



SAUVONS LA MEDECINE DU TRAVAIL

La négociation à laquelle participent les organisations syndicales représentatives des salariés, s'est engagée depuis le 15 janvier 2009 sur la base d'un texte produit et modifié depuis par le MEDEF. Le 2 avril la discussion s'est poursuivie sur le texte que nous publions ci-contre. Une prochaine réunion est programmée pour la fin avril. Les commentaires du groupement national SLMT sont affichés sur la colonne de droite.

Le rôle et les missions des services de santé au travail et des médecins du travail

Commentaires SLMT

Préambule

La législation oblige tous les employeurs à organiser des « services de santé au travail ». Pour faire face à cette responsabilité, les grandes entreprises se sont organisées en services autonomes et les plus petites d'entre elles ont regroupé leurs moyens, via les services de santé au travail interentreprises.

Ce système est aujourd'hui confronté à des difficultés persistantes et à des disparités d'application territoriale et s'interroge sur son devenir (1). La succession de changements législatifs, conventionnels et réglementaires accomplis depuis un peu plus de quinze ans, en particulier en 2002 et 2004, peine à produire les effets escomptés. (2)

Le problème évoqué, à juste titre, de façon récurrente reste celui de la crise démographique. Les réformes n'ont, en effet, pas apporté de réponse permettant soit de conforter les effectifs au regard des enjeux démographiques à venir, soit de modifier suffisamment la structure pour apporter des solutions durables. La situation reste préoccupante : trois quarts des médecins du travail sont âgés de plus de 50 ans et 1700 départs en retraite sont prévus dans les années à venir. Cette situation démographique défavorable engendre d'ailleurs des effets secondaires pervers sur l'image et le recrutement dans une profession déjà dévalorisée par rapport aux autres spécialités de la médecine. La question de l'attractivité de la médecine du travail, lors de la formation initiale ou d'une reconversion éventuelle, n'a pas trouvé de réponses à la hauteur de l'enjeu.

Conscients que l'amélioration des conditions de travail et la prévention des risques professionnels sont des enjeux majeurs de performance pour l'entreprise aux plans social, éthique et économique, les partenaires sociaux souhaitent définir des modalités permettant de réformer et moderniser la médecine du travail.

Les partenaires sociaux souhaitent que les services de santé au travail s'inscrivent dans un cadre renouvelé, dynamique et cohérent fédérant l'ensemble des acteurs de la santé au travail.

C'est pourquoi, les partenaires sociaux proposent de mener le

(1) Il est dommage qu'une telle négociation soit limitée à cet aspect purement organisationnel. Même les difficultés matérielles (démographie) ont des origines et des causes qu'il paraît difficile de ne pas analyser.

(2) La situation de la médecine du travail dans l'ensemble des dispositifs de prévention professionnelle, n'est évoquée ni dans sa définition ni dans son articulation. La médecine du travail est à la fois une institution contribuant à la prévention des risques professionnels et une spécialité médicale. Le texte se propose de réformer l'institution mais sans se préoccuper des conséquences sur la spécialité médicale. Toute réforme de l'institution doit prendre en compte les exigences de la spécialité médicale qu'il ne revient pas aux partenaires sociaux de définir mais aux médecins dans leurs structures appropriées.

processus de réforme à son terme selon les orientations suivantes :

- orientations pour une nouvelle organisation de la santé au travail, au service de la prévention des risques professionnels ;
- propositions pour renforcer l'efficacité de l'action du médecin du travail au sein d'une équipe pluridisciplinaire ;
- évolution vers une pluridisciplinarité efficiente en développant un véritable réseau de la santé au travail ;
- évolution vers une gouvernance des services de santé au travail renouvelée.

TITRE 1

Orientations pour une nouvelle organisation de la santé au travail, au service de la prévention des risques professionnels

Article 1 – Les services de santé au travail interentreprises

1.1 Définition légale des missions des services de santé au travail

L'évolution d'un service de « médecine du travail » vers un « service de santé au travail » fondé sur la pluridisciplinarité des approches et des compétences exige de définir les missions d'un tel service de santé (3), qui doit coordonner son activité.

A cette fin, les partenaires sociaux proposent qu'une définition légale des missions des services de santé au travail soit intégrée dans le code du travail conformément aux orientations suivantes :

- les services de santé au travail contribuent à la mise en œuvre des moyens pour préserver la santé au travail des salariés en prévenant toute altération de leur santé du fait de leur travail, tout au long de leur parcours professionnel ;
- les services de santé au travail effectuent un suivi individuel des salariés conformément à l'article 14 de la directive 89/391. Par ailleurs, ils contribuent à la mise en œuvre d'actions collectives de prévention sur les lieux de travail vis-à-vis des risques physiques, chimiques et biologiques, des risques psychosociaux et des organisations de travail ;
- les services de santé au travail concourent au maintien dans l'emploi des salariés en participant à des actions de prévention de la désinsertion professionnelle (4) en liaison avec la branche ATMP et la branche maladie du régime général de sécurité sociale ;
- les services de santé au travail constituent une équipe de santé au travail où les actions des différents acteurs du service permettent de proposer, dans le respect de leurs prérogatives respectives, une prestation globale en santé au travail, au service des entreprises et au bénéfice des salariés ; (5)
- les services de santé au travail participent également à la veille sanitaire de la population au travail dans le cadre de la politique de santé publique (6), du point de vue de la santé au travail, et concourent à la traçabilité des expositions professionnelles ;
- les services de santé au travail organisent leur fonctionnement et leur gestion en vue de l'application des dispositions relatives à

(3) Ces missions qui sont actuellement celles du médecin du travail deviendraient celles du SST (donc des employeurs). Avec ce glissement elles pourront être réalisées sans lui. C'est probablement la raison qui explique pourquoi la modification de la loi de 1946 serait si nécessaire. Et notamment l'article L.4622-2 du code du travail qui précise que « Les services de santé au travail sont assurés par un ou plusieurs médecins qui prennent le nom de "médecins du travail" ». De ce fait, au lieu que la loi impose à l'employeur de fournir les moyens de sa mission au médecin du travail, c'est l'employeur qui définira cette mission et non plus la loi. Le médecin du travail ne serait plus alors qu'un des agents du dispositif de prévention.

(4) Actuellement le médecin du travail doit adapter le poste au salarié. Le texte proposé à la négociation sous entend que c'est l'altération de la santé du salarié qui est responsable de la désinsertion, alors que c'est d'abord l'incapacité des milieux de travail à proposer des conditions de travail adaptées collectivement et individuellement aux salariés malades ou pas.

(5) Actuellement le médecin du travail de par sa déontologie se doit à la santé du salarié en dehors de toute autre considération. La "prestation globale au service des entreprises" et "au bénéfice des salariés", constitue une quadrature du cercle quand le service de l'entreprise, ne coïncide pas avec le bénéfice du salarié.

(6) Si actuellement le médecin du travail utilise des méthodes de santé publique, il le fait dans des objectifs spécifiques de prévention professionnelle. Ceci ne fait pas de la médecine du travail une branche de la santé publique. Ceci n'implique pas non plus nécessairement la participation à la veille sanitaire. La position de salarié ne place pas la personne dans une posture d'acceptation a priori des actions de

la santé au travail.

1.2 Organisation des services de santé au travail

Pour remplir leurs différentes missions, les services de santé au travail associent dans le cadre d'une approche pluridisciplinaire, les compétences médicales, techniques et organisationnelles apportées par les médecins du travail, les infirmier(es) et assistants de santé au travail, les intervenants en prévention des risques professionnels (7). Les médecins peuvent déléguer une partie de leurs tâches dans un cadre légal et déontologique à déterminer, tout en conservant un droit de regard sur la ou les activités déléguées. (8)

Au sein de la commission médico-technique qui deviendrait une « commission d'orientation », présidée par le directeur, un médecin coordonne et prépare en concertation avec les autres médecins du travail (9) et l'équipe pluridisciplinaire un projet de programme d'actions pluridisciplinaires et médicales. Il le présente au Conseil d'administration qui délibère sur ce point. La commission « d'orientation » est également consultée sur tout projet intéressant le service. Les orientations adoptées par le conseil seront intégrées à la convention de partenariat définie au titre 3.

Par ailleurs, sans préjudice du contrôle social et administratif des services de santé au travail, ces derniers doivent développer une nouvelle dynamique d'engagement et d'évaluation des actions menées.

A cette fin, le Président représente le service et met en œuvre les actions définies par le conseil. Il reçoit la délégation du Conseil et les moyens lui permettant d'accomplir les missions dévolues au service de santé au travail et notamment celles résultant de l'agrément et des objectifs fixés par la convention de partenariat telle que prévue dans le titre 3 du présent accord.

Le directeur du service, qui assume pleinement la compétence liée à cette responsabilité, reçoit du Président les délégations nécessaires pour la mise en œuvre des objectifs opérationnels du service de santé au travail et veille à leur exécution.

1.3 Contrôle des services de santé au travail : l'agrément administratif

L'action des services s'inscrit dans le respect des règles déterminées par l'agrément administratif délivré par la Direction régionale du travail et de l'emploi.

L'agrément administratif vise à :

- définir un cadre de nature à assurer l'égalité de traitement sur l'ensemble du territoire et à prévenir les disparités territoriales ;
- s'assurer que les moyens et l'organisation des services de santé au travail interentreprises leur permettent d'exercer leur mission (10) de protection de la santé des salariés et de conseil

veille sanitaire. Les salariés de l'entreprise ne doivent pas constituer une population captive vis à vis de ces actions, qui, quant à elles, relèvent du libre choix de l'individu.

(7) Un certain nombre de ces professions nouvellement créées (AST, IPRP), ne disposent d'aucune formation réglementée, d'aucune référence déontologique, ni d'aucune protection vis à vis de l'employeur. Leur apport n'est pas hiérarchisé. Le rôle central du médecin du travail disparaît, dilué parmi les autres compétences. Le texte ne précise pas : par qui, ni comment les uns et les autres seront sollicités.

(8) Il s'agit probablement de la délégation de certaines tâches cliniques aux infirmiers. Pour le rédacteur, la présence d'ergonomes, de sociologues, de psychologues (AST—IPRP) dispense même le médecin du travail de toute délégation en matière d'étude des conditions de travail. En effet nulle part on ne le mentionne comme le responsable ou même le coordonnateur de l'équipe pluridisciplinaire. La délégation de tâches cliniques aux infirmiers relève de l'exercice illégal de la médecine.

(9) Le SST deviendrait une entreprise comme une autre. Le pouvoir se déclinerait entre le président et le directeur. Le contrôle social par les représentants des salariés des entreprises adhérentes n'est évoqué qu'au passage dans un autre article du texte, de façon très vague, et sans aucune précision sur le pouvoir de proposition et de décision des représentants des salariés. Un médecin coordonne et prépare la concertation avec ses confrères. L'expression de la commission médico technique se résumerait à celle d'un médecin élu ou nommé (?) seul face au CA.

(10) La définition de l'agrément proposée permet d'éliminer les obligations de moyens et de formation.

auprès des acteurs de l'entreprise ;

- tenir compte spécifiquement du tissu économique des petites entreprises : il convient de ne plus asseoir l'organisation des services de santé au travail sur le système des « quotas ».

Toutefois, aujourd'hui, le contexte de la pénurie de médecins du travail remet en cause ce principe d'égalité de traitement des salariés et des employeurs, et elle est à l'origine d'une formalité impossible pour ces derniers. Pour mettre un terme à cette insécurité juridique autour de laquelle se cristallise l'inquiétude de toutes les parties prenantes, les partenaires sociaux proposent que la loi prévoit que la direction régionale du travail adapte, si nécessaire, les modalités des visites médicales pour pallier la pénurie de médecins du travail dont pâtissent certaines entreprises. (11)

Par ailleurs, les partenaires sociaux estiment nécessaire que des aménagements soient apportés à la procédure d'agrément afin de clarifier les conditions d'obtention de l'agrément, en cohérence avec les priorités définies au plan régional. (12)

Article 2 – Les services de santé au travail autonomes

Les partenaires sociaux estiment nécessaire :

- de transformer l'obligation de constituer un service autonome en une option pour les entreprises concernées de manière à favoriser une mutualisation des ressources médicales des services autonomes (13), notamment pour les plus petits d'entre eux, au sein des services de santé au travail interentreprises ;
- de permettre aux entreprises de partager leur ressource médicale avec certaines de leurs entreprises extérieures ;
- d'autoriser la constitution de service de santé au travail de groupe sous le contrôle des instances représentatives du personnel.

TITRE 2

Propositions pour renforcer l'efficacité de l'action du médecin du travail au sein d'une équipe pluridisciplinaire

Article 3 – Le rôle du médecin du travail

Les partenaires sociaux reconnaissent la valeur et le potentiel de ce mode d'exercice médical spécifique en milieu de travail. Il a en effet pour fonction, tant lors des consultations medico-professionnelles que des actions de terrain, « de favoriser le maintien et la promotion de la santé des salariés et de déterminer leur aptitude au travail, de participer à l'amélioration des conditions et du milieu du travail pour assurer la sécurité et la santé au travail (14), de conseiller à l'adoption de systèmes d'organisation du travail susceptibles de contribuer à la sécurité et la santé au travail et de promouvoir un climat social positif et le bon fonctionnement de l'entreprise ». (15)

Pour les partenaires sociaux les missions essentielles du médecin

(11) Ces modifications feraient disparaître les obligations réglementaires, par définition, nationales. Elles aggraveraient les disparités et les inégalités territoriales. Les « quotas » c'est à dire l'évaluation quantitative des besoins disparaissant, c'est la ressource médicale qui deviendrait le paramètre d'ajustement des obligations de prévention. L'adaptation de la périodicité des visites (donc des moyens) selon non pas les besoins de prévention professionnelle et de santé mais les ressources médicales du STT est incompatible avec le maintien de la médecine du travail comme spécialité.

(12) C'est l'agrément à la carte, en fonction des priorités régionales, donc en contradiction avec le point précédent prétendant « définir un cadre de nature à assurer l'égalité de traitement sur l'ensemble du territoire et à prévenir les disparités territoriales ».

(13) Les conséquences en seront peut être une dépendance accrue des sous traitants en matière de prévention professionnelle. Ces dispositions contribueront à augmenter l'effectif en charge des médecins des services autonomes qui ne sont pas à l'abri de la réforme envisagée.

(14) Le médecin du travail ne serait plus un acteur de prévention mais un animateur. Il recueillerait des données sans pour autant avoir été l'initiateur du recueil. Il assurerait des fonctions de gestion de main d'œuvre et non plus d'action de prévention. Cela ne correspond plus à l'action préventive assignée actuellement aux médecins du travail par la Loi de 1946 qui demande d'agir sur le milieu de travail pour prévenir.

(15) Le médecin du travail n'a en aucune manière à promouvoir un climat social positif. Ce qualificatif n'a aucune pertinence. La mesure du climat social en positif ou négatif n'entre ni dans ses missions ni dans ses compétences.

du travail sont :

- le rôle de conseil auprès de l'employeur, des salariés et des instances représentatives du personnel lorsqu'elles existent, et ceci dans le cadre du secret médical et industriel concourant à la confiance qu'il établit avec eux (16), et dans le respect de son indépendance ;
- le suivi médical individuel des salariés ;
- le suivi collectif de l'état sanitaire des salariés ;
- le dépistage des pathologies professionnelles ;
- l'action sur le milieu de travail ;
- la participation à la démarche de recherche d'une meilleure traçabilité des expositions professionnelles (17) dans le cadre du projet de la CATMP de la CNAMTS et acté dans la COG 2009-2012.

Les partenaires sociaux souhaitent que les différents ministères concernés prennent toutes les mesures nécessaires pour renforcer l'attractivité de cette spécialité médicale.

Article 4 – L'action du médecin du travail

Les partenaires sociaux considèrent que la surveillance médicale individuelle des salariés doit être maintenue (18). Afin de la rendre plus efficace, ils proposent les dispositions suivantes :

4.1 Le certificat d'aptitude au poste de travail

L'avis d'aptitude est un acte important qui participe de la prévention et de la préservation de la santé des salariés. (19)

Toutefois, des modalités peuvent être envisagées pour adapter cette formalité tout en préservant la garantie médicale donnée par le médecin du travail aux chefs d'entreprises et aux salariés.

4.2 La visite d'embauche

Cette visite, outre son contenu réglementaire, est 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. (20)

Dans les cas prévus dans l'agrément administratif et lorsque les services de santé au travail ne sont pas en mesure de satisfaire le volume de la demande des entreprises, et dans certaines situations clairement identifiées ne relevant pas de la surveillance médicale renforcée, les partenaires sociaux proposent de confier cette visite à des médecins dûment mandatés. (21)

(16) Le rôle de conseil semble ici impliquer la confidentialité et générer la confiance. C'est le terme de secret médical qui devrait s'imposer. La confiance n'est pas un préalable de l'action mais son résultat. C'est même ce constat qui fonde le principe de l'indépendance professionnelle du médecin. Ce dernier n'existe qu'au bénéfice du patient et pas du médecin, car indépendance professionnelle ne signifie pas que le médecin fait ce qu'il veut, mais tout à l'inverse, que son action est conforme à des règles professionnelles fixées par la communauté médicale et validées par la société au travers d'une Loi.

(17) La conservation et l'utilisation des informations personnelles sur l'exposition aux risques fait partie des missions réglementaires des médecins du travail. C'est d'ailleurs ce qui fixe le cadre éthique de leur usage. Le terme de traçabilité recouvre des notions différentes dont l'application au domaine des risques professionnels pose des questions non résolues actuellement. Son utilisation ici anticipe donc largement les décisions réglementaires qui seront peut-être prises dans ce domaine.

(18) Si la surveillance médicale individuelle est maintenue elle perd son caractère périodique.

(19) Voilà bien une formulation de compromis. En quoi l'aptitude peut-elle participer de la prévention et de la préservation de la santé des salariés ? Il faut l'expliquer. et ce n'est pas le cas. C'est d'autant plus regrettable que des adaptations de ce que le texte appelle une "formalité" sont prévues à la ligne d'après.

(20) C'est en considérant la fiche de poste (établie par l'employeur) et non la fiche d'entreprise (établie par le médecin du travail) que le médecin du travail peut se prononcer sur l'aptitude.

(21) Quels seraient ces médecins dûment mandatés ? Le fait de mandater des médecins ne leur confère ni la connaissance des postes ou de l'entreprise ni celle des méthodes, moyens, ou principes professionnels des médecins du travail.

4.3

Les visites périodiques

Les partenaires sociaux proposent de mettre en place des actions ciblées sur des populations prioritaires selon les orientations suivantes : (22)

- déléguer certains actes attachés à la visite périodique aux infirmier(e)s du travail et aux assistants en santé au travail, (23) dont la spécialisation et la formation seront renforcées et valorisées, l'avis d'aptitude incombant toutefois au seul médecin ;
- que la visite périodique soit fixée réglementairement, au plus tard, tous les quatre ans (24) pour les salariés qui ne sont pas exposés à des risques spécifiques. Par ailleurs, pour les salariés qui sont affectés à des postes nécessitant une surveillance médicale renforcée, la périodicité doit continuer à être fixée par la réglementation mais recentrée sur les risques les plus importants ; (25)
- la possibilité pour tout salarié et pour tout employeur de demander une visite médicale à tout moment.

A l'occasion de la visite périodique, le médecin du travail fait le point sur le poste de travail et les conditions de travail du salarié avec l'aide, si nécessaire, de l'IPRP. Il conseille l'employeur, le cas échéant, sur la nécessité de mener une analyse de risques complémentaire ou de prendre des actions rectificatives.

4.4 Les salariés sous contrat de travail « atypique »

Les partenaires sociaux sont conscients que les dispositions concernant le suivi médical des salariés ne sont pas pertinentes dans le cas du travail temporaire ou pour les recrutements de très courte durée, qui doit faire l'objet de dispositions adaptées.

Pour ce faire, ils souhaitent que des règles adaptées soient fixées pour la visite médicale des salariés sous contrat de travail atypique et proposent les orientations suivantes :

- une réflexion sur le regroupement des fiches d'aptitude médicale des salariés intérimaires au niveau national (26) et sur l'évolution de l'agrément « intérim » des services ;
- l'augmentation de la durée de validité du certificat d'aptitude médicale des salariés intérimaires et en CDD en cas de nouvelle embauche ;
- la possibilité laissée aux services autonomes des grandes entreprises de faire passer les visites médicales des salariés intérimaires, sur la base d'une convention volontaire entre les différentes entreprises ; (27)
- préciser les conditions offertes aux salariés itinérants et aux salariés éloignés de leur établissement de rattachement de passer la visite médicale au plus près du lieu où ils exercent leurs fonctions ; (28)
- pour les salariés saisonniers qui ont une mission de courte durée la possibilité de moduler les obligations relatives à la visite

(22) La proposition revient en réalité à supprimer la visite systématique pour la grande majorité des salariés.

(23) Quels actes médicaux seraient délégués aux infirmiers du travail et aux AST ? Qui en sera tenu pour responsable en cas d'accident ou de maladie du salarié ? A qui va-t-on déléguer les actes infirmiers ?

(24) Tous les quatre ans !! Compte tenu du turn over, des contrats à durée limitée, des changements de médecin du travail, cette disposition enlève tout son sens à l'exercice de la médecine du travail.

(25) La proposition revient en réalité à réduire le nombre des cas de surveillance particulière.

(26) Quelle légalité aura ce fichier national ? Qui aura accès à ce fichier des inaptes ? Quels renseignements médicaux y figureront ? Permettra-t-il aux employeurs de faire l'économie d'une évaluation de l'aptitude au poste ? Qu'advient-il de la déontologie médicale et du secret médical ?

(27) Voilà qui augmentera la dépendance des sous traitants par rapport à leur donneur d'ordre concernant la sous-traitance du risque, sans améliorer l'efficacité de la prévention.

(28) Des « visites » avec un médecin ou avec un infirmier qu'il n'ont jamais vu, qu'ils ne reverront probablement plus, qui ignore leurs antécédents médico-professionnels. Mais à quelle pratique médicale se réfère-t-on dans ce texte ?

médicale et développer des actions collectives. (29)

(29) Ces dispositions aggraveront les carences actuelles de prévention chez ces populations de salariés. Il ne s'agit plus de médecine, ni de santé mais de campagnes sanitaires.

TITRE 3

Evolution vers une pluridisciplinarité efficiente en développant un véritable réseau de la santé au travail

Article 5 – Développer une pluridisciplinarité effective et de qualité

Les partenaires sociaux souhaitent une révision de la procédure d'habilitation des intervenants en prévention des risques professionnels qui devrait être fondée plus sur une approche qualitative des compétences requises (30) que sur certains critères administratifs.

(30) Des IPRP sans formation reconnue ni protection, désignés par les employeurs, remplaçant les médecins du travail, telle est la conception de la pluridisciplinarité de ce texte.

La prévention des risques professionnels dans l'entreprise doit être assurée par la mise en œuvre d'une pluridisciplinarité « effective et de qualité » s'appuyant sur des spécialistes (experts en ergonomie, en toxicologie, etc.) internes ou externes aux services de santé au travail. (31)

(31) Une organisation qui s'apparente plus au supermarché de la prévention, à l'ouverture d'un marché, qu'à la constitution d'équipes pluridisciplinaires médicales c'est-à-dire pilotées par le médecin du travail.

Les services de santé au travail s'organisent en mutualisant leurs compétences pluridisciplinaires respectives de manière à offrir les prestations les plus complètes au plus grand nombre d'entreprises. Afin de les aider dans cette démarche, les ORST sont invités à remettre au CRPRP avant la fin de l'année 2010, un rapport rendant compte des évolutions possibles en fonction des sensibilités locales, des attentes des branches professionnelles et des partenaires sociaux, des initiatives des services, de la diversité des besoins en santé au travail (32) en fonction des bassins d'emploi, et de la nécessité de maintenir une présence de proximité notamment pour les TPE-PME, etc.

(32) Dès 2010 de nouveaux abandons d'action de prévention et de contrôle social seront programmés. Cette contractualisation signe la fin des mêmes droits pour tous en matière de prévention professionnelle.

Article 6 – Inscrire les services de santé au travail interentreprises dans une démarche de partenariat avec les autres acteurs intervenant dans le champ de la prévention des risques professionnels

Les partenaires sociaux souhaitent que ce partenariat s'organise autour de trois niveaux :

6.1 Un pilotage paritaire national

L'Etat se concerta avec les partenaires sociaux au sein du Conseil d'orientation sur les conditions de travail afin de définir les orientations qui président à la mise en œuvre de la réglementation relative aux services de santé au travail et à leurs missions, (33) notamment à travers le Plan santé au travail.

(33) La mise en œuvre de la réglementation sera concertée au COCT. C'est à dire que les obligations réglementaires seront suffisamment floues et variables pour permettre une large marge d'application.

La direction des risques professionnels de la CNAMTS établit, après avis de la CATMP de la CNAMTS, un cadre type de coopération avec les services de santé au travail interentreprises sur les thèmes de la pluridisciplinarité, de la traçabilité des expositions professionnelles et de la prévention de la désinsertion

(34) C'est donc le directeur des risques professionnels de la CNAMTS qui va au travers d'accords dits de partenariat déterminer :
• la nature et l'importance des moyens des SST pour la prévention des risques professionnels ;
• les modalités de recueil, de conservation et

professionnelle, (34) conformément aux orientations fixées par la COG signée entre l'Etat et la branche accidents du travail et maladies professionnelles de la CNAMTS.

6.2 *Un pilotage paritaire régional*

Ces orientations ainsi définies au niveau national, se « déclinent » au niveau régional dans le cadre du plan régional de santé au travail (PRST) élaboré au sein du comité régional de prévention des risques professionnels (CRPRP) et du plan d'action des CRAM, en concertation avec les partenaires sociaux. Ces orientations constituent le cadre de la contractualisation avec les services de santé au travail interentreprises. (35)

6.4 *Une convention de partenariat*

Pour concrétiser cette synergie et donner une visibilité forte aux actions du service, notamment vis-à-vis des employeurs et des salariés, une convention de partenariat est négociée entre la DRTEFP, la CRAM, le cas échéant l'OPPBT, et le service de santé au travail. Elle marque l'engagement des acteurs sur tout ou partie des objectifs fixés conjointement par l'ensemble des co-contractants.

Le contenu de cette convention prévoit notamment :

- le projet propre au service et adopté par le conseil d'administration après proposition de la commission d'orientation ; (36)
- le fonctionnement par projets ou par programmes ;
- les actions de pluridisciplinarité engagées par les partenaires ;
- les actions conjointes à l'ensemble des signataires engagées pour la prévention des risques professionnels, l'amélioration des conditions de travail, la traçabilité des expositions professionnelles, la prévention de la désinsertion professionnelle dans toutes les entreprises et tout particulièrement dans les TPE-PME ;

la conception, la diffusion et la promotion de « bonnes pratiques » dans les domaines de la santé et de la sécurité au travail. (37)

TITRE 4

Evolution vers une gouvernance des services de santé au travail renouvelée

Les partenaires sociaux rappellent l'obligation pour les services de santé au travail interentreprises de respecter strictement les dispositions de la loi du 1^{er} juillet 1901 sur les associations et les aménagements qui y ont été apportés par la réglementation. Il importe également qu'ils respectent strictement les statuts dont ils se sont dotés.

Par ailleurs, les partenaires sociaux estiment nécessaire de clarifier et de renforcer leur rôle au sein du conseil d'administration des services de santé au travail.

d'utilisation des données d'exposition individuelle cumulée des salariés ;
• les moyens de maintien dans l'emploi et de reclassement dans les entreprises des salariés inaptes à leur poste.

(35) C'est à dire que pour les salariés des entreprises de moins de 50 personnes, soit l'essentiel du tissu économique Français, on substitue à la visite médicale jugée inutile et chronophage des actions par programme ou par projet élaborées par des commissions locales.

(36) Ce type de conventionnement pourra permettre au CA des SST de définir les actions de prévention à réaliser sans rapport avec les besoins ou les constatations faites par les médecins du travail de terrain.

(37) Ces bonnes pratiques seraient utilisées comme substitut à la pratique médicale. En l'absence de pratique qui pourrait en identifier les bonnes ? Et dans ce cas l'activité de santé se réduirait à l'application sans adaptation individuelle médicale de conduites normalisées élaborées de façon théorique, ce qui est contradictoire avec toute éthique médicale.

A cette fin, les partenaires sociaux proposent que la composition du Conseil d'administration des services de santé au travail se compose de trois collèges : **(38)**

- Un collège issu des représentants des organisations professionnelles d'employeurs, représentatives au niveau national et interprofessionnel à proportion d'un tiers des sièges du conseil ;
- Un collège issu des entreprises adhérentes au service de santé au travail à proportion d'un tiers des sièges du conseil ;
- Un collège représentant les salariés à proportion d'un tiers des sièges du conseil.

(38) Sans commentaire! : Voilà un paritarisme aménagé ! Les employeurs seront représentés pour deux tiers, les salariés pour un tiers seulement.