

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

Le lecteur de ces lignes se souvient certainement du triste sort réservé à la réforme de la santé au travail de juillet 2004. Dès 2007, elle s'est fracassée sur ce que le CISME a appelé la « formalité impossible », terme impropre mais illustrant bien l'impossibilité pour les SIST de satisfaire les obligations légales des employeurs en matière de périodicité des visites médicales, du fait de la pénurie de temps médical et des normes inconséquentes fixées pour le calcul des effectifs de salariés en charge par médecin.

On peut regretter que les pouvoirs publics ne se soient pas livrés explicitement à une analyse critique des raisons ayant conduit à l'échec retentissant de 2004. Cet échec les a contraints à mettre en chantier une nouvelle réforme qui aura demandé près de cinq années d'expertise et de concertation avant publication. Cette analyse aurait sûrement éclairé avec profit le législateur en 2011 et les partenaires sociaux au cours de leur négociation, qui a tourné court en 2010.

Ce précédent rend légitime la question de l'avenir de la réforme 2011/2012.

Compte tenu de leur place prépondérante dans le nouveau dispositif législatif et réglementaire, les questions touchant à la **gouvernance** des SIST méritent un examen prioritaire. Leur place relativement démesurée marque le souci des pouvoirs publics de ménager les partenaires sociaux, pour qui cette gouvernance a toujours été une préoccupation dominante et l'objet de négociations incessantes quoique peu fructueuses. Ce souci a manifestement prévalu sur la recherche de l'efficacité.

Sans doute espérait-on que le choix du paritarisme recueillerait l'approbation explicite des organisations de salariés et la présidence patronale celle des organisations d'employeurs. L'attribution du poste de trésorier à un représentant salarié était sans doute destinée à compenser, mutatis mutandis, la voix prépondérante du président.

Le paritarisme du conseil d'administration aurait dû, en toute logique, entraîner la disparition de la commission de contrôle ; or elle a été maintenue et ses attributions renforcées. Tant et si bien que se trouvent empilées des instances délibérantes ayant des compétences communes mais une composition différente. En effet, comme son nom ne l'indique pas, la commission de contrôle a aussi, dans certains domaines, un pouvoir de codécision avec le conseil d'administration. C'est le cas pour tout ce qui touche à la nomination et l'affectation du médecin du travail¹, pour lesquelles un vote à bulletin secret des deux instances est exigé. C'est aussi le cas pour le changement d'affectation d'une entreprise ou le changement de secteur d'un médecin si ces changements sont contestés². C'est encore le cas pour le licenciement d'un médecin³ et même pour la rupture d'un CDD quand le contrat du médecin comporte une clause de renouvellement⁴. Le rapport administratif et financier du SIST exige l'approbation des deux instances comme les rapports annuels des médecins du travail⁵.

En un sens, « l'opération de séduction » des pouvoirs législatif et réglementaire auprès des organisations professionnelles a été, partiellement, couronnée de succès. Les organisations d'employeurs sont restées obstinément muettes et les organisations de salariés se sont contentées de réitérer discrètement leurs observations initiales. Au niveau du Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT), la synthèse annuelle des travaux de 2011⁶ fait état d'un accord unanime en faveur de la mise en œuvre de cette réforme⁷. Enfin, l'approbation presque sans réserve du CISME mérite d'être retenue.

¹ Art. R 4623-5

² Art. R 4623-12 et 13

³ Art. R 4623-18

⁴ Art L 4623-5-1

⁵ Art. R 4624-43 et R 4622-54

⁶ www.travail-emploi.gouv.fr

⁷ Rapport sur les conditions de travail-point 4 : « la réforme des services de santé au travail doit permettre de mieux

Pourtant, certaines pressions continuent sans doute à s'exercer sur le pouvoir politique issu de la nouvelle majorité. En effet, dans le relevé de conclusions de la Conférence sociale de juillet 2012, le premier ministre s'est engagé à mettre en place des groupes de travail sur la gouvernance des SIST. Les partenaires sociaux ayant déjà négocié sur ce sujet pendant un an sans aboutir à une signature, on peut s'interroger sur l'objet de ces groupes de travail si jamais ils devaient voir le jour. A moins que la nouvelle majorité politique ne soit disposée à remettre en cause la présidence patronale, sur laquelle elle avait exprimé son opposition au cours des débats parlementaires de 2011. Si tel était le cas, la CGT ne manquerait pas de renouveler sa demande de rattachement de la santé au travail aux CARSAT, justifiant ainsi le récent changement de sigle des CRAM mais exigeant un nouveau passage devant le parlement. Les mois à venir pourraient donc changer la donne.

Quoiqu'il en soit, pour tous ceux qui ont une expérience concrète de la gestion des SIST, a fortiori de leur gestion paritaire, le dispositif actuel s'apparente à une « usine à gaz » qui aura bien du mal à résister à l'épreuve du temps et des réalités. A l'appui de ce pessimisme, plusieurs dispositions illustrent l'inutile complexité des règles en vigueur. L'article D 4622-31(5°) exige un avis de la commission de contrôle pour embaucher un médecin en CDD en vue d'un simple remplacement ! Bien mieux, l'article L 4623-5-2 exige la saisine de l'inspecteur du travail pour mettre fin à un contrat de médecin en CDD pour remplacement. Quant aux articles L 4622-10 et D 4622-44, ils exigent que la signature du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) entre le SIST, la DIRECCTE et la CARSAT soit précédée de l'avis du CRPRP, de celui des organisations professionnelles représentatives et de celui de l'agence régionale de santé ! Pourquoi faire simple... ?

Il y a lieu d'examiner ici la finalité et les modalités de réalisation du CPOM. Le terme de contrat paraît, en vérité, abusif en l'absence de liberté et d'égalité des contractants. L'extrait, cité ci-dessous, de la note adressée conjointement, en juillet dernier, par la Direction générale du travail et la Direction des risques professionnels de la CNAMTS, aux Directeurs régionaux du travail et aux Directeurs des caisses chargées de la prévention et de la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles, montre bien le sens que les pouvoirs publics entendent donner à ce terme de contrat :

« le partenariat entre les services de la DIRECCTE et de la CAISSE en amont de la contractualisation avec le SIST revêt un caractère essentiel pour :

- établir un diagnostic préalable et partagé...,*
- définir des priorités communes partagées...,*
- identifier des actions qui pourraient être prioritairement proposées au SIST... »*

On ne saurait mieux dire que DIRECCTE et CARSAT devront se mettre d'accord avant de présenter un front commun devant les SIST. En termes plus abrupts, cette entente préalable s'apparente à une mise des SIST devant le fait accompli ou plus simplement sous tutelle technique. Ce choix politique pourrait, à la rigueur, se comprendre mais DIRECCTE et CARSAT, cocontractants, auront-ils réellement la possibilité de prendre une part concrète dans la réalisation et le suivi de ce contrat ? Malgré ce qu'en dit la note citée ci-dessus, on ne voit pas bien quel peut être l'apport, en termes de moyens, de ces deux institutions, hormis les laboratoires régionaux de métrologie des CARSAT. La faiblesse numérique chronique du corps des médecins inspecteurs du travail (qui ne peut que s'aggraver) et le peu de ressources humaines dont disposent les services prévention des caisses régionales face à la multiplicité et à la diversité des SIST (plus de 30 en Ile-de-France) laissent sceptique l'observateur averti.

A l'évidence, le CPOM a pour objectif d'insérer les SIST dans le dispositif de prévention échafaudé au plan régional autour de la DIRECCTE, de la CARSAT, du CRPRP, de l'ARS et autres instances. Les besoins spécifiques des entreprises adhérentes et de leurs salariés risquent fort d'être noyés dans les méandres de la politique nationale et régionale de prévention (plan national et plan régional de santé au travail).

En principe, l'élaboration du projet pluriannuel de service devrait laisser aux SIST plus de liberté de manœuvre. Cependant, la note citée ci-dessus donne, sur ce sujet, des indications qui incitent à la prudence :

Pour garantir la cohérence entre le projet pluriannuel de service élaboré par le SIST au sein de sa commission médico-technique, son CPOM et les objectifs régionaux de santé au travail partagés, le service doit dialoguer le plus tôt possible avec les différentes parties prenantes à cette démarche de contractualisation (DIRECCTE, Caisses).

Il faut, en effet, privilégier les échanges en amont ou au cours de l'élaboration de ce projet de service et, en tout état de cause, avant son adoption définitive par le conseil d'administration du service.

Les pouvoirs publics entendent donc bien contrôler le processus d'élaboration du projet de service aussi en amont que possible et avant qu'il soit figé par une approbation du conseil d'administration. Il s'agit bel et bien d'une tutelle technique qui ne dit pas son nom. Les échanges demandés, qu'on ne saurait qualifier de dialogue, relèveront-ils du président de la commission médico-technique ou du président et de la direction du service ? Quels interlocuteurs trouveront-ils, tant au niveau de la DIRECCTE que de la CARSAT ? Les administrations concernées désigneront-elles un interlocuteur unique, ce qui aurait au moins le mérite d'atténuer des divergences toujours possibles ?

(A suivre)

Docteur Michel Blaizot
septembre 2012