



2004 : Service de Santé au Travail

Changement de paradigme*

Dr CROUZET
08/09/08

La réforme de 2004 qui transforme les services de médecine du travail en Service de Santé au Travail (SST) a apporté des modifications de fonctionnement qui ont, sans doute, été sous-évaluées. En fait, en terme de fonctionnement, **cette réforme nous fait changer de paradigme.**

Bien que les textes réglementaires aient peu évolué, leur interprétation doit nous amener à remettre en question notre fonctionnement actuel.

Certes, le rôle de la médecine du travail est toujours « **exclusivement préventif** » et il « **consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail...** » (art.L.4622-3). Jusque là, rien de nouveau, sauf que **nos actions devraient toujours être dans l' « exclusivement préventif »**, ce qui en fait, est plutôt rarement le cas !

Par contre, on peut interpréter de façon nouvelle l'article sur les **missions** (art.R.4623-1), notamment quant au terme « **actions** ».

Pour rappel : *Article R.4623-1 du code du travail actuel (2008)*

« Le médecin du travail est le **conseiller** de l'employeur, des travailleurs, des représentants du personnel et des services sociaux, en ce qui concerne notamment :

- 1°) *L'amélioration des conditions de vie et de travail dans l'entreprise ;*
- 2°) *L'adaptation des postes, des techniques et des rythmes de travail à la physiologie humaine ;*
- 3°) *La protection des travailleurs contre l'ensemble des nuisances, et notamment contre les risques d'accidents du travail ou d'utilisation des produits dangereux ;*
- 4°) *L'hygiène générale de l'établissement ;*
- 5°) *L'hygiène dans les services de restauration ;*
- 6°) *La prévention et l'éducation sanitaire dans le cadre de l'établissement en rapport avec l'activité professionnelle ;*
- 7°) *La construction ou les aménagements nouveaux ;*
- 8°) *Les modifications apportées aux équipements ;*
- 9°) *La mise en place ou la modification de l'organisation du travail de nuit.*

*Afin d'exercer ces missions, le médecin du travail conduit des **actions** sur le milieu de travail et procède à des examens médicaux »*

Il est donc bien clair que pour **assumer nos missions** nous devons :

- 1°) **conduire des actions sur le milieu du travail**, puis après et seulement après,
- 2°) **procéder à des examens médicaux** et non l'inverse.

Quelles actions sur le milieu du travail ? Évidemment, en priorité, ce sont les 9 points cités dans cet article (*améliorer les conditions de travail, adapter les postes de travail à a physiologie humaine, assurer la protection des travailleurs contre l'ensemble des nuisances...*). Mais nous devrions les réaliser différemment depuis 2004 :

Avant 2004 : le service de médecine du travail n'était pas censé posséder des compétences techniques et organisationnelles. Seules existaient des compétences médicales qui permettent de réaliser surtout de la **prévention secondaire** (dépistage le plus précoce possible des pathologies liées à l'exposition aux risques professionnels pour la partie surveillance médicale et étude de poste, métrologie... pour les actions en milieu du travail) et un peu de **prévention primaire** sur le salarié (information, formation, éducation à la gestion du risque). L'apport du service de Médecine du Travail, avec ses compétences médicales, pour les actions de cet article R.4623-1, relevait du conseil selon une optique purement médicale, **sans entrer systématiquement dans l'organisation et les procédures de travail.**

Depuis 2004 : l'ajout des compétences techniques et organisationnelles aux compétences médicales permet au SST d'analyser et proposer des conseils dans des domaines qui entrent dans les **procédures de travail et l'organisation** du travail.

Dès lors, les 9 actions du SST de l'**article R4623-1** doivent intégrer cette **approche pluridisciplinaire** des conditions de travail (médicales, techniques et organisationnelles)... et globale (= Sécurité et santé). En effet depuis, 2004 par l'art. R.4623-1 du Code du Travail, le SST doit prendre en compte la **Sécurité** comme la Santé pour que les SST soit des « **Services de Protection et de Prévention** » selon l'état d'esprit de l'art. 7 de la Directive Européenne du 12/6/1989.

* Un **paradigme** est une représentation du monde, une manière de voir les choses, un modèle cohérent de vision du monde qui repose sur une base définie (matrice disciplinaire, modèle théorique ou courant de pensée). C'est en quelque sorte un rail de la pensée dont les lois ne doivent pas être confondues avec un autre paradigme. (WIKIPEDIA)

En pratique, les SST devraient CONSEILLER des solutions concrètes à leurs adhérents qui à plus de 80% sont des TPE (sans aucun préventeur interne). Cf. Rapport FRIMAT sur l'**association Fiche d'Entreprise / Document unique** pour les TPE, PME.

D'où la nécessaire réflexion du rôle de nos IPRP internes et de nos assistants, sur les lieux du travail. Ils ne devraient plus se cantonner à la rédaction des Fiches d'Entreprise (pour satisfaire des obligations réglementaires du médecin), à la réalisation de métrologies, d'études de postes... étapes souvent indispensables... mais *qui ne suppriment ni même ne réduisent les risques. Il faut forcément aller plus en amont* depuis 2004.

Gardons en mémoire les **Principes Généraux de Prévention** (art.L4121-1, ou l'ancien art.L230-2): Tout d'abord « éviter les risques » ; puis si possible les supprimer, sinon les réduire, **pour enfin** évaluer les risques résiduels.... **La surveillance médicale découle de cette évaluation du risque résiduel.** Elle intervient donc, logiquement et réglementairement, **après** ces actions.

En résumé : la **surveillance médicale** : selon l'article **R.4623-1** et selon les **Principes Généraux de Prévention**, vient toujours **après** des « **actions en milieu de travail** ». La surveillance médicale devrait se cantonner, en fait, à la recherche des effets liés aux risques **résiduels**, aux **risques émergents**, aux **risques psychosociaux**.... à la **veille sanitaire santé travail**. Quel est l'intérêt de faire régulièrement des audiogrammes si aucune action n'a été entreprise pour réduire le bruit ? L'action du SST : CONSEILLER à éviter le bruit, sinon à le faire réduire.

CONCLUSION

Depuis 2004 cet apport de compétences techniques et organisationnelles au SST devrait nous inciter à **repenser le fonctionnement du SST et le rôle de ses différents intervenants.**

Le SST devrait **conseiller à l'amélioration sur les conditions** de travail par une approche pluridisciplinaire et globale du travail **avant** toute mise en place d'une surveillance médicale.

Cette surveillance ne peut se substituer à la prévention primaire.

La mesure des effets n'a jamais supprimé les causes

Depuis 2004 le SST doit donc définir une nouvelle politique de fonctionnement puis faire **évoluer les compétences internes et / ou embaucher des IPRP en fonction des objectifs retenus.**

La Prévention Primaire peut être définie par les actions qui visent *les facteurs de risques*. 2 types d'actions :

- Actions sur le milieu du travail

- Eviter les risques (anticiper les situations à risques...) (**Principes Généraux de Prévention**+++),
- Modifier l'organisation du travail (si nécessaire),
- Ergonomie de conception sinon de correction,
- Protections collectives sinon individuelles,
- Protection de l'environnement,
- **Démarche de progrès participative pour améliorer les conditions de travail, etc.**

- Education santé travail :

- Information, formation, éducation sur les **risques travail / santé** :
- de type individuel (au cours de la visite médicale),
- de type collectif (sur les lieux de travail)...
- par branche professionnelle...

-

Actuellement, l'organisation et la structure des SST ne répondent pas totalement à l'objectif d'amélioration des conditions de travail de nos adhérents, selon le principe de l'« **exclusivement préventif** ».

En effet l'**action en milieu du travail avant la mise en place de la surveillance médico-professionnelle est loin d'être menée systématiquement.** Très souvent elle n'intervient *qu'après* le début de l'altération de la santé, position totalement intenable pour les CMR en particulier (latence 20 à 50 ans !).

La priorité à la Prévention Primaire consiste à **développer les moyens** au sein du SST pour agir sur les facteurs de risque lié *au travail et au salarié* (sans attendre l'altération de la santé du fait de ce travail). C'est **adapter le travail à l'homme** et non l'inverse : **c'est donc bien agir sur le travail en priorité.**

Quel que soit le niveau des mesures techniques et organisationnelles, c'est l'absence d'altération de la santé qui reste l'indicateur principal ; seule l'équipe médicale du travail peut l'apprécier. Le médecin reste donc le pivot des SST à la Française car le dénominateur commun est l'homme au travail. L'objectif est d'éviter toute **altération** de la Santé du fait du Travail en « **adaptant les postes, les techniques et les rythmes de travail à la physiologie humaine** » (Article R.4623-1 du Code du Travail Français). **Comme notre rôle est « exclusivement préventif », le SST doit mettre en œuvre en priorité la PREVENTION PRIMAIRE.** (Prévention selon l'OMS).

En résumé : pour améliorer les conditions de travail, le SST doit adapter ses moyens pour répondre aux besoins de ses adhérents pour améliorer les conditions de travail.