

## Après 9 mois de discussions : Pas d'accord !

Les choix du MEDEF sont maintenant connus. Ils sont en partie ceux du protocole d'accord soumis à la signature des partenaires sociaux en septembre 2009. Il s'agit d'abord d'utiliser la décimation des médecins du travail pour s'affranchir définitivement d'une spécialité médicale gênante qui leur coûte sans leur apporter les prestations qu'ils souhaitent. De plus elle oppose des résistances à l'organisation d'une gestion de la santé au travail dans l'intérêt des employeurs.

Cette démedicalisation devrait permettre une reprise en main des SST par le patronat. En effet ils constituent un investissement que le Medef n'a pas l'intention de perdre. La démedicalisation serait un moyen pour « Réorienter le concept médecine du travail sur la Prévention au travail » (document interne UMP du 6-8-9). Ce bouleversement permettrait aux employeurs de bénéficier d'un outil de contrôle sanitaire de l'ensemble des salariés qui soit débarrassé des principes réglementaires, des droits et des responsabilités qui pèsent actuellement sur eux.

Le premier moyen utilisé consiste à modifier l'article L.4622-2 du code de travail. Actuellement il désigne le médecin du travail comme le professionnel qui assure leur fonctionnement. Avec le MEDEF, ce serait « les services de santé au travail » (donc les employeurs) qui « ont pour mission de veiller à la préservation de la santé au travail des salariés en prévenant les altérations du fait de leur travail, tout au long de leur parcours professionnel »

Cette réappropriation légale a pour objectif essentiel, dans l'esprit de la directive

européenne de 1989 (qui instaure un suivi médical facultatif des salariés) de séparer la gestion des obligations patronales en matière de prévention des risques professionnels, des actions de prévention médicales réduites à leur plus simple expression. La présence du médecin du travail spécialiste, par essence pluridisciplinaire, fait obstacle à la réalisation de cet objectif.

Ce médecin, du fait même de l'objet de sa spécialité : les rapports entre la santé et le travail, exerce et construit une pratique qui repose à la fois sur l'étude de l'état de santé des salariés et sur leur conditions de travail, ces deux termes étant susceptibles d'évolution positive. La loi A. Croizat lui confie une mission progressiste et générale celle « d'éviter l'altération de la santé du fait du travail »

C'est pourquoi les médecins du travail sont devenus des spécialistes à l'exercice exclusif nécessitant 4 années de formation spécialisée pluridisciplinaire. C'est également la raison du tiers temps (le tiers de leur temps de travail) d'étude des postes (qui disparaît avec le MEDEF). C'est aussi pourquoi ils se prononcent à partir des données médicales personnelles et de leurs connaissances du poste de travail occupé par chaque salarié. Ces deux termes pouvant évoluer notamment par les aménagements de postes, les restrictions de tâches, les mutations et reconversions professionnelles s'imposant à l'employeur.

Ces principes sont considérés par le MEDEF comme des obstacles à leur gestion des salariés.

C'est la raison pour laquelle le protocole d'accord rejoint dans les faits les objectifs affichés de l'UMP « transfert de la

visite médicale obligatoire et de reprise vers la médecine libérale et ou hospitalière »

Et c'est pourquoi les définitions de l'aptitude « absence de contre-indication physique ou psychique à la tenue par le salarié du poste de travail » ou de l'inaptitude « l'existence de contre-indication physique ou psychique entraînant une restriction pour le salarié de remplir une ou plusieurs tâches liées à son poste de travail ». du protocole ne sont plus médicales (risque d'altération de la santé du fait du travail) mais liées aux capacités de réalisation des tâches quelles qu'en soient les conséquences sur la santé.

Dans cette logique très cohérente l'avis médical étant réduit à la certification d'absence de maladie contre-indiquant certaines tâches, la connaissance du poste et des ses éventuelles améliorations ne serait plus nécessaire. La spécialisation du médecin signataire n'aurait aucune justification

Pour la surveillance régulière des salariés, c'est l'utilité même des compétences médicales qui est remise en cause. En effet les visites médicales seraient remplacées par des entretiens médico professionnels réalisés par des infirmiers. La plupart des tâches actuellement dévolues aux médecins du travail seraient reprises par ces personnels. « le suivi des salariés » les « actions de repérage et de dépistage des effets possibles des activités de travail sur la santé [...] l'information et la formation des salariés sur les risques professionnels, les actions de veille sanitaire [...] le suivi des

### Ce qu'il faut faire :

Inverser la démographie négative des médecins du travail

La prévention médicale des risques professionnels doit développer ses particularités

Elle est financée et organisée par les employeurs

Confiée à des équipes médicales pluridisciplinaires

Encadrée par des textes qui s'imposent aux partenaires

Contrôlée effectivement par les salariés

Respectant l'éthique, la déontologie, au service exclusif de la santé des salariés

Visant sur le plan individuel à imposer la compatibilité entre maintien de l'état de santé et exigences du poste

Sur le plan collectif visant l'information sur les risques professionnels et leur réduction maximale

actions de prévention en milieu de travail [...] l'évaluation des risques professionnels » et les « études des postes de travail ».

C'est considérer que ces tâches ne requièrent plus de compétences médicales. C'est-à-dire que le suivi médical des

salariés serait une activité paramédicale alors qu'actuellement les paramédicaux présents dans les services assurent effectivement des tâches d'assistance qui entrent pleinement dans leurs prérogatives (prélèvement, examens paramédicaux protocolisés etc..) Mais c'est le médecin qui reçoit le salarié, qui seul peut l'interroger sur son état de santé général, qui est garant du secret médical que les paramédicaux peuvent (ou non) partager sur décision du médecin. C'est le médecin qui prend connaissance des difficultés de santé même s'il ne s'agit pas de maladie. C'est également lui qui juge de l'opportunité d'un examen complémentaire, d'une orientation vers un confrère ou d'un conseil. Ceci n'a rien à voir avec un acte formel sans diagnostic.

Cette proposition du protocole du MEDEF ne constitue en fait qu'une étape vers

l'organisation du suivi de santé facultatif européen. Ce ne sont que les naïfs ou les complices qui peuvent croire qu'un exercice médical spécialisé pourrait se maintenir sans médecin ni consultation. Il faut en effet bien des contorsions pour faire croire que des infirmiers dépourvus de toute protection vis-à-vis des employeurs pourront faire mieux que les médecins actuels.

Pour mieux contrôler les SST, le MEDEF propose également de renforcer le pouvoir de direction des services, de limiter le « paritarisme » des CA à 1/3 des sièges pour les salariés (2/3 pour les employeurs ou leurs représentants). Le contrôle de l'Etat serait réduit par l'assouplissement des agréments, le remplacement des réglementations contraignantes par des recommandations, la disparition des quotas (effectifs en charge) et la révision des cas ouvrant surveillance médicale particulière.

Dans la logique du texte, les salariés malades seraient au bout de 45 jours d'arrêt licenciés grâce à une disposition impliquant médecin conseil et médecin traitant. Elle libérerait l'employeur de ses obligations de maintien dans l'emploi pendant l'arrêt de travail du salarié. Elle réglerait dans les 21 jours après une seule visite de reprise la rupture du contrat de travail. Cette mesure cohérente avec le reste du protocole permettrait le contrôle et la réduction des arrêts de travail par l'employeur qui gèrerait à sa guise le licenciement pour handicap. Elle fournit une illustration de ce que les propositions du MEDEF permettraient d'instaurer : un contrôle sanitaire du travail de la sélection et de l'éviction.

## La démographie médicale est un outil non pas une contrainte

Les outils pour la maîtrise de la démographie médicale existent. Depuis plus de 10 ans le gouvernement organise la pénurie dans cette discipline avec la complicité active des administrations.

Aucune information n'est faite auprès des étudiants en médecine pour l'orientation dans cette spécialité (nombre d'heures dérisoire en DCEM). L'annonce des concours (dits européens) est confidentielle et faite au dernier moment. Les postes d'enseignants non renouvelés sont perdus. Le nombre des services ou unités fonctionnelles de pathologies professionnelles hospitaliers formateurs est dérisoire (30). Les collectivités territoriales ou la fonction publique d'Etat n'ont plus de médecins de prévention. Seules des formations de fortune sans effet

démographique et multipliant les statuts ont été organisées

**Malgré cela c'est une spécialité d'avenir car :**

- Préventive (non prescriptrice)
- Liée aux évolutions techniques
- Répondant à un besoin croissant
- Multidisciplinaire
- Organisée professionnellement

En deçà d'un seuil critique du nombre de médecins pratiquant cette spécialité le maintien de la discipline et de ses acquis est illusoire.

La projection des effectifs des médecins en France entre 2006 et 2030 montre:

**Ce que nous voulons :**

**Inverser la démographie négative des médecins du travail pour satisfaire les besoins**

- Pour toutes les formes d'exercice : une stagnation (-1%)
- Pour la médecine du travail : une décimation (-65%)

Si le nombre des salariés reste constant chaque médecin du travail en aura plus de 10 000 en charge.. en moyenne !!

## La médecine du travail est une spécialité d'exercice propre

Depuis la loi Croizat la médecine du travail s'est développée. Elle a construit de nombreux outils qu'il s'agisse de concept, de règles d'éthique, de moyens qui sont spécifiques.

C'est la seule médecine dont l'objet est le travail et ses conséquences sur la santé.

C'est un domaine qui n'est pas encore suffisamment entré dans les habitudes médicales.

Ces acquis professionnels ne peuvent subsister que si l'exercice pratique perdure. Il ne s'agit pour l'essentiel pas seulement de connaissances théoriques mais d'expériences pratiques, de fréquentation, d'analyse, de compréhension, de partage du monde du travail.

Ces connaissances résultent d'une double pratique médicale celle du diagnostic et celle d'une approche unique du travail et de ses conditions

**Ce que nous voulons :**

**Préserver et développer concrètement l'exercice médical spécialisé de la médecine du travail Pour éviter « l'altération de la santé du fait du travail »**

## Qui doit financer la prévention médicale des risques professionnels ?

Le protocole du MEDEF ne s'étend pas sur la question. Actuellement la charge financière des services repose sur les employeurs. Dans les SST interentreprises c'est la cotisation qui permet le financement. Dans ce domaine l'important nous paraît de savoir si le mode de financement est en rapport avec les besoins et s'il est un facteur de prévention

Actuellement, la réglementation prévoit que le financement doit être réparti au prorata du nombre des salariés et qu'il doit permettre un exercice médical du travail conforme aux besoins en terme de moyens, de locaux, d'exams complémentaires dès lors que ceux-ci entrent dans le cadre des missions du médecin du travail.

Avec le protocole du MEDEF la suppression des « quotas » fixant les effectifs surveillés par médecin du travail rendra très difficile l'évaluation du coût salarial des

médecins ou des infirmiers qui les remplaceraient.

Pour les cas bénéficiant d'une surveillance renforcée « *la périodicité doit être recentrée sur les risques les plus importants* ».

Le remplacement des obligations réglementaires en matière d'exams complémentaires et de fréquence des visites par des recommandations rendra plus aléatoire l'évaluation des besoins en matière d'heures de médecin du travail et d'exams complémentaires.

Le texte est muet sur toutes les dispositions qui garantiraient le respect de la confidentialité pour les exams réalisés après une visite à la demande, et ses conséquences pour le salarié.

Faut-il alors envisager la possibilité d'un financement mixte permettant aux employeurs de ne pas subir l'ensemble de la

**Ce que nous voulons :**

**Les employeurs doivent financer à hauteur des besoins réels au prorata de l'effectif et des risques de façon à permettre dans tous les cas le respect du secret médical et la liberté de prescription**

charge dès lors que certaines mesures de prévention tiendraient à la santé publique ou au maintien dans l'emploi ?

Il semble que les propositions de cotisation « à la masse salariale » et perçues par les URSSAF de même que la gestion des SST par des organismes paritaires comprenant les CRAM permettraient plus facilement ce type de glissement.

## De quelle pluridisciplinarité nous parle-t-on ?

Le protocole du MEDEF propose de remplacer les médecins par des infirmiers et de prévoir que des assistants en santé au travail leur prêtent leur concours. Par ailleurs des IPRP sans lien défini avec les médecins seraient à la disposition des employeurs. Et les SST mèneraient leur missions d'étude des conditions de travail en « *s'appuyant sur des spécialistes pluridisciplinaires (experts en ergonomie, en toxicologie, etc.) internes et/ou externes aux services de santé au travail* »

Ce n'est pas l'existence d'un IPRP qui fera la pluridisciplinarité. C'est le fonctionnement qui est pluridisciplinaire et dans le cadre d'une équipe.

Or, de quelle équipe nous parle-t-on ? De celle que va constituer l'infirmier et l'assistant en santé dans des tâches qui sont actuellement celles du médecin.

Il est évidemment souhaitable que dans les SST tous les salariés (y compris les médecins) puissent faire progresser leurs connaissances et les voir reconnaître par l'attribution de tâches et de responsabilités reconnues et rémunérées comme telles.

Que l'évolution du métier et des missions des infirmières du travail leur permette de mieux coopérer à la prévention est évidemment nécessaire. Mais ce n'est pas par une délégation sans contenu et sans moyens qu'une telle évolution peut se faire.

L'enrichissement des tâches ne peut résulter que d'un développement du métier qui en même temps conserve ses caractéristiques. Ce n'est pas la démedicalisation qui permettra aux infirmiers d'obtenir un rôle original propre dans la prévention des risques professionnels.

La réelle pluridisciplinarité n'a de sens que dans une équipe pluridisciplinaire de santé au travail. Où, sous l'autorité, la coordination ou la responsabilité d'un médecin du travail, s'organisent les actions de prévention médicale des risques professionnels qui doivent comporter des actions individuelles et collectives, des interventions techniques et médicales. Leurs initiatives, organisation, valorisation restent pleinement sous le contrôle de l'équipe. Ses membres bénéficiant de garanties d'indépendance en rapport avec leurs rôles respectifs.

La pluridisciplinarité qu'il faut effectivement imposer ne passe pas par la mise à disposition de personnels que les employeurs utiliseraient à leur gré. C'est l'organisation des carrières des personnels des SST (y compris des médecins) qui leur permettra d'acquérir, de pratiquer et de valoriser des compétences spécifiques. Celles-ci ne se réduisent pas à la qualification d'infirmier en santé au travail, mais doit se construire en fonction des besoins de la prévention médicale des risques professionnels pratiquée dans l'équipe.

**Ce que nous voulons :**

**Des équipes pluridisciplinaires coordonnées par un médecin du travail, formées des professionnels menant leurs activités en concertation. Dans un cadre conventionnel permettant d'acquérir, d'exercer et de valoriser l'enrichissement de leurs tâches**

## Déréglementer pour qui ? pour quoi ?

Le protocole du MEDEF dérèglemente : plus de mention de temps médical, moins de surveillances particulières, des agréments qualitatifs, des obligations réglementaires transformées en recommandations, des assouplissements concernant le rythme des visites, des facilités pour licencier les salariés malades après 45 jours d'arrêt. Tous ces assouplissements de la réglementation visent à réduire les obligations des employeurs sans aucune contrepartie pour les salariés. Ils n'apportent rien de positif à la prévention médicale des risques professionnels.

Actuellement les prescriptions du médecin du travail sont prévues (Article R. 4623-1 à 4624-32 CdT) pour déterminer l'aptitude, diagnostiquer des maladies professionnelles (MP) et les pathologies pouvant présenter un risque pour la santé des autres salariés, réaliser le suivi post exposition (SPE). Dans la pratique, c'est loin d'être le cas. En

réalité la liberté de prescription des médecins du travail se limite aux examens que les employeurs acceptent de financer. C'est-à-dire à ceux qui sont explicitement prévus par la réglementation. Certains médecins du travail le ressentent comme une injonction de prescription. Pour la majorité c'est le seul moyen de pouvoir faire financer l'examen par l'employeur. Supprimer ces références ce serait supprimer ce moyen.

Actuellement, les effectifs en charge par médecin du travail sont bornés par un nombre de salariés (3300), d'examens (3200) et d'entreprises (450) en charge (Art R 4623-10 CdT). C'est déjà un recul par rapport au texte antérieur qui attribuait un temps médical différencié selon la catégorie de salariés (Ouvrier, Employé, Surveillance Spéciale)

Avec le protocole d'accord du MEDEF la disparition de ces « quotas », celle du tiers temps, l'espacement des visites tous les 4 ou

même tous les 3 ans va multiplier très rapidement l'effectif en charge par médecin. C'est-à-dire que sur la base du protocole du MEDEF, les médecins du travail restants auraient chacun la responsabilité de la surveillance médicale de 10 000 salariés. Ni les professionnels, ni les bénéficiaires (les salariés) ni même les employeurs n'y trouveront leur compte.

### Ce que nous voulons :

**Une réglementation qui permette d'imposer aux employeurs les moyens techniques d'une réelle prévention médicale individuelle et collective des risques professionnels**

## Sans le contrôle social où est l'éthique ?

Le protocole du MEDEF (13 pages) consacre 12 lignes au contrôle social : « *La commission de contrôle est consultée sur l'organisation et le fonctionnement du service médical* » Il est prévu d'autre part qu'elle donne son avis « *sur le rapport annuel relatif à l'organisation, au fonctionnement et à la gestion financière du service, le rapport d'activité des médecins du travail, l'état prévisionnel des recettes et des dépenses, exécution du budget du service, etc.* » et que ses membres soient formés.

Mais il n'est plus question d'avis concernant l'embauche, le déplacement de secteur ou le licenciement des médecins du travail qui est un des éléments de leur protection. A fortiori les infirmiers et assistants en santé au travail ne disposeront d'aucune protection.

Il n'est pas non plus question que la CdC se prononce sur la situation des IPRP, ou sur celle des autres intervenants extérieurs chargés d'action de prévention.

Du rôle de conseil du médecin du travail auprès des salariés et de leurs représentants il n'est plus question.

Comme les salariés seraient minoritaires dans le CA ils n'auraient plus aucune possibilité de peser, de modifier, voire de discuter la politique des SST.

C'est-à-dire que les employeurs se permettraient d'appliquer aux salariés individuellement et collectivement des actions dites de prévention sans que leurs représentants n'aient pu les approuver. Et cela sans encadrement réglementaire.

On comprend que le MEDEF préfère écartier les médecins d'une telle politique totalement contradictoire avec les principes les plus élémentaires de la déontologie médicale.

Les actions de prévention générale ou de santé publique pourraient ainsi leur être appliquées comme à une population captive du seul fait qu'elle est salariée.

La position de salarié n'implique en rien de devoir subir des actions médicales ou paramédicales dès lors qu'elles ne résultent ni d'une obligation réglementaire ni d'un accord collectif et individuel.

Les directions des SST (donc les employeurs) détermineraient elles-mêmes le contenu de la prévention des risques professionnels :

- une partie sanitaire réduite à sa plus simple expression (rapidement facultative) serait réalisée par les infirmiers.

- une partie technique « *s'appuyant sur des spécialistes pluridisciplinaires (experts en ergonomie, en toxicologie, etc.) internes et/ou externes aux services de santé au travail.*

C'est l'ouverture en grand au marché de la prévention des risques professionnels qui s'organise actuellement notamment sur le terrain des troubles psychiques professionnels. Il se développe également pour d'autres affections (TMS, Cancers etc..) au point de susciter la mise en garde du conseil national de l'ordre des médecins (Bull juillet 2009)

Ces officines privées interviennent dans les entreprises sur des bases techniques et éthiques purement patronales sans contact avec les médecins du travail et souvent sans aucun contrôle des représentants des salariés.

### Ce que nous voulons :

**La prévention médicale des risques professionnels ne peut se faire sans l'accord des bénéficiaires Ses objectifs et sa conception générale doivent résulter d'un débat dans les entreprises**

## La partie individuelle de l'action de prévention est médicale

Le protocole du MEDEF ne traite que de la partie individuelle des actions de prévention du médecin et ceci pour expliquer qu'elles ne requièrent pas de compétences médicales spécialisées.

C'est faire croire que le diagnostic n'existerait que pour la maladie. La visite médicale permet d'évaluer la compatibilité probable entre les exigences du poste du salarié et le maintien de son état de santé. Cette comptabilité ne va pas de soi. Il est souvent difficile d'identifier avant qu'il ne se manifeste un déséquilibre physique ou psychique (les dépressions professionnelles en sont un bon exemple). Cela requiert des compétences diagnostiques qui ne sauraient se résoudre à l'analyse d'une check list ou d'un questionnaire.

Lorsque l'incompatibilité est apparente, le plus souvent l'employeur l'assimile à l'incapacité à tenir son poste : c'est ce que confirme le protocole qui considère que c'est « *l'existence de contre-indication physique ou psychique entraînant une restriction pour le salarié de remplir une ou*

*plusieurs tâches liées à son poste de travail.* »

Cette définition suppose que les contraintes du poste seraient intangibles ce qui n'est que rarement le cas.

Déterminer ce qui peut, en modifiant le poste, permettre à nouveau la compatibilité et faire en sorte que ces transformations soient identifiées, relève de la mission du médecin du travail. Cela requiert des compétences médicales et techniques. Il s'agit des prescriptions du médecin du travail. Dans ce domaine, il faut que les préconisations soient pertinentes; c'est l'intérêt de l'équipe pluridisciplinaire. Il faut également que s'impose à l'employeur leur prise en compte comme telles (préconisations).

En effet il paraît nécessaire que le maintien d'un salarié dans un poste dont les caractéristiques ne permettent pas de conserver son état de santé soit illégal La responsabilité de l'employeur informé par les préconisations du médecin relève d'une obligation de résultat en matière de sécurité. Ces principes doivent être confirmés quelle que soit la situation. (allègement temporaire du poste, aménagement, mutation, reclassement) Cela requiert l'intervention

diagnostique et thérapeutique du médecin du travail, seul habilité à connaître l'état de santé de la personne, et seul susceptible de faire ou de faire faire par un spécialiste de son équipe l'étude de poste.

**Ce que nous voulons :**

**La détermination d'une compatibilité entre le maintien de la santé du salarié et les exigences du poste qu'il occupe est indispensable pour permettre la mise en œuvre de la responsabilité de l'employeur en matière de sécurité et son obligation de résultat. Elle ne peut être faite que par le médecin du travail**

## L'information sur les risques ne peut être une formalité

L'action de prévention médicale des risques professionnels ne peut se concevoir sans ou a fortiori contre les salariés concernés.

C'est de cette façon qu'il faut aborder la question de l'information sur les risques et non pas comme le fait le protocole du MEDEF, comme une formalité dont l'employeur pourrait s'acquitter à peu de frais. La visite d'embauche serait alors « *l'occasion pour le médecin du travail d'informer le salarié sur son poste de travail, les principaux risques auxquels il peut être exposé, et les mesures de prévention adaptées, ceci en s'appuyant sur la fiche d'entreprise.* »

Comme la fiche d'entreprise n'engage pas l'employeur cela ne correspondrait même pas à ses obligations réglementaires d'information.

Cette conception formelle de l'information sur les risques professionnels montre que l'objectif du texte est simplement d'en dédouaner les employeurs à moindres frais.

L'information ne peut être comprise que si la personne est sensibilisée au risque. Il faut déjà qu'elle connaisse assez bien son poste, ce qui est rarement le cas à l'embauche. La pratique des moyens de sécurité relève pour

une part de la maîtrise du métier mais surtout de la connaissance de l'entreprise.

L'information sur les risques ne peut donc être efficace que si elle intervient sur un terrain déjà sensibilisé, donc au fur et à mesure des entretiens successifs. Elle ne s'évalue pas avec des questionnaires mais dans le colloque singulier médical. Car la sensibilité, la mobilisation aux actions de prévention et les modifications des comportements ne dépendent pas seulement de la connaissance des risques.

C'est bien le rôle de conseil qui définit le mieux la position du médecin du travail du point de vue de l'intérêt du salarié. L'employeur a la responsabilité d'information le médecin celle de conseiller.

Ce conseil est de même nature que celui du médecin traitant qui informe, propose, conseille de façon à ce que le malade qui lui accorde sa confiance puisse décider dans un choix éclairé.

C'est exactement le rôle du médecin du travail qui (en dehors des postes dits de sécurité) ne cherche qu'à prévenir les altérations de la santé du fait du travail dans

un milieu contraint par les rapports de dépendance et le lien de subordination découlant du contrat de travail.

C'est évidemment ce facteur qui distingue la situation du médecin du travail de son confrère thérapeute.

Car le respect de l'ordonnance du médecin du travail passe par une décision de l'employeur, souvent dépendante du rapport des forces existant dans l'établissement.

C'est la raison pour laquelle l'information sans action, la compassion sans intervention n'ont aucun sens en médecine du travail. Le conseil par contre implique l'action. De plus il peut être relayé au plan collectif

**Ce que nous voulons :**

**Le médecin du travail est le conseiller des salariés. Ce rôle individuel et collectif doit être garanti et formalisé pour le rendre effectif**