient imposés des projets ou des contrats d'objectifs par lesquels ils seraient contraint d'abandonner l'initiative technique de leurs actions pour répondre à une obligation de résultat des employeurs.

Le médecin du travail assurant personnellement l'ensemble de ses fonctions, son indépendance technique ne saurait être subordonnée à une autorité hiérarchique, qui plus est, la plupart du temps, non qualifiée médicalement.

3. Modification de L'article L4622-11 de la proposition de Loi N°106

Dans les SSTIE, l'organisme chargé du contrôle social du fonctionnement et des activités du pôle chargé de la santé des travailleurs, ainsi que de celui de l'embauche, de la modification de secteur et du licenciement du médecin du travail doit être composé d'une majorité de représentants des travailleurs à l'image du comité d'entreprise des SSTE.