

ÉVOLUTION DES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL, À LA LUMIÈRE DES RAPPORTS GOSSELIN ET DE L'IGAS

Compte rendu des débats du Congrès SMT de décembre 2007

À partir des deux rapports

- celui appelé rapport GOSSELIN,
- celui de l'IGAS.

Des questions se posent car beaucoup de points restent dans l'ombre :

- Qu'est-ce qui est du ressort de l'employeur ?
- Qu'est-ce qui serait du ressort des services de santé au travail ?

Ces questions sont de l'ordre de la responsabilité juridique des services de santé au travail, ce qui n'a rien à voir avec leur gestion. Il y a aussi le fait que les responsabilités personnelles et générales ne sont pas bien précisées. De même se posent des questions sur la responsabilité morale et médicale d'un service. Il s'agit dans notre débat de repérer les questions sans se limiter aux questions infirmiers, médecins, IPRP.

Voyons d'abord le contenu des deux rapports. Ensuite seulement nous pourrions en débattre.

RAPPORT GOSSELIN

Il clarifie :

- les questions d'aptitude et d'inaptitude,
- la protection de la santé,
- l'accès et le maintien au travail pour les seniors.

Des questions restent en suspens : pour l'aptitude on est déçu. Il reste des flous :

- Pour l'embauche, il faut s'assurer qu'il n'y a pas d'incompatibilité au poste de travail ; l'accord du salarié n'est pas précisé.
- Complexité du régime juridique.
- La dimension sociale du maintien dans l'emploi n'apparaît pas.
- Par contre on parle d'incompatibilité entre santé et postes de travail (on est dans la sélection).
- On propose de garder l'aptitude pour les postes de sécurité.

Ce rapport reste donc ferme sur l'aptitude sécuritaire et la confie au médecin du travail. L'aptitude sécuritaire ne l'a pas ébranlé. Il évacue le consentement éclairé. Il explique que c'est pour le bien du salarié (ce qui est le cas de nombreux médecins du travail, qui cherchent à se protéger).

L'inaptitude temporaire est prévue et officialisée : c'est une ouverture. Le médecin du travail peut donner un cadre à la soustraction du travail avec le médecin traitant.

Le rapport ne tient pas compte des dispositifs mis en place pour le maintien dans l'emploi.

Il y a l'incertitude juridique, reprise dans le rapport FRIMAT-CONSO. L'employeur essaie de déléguer à d'autres acteurs la responsabilité, notamment au médecin du travail. L'employeur croit qu'il est protégé alors qu'il n'en est rien. C'est cela l'incertitude juridique. Les médecins croient également qu'ils n'auront pas d'ennui. « Ils bétonnent ».

Même dans la fonction publique où l'inaptitude n'existe pas, des médecins mettent des aptitudes et ne savent pas que la loi ne le prévoit pas.

En conclusion, le rapport GOSSELIN ne propose pas de réforme de la médecine du travail mais des aménagements et des inflexions.

RAPPORT DE L'IGAS

Le rapport de l'IGAS, tout au contraire, s'avance vers une réforme de la médecine du travail, et ceci dans un délai très court.

CONFUSION ENTRETENUE ENTRE LES RÔLES DES ACTEURS : MÉDECIN DU TRAVAIL ET EMPLOYEUR

Ce rapport va vers un transfert de responsabilité des employeurs vers les services de médecine du travail, en exemptant les employeurs de certaines responsabilités. Le médecin du travail a une responsabilité de moyens mis en œuvre pour le maintien de la santé des salariés. L'employeur a une responsabilité de résultat.

Mais pour le juge, qu'est ce que c'est que la santé ? Un mal être ? Une dépression ?

Le droit à la santé de la constitution de 46 est ignoré. On voulait abolir ce qui a été fait en 1946.

Il y a de grands absents dans le rapport de l'IGAS :

- d'abord les salariés ;
- les inégalités sociales de santé au travail ;
- les tutelles administratives qui sont défaillantes actuellement ; elles ont des difficultés à assumer leur rôle ;
- le conflit d'intérêt des employeurs n'apparaît pas.

Des confusions sont présentes : par exemple au niveau de la fiche d'entreprise. Elle aurait pour objet que le médecin du travail fasse des propositions d'amélioration. Elle constituerait une fiche prescriptive à laquelle, l'employeur doit don-

ner une réponse et utiliser le CHSCT pour ce faire. Il y a une proposition de fondre la fiche d'entreprise avec le document unique (ce qui en fait se fait déjà par certains médecins du travail).

La seconde partie porte sur l'organisation des services :

- valorisation des infirmières et des assistantes (qui doivent passer par des formations),
- critiques de la façon dont fonctionnent les IPRP.

Les équipes médicales : médecin + para médical + assistante. Le para médical et l'IPRP doivent être sous la responsabilité du médecin également.

D'après le rapport, il ne serait pas possible de remettre en cause le fondement juridique des IPRP qui ont une bi appartenance. Ils peuvent être sous la responsabilité des employeurs ou des services de santé au travail. La distinction entre prévention de la santé et gestion des risques n'existe pas.

Donc les IPRP sont des conseils aux entreprises. Du côté interdisciplinaire il y a un médecin responsable des IPRP. Les IPRP seront donc sous la houlette de ce médecin indépendant, ceci permet aussi l'activation avec les autres médecins de santé au travail.

En ce qui concerne l'aptitude, l'évolution est plus radicale : suppression de l'aptitude à l'embauche (ne sert pas à affirmer une capacité de cette personne).

QU'EN EST-IL DU RÔLE JURIDIQUE DES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL ?

Il n'y a pas : dans le droit actuel d'aujourd'hui, c'est la mission du médecin du travail. Il faut introduire une définition de cette mission des services de santé au travail.

Les services de santé au travail (personne morale), contribuent à la prévention des risques sanitaires au travail et mettent en œuvre des plans établis dans chaque entreprise, chaque année. Les services de santé au travail participent aussi à la veille sanitaire et contribuent à la progression de la santé au travail.

Les IPRP continueront à être de la main gauche des membres de l'employeur et de la main droite des membres des services de santé au travail.

La construction est pyramidale :

Plan santé publique



Plan santé au travail



Plan décliné par les services de santé au travail

Tous ces plans pèsent sur l'indépendance des médecins du travail qui n'est plus défendue. Ce sont les directeurs ou présidents qui managent les commissions médico-techniques. N.B : Pour les petites entreprises, rien n'est prévu.

Un autre absent du plan est le travail. Éloignement du travail vers la santé publique :

- disparition de la DRIRE ;
- rapprochement avec la DRASS.

Le travail disparaît et s'élargit à une conception :

- de santé,
- de problème environnementaux.

Pourquoi ? La tutelle est incompétente, les directeurs régionaux sont incompétents en santé.

Y A-T-IL UN FACTEUR RÉGULATEUR ?

Rien ne l'indique dans le texte. Nous avons été exclu de par le travail du monde de la santé. L'idée de la tutelle est importante et surtout le fait qu'elle ne soit pas que travail est important. L'accréditation des services de santé au travail est subordonnée à quatre domaines complémentaires : sécurité, toxicologie, ergonomie et psychologie du travail. Le poids de la scientificité prime. Il faudra nommer des enseignants chercheurs. L'importance de l'université s'accroît.

Le point le plus important soulevé est que le service de santé au travail n'existe pas comme personne morale, parce que l'objet n'existe pas. Tout le contrôle social est légitimement fondé sur le contrôle de l'activité du médecin du travail.

Dans les services de santé au travail, il y a une part qui relève du médical et une part qui n'en relève pas. Les services ont connu une évolution de la santé au travail, vers la santé publique. Un regard de l'État existe toujours.

Quelques questions se posent :

- Est-il fondé que la partie non médicale soit dans le cadre du contrôle social ? Il n'y a jamais eu de débat sur cette question ?
- Pour la partie médicale, jusqu'où doit on aller vers l'autonomisation du service médical ? Seul resterait légitime le contrôle social sur la partie médicale.

En effet on ne peut garder le contrôle social sur les parties dépendant d'autorité supérieure.

Il faut un débat sur le service médical, à savoir : quelle est la composante humaine ? médecin, psychologue, autres intervenants ?

Notre intervention en tant que médecin est définie par notre responsabilité sur notre secteur.

Comme nous nous acheminons vers l'impossibilité de suivre individuellement une population, il faudra accepter une responsabilité collective d'une partie du service de santé au travail.

Le champ change, il faut poser des alternatives sur la table, et ces alternatives sont différentes pour un service autonome et pour un service interentreprise.

Si on part du fait qu'il n'y aurait pas une rencontre avec un médecin, mais avec des membres d'une équipe, cela déstabilise notre engagement. Jusqu'où le médecin sera responsable ? Nous sommes en train de perdre tous nos repères.

Par rapport aux IPRP nous sommes en déficit de réflexion et de débat. Ces IPRP vont prendre de plus en plus de place. Quel en sera le contrôle social ? Déterminer les orientations ? Les objectifs communs ? Au fait servira-t-il encore à quelque chose ?

Dans les services inter, ce contrôle est bidon. Il est fait de gens incompétents en matière de santé, comme l'est la direction des services médicaux du travail. Les services de santé au travail seront efficaces si l'objet est la santé, et qu'on ait des personnes compétentes en matière de santé.

En fait, depuis l'an 2000 on mélange santé, gestion des risques et conditions de travail. Nous sommes victimes de cela ; la question de la santé au travail peut être abordée de manière médicalisée. Nous devons sauvegarder la clinique médicale du travail et garder la connaissance des postes de travail, rien d'autre.

À partir de là, les personnes, les salariés savent comment nous travaillons, quelle est notre compétence et comment nous construisons notre métier.

La HAS (Haute Autorité Sanitaire) représente un danger pour notre pratique professionnelle. Ce n'est pas à elle de nous dire comment nous devons travailler.

Pour engager des professionnels différents, pour déléguer il faut se poser la question de la légitimité des personnes qui font que le service puisse se développer.

Nous avons besoin d'une structure qui préserve notre pratique de la clinique médicale et non une pratique de déploiement des connaissances.

Il s'agit de maintenir notre métier quelle que soit la structure.

Jean-Marie EBER, rapporteur