

Réforme de la médecine du travail, jurisprudence foisonnante et complexe sur l'inaptitude, plan santé au travail, plan violence, plan santé environnement... Une déferlante de textes qui renouvelle la matière déjà riche de la santé au travail et qui interpelle les médecins du travail.

Santé au travail : où en est-on ?

Entretien avec **Marie-Christine Soula**, médecin inspecteur régional du travail

Comment est perçue la réforme de la médecine du travail sur le terrain ?

Quelle que soit leur perception, les médecins n'ont pas le choix. Leur mission a radicalement changé. Auparavant, la médecine du travail était entièrement organisée autour de l'action du médecin, centrée sur le suivi médical des salariés dans un temps médical donné. Dans une première période, les médecins du travail ont eu une obligation de moyens. Puis, en 1979, ils ont été soumis au tiers temps, soit à des actions en milieu de travail (ex. : études de poste par rapport à un salarié qui se plaignait), ce qui s'est avéré peu efficace. Nous sommes actuellement dans une troisième phase initiée par la directive communautaire de 1989 sur l'obligation d'évaluation des risques dans les entreprises. Le médecin du travail devient le conseiller de l'employeur et du salarié, son aiguillon dans le repérage des risques et propose des solutions à mettre en œuvre. L'accord national interprofessionnel de septembre 2000 a introduit la pluridisciplinarité par l'embauche des IPRP (intervenants en prévention des risques professionnels). Le décret du 27 juillet 2004 a parachevé cette tendance en renforçant l'action en milieu de travail (150 demi-journées) pour un temps plein pour améliorer la prévention des risques professionnels. Aujourd'hui, le médecin ne choisit plus complètement ses thèmes de travail. Ses objectifs lui sont assignés en fonction des besoins de l'entreprise et au regard de plans que l'État réalise en concertation avec les partenaires sociaux (plan santé publique, environnement, cancer, plan santé travail, plan violence). Désormais, ce n'est plus le médecin mais le service de santé au travail. Il doit travailler avec des ergonomes, des psychologues... Et l'obligation de moyen s'est transformée en obligation de résultat.

C'est une révolution ?

Certainement. La manière d'aborder les problèmes est radicalement différente. Sur le terrain, cela s'avère difficile, d'autant qu'il y a une véritable pénurie médicale, que leur charge de travail est considérable, eu égard aux effectifs des salariés qu'ils doivent gérer depuis cette réforme. Le gouvernement ne cesse de présenter des plans dans le domaine de la santé : le plan santé environnement, le plan santé au travail, le plan fibres, le plan éthers de glycol. Autant d'actions qui impactent d'une manière ou d'une autre la

médecine du travail. Mais, rappelons-le, le train est en marche depuis 1989.

Concrètement, comment cette réforme se met-elle en place ?

Il convient de distinguer. Les médecins des services d'entreprise vont dégager des priorités suite à l'élaboration du document unique qui permet de recenser les risques existants dans l'entreprise. Une véritable négociation sur la prévention des risques va devoir s'engager dans l'entreprise avec le plan

d'activité défendu avec le CE et le CHSCT qui devient une des pierres d'angle du dispositif de prévention des risques professionnels.

Pour un service inter-entreprises, c'est beaucoup plus compliqué car c'est une association d'employeurs. Depuis les décrets de 2003 et 2004, le président du service inter doit

faire l'évaluation des besoins des entreprises adhérentes et faire remonter ce que les entreprises attendent en termes de prestations du service de santé au travail. Ce qui peut aboutir à des résultats très disparates en fonction des entreprises données. Par exemple, dans les Yvelines, dans un service important, trois besoins ont été mis en évidence : le conseil juridique, l'activité de conseil par rapport à des démarches de sécurité (normalisation d'information par rapport aux salariés sur par exemple des gestes et des postures, mise aux normes d'équipements de machines), enfin le risque chimique. Les médecins du travail ont répondu. S'agissant du premier besoin, il est bien évident que le médecin du travail ne saurait faire du conseil juridique. Sur le troisième besoin, des actions concernant le risque chimique ont été transférées au niveau des branches professionnelles. Enfin, il a été proposé aux entreprises des formations sur la sécurité, les gestes et postures, le secourisme pour répondre à la deuxième préoccupation.

Quels sont les nouveaux risques auxquels sont confrontés les entreprises et les salariés ?

Indéniablement, les risques chimiques qui ont souvent été négligés, les risques psycho-sociaux, mais également les pratiques addictives comme l'alcool ou la drogue. Il est aussi beaucoup question des TMS (troubles musculo-squelettiques). ●●●

La mission des médecins du travail a radicalement changé. Elle est davantage centrée sur l'action en milieu de travail

Leur explosion est due pour partie aux tableaux 57 et 98 qui sont très favorables. En réalité, les TMS liés à l'intensification des rythmes de travail sont difficiles à appréhender. C'est surtout une problématique ergonomique, psycho-sociale, organisationnelle avec une origine multifactorielle. Mais c'est un réel problème dont les syndicats parlent beaucoup.

Et les accidents routiers ?

Ils représentent la première cause d'accident de travail, comme l'a montré le dernier plan santé travail. La CNAM travaille beaucoup sur cette question.

Quel regard portez-vous sur les négociations qu'ont entamé les partenaires sociaux sur la pénibilité ?

Les partenaires sociaux veulent mettre en place dans les branches des codages de pénibilité par rapport à des postes. Cela me paraît dangereux car on va aboutir dans les négociations au niveau de la branche à des procédés figés. À mon sens, il ne faut pas négocier sur des postes globaux. Je prends un exemple. Pour un téléopérateur, si son équipement est bien étudié (casque, écran, temps de pause réguliers), la pénibilité n'est pas si grande. En revanche, si son équipement est ancien voire inexistant, s'il est astreint à des cadences infernales, oui, nous sommes alors au cœur de la pénibilité.

Venons-en à la jurisprudence et particulièrement à celle si décriée sur l'inaptitude à tout emploi.

J'ai envie de vous répondre que la question n'aurait jamais dû se poser. La mise en inaptitude à tout poste voire à tout emploi ne répond pas aux règles de métier du médecin du travail. Même en présence d'une inaptitude à tout poste, il doit formuler des propositions de reclassement. Le médecin du travail est le « conseiller » de l'employeur et du salarié, sa mission est d'« éviter l'altération de la santé du fait du travail », conformément à l'article L. 241-2 du Code du travail. Il ne doit prononcer une inaptitude que sur un dossier construit accompagné et en fonction d'éléments médicaux recueillis, corroborés par des courriers échangés avec le médecin traitant, voire le spécialiste. Son devoir d'indépendance et sa déontologie professionnelle lui imposent de proposer des postes, voire de susciter des postes à créer sans se censurer (ex. : télétravail à domicile). L'employeur devra ensuite se positionner en fonction de ces indications, à charge pour lui de démontrer qu'il est dans l'impossibilité de reclasser. Au final, c'est lui et lui seul qui prend la responsabilité de la rupture.

Les avis d'inaptitude à tout emploi sont souvent utilisés dans des problématiques de santé mentale.

Absolument. Ils ont été utilisés en effet pour faire sortir le salarié en souffrance du champ de l'entreprise (Ndlr : pour des indicateurs objectifs de mal être au travail, voir annexe page suivante). Ce n'est pas satisfaisant. Même quand il y a danger (ex. : risque de passage à l'acte suicidaire), le médecin du travail doit pouvoir faire des propositions en formulant des éléments objectifs portant sur les capacités du salarié au regard du poste de travail occupé.

Sans rompre le secret médical, le médecin du travail doit pouvoir convaincre l'employeur que le salarié est dans l'incapacité totale de retourner dans l'entreprise. J'observe que les médecins du travail sont très divisés et désemparés à ce sujet. Il est nécessaire de trouver une formulation à l'inaptitude en cas de risque de passage à l'acte tout en permettant un signalement collectif dans l'entreprise (fiche d'entreprise, indicateurs objectifs de mal être au travail, etc.).

L'inaptitude à tout emploi est aussi beaucoup utilisée pour les seniors.

Face à l'allongement de la durée du travail, les entreprises n'ont pas suffisamment anticipé l'employabilité de ces seniors. Je crains des pressions sur les médecins du travail quand il n'y aura plus adéquation entre l'aptitude professionnelle et les contraintes de longévité. L'utilisation de l'inaptitude pourrait devenir « abusive ».

La mise en inaptitude à tout poste voire à tout emploi ne répond pas aux règles de métier du médecin du travail.

Indicateurs objectifs de mal être au travail

1. Conjoncture de l'entreprise

- Historique de l'entreprise sur 5 ans avec fermeture partielle, fusion absorption, plan social...
- Perspective de l'entreprise : plans sociaux, externalisation, changement technique de production, réorganisation interne...
- États lieux quantifiables :
 - nombre de salariés site principal et annexe ;
 - taille groupe et origine du groupe ;
 - catégorie de salariés (CDI, CDD, temps partiel, sous-traitants, intérimaires, embauches, départs, travailleurs handicapés, congés spécifiques, etc.) ;
 - parité hommes femmes ;
 - pyramide des âges / catégorie socioprofessionnelle ;
 - nombre de licenciement pour salariés ordinaires et protégés ;
 - nombre de sanctions prises.

2. Indicateurs directs

- Nombre de plaintes déposées et demandes de rendez-vous auprès inspection du travail
- Nombre d'accidents de travail et de trajet
- Nombre de maladies professionnelles et à caractère professionnel
- Nombre d'arrêts maladie
- Nombre d'altercations sur lieu de travail
- Nombre de tentatives de suicide sur lieu de travail
- Nombre de plaintes pour harcèlement moral

3. Système d'évaluation et fixation des objectifs

- Type d'évaluation et rythme
- Modalités des entretiens d'évaluation
- Type d'outils d'évaluation
- Restitution des rapports d'activité et d'objectifs
- Type de suivi d'objectifs

4. Prise en compte de la santé dans l'entreprise

- Charte éthique d'entreprise ?
- Modalités des échanges sur ce thème avec CE – CHSCT
- Organisation et place du service de santé au travail

5. Communication interne

- Modalités et facilité dialogue avec hiérarchie
- Charte de management
- Modalités de communication sur horaires, congés, primes, etc.
- Affichage interne, réunion dialogue avec les salariés
- Modalités d'accès au N + 1, N + 2

6. Indicateurs service santé au travail

- Analyses des critères de santé individuelle :
 - nombre de troubles cardiovasculaires ;
 - nombre de troubles musculo-squelettiques ;
 - nombre de traitements antidépresseur, anxiolytique ;
 - évaluation des conduites addictives (tabac, alcool, drogue...) ;
 - courbe poids (IMC) ;
 - nombre de visites spontanées auprès du service de santé au travail ;
 - temps d'écoute nécessaire lors des consultations ;
 - nombre d'orientations médicales ;
 - nombre de passages à l'infirmerie en relation avec des facteurs psychosociaux.
- Analyses collectives :
 - analyse AT-MP-MPC ;
 - analyse du registre d'accidents bénins en relation avec des facteurs psychosociaux ;
 - nombre de réserves d'aptitude et de mutations demandées en relation avec des facteurs psychosociaux.