

SPS/PYM/JCK/JMC  
Dossier suivi par Jean-Michel Cerdan  
Secrétaire général adjoint chargé des Conditions de travail  
tél. : 06 59 48 50 46  
mèl : [jmcderdan@cftc.fr](mailto:jmcderdan@cftc.fr)

## INÉGALITÉS DE SANTÉ... AU TRAVAIL

### Une réforme contrainte par les « réalités locales »

La loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail l'avait annoncé : il faut tenir compte des réalités locales<sup>1</sup>.

Certains auraient pu croire qu'il s'agissait d'organiser la médecine du travail en fonction d'un « *diagnostic territorial* » permettant d'évaluer et de prendre en compte les besoins des entreprises et des salariés en matière de compétences spécialisées nécessaires pour la prévention de risques professionnels. Le gouvernement semble ne pas l'interpréter de cette façon : le besoin de prévention des risques professionnels est adapté aux moyens disponibles ! Et ces moyens sont décidés principalement par les employeurs et, en moindre partie dans les « contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens » des services.

Que le budget soit décidé par l'employeur est une évidence pour les services de santé au travail intégrés dans l'entreprise, c'est aussi une évidence dans les services inter-entreprises de santé au travail qui, organisés en association loi 1901, sont dépendants du montant des cotisations fixées en assemblée générale... des employeurs adhérents. Le fait que, dans ces services, la loi dispose que le trésorier soit issu du collège salarié n'y change rien : il devra faire avec le budget voté par l'assemblée générale, et pour l'utilisation du budget, il faudra composer avec un

<sup>1</sup> Art. L. 4822-9 du Code du travail : « Les priorités des services de santé au travail sont précisées, dans le respect des missions générales prévues à l'article L. 4622-8, des orientations de la politique nationale en matière de protection et de promotion de la santé et de la sécurité au travail, d'amélioration des conditions de travail, ainsi que de son volet régional, et en fonction des réalités locales, dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu par le service, d'une part, l'autorité administrative et les organismes de sécurité sociale compétent, d'autre part, après avis des organisations d'employeurs, des organisations syndicales de salariés représentatives au niveau national et des agences régionales de santé »

Conseil d'administration « paritaire » où les employeurs gardent une voix prépondérante à travers leur présidence.

Or, la question du budget est cruciale. Indépendamment du phénomène de pénurie de professionnels de santé au travail, quelques soit leurs qualifications, c'est le budget du service qui détermine la composition, en nombre et en qualité, des équipes pluridisciplinaires ainsi que des moyens techniques dont elles disposent.

Comme la loi, le projet de décret examiné le 9 et le 12 décembre 2011 par la commission générale du Conseil d'orientation des conditions de travail (COCT) se garde d'aborder cette délicate question du financement, tout au plus peut-on espérer que les « contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens » s'y intéresseront. Mais avec quels pouvoirs ?

Ce sont donc les employeurs, responsables des risques professionnels générés par leurs entreprises, qui décident seuls d'attribuer « localement » les moyens pour accomplir « la mission d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail ». Cette situation est porteuse d'un conflit d'intérêt.

Le projet de décret va encore plus loin dans « l'adaptation aux réalités locales ». En effet, si l'obligation de créer un service d'entreprise est supprimée, les seuils en permettant la mise en place sont « uniformisés », c'est à dire, le plus souvent, abaissés à 500 salariés. De quels moyens et compétences disposera l'équipe de santé au travail dans d'aussi petites structures ? Les salariés ne bénéficieront donc pas tous d'une prévention de qualité égale.

Le projet de décret, comme la loi, ne modifie que très peu le fonctionnement de ces services d'entreprises aux prestations et à l'efficacité inégales. L'essentiel des modifications portent sur l'organisation et les moyens des services inter-entreprises de santé au travail.

Passons sur l'utopie du « remplacement » des médecins du travail par des infirmières qui se formeront à la santé au travail. Passons sur l'absence de protection réelle des professionnels de santé au travail, autres que les médecins du travail, dans l'exercice de leurs missions. Passons sur l'espacement des examens médicaux et la disparition ou la redéfinition « a minima » de plusieurs motifs de surveillance médicale renforcée. Passons sur la disparition de la possibilité d'accords de branche sur la santé au travail imposant un meilleur suivi médical des salariés. Passons sur la désignation par l'employeur de « salariés compétents pour s'occuper des activités de protection et de prévention des risques professionnels de l'entreprise ». Passons... Il y aurait tant à dire sur ces textes imparfaits qui minent les fondements mêmes de

la prévention des risques professionnels et qui ne permettent pas une véritable appropriation par le salarié des moyens de sa protection.

L'équipe pluridisciplinaire de santé au travail composée de médecins du travail, d'intervenants en prévention des risques professionnels et d'infirmiers, éventuellement complétée – si les ressources le permettent – par des « assistants de services de santé au travail » et d'autres professionnels, ne se déduit pas facilement de la lecture de la loi et du projet de décret.

La loi précise que cette équipe est animée et coordonnée par les médecins du travail, mais le décret n'aborde pas la question de l'arbitrage des conflits qui ne manqueront pas de surgir si les moyens de l'équipe sont insuffisants pour couvrir les demandes de chaque médecin. D'autant que le projet de décret prévoit que le service de santé au travail est organisé en « secteurs » géographiques (professionnels ou interprofessionnels) et que : « l'équipe pluridisciplinaire intervient dans chacun de ces secteurs » alors que les médecins du travail sont « affectés » à un secteur... Comprenez qui pourra ! Une équipe par secteur ? Une équipe à géométrie variable selon le secteur ? Quoi qu'il en soit, « l'équipe » aura sans doute à gérer ses propres risques psycho-sociaux liés à la charge de travail et aux injonctions contradictoires !

Un accent particulier est porté sur le maintien dans l'emploi. Les visites de « pré-reprise » à la demande du médecin traitant ou du médecin conseil deviennent la règle lors d'arrêts de travail supérieurs à 3 mois. Elles seront à la fois le début d'un processus de maintien dans l'emploi (adaptation ou aménagement de poste, reclassement professionnel, etc.) et celui d'un licenciement pour inaptitude (lorsque la visite de pré-reprise à lieu moins de 30 jours avant la date de « reprise » du travail). Pouvons-nous croire que les arrêts de travail pour raison de santé de plus de 3 mois resteront possibles sans une sérieuse menace sur l'emploi ? Que le maintien dans l'emploi prévaudra sur l'inaptitude au travail ?

Notons également que les secrétaires médicaux deviennent assistant de services de santé au travail, que les intervenants en prévention des risques professionnels ne seront désormais plus agréés mais seulement enregistrés auprès de l'administration du travail, que les infirmiers devront avoir une formation diplômante en santé au travail où y être inscrits au plus tard 12 mois après leur embauche. Ils pourront donc exercer sans avoir reçu de formation spécifique. Sans doute pourront-ils ensuite valider les acquis de leur expérience ?

Enfin, notons que, comme la CFTC l'a défendu depuis plusieurs années (parfois seule), les services de santé au travail devront se doter de services sociaux du travail.

Cette première analyse montre des disparités, en moyens et compétences, entre les futurs services de santé au travail. Un salarié suivi par un service de santé au travail bien doté de moyens, disposant de personnels qualifiés en nombre suffisant aura une meilleure chance de protéger sa santé qu'un salarié suivi par un service de santé au travail moins bien doté. Ces disparités seront évidentes entre, par exemple, de petits services d'entreprise et de grands services interentreprises, ou entre de petits services interentreprises et de grands services d'entreprises, selon la région d'implantation, selon le contenu du « contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens » et du projet de service et selon les moyens attribués par les entreprises.

Nous ne manquerons pas d'approfondir notre analyse lorsque le décret paraîtra, sans doute fin janvier ou début février.