

LA MORT DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL

Alain CARRÉ, médecin du travail

ÉTAT DES LIEUX

LA MÉDECINE DU TRAVAIL, UN EXERCICE MÉDICAL PARTICULIER DANS UN CHAMP ESSENTIEL QUI IMPOSE DES PRATIQUES SPÉCIFIQUES

Après plusieurs mois de négociation sur l'avenir des SST, les partenaires sociaux se sont quittés sur un constat de désaccord. Les propositions des organisations d'employeurs n'ont pas été approuvées pour des raisons exprimées par chaque confédération représentative.

L'objet de cette réflexion n'est pas de revenir sur les raisons des uns ou des autres mais de mettre en lumière le retentissement putatif que les mesures proposées et retoquées auraient eu sur les pratiques en médecine du travail. Il ne s'agit pas ici de rechercher à ressentir un frisson rétrospectif mais bien d'anticiper sur les décisions d'une mandature, dont la bienveillance pour la santé des travailleurs n'est pas toujours perceptible, et pire encore, dont la compréhension des enjeux est souvent extrêmement douteuse en matière de

santé et plus particulièrement de santé au travail. Le tropisme vers le libéralisme qui la caractérise ne la prédispose pas à la compétence dans ce domaine, comme dans d'autres liés spécifiquement au pacte social républicain. Celui-ci postule notamment que, pour la République Française, la liberté d'un individu est bornée par celles de tous les autres. Contrairement à la conception anglo-saxonne qui limite chaque liberté individuelle par le préjudice, notre conception, qui reconnaît également ce principe, en précise, par une simple phrase, l'exercice qui relève d'une cohabitation pacifique et raisonnée de chaque liberté individuelle avec toutes les autres. Tant que ce pacte social(1) sera inscrit dans la Constitution et demeurera vivant, comme l'affirme la juris-

1 - Article 4 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen : La liberté consiste à pouvoir faire tout ce qui ne nuit pas à autrui ; ainsi, l'exercice des droits naturels de chaque homme n'a de bornes que celles qui assurent aux autres Membres de la Société la jouissance de ces mêmes droits. Ces bornes ne peuvent être déterminées que par la Loi.

.....

prudence de la Cour de cassation, la liberté d'entreprendre sera subordonnée au droit à la protection de la santé.

Pourquoi existe-t-il des médecins du travail en France ?

En 1946, pour la première fois fut inscrit dans la Constitution de la République le droit individuel à la protection de la santé(2). Pour y concourir, en milieu de travail, s'agissant de santé, fut mis en place en 1947, un corps de médecins spécialisés exerçant, comme tout médecin, dans le cadre d'une obligation de moyens.

S'agissant d'un droit individuel, le principe fondateur postulait que l'exercice serait un exercice de « première ligne », c'est-à-dire d'un exercice de consultation médicale. C'est pourquoi, il ne peut y avoir qu'une médecine du travail de première ligne. La tâche confiée à ces praticiens à l'origine et qui n'a pas varié depuis, est une action préventive destinée « à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail ».

La définition mérite d'être examinée avec soin. Tout d'abord l'objet unique de l'action du médecin du travail porte sur l'influence, non seulement du travail sur la santé du travailleur, mais bien d'un travail situé : le sien, à ce moment là, dans ce contexte là. Le but à atteindre, purement préventif, considère comme objet l'altération de la santé et non seulement la prévention des atteintes à la santé.

Comme médecin, le médecin du travail ne dispose pas d'une définition précise de ce qu'est « l'altération de la santé », sauf quand celle-ci relève de la maladie avérée cernée par un diagnostic. Pour tous les états précliniques, voire para-cliniques (la fatigue ou le mal être par exemple), le médecin du travail doit, pour repérer puis prévenir ce qui relève de « l'altération », prendre en compte des éléments qui tiennent à la subjectivité du travailleur. Cette subjectivité et ses liens contextuels professionnels, dans lesquels le travail réel et l'influence des autres travailleurs jouent un grand rôle dans la construction de la santé et dans l'apparition d'altérations, sont au cœur des pratiques de la médecine du travail.

Réduire ces pratiques à un catalogue de « bonnes pratiques » modèle ANAES, modifié HAS est de ce fait impossible. Il n'existe pas de bonnes pratiques *a priori* en médecine du travail mais des pratiques adaptées à des situations particulières dont seuls les échanges entre pairs peuvent rendre compte et garantir la pertinence. Ceux qui prétendent pouvoir les prescrire, *a priori*, de l'extérieur, n'ont jamais exercé le métier.

Une clinique spécifique : la clinique médicale du travail

L'ensemble de ces facteurs a imposé aux médecins du travail de développer un exercice qui relève d'une clinique médi-

.....

2 - 11^{ème} alinéa du Préambule à la Constitution : « *(La Nation) garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence.* »

cale particulière, la clinique médicale du travail, qui complète et transcende la clinique médicale telle qu'on l'enseigne dans les facultés de médecine. Cette clinique, qui n'est pas enseignée, naît des coopérations entre pairs autour de leurs pratiques. Seul l'exercice du métier permet de l'acquiescer. Cela différencie fondamentalement l'exercice de la médecine du travail de tout autre exercice médical.

Cette clinique a pour espace de déploiement le cabinet médical et les lieux de travail et de débats sur le travail de l'entreprise. Le médecin intervient sur un lieu de travail comme médecin, dans un cadre déontologique identique à celui de l'exercice clinique individuel. Il prend la parole, comme médecin, dans un CE ou un CHSCT.

Comme toute clinique médicale, celle-ci a pour premier objet de repérer l'agent pathogène, ici le danger ou le risque pour la santé dans le travail, d'en dépister les effets, ici les altérations de la santé, en en élucidant le lien à l'agent pathogène (lien santé-travail), et conformément au code de la santé publique, d'en informer le travailleur, de décider avec lui des mesures nécessaires pour assurer le maintien ou le retour à un état de santé sans altération et d'assurer ses droits.

À ce rôle individuel s'ajoute un rôle d'information et de conseil pour empêcher l'altération de la santé vis-à-vis des autres membres de l'entreprise : son responsable et la représentation du personnel.

Un exercice médical dans un champ de conflit qui impose un déploiement politique

La deuxième différence, qui tranche avec les autres exercices médicaux, est que celui de médecin du travail se situe, contrairement aux autres modes d'exercice, dans un lieu et un contexte où la santé n'est pas une valeur « en soi ». Dans un établissement de santé, dans le cabinet médical libéral, au moins en principe, ce qui est au centre de la relation est, sinon la santé, du moins son atteinte : la maladie.

Dans une entreprise, en tout lieu, y compris dans le cabinet médical, la santé est la résultante, *nolens volens*, de l'exploitation de la force de travail et de sa négociation par chaque salarié, ou /et par les salariés ensemble, avec le ou les propriétaires de l'entreprise ou leurs préposés. On peut y construire sa santé au travail mais cela se fait souvent dans la subversion ou le rapport de force.

Le métier de médecin du travail n'est pas complètement enseigné dans les facultés qui se contentent d'y apporter les connaissances qui seraient, selon elles, nécessaires. La médecine du travail est la seule spécialité médicale où les enseignants, dont la compétence est avérée en pathologie professionnelle, n'exercent pas ou plus la spécialité.

Confronté à ce contexte et dans cette situation, le médecin du travail sans expérience, pour qui la santé est une valeur souffre en outre d'un triple handicap :

- Il a été formé pendant toutes ses études dans le respect de la hiérarchie médicale. Cette hiérarchie est le plus souvent réellement légitime puisqu'elle repose sur l'expérience, le savoir et les pratiques. Confronté à la

hiérarchie d'une entreprise, fondée sur un rapport de force et marquée par la méconnaissance du travail réel par l'organisateur du travail, le risque pour le médecin est la confusion entre ces deux situations et l'adhésion « de principe » à l'autorité de l'employeur, avec comme conséquence possible la perte de confiance des travailleurs.

➤ Le second écueil concerne la posture professionnelle naturelle de porteur de connaissance dont l'expression est sensée emporter l'adhésion de l'interlocuteur. Dans la mesure où la question de la santé est ici secondaire, le résultat de cette posture est soit l'impuissance, soit la méfiance devant un donneur de conseils sans réalité pratique.

➤ Le troisième travers, que sa formation a favorisé, est la distance aux situations de conflit, à l'expression de la douleur physique ou mentale, nécessaire à une activité médicale rationnelle. Dans l'entreprise, lieu de conflits, la tendance va être celle de rester dans une réserve prudente que les acteurs du conflit vont encourager ou déplorer. C'est souvent dans des revendications d'impartialité, voire pire de neutralité, que va se réfugier le médecin. Tout au contraire, s'il veut exercer pleinement son art et être utile aux femmes et aux hommes pour lesquels il assure la prévention des altérations de leur santé au travail, le médecin doit développer une pensée et une analyse indépendante et une militance engagée, non du point de vue de l'un ou l'autre camp, mais du point de vue, minoritaire par rapport aux autres enjeux, celui, exclusif, de la santé des travailleurs.

Tout ceci est parfaitement ignoré, de tous les partenaires sociaux, mais aussi d'une grande partie des médecins du travail eux-mêmes, dont certains se réfugient, soit derrière des stratégies défensives, celles de l'encadrement de leur niveau, soit dans un activisme préventif général qui leur permet de mettre à distance les exigences de leur exercice. D'autres enfin, mais ils sont minoritaires, suivent la voie dangereuse de l'appui au management en matière de gestion des risques afin de prévenir toute atteinte à la santé et de gestion médicale de la main d'œuvre.

LA MACHINE INFERNALE

CONTRÔLER UN TÊMOIN GÉNANT DE L'ÉCHEC DE PRÉVENTION DES EMPLOYEURS ET DES CARENCES DE L'ÉTAT EN MATIÈRE DE PROTECTION DE LA SANTÉ AU TRAVAIL : LE MANAGEMENT DE LA SANTÉ AU TRAVAIL

La prévention des risques professionnels du côté de l'obligation de sécurité de résultat : un échec

La prévention des risques professionnels du côté de l'obligation de résultat des employeurs est le second pilier réglementaire de la prévention en France. Il repose sur les obligations générales de prévention et est décliné en obligations particulières pour chaque risque repéré. Incapacité ou volonté contraire, ces obligations ne sont pas remplies, car notre pays est encore le champion d'Europe (au sens des pays fondateurs) des inégalités sociales de santé au travail.

Par exemple, un ouvrier non qualifié a trois fois plus de risque de mourir d'un cancer, d'une maladie cardiovasculaire ou de mort violente qu'un cadre supérieur ou qu'un professionnel d'une profession libérale. Seul un petit millier de cancers professionnels sont reconnus en maladie professionnelle contre 25 000 attendus. La part d'implication du travail dans les maladies survenant chez les ouvriers concerne 27% d'entre elles contre 10% pour celles survenant chez les cadres. À âge égal les employeurs français ont une sous mortalité par rapport à leurs homologues suédois ou anglais alors que par rapport à leurs homologues des mêmes pays les ouvriers français ont une surmortalité.

L'État fait la sourde oreille et préfère « moderniser » les SST plutôt que de porter le fer où il s'impose c'est-à-dire du côté de l'échec de la gestion des risques par les employeurs.

Le panorama ne serait pas complet s'il ne donnait pas acte à un certain nombre d'employeurs, notamment ceux qui possèdent de petites ou moyennes entreprises, des difficultés techniques qu'ils rencontrent pour assumer leurs obligations de prévention. La première difficulté est la pression économique qui les incite à négliger ces obligations, considérant, par ailleurs, le peu de risque qu'ils encourent à le faire.

La seconde est que, contrairement aux entreprises de plus grande taille qui s'organisent pour se doter des compétences nécessaires en matière de responsabilité de prévention, du point de vue de l'employeur, les PMI-PME sont sans aide dans ce cadre. Certes, elles peuvent, au coup par coup, faire appel aux compétences du service prévention de CRAM, mais, dans ce cas, les capacités d'aide sont très rapidement saturées et le risque des augmentations de cotisation dissuasif. D'où le recours aux SST pour combler cette lacune.

Cette pratique est légitime mais destructrice. Légitime, car même si on demande aux médecins du travail d'intervenir afin de prévenir toute atteinte à la santé, en limitant à l'aval, leur devoir situé en amont de prévenir toute altération de la santé, il s'agit bien de prévention. Encore faut-il qu'il s'agisse d'une prévention médicale avec pour seul objet l'intérêt de la santé du salarié.

Destructrice, car l'habitude prise, il devient difficile au médecin du travail ainsi positionné, de se déployer en prévention primaire des altérations de la santé, par abandon de son point de vue médical spécifique et d'éviter le basculement du côté de l'expertise de sécurité.

Cette question essentielle du détournement de la prévention primaire médicale des altérations de la santé vers une prévention des atteintes du point de vue des responsabilités d'employeur est au cœur des difficultés actuelles et soutend implicitement, en partie, les projets patronaux. Mais elle n'est nommée nulle part. Dans les récentes recommandations pour la prévention dans les PME-TPE cette confusion continue d'être entretenue.

Notre pays est donc ballotté, de « scandale sanitaire » en « scandale sanitaire », de l'amiante au suicide au travail mais

la médiatisation est fugace et retombe vite. Le voile d'invisibilité est vite ravauté. Dans le même temps où la grippe H1N1 fait moins de 500 victimes dans notre pays, les victimes du travail se comptent par milliers.

Il est donc urgent pour les employeurs et l'État d'en finir avec le système de veille médicale qui, bien que rachitique, continue obstinément à montrer que le roi est nu.

Le projet des employeurs le management de la santé au travail

Plus précisément le texte des employeurs est révélateur de trois craintes principales :

- Par les mises en visibilité qu'il devrait permettre, du point de vue de l'intérêt de la santé de chaque salarié, et non du point de vue de la gestion des risques, le système de prévention médicale est une bombe immédiate et à retardement pour la responsabilité personnelle et financière de chaque employeur.
- Au-delà, et les jurisprudences récentes le confirment, la prééminence du droit à la protection de la santé sur celui des prérogatives d'organisation de l'employeur (c'est-à-dire, pour parler net, sur le droit du propriétaire), notamment celle de la cour de cassation de mars 2008, a introduit un nouveau paradigme qui ne pourra pas trouver d'aboutissement social si la prévention médicale (santé=médecin) ne peut fonctionner.
- Pour le PME et TPE, il est vital que les SST se positionnent du côté de la gestion des risques, pour des raisons d'incapacité de ces entreprises de développer des compétences dans ce domaine.

Le projet final a été précédé par de multiples versions, au fur et à mesure des amendements des différents acteurs sociaux. Les versions successives s'articulent autour de trois projets implicites.

- contrôler l'indépendance des médecins du travail au moyen :
 - du transfert du rôle des médecins du travail sur les SST ;
 - de leur positionnement en gestion des risques.
- détruire la clinique médicale du travail :
 - en substituant aux médecins du travail d'autres professionnels ;
 - en espaçant les visites ;
 - en organisant une gestion médicale de la main d'œuvre.
- conserver la main sur la gouvernance.

Il s'agit de « réformer » et de « moderniser » les services de santé au travail et plus largement la médecine du travail, c'est-à-dire, en profitant d'une « divine surprise » politique et idéologique de prendre sa revanche sur les avancées sociales de la première moitié du demi-siècle précédent. Le libéralisme procède par antinomie : « réformer » c'est détruire, « moderniser » c'est faire régresser. L'urgence de procéder a été préparée par la stratégie du pompier pyromane : on allume le feu (ici on organise la pénurie de praticiens) avant de proposer de l'éteindre. Enfin, fidèle au pro-

jet libéral, la proposition est celle d'un management de la santé au travail.

Les manifestations pathologiques de l'organisation du travail libérale ne sont pas des effets collatéraux et leur prévention ne relève pas d'une amélioration de certaines de ses caractéristiques.

Le moteur même de l'organisation du travail libérale est l'individualisation et la mise en concurrence des travailleurs pour densifier et intensifier le travail, en en faisant des instruments consentant, en les considérant comme des objets fournissant la production et le service. Ce fonctionnement s'oppose point par point à ce qui permet la construction de la santé au travail dès lors que celui-ci est action sur le réel, dans une tradition de valeurs partagées entre professionnels, qui structurent les collectifs professionnels et permettent pour chacun la reconnaissance de l'utilité et de la pertinence de sa contribution.

De ce fait le management déconstruit la santé des travailleurs, et la souffrance est consubstantielle de cette organisation. Le management libéral fonctionne à la souffrance, comme une voiture fonctionne à l'essence.

Appliquer le management à ceux qui par leur action sont chargés d'en repérer et d'en dénoncer les effets relèverait de l'inconscience ou de la malignité.

L'organisation du travail « moderne », pour obtenir le résultat qu'elle désire atteindre et qui est uniquement celui demandé par le marché, dans le temps du marché, et n'a rien à voir avec l'objectif de qualité professionnelle que s'assigne le travailleur, procède en fixant des objectifs en laissant le salarié tricher dans une pénurie de moyens pour les atteindre.

Or l'exercice de la médecine repose sur une obligation de moyen et son évaluation, y compris de son résultat, implique avant tout une appréciation des moyens mis en œuvre. Il existe donc une incompatibilité de principe entre management et exercice de la médecine du travail.

Comme le définit un chercheur : « *Le management peut être défini, comme "une technologie politique" : il s'agit d'un dispositif organisateur de discours qui guident des actes, d'un savoir inscrit dans des techniques verbales et mentales qui produit du pouvoir* ».

Le corollaire de cette définition est la dissimulation derrière laquelle il chemine et l'insincérité de ses discours. La clinique médicale tout au contraire impose la référence à la réalité comme technique et la sincérité et l'authenticité comme posture. La technique managériale est inassumable par un médecin et destructrice pour ses pratiques. Accepter qu'elles s'appliquent dans ce cadre serait destructeur pour la clinique.

Déjà, certains services interentreprises, parmi les plus zélés, mettent en place des « démarches de progrès », des « attestations d'engagement », des « processus de certification », des « comités de pilotage », dans le plus pur style managérial, qui sont, d'une part, autant de machines à formater et

arrêter la pensée, et d'autre part des outils de contrainte de l'indépendance d'exercice.

Concernant les services autonomes, cet accord propose de dérégluer la limite entre SST autonome et SST interentreprises, actuellement basée sur les effectifs de l'entreprise.

Cette disposition permettrait un choix sans contrôle de l'employeur entre service autonome et service interentreprises. À terme, sous la pression de ce « marché », seuls demeureraient des services autonomes de médecine d'entreprise.

Contrôler l'indépendance des médecins du travail

Il s'agit de construire la confusion entre prévention médicale et gestion des risques pour faire assumer par les médecins des responsabilités de gestion des risques dans le cadre d'une obligation de résultat. Il est préconisé un changement de nature des SST. Les SST avaient pour objet, jusqu'alors, d'assurer la logistique des moyens de la mission confiée aux médecins du travail d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail.

Le projet d'accord poursuit plusieurs objectifs :

- Investir officiellement les SST d'un rôle en matière de gestion des risques en les transformant en service prévention-sécurité du point de vue des responsabilités d'employeur (obligation de sécurité de résultat) ce qui les détourne de leur mission première du point de vue exclusif de l'intérêt de la santé du travailleur, ce qui, outre la confusion décrite plus haut, leur fait abandonner leur spécificité préventive.
- Leur assigner la mission des médecins du travail ce qui donne aux SST pouvoir d'empiéter sur leur indépendance. Les SST ne peuvent avoir pour objet la mission des médecins du travail mais bien celui de mettre à disposition les moyens nécessaires à leur mission.

Les SST deviendraient une courroie de transmission de la pression des employeurs sur les médecins du travail. Ceux-ci, écartelés entre des injonctions incompatibles, ne pourraient plus assurer leur mission de prévention du point de vue exclusif de la santé des travailleurs. Leur responsabilité personnelle de moyen deviendrait une obligation de résultat sur des critères fixés par les employeurs.

Il en résulterait la fin de l'indépendance des médecins du travail, les SST faisant pression sur eux pour atteindre leurs propres objectifs. Ces dispositions entraînent un changement de nature de la médecine du travail et induisent une dérive vers la médecine d'entreprise d'appui médical au management.

Détruire la clinique médicale du travail

L'INSTRUMENTALISATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ AU TRAVAIL
ET LE CONTRÔLE DE LEUR INDÉPENDANCE
AU PRÉTEXTE DE LA PÉNURIE ORGANISÉE DE MÉDECINS DU TRAVAIL.

Il s'agit en premier lieu d'éloigner le médecin du travail de l'exercice de consultation médicale. Ainsi des médecins généralistes pourraient se voir confier des visites médicales. Ce serait une première d'un exercice sans compétence ni spécialité, au sens des qualifications, dans un domaine dont

nous avons vu plus haut la complexité. Cette mesure, du point de vue du code de la santé publique, notamment dans ses aspects déontologiques, serait préjudiciable et engagerait la responsabilité personnelle de ces médecins. Par ailleurs, la pénurie de praticiens limiterait notablement l'intérêt de la mesure.

Au prétexte de pénurie de médecins, et non pour valoriser leur rôle, il est aussi question de faire monter en ligne les infirmiers pour réaliser des « rencontres médico-professionnelles » hors de toute définition de ces actes, sans formation spécifique, hors de tout cadre réglementaire et de lien au code de la santé publique. La question n'est pas ici celle de la légitimité d'intervention de ces professionnels, mais de son cadre juridique et de compétence. Cela induirait un transfert de responsabilité sans les moyens de l'assumer.

La question se pose également pour le rôle propre des infirmiers (enquête ou études de conditions de travail sous la responsabilité du médecin en charge du secteur qui en est l'objet) que certains d'entre eux assument déjà dans certains services autonomes. Mais la majorité des nouveaux recrutés potentiels ne sera pas en mesure d'assumer ce rôle sans formation complémentaire ce qui restreint l'application de cette proposition. Et puis, alors que l'hôpital public souffre déjà d'une pénurie d'infirmiers, où trouvera-t-on le gisement de recrutement d'infirmiers pour les SST ?

Il s'agit aussi de substituer d'autres professionnels au médecin dans l'activité en milieu de travail. Pour les IPRP, l'accord prévoit que leur compétence devrait être garantie par l'habilitation. Les deux principales questions qui concernent leur activité ne sont pas posées :

- celle de leur positionnement exclusif du point de vue de la santé du salarié ;
- celle de leur indépendance sans garantie qui les livre sans défense aux éventuelles pressions des employeurs.

Enfin, alors qu'elles assurent actuellement une grande partie de la logistique des SST interentreprises, les assistantes en santé au travail ont droit à quelques lignes qui n'envisagent ni la nécessité de montée en compétence, ni de valorisation de leur travail.

EN FINIR AVEC LA CONSULTATION MÉDICALE

L'espacement des visites périodiques à trois ans (dans le premier texte de proposition jusqu'à quatre ans) n'est qu'une étape vers pire, rendrait très aléatoire une surveillance médicale individuelle et lui porterait un coup fatal. La réalité (Renault, EDF et Gaz de France, France Télécom) nous apprend que **dans un contexte d'organisations du travail pathogènes, en perpétuelles restructurations, seule une périodicité de visites très courte est à même de permettre de dépister, de comprendre et d'alerter sur leurs effets, notamment sur la santé psychique.** En plein rétro pédalage, l'accord sabote ces instants de prévention. C'est le principe même d'une médecine du travail de première ligne qui est ici visé.

METTRE EN PLACE UNE GESTION MÉDICALE
DE LA MAIN D'ŒUVRE

C'est la partie la moins dissimulée du projet. L'adaptation du travail à l'homme, base même du pacte social républicain, a ici totalement disparu. La notion de travail humain est vide de sens. Seul demeure le marché de l'emploi dans lequel le maintien du travailleur réifié dépend de son employabilité. Le rôle du médecin est de maintenir ou d'exclure de l'emploi :

- en ignorant que le but des visites médicales est le maintien au travail dans l'intérêt de la santé du travailleur, ce qui implique en tout premier lieu des adaptations du poste de travail ;
- en redéfinissant la notion d'avis d'aptitude médicale du seul point de vue de l'employabilité du salarié, alors qu'elle comprend actuellement réglementairement une exigence d'adaptation du poste ;
- en donnant une définition de même nature à l'inaptitude qui commencerait dès lors que le salarié aurait une contre-indication à une seule tâche de son poste de travail.

Le projet a pour effet d'enfermer le salarié et le médecin dans un choix binaire impossible : soit accepter que la santé du salarié soit altérée et le déclarer « apte », soit tenter de la protéger au risque de le priver de son emploi en le déclarant « inapte », c'est-à-dire en dernière analyse atteindre à sa santé.

Des heures de négociation seront ici consacrées à savoir qui paye la période entre l'éventuelle décision d'inaptitude « à tout poste » et le licenciement.

Garder la main sur la gouvernance des services

Le but ultime de cette négociation était, pour les organisations d'employeurs, de conserver le contrôle des SST notamment dans les SST interentreprises. Cela signifie : continuer à gérer les services par le biais du statut d'association dont les adhérents sont les chefs d'entreprise ou directement comme employeur dans les services autonomes. Une proposition de collecte des cotisations par un organisme public a été tout simplement ignoré ce qui accrédite l'idée que cette gestion permettrait accessoirement la mise à disposition de gisements de fonds pour certaines organisations d'employeurs locales

Cette gestion par les employeurs des services de santé, dont les médecins sont chargés d'alerter sur les mises en danger des travailleurs du fait de l'exploitation de la force de travail, est un défaut rédhibitoire du système de prévention des risques professionnels. L'argument employé est spécieux : « c'est parce qu'ils financeraient les services que les employeurs les gouverneraient ».

Cette aberration plombe les SST et tire vers le bas l'exercice des médecins depuis l'origine.

Chaque partenaire y va de sa solution mais aucun n'a la clairvoyance d'énoncer le théorème : **il ne saurait y avoir de prévention médicale des risques professionnels tant**

que les employeurs seront majoritaires dans la gouvernance des SST, c'est-à-dire dans leur gestion et dans leurs orientations techniques.

LE COUP DE GRÂCE

LE SOUTIEN DE L'ÉTAT AU PROJET DE DESTRUCTION DE LA PRÉVENTION MÉDICALE : LA MISE À MORT EN ONZE AXES

La publication des axes de réforme des SST par les services du ministre du travail reprend et aggravent les propositions des employeurs. Le mimétisme est tellement étroit, pour certains points, que le rédacteur reprend « verbatim » la proposition du projet des employeurs.

Le résultat attendu est affligeant. Ainsi :

- Les médecins du travail n'ont plus de missions mais un rôle que leur assignent les SST porteurs des missions.
- Les missions des SST définies en cinq alinéas évitent soigneusement d'accoler « travail » à « santé ». La notion de prévention de « l'altération » de la santé a disparue. Le maintien dans l'emploi prend le pas sur le maintien au travail. Les SST deviennent les acteurs principaux d'un dispositif de traçabilité des risques professionnels alors que l'obligation s'impose actuellement aux seuls employeurs.
- La confusion règne entre équipe médicale de santé au travail et équipe pluridisciplinaire de santé au travail à l'intérieur d'une seule « équipe de santé au travail » que seraient sensés coordonner les médecins du travail en matière d'actions de santé.
- Par voie de convention des médecins généralistes pourraient hors de toute compétence ou spécialité suivre médicalement des salariés.
- La proposition de considérer comme optionnelle la forme autonome des SST permettra aux employeurs d'obtenir la docilité des médecins du travail en les menaçant de faire dévolution de la surveillance aux SST interentreprises.
- La modulation de la périodicité des visites, leur transfert sur les infirmiers, le reclassement pour « prévenir la désinsertion professionnelle » sont un « copier-coller » des propositions des employeurs dont le caractère destructeur a été déjà analysé.
- Les bonnes pratiques feront l'objet de recommandations du côté du prescrit et loin du travail réel.
- C'est la branche AT/MP gérée par les employeurs qui conventionnera les objectifs avec les SST dont la gouvernance sera sous contrôle majoritaire des employeurs.
- Cette convention s'imposera aux médecins du travail alors qu'à aucun moment la Commission médico technique n'est citée dans aucun des axes.
- Aucune régulation technique n'existera donc même à titre consultatif, les médecins seront sommés de se soumettre aux injonctions des seuls employeurs.

DES PROPOSITIONS POUR L'AVENIR

Comme certains médecins du travail l'avaient affirmé dès publication de la réglementation de 2004, celle-ci a été un

échec. L'urgence à « moderniser » en 2009 en est la preuve.

La puissance publique n'a rien appris entre temps. L'échec est donc encore prévisible dans la mesure où « aucun exercice médical n'est soluble dans le management ».

Bien évidemment, après tant d'errements il serait approprié que les promoteurs des « réformes » assument la responsabilité des échecs. Car les principes qui permettraient un fonctionnement efficace du système ne sont pas difficiles à concevoir et son connus de la majorité des véritables acteurs de la prévention médicale.

Ils sont diamétralement opposés aux propositions des employeurs et aux axes de réforme.

En raisonnant « pour remettre à l'endroit ce qui est à l'envers » une réglementation doit s'articuler autour de quelques principes qui fondent ou refondent le système de prévention des risques professionnels du point de vue de la santé des travailleurs. Ces sept principes sont les suivants :

1/ La prévention des risques professionnels pour la santé constitue une mission régalienne de l'État. Comme tout service public, celui de la santé au travail ne saurait relever que de l'intérêt général. Son financement doit continuer de dépendre de ceux qui tirent profit d'éventuelles atteintes à la santé. Cela ne leur confère aucune qualité à intervenir majoritairement dans sa gouvernance.

2/ Les services de santé au travail assurent le service public de prévention médicale de la santé au travail. 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.

3/ Les orientations générales en matière de prévention de la santé au travail et leurs mises en œuvre régionales sont élaborées par l'État dans un cadre qu'il définit et sous sa responsabilité. Elles sont proposées aux SST 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 SST est assuré dans le cadre de l'intérêt général par L'État avec la participation majoritaire des représentants des travailleurs et celle des employeurs. Les professionnels y participent à titre consultatif.

4/ Le rôle des SST consiste principalement à mettre à disposition les moyens nécessaires aux missions des équipes médicales de santé au 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.

5/ Les équipes médicales de santé au travail coopèrent au sein d'équipes pluridisciplinaires de santé au travail avec les intervenants en prévention des risques professionnels 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.

6/ 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.

7/ 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.