

**L'AVENIR INCERTAIN
DE LA REFORME DE LA SANTE AU TRAVAIL**
Troisième partie
Docteur Michel Blaizot – septembre 2012

Outre la pénurie de médecins, l'**obligation de pluridisciplinarité** semble être l'un des facteurs qui, depuis dix ans, déstabilisent les SIST et à laquelle la réforme n'apporte guère de solutions, bien au contraire.

La pluridisciplinarité des SST a été introduite en janvier 2002 par la loi de modernisation sociale. Depuis 10 ans, les SST ont l'**obligation d'être pluridisciplinaires et de se doter de compétences techniques, organisationnelles ou médicales (IPRP)**. La loi de 2002 répondait à une injonction européenne de 1997 enjoignant à la France de respecter l'article 7 de la Directive cadre 89/391/CEE. Cet article veut que l'employeur désigne un salarié compétent¹ à l'intérieur de l'entreprise pour prendre en charge les questions de santé et sécurité au travail. Ce n'est que faute de compétence interne que l'employeur peut faire appel à des compétences extérieures. L'article L 4644-1 de la réforme de 2011 reprend mot pour mot les termes de la directive et précise qu'en l'absence de compétence interne, l'employeur peut faire appel aux IPRP de son SIST, à des IPRP dûment enregistrés auprès de la DIRECCTE ou aux organismes habilités (CARSAT, OPPBTP, ARACT), après avis du CHSCT ou des délégués du personnel. Ce dispositif suppose donc une initiative de l'employeur, et c'est d'abord là que « le bât blesse ».

En effet, chacun sait que les TPE, qui représentent plus de 80 % des adhérents des SIST, ne sont en général pas demandeurs. Le dispositif voudrait donc que les SIST engagent des IPRP sans savoir si ceux-ci auront à répondre à des demandes d'employeurs et donc sans connaître le volume de travail qui pourra leur être confié. La réforme n'apporte aucun éclaircissement sur ce point crucial pour le développement de la pluridisciplinarité. Il faudrait au moins répondre à la question suivante : la saisine par l'employeur du SIST à travers ses IPRP est-elle une saisine ponctuelle, éventuellement répétée, pour répondre à des problèmes spécifiques, ou peut-il s'agir d'un mandat global sur les questions de sécurité et de santé. A bien lire l'article 7 de la Directive, si l'employeur a les compétences nécessaires en interne, il désigne un salarié et lui confie un mandat global. Pourquoi n'en serait-il pas de même avec le SIST ? Il faudrait alors que les textes le disent clairement.

Par ailleurs, ni le dispositif de 2002/2003 ni celui de 2011/2012 ne prévoit sur ce sujet une obligation de moyens pour les SIST. Aucun quota d'IPRP n'est exigé, ce qui laisse à la DIRECCTE, au moment de l'agrément, le soin d'apprécier souverainement la qualité de la pluridisciplinarité du SIST (sur quels critères ?).

Enfin, les SIST se sont souvent heurtés, de la part des médecins du travail, à une certaine hostilité envers les IPRP. Beaucoup d'entre eux ont eu le sentiment de ne pas être acceptés par le corps médical et d'être perçus comme des intrus.

Dans ces conditions, on comprend que les SIST ne se soient pas précipités pour engager des IPRP. Pour tenter de biaiser avec cette obligation, des confusions plus ou moins discrètes ont été faites entre les IPRP et d'autres techniciens comme les assistants de médecine du travail ou les techniciens HSE, en regroupant ces agents et les IPRP sous des dénominations communes diverses (intervenants en santé au travail ou préveteurs).

Pourtant, l'article L 4644-1 précise clairement que, faute de compétence interne, ce sont les IPRP du SIST qui peuvent être mobilisés. Cette formulation restrictive est d'ailleurs justifiée. L'habilitation est en effet, pour l'employeur demandeur, la seule garantie de la compétence des agents qui seront désignés par le SIST. Substituer aux IPRP d'autres techniciens pourrait être ainsi qualifié d'abus de droit et regardé comme un abus de confiance vis à vis des entreprises. Les textes réglementaires sont moins clairs et il est possible que le régime de l'habilitation soit remplacé par celui de l'enregistrement auprès de la DIRECCTE, y compris pour les IPRP des SIST. Dans ce cas, la compétence des IPRP des SIST ne sera pas contrôlée ou seulement très épisodiquement, privant les employeurs demandeurs des garanties auxquelles ils peuvent légitimement prétendre.

¹ La définition des compétences relève des états membres.

Dans un rapport de décembre 2007, le ministère du travail² donnait un ratio d'un IPRP pour 34 279 salariés ou 3 592 entreprises ou 12 médecins du travail. Où en est-on aujourd'hui ? Il n'est pas possible d'obtenir une réponse précise à cette question³. La situation s'est sans doute améliorée mais dans quelle proportion ? Quel est aujourd'hui le taux de couverture de la population salariée par des IPRP habilités ? On ne le sait pas mais on peut supposer raisonnablement qu'il est encore faible, de l'ordre peut-être d'un IPRP pour 15 à 20 000 salariés. Dix ans après la loi de 2002, le résultat ne peut être considéré comme satisfaisant.

Le fonctionnement de la pluridisciplinarité, tel qu'il est prévu par les décrets de janvier 2012, n'est pas vraiment réaliste.

Le SST est organisé en secteurs géographiques professionnels ou interprofessionnels⁴.

Les missions des SST sont assurées par une équipe pluridisciplinaire (EP) comprenant des médecins, des IPRP et des infirmières ; des assistants de santé au travail et des professionnels recrutés après avis des médecins du travail peuvent venir compléter cette équipe. Les médecins animent et cordonnent l'EP⁵. Ainsi, une EP a vocation à rassembler plusieurs médecins qui en assurent conjointement l'animation et la coordination. L'agrément fixe l'effectif maximal de salariés suivi par EP et donc le nombre d'EP nécessaires⁶. L'EP intervient dans chacun des secteurs⁷.

Le nombre de médecins affectés à un secteur est déterminé par l'agrément⁸. Ainsi, l'agrément fixe à la fois l'effectif de salariés en charge par EP, donc le nombre d'EP, et le nombre de médecins par secteur donc l'effectif de salariés en charge par médecin.

Enfin, une liste d'entreprises indiquant les effectifs de salariés et les risques professionnels auxquels ils sont exposés est attribuée à chaque médecin⁹.

L'articulation de ces dispositions fait que les médecins du travail, affectés à un secteur déterminé, ont en charge des entreprises et des effectifs de salariés clairement identifiés, et doivent animer et coordonner collectivement une ou des EP qui sont « en libre service » et interviennent dans chacun des secteurs. Le nombre d'EP, leur effectif en charge, le nombre de médecins par secteur et l'effectif en charge pour chacun d'entre eux relèvent de l'agrément, donc d'une tutelle administrative beaucoup plus prégnante, sans que les critères de décision des DIRECCTE soit connus. Ces critères risquent, en tout cas, d'être variables d'une région à une autre et peut-être à l'intérieur d'une même région.

Pour qui a une certaine expérience du fonctionnement des SIST, ce dispositif est-il crédible ? Que le ou les EP soient en libre service est inévitable dès lors qu'on décide de ne pas exiger une EP par secteur (pourquoi ce choix organisationnel a-t-il été écarté ?). Mais ce choix rend irréaliste l'animation et la coordination de l'EP par les médecins du travail, qui supposeraient, pour fonctionner, une coordination préalable et permanente des médecins des différents secteurs entre eux. On sait très bien que deux comportements opposés des médecins sont prévisibles : ou les médecins se désintéresseront de l'EP ou ils seront, au contraire, très demandeurs et alors en situation de concurrence les uns avec les autres et d'un secteur à l'autre. Dans tous les cas, il est probable que l'animation et la coordination, assurées collectivement par les médecins, se révéleront impossibles. Il est douteux que la commission médico-technique, qui se réunit 3 ou 4 fois par an et qui rassemble des représentants de toutes les catégories de personnel du service puisse jouer ce rôle sans courir le risque de devenir une « foire d'empoigne ». La coordination nécessite une autorité et une disponibilité permanentes que seule la direction du SIST était en mesure d'assurer.

² Bilan de la mise en œuvre de la pluridisciplinarité en matière de santé et de prévention des risques professionnels- DGT- Ministère du travail – décembre 2007 – page 87.

³ Les rapports annuels sur les conditions de travail du ministère restent totalement muets sur ce point. Le CISME, dans son rapport de branche, fait à nouveau un amalgame (innocent ?) entre les IPRP et d'autres techniciens sous le terme générique de « préveteurs ». Les bilans d'habilitation des collèges régionaux ad hoc ne font pas de distinction entre IPRP internes aux SST et IPRP extérieurs aux SST.

⁴ Article D 4622-25

⁵ Article L 4622-8

⁶ Article D 4624-18

⁷ Article L 4622-26

⁸ Article L 4622-26

⁹ Article R 4623-10

Enfin, ce dispositif est-il compatible avec les délégations de tâches aux membres de l'EP auxquelles les médecins devront procéder au travers de protocoles écrits. Ce sera la règle pour les entretiens infirmiers. Y aura-t-il autant de protocoles que de médecins ? Plaignons dans ce cas les malheureux membres de l'équipe pluridisciplinaire !

Pour **conclure**, résumons les dispositions qui obèrent l'avenir de cette réforme :

- une gouvernance des SIST inutilement complexe ressemblant à une « usine à gaz » ;
- une tutelle technique lourde qui ne laisse que très peu d'espace de liberté aux SIST, assurée par les DIRECCTE et les CARSAT, dont les moyens techniques et humains ne sont sans doute pas adaptés à cette mission ;
- la perpétuation de la « formalité impossible » du fait du maintien de la surveillance clinique de tous les salariés à l'embauche ;
- l'abandon du principe d'égalité de traitement des salariés placés dans des conditions identiques ;
- une SMR scientifiquement discutable, éthiquement inacceptable et juridiquement dangereuse ;
- une organisation de la pluridisciplinarité irréaliste qui attribue aux médecins une mission impossible de coordination.

On peut craindre, dans ces conditions, que l'espérance de vie de cette réforme ne soit pas meilleure que la durée de vie de la précédente.

Docteur Michel Blaizot
septembre 2012