

ANALYSE CRITIQUE DU DECRET DU 13 / 7 / 91 ET PROPOSITIONS SUR LE SUIVI DES SALARIÉS INTÉRIMAIRES

Le décret du 13/7/91 concernant la surveillance médicale des travailleurs intérimaires rencontre des difficultés d'application majeures, reconnues par l'ensemble des partenaires.

Ces difficultés sont dues aux éléments suivants :

- la non application du texte du 12/7/90 (art. L 124-2-5) concernant le recours à l'emploi des salariés intérimaires et de ceux à contrat à durée déterminée (utilisation abusive des intérimaires dans les entreprises à des postes fixes).

- le médecin de l'entreprise utilisatrice assure rarement la surveillance médicale spéciale telle que prévue par le décret du 13/7/91. Il n'est pas informé de la présence des salariés intérimaires dans les entreprises dont il a la charge. Le temps médical pour faire cette surveillance n'est pas prévu. Les examens complémentaires représentent un surcoût que

les entreprises ne veulent pas assumer. Le turn-over rapide des salariés temporaires dans l'EU, et la durée des missions très courte (9 jours en moyenne), rend la tâche du médecin EU très difficile.

- le médecin de l'ETT n'a pas les informations prévues par le texte (coordonnées du médecin de l'EU, description du poste). Ces médecins travaillent en services interentreprises. Le temps théorique défini par le texte n'est pas pris en compte. Pire : les sureffectifs permanents et l'éparpillement de la surveillance des intérimaires sur tous les médecins font, que l'effectif de ces salariés n'est même pas pris en compte dans le temps médical.

- la surveillance partagée entre le médecin de l'ETT, responsable de l'aptitude et le médecin de l'EU, responsable de la SMS, est illusoire car inappliquée en pratique. Elle

pose en outre de réels problèmes déontologiques et éthiques (problème de secret médical, y compris entre confrères).

Au total le médecin du travail, médecin de prévention, se retrouve dans le rôle exclusif d'un médecin de dépistage qui n'aurait pas, là non plus, les moyens de réaliser sa mission sans mettre en danger l'emploi du salarié : une demande de radiographie pulmonaire retarde la date de décision et risque donc de léser l'intérimaire en attente de mission, ou qui doit se présenter le jour même avec son certificat d'aptitude au chef de chantier. La moindre restriction d'aptitude peut représenter la même menace.

- le serveur pose plusieurs problèmes :

* celui de la définition des emplois ; de plus en plus la notion de risque se substitue à celle d'emploi... (ex : travail en hauteur).

* celui de la multiplication du nombre d'aptitudes à l'emploi pour certaines régions (3 aptitudes à chaque visite, donc 6 aptitudes pour 2 visites ?).

* celui de la maîtrise du serveur, qui échappe au médecin du travail (dans la plupart des cas il n'en a pas l'accès direct).

* celui de la non-utilisation du serveur par les agences ETT.

La mission du médecin du travail est de préserver la santé des salariés et de contribuer à améliorer les conditions de travail. Pour le médecin de l'ETT le clivage aptitude à un emploi / prévention d'un risque est ingérable, (car la participation du médecin EU n'existe pas en pratique), et son intervention peut facilement basculer vers la sélection... la mise en place du serveur pouvant faciliter cette sélection.

En effet, du fait de la distribution des rôles entre médecin ETT et médecin EU, mais aussi de la pression qui est exercée sur le service inter pour avoir une consultation avec un médecin (n'importe lequel), et de la pression qui s'exerce sur le salarié, la pratique qui découle de ce texte s'arrête à l'aptitude à l'emploi et très généralement la prévention du risque n'est pas prise en compte.

Nous pensons que le décret du 23/7/91 n'a pas résolu les difficultés représentées par la surveillance médicale des intérimaires. Nous proposons quelques pistes de réflexion :

- renforcer les limitations du recours au travail intérimaire (application plus stricte de la loi du 12/7/90, (art. L 124.2.3)

- étendre la liste des travaux interdits aux travailleurs intérimaires (rayonnements ionisants et au minimum l'ensemble des expositions à des agents cancérigènes).

- renforcer l'obligation d'établissement de la liste des postes à risques et à surveillance médicale spéciale (SMS), nécessitant une formation à la sécurité assurée par l'employeur, le CHSCT et le médecin du travail (art L 231.3.1).

- obtenir l'intervention matérialisée du médecin de l'EU lorsqu'un intérimaire est affecté à un poste à risque ou à SMS (comme défini ci-dessus), par exemple par sa cosignature sur la demande d'un travailleur intérimaire à un poste à risque ou SMS, avec par exemple fiche de définition du poste à établir pour le médecin ETT... (ce temps de travail doit être pris en compte dans le calcul de temps médical du médecin de l'EU.)

Pour les risques qui relèvent de décrets spéciaux en particulier, l'aptitude est du ressort du médecin qui suit le salarié, à condition qu'il ait réellement les moyens de prendre en charge médicalement ces risques (accès à l'information, temps...). Sinon c'est le médecin EU qui doit prendre en charge le risque.

On peut souhaiter que ces postes relevant de décrets spéciaux soient interdits au travail en intérim ; mais le problème est le même pour les travailleurs en sous-traitance (c'est la logique adoptée dans le projet de décret relatif à la protection des travailleurs exposés aux rayonnements ionisants, intervenant dans les INB).

- donner au médecin de l'ETT les moyens d'exercer sa mission. Le médecin de l'ETT doit effectivement obtenir toutes les informations introduites dans le texte du 13/7/91 (connaissance du poste, coordonnées du médecin de l'EU, personnes responsables de l'agence). L'organisation des services interentreprises de médecine du travail doit être modifiée pour ces salariés intérimaires (conditions d'affectation de ces effectifs à certains médecins, (en nombre restreint et motivés), temps médical attribué suffisant (une heure pour 10 salariés, introduction des intérimaires dans l'effectif en début d'année, en se basant sur les chiffres des années précédentes).

- supprimer le serveur : la fiche d'aptitude à un emploi, (ou à des emplois complémentaires : magasinier-cariste ou maçon-coffreur...), donnée par le médecin de l'ETT, est suffisante (art L 241.48).

L'application de ce décret va donner lieu à une évaluation. Il est primordial que les médecins prennent position, professionnellement, dans ce débat.

*Jean-Marie Eber, Marie Pascual,
Michelle Prévost, Nicolas Sandret
février 1996*

LES IDÉES-CLÉS, À NE PAS LÂCHER

la difficulté de la surveillance partagée, son caractère illusoire, les questions éthiques qu'elle soulève.

l'importance de la structure à laquelle est confiée la surveillance des ETT et des moyens mis en œuvre : cohérence de l'organisation, investissement des médecins (cf. l'expérience du service de Strasbourg).

l'intérêt de l'intervention du médecin EU sur l'attribution de certains postes de l'entreprise à des travailleurs intérimaires.

la priorité à l'objectif de prévention primaire au poste de travail.