

DES STRATÉGIES FACE AU PROJET DE RÉFORME DES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL

32^e Congrès de l'association SMT des 10 et 11 décembre 2011

Jocelyne MACHEFER et Annie DEVEAUX, rapporteurs

PRÉSENTATION SUCCINCTE DES PROJETS DE DÉCRETS AU 10 DÉCEMBRE 2011

Curieusement le texte de loi ne s'adresse qu'aux services interentreprises alors que les projets de décrets concernent les deux types d'exercice.

- **EFFECTIFS** : suppression d'effectifs-plafond avec préservation de la notion de secteur attribué.
- **SURVEILLANCES MÉDICALES RENFORCÉES** : transformation réductrice de la liste des surveillances médicales renforcées.
- **NOTION D'ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE** semblant s'appliquer uniquement aux SST interentreprises et non aux services autonomes, incluant l'équipe médicale.
- **PRISE DE POUVOIR DES EMPLOYEURS SUR LA GOUVERNANCE DES SST** : montée en puissance des Conseils d'administration avec voix prépondérante du président, la trésorerie étant confiée à un représentant du personnel dont on peut se poser la question de la disponibilité nécessaire (une bien curieuse conception du paritarisme).
- **COMMISSION DE CONTRÔLE** : si elle n'a pas bougé en terme de proportionnalité des représentants (un tiers d'employeurs pour deux tiers de salariés), par contre on distingue moins nettement son rôle face aux projets de service soumis au CA, DIRECCTE, CARSAT et Agences Régionales de Santé, surtout quand on connaît les difficultés de fonctionnement de cette instance, avec le plus souvent peu d'engagement et de présence des représentants salariés.
- **LA MISSION DU MÉDECIN DU TRAVAIL** « éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail » persiste. Mais les missions du service s'imposent au médecin via la subordination au projet de service.
- **LE MÉDECIN DU TRAVAIL CONDUIT DES ACTIONS AVEC LES ÉQUIPES PLURIDISCIPLINAIRES** ; actions qu'il anime et coordonne mais qui peuvent s'imposer à lui *via* le projet de service avec donc le risque d'une dérive vers une gestion de la santé et de la sécurité par le SST pour les

employeurs. par le biais du projet de service, le métier de médecin du travail est positionné sur des objectifs relevant de la gestion des risques.

- **LE SERVICE SOCIAL DU TRAVAIL** est créé dans les SST interentreprises alors que paradoxalement, le terme de service médical n'apparaît jamais en tant que tel.
- **LA COMMISSION MÉDICOTECHNIQUE (CMT)**, réaffirmée en SST interentreprises, n'est pas citée en service autonome.
- **LA NOTION DE SECTEUR** n'a pas bougé mais il n'y a plus de commission consultative de secteur.
- **L'EMPLOYEUR OU LE PRÉSIDENT DE SERVICE ÉTABLIT ET PRÉSENTE LE RAPPORT ANNUEL** relatif à l'organisation, au fonctionnement et à la gestion financière du service de santé au travail soit au Comité d'entreprise, soit au comité interentreprises ou à la Commission de contrôle et au Conseil d'administration.
- **SUPPRESSION DE L'ARTICLE** : « le médecin du travail participe à des enquêtes... » mais celles-ci sont mentionnées au chapitre de la commission medicotechnique.
- **LA COMMISSION MÉDICOTECHNIQUE** est consultée sur :
 - ♦ L'organisation des actions en milieu de travail, des examens médicaux et entretiens infirmiers.
 - ♦ L'organisation d'enquêtes et de campagnes.
 - ♦ Les modalités de participation à la veille sanitaire mais sans préciser « en santé au travail ».
 - ♦ Elle est informée des orientations du CA.
 - ♦ Elle est composée à la diligence de l'employeur, du président ou son représentant, des médecins du travail ou de leurs délégués, IPRP (dont psychologues) ou de leurs délégués élus, infirmiers ou de leurs délégués élus, ASST ou leurs délégués élus, professionnels (?) recrutés après avis du médecin du travail ou leurs délégués élus. Les médecins du travail seront minoritaires face aux ASST infirmiers et IPRP.
- **L'INFIRMIER** : article D.4323-39. L'infirmier exerce ses missions propres et celles définies par le médecin du travail sous réserve d'un protocole écrit. L'entretien infirmier peut être mis en place dans le cadre d'un protocole. Il permet la délivrance d'une attestation de suivi

infirmier sans mention d'aptitude/inaptitude. L'infirmier peut réaliser l'entretien d'accueil individuel et l'information collective organisée par le médecin du travail.

➤ *L'ASSISTANT EN SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL (ASST)* exerce dans les entreprises de moins de vingt salariés. Sa mission est de repérer les dangers et identifier les moyens à mettre en œuvre. La notion de prestation de service est à rapprocher des évaluations dans les TPE. Il peut assurer des formations au secourisme d'entreprise. Par délégation du médecin du travail, l'ASST pourrait effectuer des actions de prévention collective antérieurement exercées par le médecin du travail.

➤ *LE MÉDECIN DU TRAVAIL PEUT AUTORISER* « l'équipe pluridisciplinaire » à assister au CHSCT. Ceci concerne l'infirmière, l'ASST qui agissent par délégation. La nécessité d'un accord d'entreprise n'est pas mentionnée.

➤ *L'IPRP* : L'employeur semble pouvoir solliciter directement l'IPRP qui, par ailleurs, ne pourrait être licencié qu'après consultation de la Commission de contrôle.

➤ *LE RAPPORT ANNUEL D'ACTIVITÉ* est remis par le médecin du travail (Article D.4424-48.) :

- ◆ pour les services autonomes : au CE ;
- ◆ pour les services interentreprises : au CA et soit au Comité interentreprises, soit à la commission de contrôle.

➤ *LE CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS* :

- ◆ il détermine des priorités d'action en vue de faire émerger des bonnes pratiques ;
- ◆ vise à améliorer la qualité individuelle et collective de la prévention des risques professionnels et des conditions de travail ;
- ◆ met en œuvre les objectifs des Plans Régionaux de Santé au Travail ;
- ◆ mutualise les moyens ;
- ◆ approche par branche professionnelle, par public particulier, par risque spécifique ;
- ◆ maintien dans l'emploi ;
- ◆ notion d'objectifs chiffrés et d'évaluation de résultats.

➤ *LES SURVEILLANCES MÉDICALES RENFORCÉES* : des manques !

- ◆ Elles concernent les jeunes de moins de 18 ans, femmes enceintes, travailleurs handicapés. Elles regroupent l'exposition à l'amiante, Rayons X, Plomb, travaux hyperbare, températures extrêmes, bruit, vibrations, port manuel de charges. Elles concernent aussi CMR, agents biologiques, travail dans les égouts.
- ◆ Mais les agents chimiques dangereux ont disparu de la liste ! Alors que la loi impose toujours une surveillance médicale annuelle lors de l'exposition aux agents chimiques dangereux.
- ◆ De même le travail de nuit et le travail posté ont disparu de la liste quand persiste la loi sur le travail de nuit.

DE L'ANALYSE AUX STRATÉGIES INDIVIDUELLES ET COLLECTIVES

Les médecins du travail ont la responsabilité personnelle de leurs actes

QUELLE MÉTHODOLOGIE

POUR MESURER LA SURCHARGE DE TRAVAIL ?

Le programme d'activité du médecin du travail en sort particulièrement chargé avec des répercussions sur la charge de travail des salariés des SST en général. L'absence d'effectif-plafond permet d'aboutir à tous ces objectifs sans réflexion sur la charge mentale. Jusqu'où peut-on demander, en tant qu'employeur, de réaliser ces tâches sans en mesurer les possibilités de réalisation ? Aucun outil méthodologique face à la seule évaluation individuelle, avec menace de perte d'emploi. Cette absence de limite à la charge de travail concerne le monde du travail en général et se trouve également dénoncée dans la profession des avocats.

LA MISE EN MINORITÉ DU MÉDECIN DU TRAVAIL EN CMT :

le médecin du travail devient chef de projet, avec ou sans formation. Certains y voient un intérêt lié au semblant de pouvoir que cette nouvelle position lui confèrera. Pourtant, sa subordination potentielle au contrat pluriannuel d'objectifs risque de freiner son action de terrain ciblée sur des risques objectivés sur son secteur attribué. La mise en débat en CMT peut conduire à des désaccords où les médecins du travail se trouveront mis en minorité. Pourtant, le médecin doit pouvoir garder la possibilité de dire, en responsabilité, le risque. Quitte à venir en contradiction avec la position de l'IPRP ! Ce contexte met en lumière l'évolution vers un isolement du médecin du travail.

L'ARTICLE L.4624-3 ET SES LIMITES

Lorsque le médecin du travail constate la présence d'un risque pour la santé des travailleurs, il propose par un écrit motivé et circonstancié des mesures visant à la préserver. De même, le médecin du travail saisi par l'employeur, fait connaître ses préconisations.

Les jurisprudences, au pénal, montrent que la responsabilité du dirigeant d'entreprise est couverte par celle du sachant. Il faut donc signaler le risque à l'employeur pour qu'il reste le vrai responsable. Faut-il mettre en lumière les risques sans dire ce qu'il faut faire ? Comment ne pas aller trop loin ? La gestion des risques reste de la responsabilité de l'employeur.

Les modalités et dynamique d'écriture doivent respecter des règles en tenant compte de savoir-faire. Ne faut-il pas envisager l'élaboration d'un guide par l'HAS ?

Une pratique consiste à signaler par écrit à l'employeur « un risque important et grave » et à conseiller « de tout mettre en œuvre pour éviter le risque » avec « quelques exemples non limitatifs de prévention collective et individuelle ».

Un autre médecin du travail préconise de ne pas rentrer dans le technique : « *Je vous demande de supprimer le risque* » tout en rappelant, par exemple, les grands principes ce rattachant aux décrets CMR ou Risque chimique.

Faut-il lâcher la question lorsque se pose un problème technique ? Non ! Mais le passage par l'IPRP nécessite, en retour, de contrôler sa réponse.

LE MÉDECIN DU TRAVAIL ENGAGE T'IL SA RESPONSABILITÉ EN ANIMANT, EN COORDONNANT L'ACTION DE L'IPRP ?

➤ Lorsque l'action n'est pas déclenchée par le médecin du travail, sa responsabilité n'est pas engagée.

➤ Lorsque l'action de l'IPRP est déclenchée par le médecin du travail, ce dernier engage sa responsabilité. Exemple de l'exposition de la femme enceinte : il peut être nécessaire de se donner un temps de réflexion et donc de différer la réponse, sans pour autant passer par l'avis de l'IPRP. En l'absence de VLE connue et en raison de la nécessité d'éviter toute altération de la santé, il est judicieux de ne pas prendre en compte les résultats de VME (si elle a été mesurée) puisqu'elle ne tient pas compte de la pénétration percutanée quand ce risque percutané est avéré. Dans ce cas, un avis rassurant de l'IPRP basé sur une VME faussement rassurante serait contré et une éviction de la femme enceinte de ce poste préconisée. Il faut savoir se désengager par écrit de l'équipe pluridisciplinaire.

LE DROIT ET SES LIMITES : en cas de litige du médecin du travail avec l'employeur, il convient de faire appel à l'inspecteur du travail dont le rôle est de dire le droit. C'est lui qui saisit le médecin inspecteur permettant l'ouverture d'un canal juridique. Le médecin du travail qui contacte le médecin inspecteur a accès au rôle de conseil uniquement, sans ouverture au droit. Il arrive que l'inspection du travail n'intervienne pas : ce fut le cas d'un médecin de fonction hospitalière auquel l'employeur reprochait d'avoir accompagné un salarié atteint de MPI face au médecin expert. L'employeur accusait le médecin de « conflit de loyauté vis-à-vis de l'employeur ». Le médecin doit également être loyal vis-à-vis du salarié !

Dans sa situation de manager et de chef de projet, le médecin du travail fera de moins en moins de tiers temps (rôle dévolu aux IPRP) et de moins en moins de visites systématiques remplacées par les entretiens infirmiers. Comment arriver à collecter suffisamment d'informations avec ses interlocuteurs pour, par exemple, déclencher un droit d'alerte collective en santé /travail ?

LES RÈGLES DE MÉTIER

Les infirmiers assurant les entretiens infirmiers pour les salariés qui vont bien, les médecins du travail se recentrent sur les salariés en difficulté, assurant une consultation de pathologie professionnelle tout en perdant leur rôle de veille. Il devient urgent de discuter entre médecins du travail des règles de métier à construire qu'il s'agisse de médecins faisant plus de visites ou au contraire plus de tiers temps et de trouver des règles collectivement acceptées. Jusqu'où veut-on intégrer les infirmières ? Jusqu'où peut aller la délégation ?

Jusqu'où accepter la surcharge et le manque de temps ? La fiche d'entreprise demandée avec un délai précis peut con-

duire à répondre par écrit : « *Je ne dispose pas du temps disponible pour réaliser la fiche d'entreprise par écrit* ». Il peut s'agir des visites médicales. Le directeur du SSTI, le MIRTMO et l'inspecteur du travail seront destinataires du courrier actant de nos difficultés : « *Je n'ai plus les moyens de faire (les visites médicales, la fiche d'entreprise, de participer à toutes les réunions, d'assurer la traçabilité des expositions professionnelles...)* ». Acter permet de prendre du recul. Acter collectivement protège notre santé tout en obligeant le directeur à prendre ses responsabilités. Porter collectivement ces décisions, c'est les porter entre pairs. Il est important de faire valider ces décisions par le RH, le CHSCT. Le CHSCT doit être informé avec fermeté de ce que j'ai décidé de faire, de ne pas faire, sans débat.

Quelques pistes pour agir :

- LISTER ce qui, dans les nouveaux décrets va aggraver les difficultés des médecins du travail
- Instruire le DÉBAT sur ce qu'il convient de préserver comme socle du métier
- Comment rester maître de ses propres responsabilités sans se laisser instrumentaliser ?
- Décliner les règles de métier

L'OBLIGATION DE SÉCURITÉ DE RÉSULTATS : le fonctionnement des SST se calque sur le fonctionnement général des entreprises. On veut nous enfermer dans un rôle de manager en nous accusant de ne pas savoir déléguer. En nous empêchant de pratiquer la clinique médicale du travail, c'est-à-dire le suivi des salariés en bonne santé, (exercice construit pendant trente années), on nous met dans l'incapacité d'exercer dans de bonnes conditions notre rôle de veille. Supprimer la veille médicale de l'ensemble de la collectivité de travail revient, grâce aux projets de décrets, à protéger les employeurs vis-à-vis de leur obligation de sécurité de résultats. Car malgré tout, notre responsabilité personnelle et pénale persistera vis-à-vis de collectivités et de personnes.

UN CADRE POUR LES PROTOCOLES INFIRMIERS DE DÉLÉGATION

Une véritable organisation se met déjà en place par rapport à l'effectif affecté au médecin du travail dont le protocole infirmier de délégation. Or, les infirmières arrivent massivement dans les services sans formation spécifique pour certaines. Les protocoles de délégation, bâtis par l'Has ou pas, doivent référer au Code de déontologie, au Code de santé publique et suivre comme fil conducteur la notion de santé au travail. Soit le médecin du travail confie certaines activités sous sa responsabilité aux infirmières, dans le cadre de protocoles écrits, soit l'infirmière est cantonnée à son rôle propre et au risque sanitaire.

Les difficultés peuvent naître aussi du fait qu'une infirmière travaille avec plusieurs médecins

La responsabilité civile et pénale des infirmières et paramédicaux en général va évoluer, ces métiers passant par un élargissement de leurs activités, les infirmières de plus en plus diplômées voyant leurs tâches se complexifier. Le rôle

propre de l'infirmière va tenir compte de ces évolutions et s'élargir sans juxtaposition avec ce qui est confié, en rôle propre, au médecin du travail, par rapport à la santé publique. Un débat législatif serait en cours, visant à clarifier le partage de compétences entre infirmière et médecin du travail.

L'infirmière, et l'IPRP sont subordonnés au directeur de SSTS sans indépendance ni protection. Mais la demande d'intervention technique du directeur peut aider l'IPRP à « échapper à la tutelle » du médecin du travail. Des conflits émergent entre certains médecins du travail et IPRP et/ou infirmières qui ont commencé les entretiens infirmiers.

Le Code de santé publique et le Code de déontologie infirmier traitant des rapports médecin/infirmier préconisent de veiller à leur indépendance, leur compétence et au respect du secret médical.

En SST interentreprises, le directeur est chef de service de l'infirmière. En service autonome, il existe une subordination de l'infirmière au médecin chef de service qui assure une direction hiérarchique des soins. Dans ce schéma, une RRH ayant tenté d'accuser une infirmière (...), le médecin est intervenu par écrit près de la RRH en dénonçant une atteinte à sa propre indépendance.

Exemple de coopération en service médical hospitalier : les examens complémentaires sont déjà effectués et dans le dossier pour la visite médicale du médecin du travail. Il s'agit, dans cet exemple, des Ac. AntiHbS. L'infirmière prépare et optimise la visite médicale. L'infirmière écrit dans le dossier, note les appels et leur contenu.

Des situations extrêmes : en cas de souffrance extrême de salariés, le médecin du travail doit être là et doit avoir rencontré tous les sujets concernés. Doit-on, dans les autres cas, partager les secteurs, avec attribution de secteurs entiers à l'infirmière avec un débat médecin/infirmière et partage d'expérience, transfert de savoir-faire ?

Certains médecins ne rencontrent déjà plus que les sujets en situation à risque, sans vision globale, et cherchent des pistes de réflexion. Comment « garder la main » ? Il faudrait conserver la possibilité de rencontrer tout le personnel de l'entreprise concernée par des problèmes de souffrance au travail, l'infirmière alertant le médecin aussi tôt que possible. Quoi qu'il en soit, le médecin ne délègue pas les tâches de diagnostic médical. Quoi qu'il en soit, l'infirmier n'engage pas le droit (par rapport à la protection, à la sauvegarde) alors que le médecin s'engage au niveau médico-légal.

VERS UN RETOUR À L'HYGIÉNISME INDUSTRIEL ?

Allons-nous tout droit vers un retour pur et simple à l'hygiénisme industriel ? L'hygiénisme surplombe les risques et les gère pour la société, déléguant à des médecins sans orientation humaniste les conseils de bonnes pratiques modelées en fonction de variables économiques. L'histoire révèle que les médecins du travail y apportèrent leur con-

cours jusqu'en 1960 avec un tournant de quelques médecins citoyens. Le retour au passé est accessible(1).

Tout notre système de santé, hormis la psychiatrie et la médecine du travail ayant développé la clinique médicale du travail, est basé sur :

- La santé est l'absence de maladie en respectant des normes.
- Il y a de bonnes façons de se comporter individuellement et de gérer les risques.

Les projets de décrets transforment les médecins du travail en « Sachants ». Il faut se conformer au savoir du Sachant. Les médecins devront définir des règles de fonctionnement global et individuel sans discussion, basées sur l'hygiénisme et consolidées par l'« ingénierisme ».

QUELS DANGERS POUR LA SANTÉ AU TRAVAIL ?

L'hygiène n'est pas la santé ! L'approche par la clinique médicale du travail est fondamentale. Née de la pensée, elle permet, par la subjectivité, une approche incarnée des questions santé/travail chez tous les sujets et ne s'intéresse donc pas exclusivement aux cas cliniques.

L'indépendance professionnelle du médecin est menacée par manque de moyens : la surcharge de travail (sureffectifs, formation des infirmières, réunions de coordination avec infirmière et IPRP, management de l'équipe pluridisciplinaire, inscription dans les enquêtes épidémiologiques en cours, lecture de compte rendu CMT et participation éventuelle au plan pluriannuel de service...) sont autant de soustractions du temps de clinique médicale qui mettent le futur médecin manager en danger, notamment dans une conception hygiéniste. Quel fonctionnement de l'équipe médicale face à la surcharge ?

Le projet de service en SSTI s'inscrit à la fois dans l'obligation de moyens du SSTI et dans l'obligation de sécurité de résultats de l'employeur adhérent au SSTI. L'enjeu pour les employeurs est de peser sur les missions du SSTI, la CMT devant déterminer des priorités avec des risques de dérapages, les SSTI entraînés dans des problématiques de gestion économique des risques. Le médecin n'ayant pas pratiqué la clinique médicale du travail peut entrer de plain-pied dans le management hygiéniste de l'équipe pluridisciplinaire. Comment concilier l'indépendance médicale dans le cadre d'un projet de service ? Dans ce contexte, quelles seraient les limites de la responsabilité du médecin par rapport à la responsabilité de l'équipe pluridisciplinaire ? Le médecin du travail peut-il invoquer un droit de retrait ?

LES MÉDECINS DU TRAVAIL PEUVENT-ILS FAIRE FACE ?

Le terme de service médical n'apparaît pas dans les décrets en préparation quand on voit poindre les services sociaux. Si l'équipe médicale, composée du médecin du travail et de l'infirmière, relève du Code de la santé, il n'en va pas de même pour l'équipe pluridisciplinaire. Nous devrions donc refuser cette appartenance à l'équipe pluridisciplinaire afin de préserver le pôle médical et son exercice.

1- A.-S. BRUNO : *La santé au travail entre savoirs et pouvoirs (19^{ème} et 20^{ème} siècles)*, Presse universitaire de Rennes, 2011

Nous devrions défendre, notamment dans les débats en SSTI, la séparation entre « l'équipe médicale » et « l'équipe pluridisciplinaire ». Nous devrions dire, répéter et écrire « équipe médicale médecin et infirmière en santé au travail ».

L'équipe médicale de santé au travail, rattachée au Code de santé publique, doit envisager le travail en coopération avec des cadres hygiénistes préventeurs en prévention collective en santé/travail tout en évitant les dérives du médecin manager.

Les choix de projets d'études à mener seront déterminés avec ces repères et avec l'assurance de la liberté d'en publier les résultats.

L'arrivée d'un pôle clinique renforcé, avec l'infirmière de santé au travail, en excluant les psychologues non rattachés au code de santé, permettrait-il de redéplacer les questions fondamentales de l'approche individuelle du côté de la clinique médicale du travail et d'assurer les missions de prévention primaire ?

Vente en librairie – Prix : 17,50 € –
Éditions PRIVÉ – 2008 – 185 pages



L' Association SANTÉ ET MÉDECINE DU TRAVAIL (ASS. SMT) a pour objet de développer une réflexion et de permettre un échange sur les pratiques professionnelles et leurs conséquences scientifiques, sociales et éthiques pour agir sur l'évolution de la médecine du travail.

Elle est ouverte aux médecins du travail et aux spécialistes scientifiques et sociaux se préoccupant de la médecine du travail.

Elle organise annuellement une Réunion-Congrès ainsi que des journées de réflexion sur des thèmes d'actualité en médecine du travail.

Elle assure la publication annuelle des Cahiers S.M.T.

Le 33^e Congrès annuel se tiendra à Paris, les 1^{er} et 2 décembre 2012 (PSA, Enclos Rey, 57 rue Violet 75015)

Pour toute information ou pré-réservation, prière de s'adresser à :

Association SMT 25 rue Edmond Nocard 94410 ST MAURICE 06 79 72 44 30

courriel : a.smt@wanadoo.fr

ou sur le site internet : <http://www.a-smt.org>

Pour les conditions d'abonnement et d'adhésion, voir pages 74 et 76