

NOUVELLES DISPOSITIONS RÉGLEMENTAIRES POUR LA SANTÉ AU TRAVAIL

Il y a loin de la coupe aux lèvres... !

Compte rendu des débats du Congrès de l'Ass. SMT, 4 et 5 décembre 2004

Le décret du 28 juillet 2004 modifiant le Code du travail réforme le fonctionnement des services de santé au travail (SST) et induit un exercice différent en médecine du travail. Ce n'est qu'une partie du corps réglementaire qui concerne les SST. Il faut, en effet, garder en mémoire les dispositions qui instituent la pluridisciplinarité (loi de modernisation sociale, décret du 24 juin 2003, arrêté du 24 décembre 2003)(1).

Selon ses rédacteurs s'exprimant dans une circulaire DRT (circulaire du Ministère du travail à destination de ses fonctionnaires), l'intention est de permettre à la médecine du travail de répondre aux évolutions en matière de prévention des risques pour la santé au travail, en lui donnant les moyens d'intervenir efficacement en milieu de travail, en faisant appel à des compétences pluridisciplinaires et de s'adapter aux changements en matière de surveillance médicale individuelle des salariés. On escompte ainsi une amélioration de la prévention des risques professionnels.

Si l'intention est louable, il faut examiner dans le détail si les moyens, définis par le législateur pour atteindre le but fixé, sont adaptés.

DE BONNES INTENTIONS

La maille de l'activité des médecins du travail, dont découle la nature du SST, devient contingente du nombre de salariés (chaque salarié comptant pour un, même si son contrat est temporaire) et du nombre d'examens médicaux (quelque soit leur nature et qui est lié au type de surveillance simple ou renforcée). Ainsi un SST (articles R.241-2 à R.241-6) peut être un service d'entreprise d'établissement ou interétablissements (possible à partir de 413 salariés suivis ou 401 examens pratiqués, obligatoire à partir de 2200 salariés ou de 2134 examens) ou un service interentreprises. Des possibilités de regroupement restent offertes (entre entreprises constituant une unité économique et sociale : à

1- Alain CARRÉ, *Pluridisciplinarité, les conditions d'un succès*, LES CAHIERS SMT N°19

partir de 1651 salariés et 1601 examens, entre entreprises du même site par la mise en place d'un SST interentreprises de site à partir de 2200 salariés et 2134 examens).

L'entrée au conseil d'administration des SST des membres salariés (1/3 des sièges), qui en comportent (art. R.241-12 II) constitue une nouveauté. Plus généralement, la Commission de contrôle, fait l'objet de nouvelles dispositions facilitant l'exercice de la représentation du personnel (composition de la commission, formation des membres). Un rapport comptable d'entreprise (art. R.241-26) est versé en complément du rapport annuel administratif.

Mais c'est l'exercice de la médecine du travail qui a retenu en priorité l'attention du législateur. L'affirmation de l'indépendance du médecin du travail dans toutes ses activités et sa spécificité d'intervention dans l'intérêt exclusif de la santé et de la sécurité des travailleurs (art. R. 241-30) s'accompagne de mesures concrètes en particulier lors du licenciement (R. 241-31-2). Un secteur géographique ou professionnel doit ainsi être défini pour chaque médecin quelque soit la forme de service (R. 241-38). Le changement de secteur peut être contesté par le médecin et doit avoir l'accord du contrôle social (R.241-31-1). En cas de contestation, une intervention de l'Inspection du travail est requise. Paradoxalement pour l'embauche c'est dorénavant une simple autorisation de l'inspecteur du travail qui permet de passer outre au désaccord du contrôle social (R.241-31) et non une décision motivée ce qui donne un avantage certain aux employeurs dans ce domaine.

Dorénavant le temps d'activité du médecin est maintenant basé (R.241-32) sur des valeurs « plafond » en nombre de salariés suivis (3300 pour un plein temps) en nombre d'examens médicaux (3200 pour un plein temps), en nombre d'entreprises (450 pour un plein temps). Parallèlement, la limite maximale entre deux examens médicaux périodiques est portée à 24 mois pour tous les salariés à l'exception des salariés à surveillance médicale renforcée pour lesquels elle reste fixée à un an. À ces examens médicaux périodiques il

faut ajouter des examens supplémentaires décidés par les médecins du travail ainsi qu'à la demande du salarié ou de l'employeur et des examens de reprise et de pré-reprise.

La surveillance médicale renforcée (SMR : art. R.241-50) ne diffère pas de la surveillance médicale particulière qu'elle recouvre, à la notable différence que, en plus de la réglementation, des accords collectifs de branche étendus peuvent préciser des postes ou des métiers relevant de la SMR.

La volonté est encore plus marquée de favoriser l'activité en milieu de travail du médecin (R.241-47) en l'annualisant de façon précise (au moins 150 demi-journées pour un plein temps) et en augmentant les exigences pour sa formalisation (plan d'activité dont la précision est requise par la circulaire) et ses résultats (fiche d'entreprise à partir de 10 salariés). La participation à la pluridisciplinarité du médecin fait partie de cette activité en milieu de travail. Elle est planifiée dans la Commission médico-technique à laquelle participent les IPRP et les médecins (R.241-28-1).

DES CONTRADICTIONS QUI RISQUENT DE COMPROMETTRE LE RÉSULTAT ATTENDU

Renforcées par une volonté affirmée, dans la circulaire DRT, de faire de la procédure d'agrément, qui porte dorénavant sur la totalité d'application des dispositions du titre IV concernant les SST (R.241-7), un instrument d'appréciation et d'incitation pour les SST, ces dispositions seront-elles efficaces ? Ne cachent-elles pas une des failles profondes du système de prévention des altérations de la santé par le travail qui reste la main mise des employeurs, à l'origine des risques, sur le système chargé de les mettre en visibilité ? C'est la convergence ou l'articulation de certaines des nouvelles dispositions qui autorisent le doute.

Ainsi on peut observer **que le poids des employeurs est accru dans certains domaines dans lesquels la représentation du personnel est absente**. Cela était déjà évident dans la pluridisciplinarité (art. R.241-1-1 à R.241-1-8) dans laquelle le responsable du SST *par l'intermédiaire de structures de GIE* a seul l'initiative de faire intervenir les IPRP sans que la représentation du personnel puisse avoir un pouvoir d'intervention effectif et où il définit les modalités de la collaboration entre les IPRP et le médecin du travail. Le fait que la commission médico-technique soit présidée par le responsable du SST sans que la représentation du personnel y soit conviée renforce le pouvoir du responsable du SST dans des domaines techniques pour lesquels, en outre, il n'a peut-être pas les compétences requises. L'ambiguïté que constitue la transmission par l'intermédiaire du responsable du SST au contrôle social des études et travaux du médecin (R.241-47) n'est que partiellement levée par la circulaire DRT et va dans le même sens.

Cette cécité du regard du contrôle social sur des questions techniques qui relèvent de la santé des salariés n'est pas sans influence sur l'indépendance des médecins. **Les principes mêmes qui la sous-tendent (fixation de son programme de travail, administration des moyens de production, liberté d'expression des avis et mise en œuvre de la décision par le médecin), définis par l'Ordre des médecins, qui a protesté lors de la promulgation du décret, sont ignorés.**

La contractualisation des SST qu'évoque la circulaire, ici en harmonie avec les méthodes de management en vigueur, impacte directement l'indépendance du médecin par l'introduction d'obligation **d'objectifs (c'est-à-dire de résultat)** pour des professionnels dont l'exercice est fondé sur une obligation de moyens.

Ainsi le privilège dont jouit le tiers temps s'exerce au détriment de la durée des visites médicales, seule variable d'ajustement d'un système contraint par la pénurie de praticiens, alors que la consultation médicale professionnelle est un outil indispensable de prévention en particulier des risques psychosociaux. Enfin, la définition du contrat de travail du médecin, contrainte par la notion de valeur plafond, est maintenant laissée à la merci d'une négociation inégale car déséquilibrée par la prééminence des employeurs.

Les contradictions du système mis en place par le décret en font un guide imparfait pour la prévention des risques professionnels. Un pilotage conforme aux intentions affichées par le législateur via les agréments n'est pas crédible car il ne comporte pas de réelles mesures de pénalisation pour les responsables de SST qui s'affranchiraient de la réglementation. Le bâton est ici une badine. Des employeurs pourraient donc détourner en toute impunité la prévention médicalisée des risques (articles en L et R.241-...) pour assumer leur propres obligations en matière de gestion des risques (articles en L et R.230-...) ce qui transformerait l'équilibre réglementaire entre ces deux piliers de la prévention des risques professionnels en France.

Même si les intentions paraissent bonnes, les contradictions minent l'édifice et les moyens sont insuffisants au regard des ambitions. Aucun système de prévention ne peut fonctionner sous la tutelle des intérêts à l'origine des risques.

Il est donc à craindre que la visibilité sur les facteurs de risque professionnel, préalable à toute prévention, ne soit pas au rendez-vous.

Alain CARRÉ