

RÉFLEXIONS

AUTOUR DU NOUVEAU DÉCRET

Compte rendu des débats du Congrès de l'Ass. S.M.T., 4 et 5 décembre 2004

Une lame de fond va changer la santé au travail. Mais tout n'est pas mauvais : il y a sous l'impulsion des directives européennes, l'évolution de la réglementation et de la jurisprudence, un passage d'une obligation de moyen à une obligation de résultats.

On assiste à une valse hésitation de l'État, depuis sa condamnation en 2004 dans l'affaire de l'amiante. D'un côté, il fait porter par les partenaires sociaux ce qu'il ne tient pas à arrêter lui-même (organisation des services de santé au travail (SST)) ; de l'autre, il fixe des objectifs sans négociation possible (Plan cancer 2003, Plan santé publique 2004).

Du côté des inspections du travail, pointe une certaine inquiétude : on est en train de passer d'un système généraliste à un système perdant une cohérence globale, et une spécialisation du côté de l'hygiène industrielle. Avec la loi organique de finance, (LOF), il y a un virage : auparavant, les inspecteurs du travail faisaient appliquer le Code du travail, avec des conseils. Aujourd'hui, la loi organique ne prévoit de financement, qu'en fonction des objectifs. Il y a passage d'une logique de contrôle des moyens à une logique de contrôle d'objectifs.

DE NOUVELLES ORIENTATIONS POUR LES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL

Avec ce décret, et les textes antérieurs sur la pluridisciplinarité, il y a un changement très net portant sur les orientations des SST. Avant le 28 juillet 2004, il y avait une sorte de tête à tête médecin du travail/entreprise, avec moyens dispensés par le service. Maintenant, sans autre refonte du Code du travail que ce décret, les services de santé au travail (SST) sont devenus services à responsabilité globale, chargés de faire des demandes aux entreprises sur leurs besoins en santé au travail, la commission médico-technique (CMT) élaborant le programme santé au travail par rapport à ces besoins. Il n'y a pas de verrou vis-à-vis des objectifs du SST à la CMT. Et pas de temps minimal fixé à l'intervention des IPRP. Le L.241-2 indique que les SST ont pour mission « l'appel aux compétences » (de services, d'organismes et

d'IPRP). Mais les SST font plus qu'appel, leurs directions se voient confier un programme de santé, avec définition du contenu. Et ce, sans contrôle social, sans compétences en matière de santé pour des directions recrutées en général du tertiaire ou de l'industrie.

Avec le décret, tout le titre IV du Livre 2 du Code du travail se trouve modifié.

Après l'affaire de l'amiante, qui a vu la condamnation de l'État, nous sommes dans une phase de contrôle de l'invisibilité des atteintes à la santé et de remise en cause du médecin du travail, avec, en premier lieu, atteinte à son indépendance professionnelle. La direction du SST transmet les études dans une politique de contrôle de ce que font les médecins. Le nouveau décret ignore le Code de déontologie médicale, qui dans son article 95 met en avant l'indépendance du médecin salarié. Le médecin doit être à l'initiative des études, avoir les moyens pour les mener et publier les résultats en toute liberté. En ce sens, le nouveau décret est une attaque directe à l'indépendance du médecin du travail.

L'orientation de ses actions est encadrée par la direction du service, qui se voit confier des responsabilités en matière de santé, alors qu'auparavant il ne lui était demandé que de la gestion d'un service. La commission médico-technique (CMT) qui organise les actions pluridisciplinaires est un organe sans contrôle social, la représentation du personnel y est absente.

L'idée que la direction du service partagerait la responsabilité en santé avec le médecin ne pourrait être soutenue. Il s'agit d'une responsabilité apparente car contradictoire avec le droit ; d'une contradiction intrinsèque du texte. Le texte est ambivalent, il nous fait croire que la médecine du travail a l'apparence d'être dans le champ de la convention, qu'une partie de la santé est du côté de la responsabilité de l'employeur du service, et en même temps, il y a une logique qui tire le médecin du côté de la logique de la santé publique en santé au travail.

À l'évidence, la posture de la médecine du travail ne peut être que dans une logique de santé publique en santé au travail. Du côté de nos règles professionnelles, il n'y a pas de doute là dessus.

Personne n'est détenteur dans les sphères dirigeantes, d'une vision globale sur la santé au travail. Le seul à avoir un vrai projet est le MEDEF, qui en a profité, avec quelques édulcorations. Ce décret reste un travail d'équilibriste, rédigé par de hauts fonctionnaires dans la crainte de leurs mises en causes personnelles, tentant de faire des « plans » dans un contexte de libéralisme économique.

LA CLINIQUE DU TRAVAIL ARTICULÉE ENTRE TÂCHES CLINIQUES ET INTERVENTION EN MILIEU DE TRAVAIL

L'INTERVENTION EN MILIEU DE TRAVAIL (IMT)

Elle devra être davantage dans la visibilité et c'est une bonne chose. Les 150 demi-journées incompressibles en entreprise peuvent enrichir la clinique. Il faut laisser la trace de notre conseil. La fiche d'entreprise est notre trace. La jurisprudence a mis en cause l'Etat et les employeurs, qui ont une obligation de résultat en santé. Le rôle pouvant être joué par la fiche d'entreprise est fondamental, comme le sont les attestations d'exposition et le suivi post-professionnel. Dans le risque chimique, c'est l'employeur qui définit s'il applique ou pas (risque classé faible ou fort) mais c'est au risque de sa responsabilité !

Le médecin du travail peut toujours indiquer qu'il classe le risque autrement que l'employeur.

LA PLACE DE LA CLINIQUE, PEAU DE CHAGRIN DU DÉCRET, MAIS SOCLE DU MÉTIER

La réduction du temps des activités cliniques est de fait, inscrite dans le décret. Mais d'un autre côté, on sent poindre le fait que l'aptitude commence à apparaître un peu en retrait. Tout n'est pas tranché. En filigrane, se retrouve une question fondamentale : la prévention en santé au travail peut-elle se passer de la clinique ? A-t-elle besoin d'une posture de médecin en santé au travail ? Pour faire quoi ?

Il faut se souvenir que le MEDEF a tenté un moment, d'évacuer presque complètement la clinique, en proposant de la confier par conventions, aux généralistes.

Il faut trouver un dosage entre activité clinique et le reste. Il paraît légitime que le temps clinique ne dépasse pas 70 %. Par exemple 50 % clinique et 50 % le reste, dont 30 % sur le terrain, et 20 % en exploitation, retour théorique sur ce qui s'est fait en terrain. Sinon, il ne peut y avoir de médecine d'accompagnement individuel et collectif. Il s'agit d'un travail d'équipe, avec les « équipiers » quotidiennement les plus proches du médecin que sont infirmier, ou secrétaire, distincts des IPRP (mais il est déjà des cas où les secrétaires ou infirmières se sont faites reconnaître en tant qu'IPRP !).

Les 150 demies-journées contiennent un risque de dérive : aller sur le terrain, pour se montrer, voire pour rendre des comptes. Le MIRTMO est présenté ici ou là en contrôleur de l'action de terrain des médecins, tout comme le service, prétendant avoir un œil sur le planning des interventions en milieu de travail. Cela étant, il paraît assez compréhensible de rendre compte de ce qu'on fait, de notre travail. Quant à la trace de ce qui est fait, en IMT, on peut revendiquer d'y inscrire ce qu'on prévoit, et d'en changer, comme sur un agenda. **Ce qu'on prévoit de faire est du travail, au même titre que ce qu'on a fait, ou pas pu faire.**

Pour certains, on ne va pas sur le terrain pour « améliorer les conditions de travail » mais parce qu'on a des objectifs de santé, tirés de la clinique. Au cabinet, il y a un patient qui explique. À l'atelier, sans étape clinique, on ne voit rien. À part les toutes premières visites d'entreprise un peu touristiques pour comprendre le travail, les suivantes sont pilotées par la clinique. La clinique est alimentée par l'intervention en milieu de travail. Voir et entendre, aussi hors du colloque singulier.

Pour d'autres, la clinique médicale s'exerce aussi sur le terrain, où on peut entendre des choses différentes par rapport à la consultation, des questions nouvelles pouvant surgir du terrain.

Interroger en clinicien, l'organisation du travail : ce qui est bon pour l'organisation du travail ne l'est pas forcément pour la santé. Certaines organisations du travail intègrent volontairement la part du risque contenu dans leur projet, en s'organisant pour qu'il n'apparaisse pas visible, à deux ans, à vingt ans (par exemple en organisant le départ de gens avant qu'ils ne deviennent des témoins déléteurs). Cependant il faut pouvoir gommer les traces des dégâts.

Organiser l'invisibilité des atteintes liées à l'organisation du travail, est rendu plus difficile avec un médecin qui tiendrait sa posture de clinicien.

Le décret – d'inspiration MEDEF –, ses limites politiques, son avenir, tient dans ce qu'il n'a pu trancher par la loi sur le fait que la médecine du travail est exclusivement en santé publique ou en santé au travail.

Dans ce qu'il n'a pu ou voulu trancher, s'inscrit notre marge de manœuvre. Face à la volonté de supprimer toute clinique individuelle, une issue possible est de donner un sens à l'accompagnement clinique du sujet au travail. À partir de cet accompagnement peut se construire un projet de prévention primaire collective envisageant l'organisation du travail et l'environnement de travail, en étant une alternative au projet de type ergonomique « ce qui est bon pour la santé est bon pour la production ».

Rapporteurs, Alain GROSSETETE, Jean-Louis ZYLBERBERG