

Service Interentreprises de Santé au Travail

Quelles évolutions ? Quels acteurs ? Quelles formations ? ...

Les **Services Interentreprises de Santé au Travail (SIST)** : quelle évolution ? quelle organisation ? avec quels acteurs ? quelles formations ? ... ? Ces questions peuvent être abordées de plusieurs façons, notamment :

- 1°) À partir de ce que les évolutions réglementaires nous imposent théoriquement de faire (cf. Loi du Sénat du 08/17/2011) ;
- 2°) À partir de l'existant, en imaginant quelques futures évolutions, en fonction des moyens disponibles actuellement dans les SIST ;
- 3°) À partir de...

Il est préférable de répondre d'abord à la 1^{ème} proposition, ce qui permettra d'estimer ensuite l'écart entre l'existant et ce qu'il serait souhaitable de faire.

Ce qui ne devrait pas changer

- **Depuis 1946** le rôle de la Médecine du Travail est « **exclusivement préventif** » et consiste à **CONSEILLER** l'entreprise (c.a.d. le responsable et les salariés) à « **éviter toutes altérations de la santé du fait du travail** ».
- **Depuis 1979** le médecin doit conduire des actions en milieu du travail pour au moins un tiers de son temps. L'article R.4623-1 du code du travail rappelle qu'il devrait effectuer ces actions en milieu du travail **avant** la réalisation des visites médicales « *Afin d'exercer ces missions, le médecin du travail conduit des actions sur le milieu de travail et procède à des examens médicaux* ».
Pourquoi 1/3 du temps ? Ne devrait-on pas l'adapter aux besoins de la population en charge ... ?
- **La directive n° 89/391/CEE** du Conseil des Communautés Européennes du 12 juin 1989, dite « **directive - cadre** », définit les **principes fondamentaux de la protection des travailleurs**. Elle a imposé à toutes les entreprises des états Européens des « **Services de Protection et de Prévention** » (c'est l'art. 7 de cette directive). La France a fait accepter à la CEE que les Services de Médecine du Travail répondaient à cette obligation (les services de Médecine du Travail sont organisés et financés par les entreprises, et la

médecine du travail est obligatoire). La CEE a accepté en 1989, mais en 1997 **elle a mis la France en demeure de faire évoluer ses services de médecine du travail** qui ne comportaient que des compétences médicales.



- Ainsi par **la loi de modernisation sociale de 2002** ces Services de Médecine du Travail sont devenus des **Services de Santé au Travail (SST)** par l'introduction de la pluridisciplinarité pour apporter des compétences techniques et organisationnelles aux compétences médicales.
- **La réforme de 2004** a apporté à ces services l'obligation de s'occuper également de la « **sécurité** » en plus de la Santé (art. R.4623-1 du Code du Travail). **Ainsi les Services de Santé au Travail peuvent satisfaire totalement** au principe du « **Service de Protection et de Prévention** » selon l'état d'esprit de l'article 7 de la directive du 12 juin 1989.

Ainsi donc depuis 2004 les SIST doivent faire agir à la fois des compétences médicales, techniques et organisationnelles pour aborder de façon globale le travail (c.a.d. aussi bien sur le plan de la sécurité que de la santé).

Propositio de Loi adopté par le Sénat le 08/07/11

⇒ **Art. L. 4622-2** : « *Les Services de Santé au Travail (SST) ont pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail.*

À cette fin :

- 1°) « **Ils CONDUISENT** les actions de santé au travail, dans le but de préserver la santé physique et mentale des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel ».
- 2°) « **Ils CONSEILLENT** les employeurs, les travailleurs et leurs représentants sur les **dispositions et mesures nécessaires afin d'éviter** ou de diminuer les risques professionnels, d'améliorer les conditions de travail, de prévenir la consommation d'alcool et de drogues sur le lieu du travail, de prévenir ou de réduire la pénibilité au travail et la désinsertion professionnelle et de contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs ». (C'est la partie la plus importante).
- 3°) « **Ils ASSURENT** la surveillance de l'état de santé des travailleurs en fonction des **risques** concernant leur sécurité et leur santé au travail, de la **pénibilité** au travail et de leur **âge** ». (La surveillance de l'état de santé a 3 objectifs :
 - a) la surveillance en **fonction des risques** (disons 3 objectifs puisque cette surveillance se situe en 3°) c.a.d. après le 2°) qui correspond, en simplifiant, à la gestion des risques,
 - b) la surveillance en fonction de la **pénibilité** (pour lequel on devra déjà avoir formulé les « **dispositions et mesures néces-**

saires » pour réduire la pénibilité selon le 2°) de cet article) et

- c) en fonction de leur **âge** (après avoir formulé les « **dispositions** » et « **mesures nécessaires** » pour maintenir dans l'emploi selon le point 2° de cet article).
- 4°) « **Ils PARTICIPENT** au suivi et contribuent à la **traçabilité** des expositions professionnelles et à la **veille sanitaire** ». (C'est forcément à la fin de cet article puisque cette traçabilité concerne toutes nos actions, conseils, dispositions, mesures nécessaires...).

Le plus important : le SIST doit commencer par conseiller les dispositions et les mesures nécessaires afin d'ÉVITER les risques... (= 1^{er} action des Principes Généraux de Prévention).

⇒ **Art. L. 4624-3** : « *Lorsque le médecin du travail constate la présence d'un risque pour la santé des travailleurs, il propose par un écrit motivé et circonstancié des MESURES visant à la préserver....* ». **Il doit proposer des solutions et non pas seulement signaler à l'entreprise l'exposition d'un salarié à un risque... On est dans l'aide concrète à la pratique de la Prévention Primaire... ce qui suppose que le SIST possède les compétences nécessaires pour assumer ces missions.**



Rappelons que

- Selon les chiffres du CISME de 2008, sur 15 millions de salariés privés, 93% (soit environ 14 millions) sont pris en charge par les SIST (Services Interentreprises de santé au Travail). Dans ces SIST, la répartition moyenne est de :
 - o 83 % d'entreprises comptant moins de 10 salariés (donc sans Délégué du Personnel), soit un tiers des effectifs,
 - o et de 14,5 % d'entreprises qui ont entre 10 et 49 salariés, soit également un tiers des effectifs.

Ainsi, 97,5 % des entreprises, suivies par les SIST, sont dépourvues CHSCT alors qu'elles représentent les 2/3 des effectifs, soit 9 300 000 salariés sur 14 millions ! **Les seuls préventeurs naturels pour ces entreprises sont les différents acteurs de leurs SIST.**

- L'article 7 de cette Directive Européenne de 89 qui définit le « Service de Protection et de Prévention » des risques professionnels prescrit l'application de certains principes de fonctionnement : ce sont les « **Principes Généraux de Prévention** » (définis dans l'art. 6 de cette Directive du 12/06/89). Adoptés par la législation française par un simple « copier-coller », ils sont à l'origine de l'obligation d'évaluer les risques (1993) pour toutes les entreprises. La première étape étant « l'évaluation à priori des risques professionnels ».

Ces « **Principes Généraux de Prévention** » prescrivent qu'il faut :

- **Toujours et en premier lieu, essayer d'éviter les risques**, (par l'évaluation à priori des risques : c'est, selon la circulaire d'application du Document Unique la

principale nouveauté de cette Directive de 1989 pour la France).

- **Puis évaluer les risques qui n'ont pu être évités,**
- **Puis tenter de les combattre à la source,**
- **Puis adapter le travail à l'Homme...** (il y a 9 Principes Généraux de Prévention),

La surveillance médico-professionnelle n'intervenant qu'après ces phases-là (comme le rappelle l'art. R.4623-15 du Code du Travail).

Pourquoi mettre en place une surveillance médicale censée surveiller les conséquences d'un risque si l'on peut supprimer ce risque purement et simplement ? Quant aux cancérogènes, seule la substitution peut en éviter les effets...

- La circulaire d'application du Document Unique de 2002 précise que les 3 types de compétences (médicales / humaines, techniques et organisationnelles) doivent s'exercer **simultanément**. Ce mode d'exercice constitue la **spécificité même des Services de Protection et de Prévention à la Française**. Sinon c'est admettre :

- que le médecin généraliste pourrait assurer la surveillance médicale totalement déconnectée avec les risques auxquels est exposé le salarié ! et
- que le préventeur technique pourrait suffire sans tenir compte du travail réel vécu du salarié, de sa représentation des risques, de sa physiologie, de sa psychologie,

Cette même circulaire rappelle que le **médecin du travail est un préventeur interne à l'entreprise**, à la différence des agents de la CARSAT, de l'ANACT, de l'OPPBTP, de l'Inspection du Travail, ...

Quels acteurs ?

Le principe donc, compte tenu de tout ce qui précède est de faire agir **à la fois**, des compétences **médicales, techniques et organisationnelles**, pour aborder le travail de façon globale (**sécurité & santé**) en priorisant la **Prévention Primaire** selon les **Principes Généraux de Prévention qui débutent par l'évaluation à priori des risques**.

- 1°) **Toujours en débutant par des Actions en Milieu du Travail (AMT)** : C'est l'action conjointe des IPRP (Intervenant en Prévention des Risques Professionnels) et des **médecins** qui va aider l'entreprise (responsables et salariés) à appliquer les **Principes Généraux de Prévention**. Par leurs conseils, ils vont inciter les entreprises à **anticiper les situations à risque** à travers le triple filtre des compétences médicales, techniques et organisationnelles. Cela implique une bonne connaissance des métiers, des comportements habituels des uns et des autres sachant que la représentation des risques est très souvent variable et fonction de chaque acteur. Le responsable, le salarié, les préventeurs internes ont chacun leur représentation des risques avec, chacun, leurs échelles de valeurs qui **conditionnent les comportements**.



- 2°) **Il s'agit ensuite de réaliser les Entretiens Santé Travail (EST)** : Déjà en 1680, le Pr RAMAZZINI interrogeait le travail pour **comprendre** la maladie ! Quant à nous, nous devons, **tout d'abord, comprendre le travail** pour **savoir rechercher** l'altération de la santé du salarié en fonction de **ses** conditions de travail vécues.

Ceci implique d'associer simultanément (c.a.d. même au cours des EST) des compétences techniques et organisationnelles aux compétences médicales.

Plusieurs schémas de fonctionnement :

Pas de pénurie de médecins : fonctionne par binôme : **1 médecin et 1 IPRP*** aussi bien pour l'EST* que pour les AMT* (pour disposer des compétences médicales, techniques et organisationnelles).

En **Entretien Santé Travail**, la première étape c'est **comprendre le travail** par la

compréhension du vécu du travail du salarié en faisant appel simultanément aux compétences techniques, organisationnelles et médicales. L'**entretien** devrait être **collectif** au début : 2 à 4 salariés de la **même unité de travail** de la **même entreprise**, pour comprendre le travail, l'**organisation** du travail, les enjeux, les vécus, les coopérations, **leurs représentations des situations à risques, les comportements...** par l'IPRP et le médecin du travail **ensemble**.

Puis l'EST se poursuivrait par un entretien individuel médical pour établir, en outre, la fiche d'aptitude, si aptitude il y a...

Une **fiche conseil** devrait être fournie au salarié et à l'employeur (fiche élaborée par le médecin et l'IPRP) contenant les « **dispositions** », les « **mesures nécessaires** », les « **préconisations** » pour **préserver la santé**. Ces informations devraient alimenter la Fiche d'Entreprise. Puis la visite d'entreprise et l'entretien, avec le responsable et les salariés, devraient permettre d'établir un plan d'action à préciser sur cette Fiche d'Entreprise, laquelle devient un élément informatif du **Document Unique** de l'Entreprise.

Légère pénurie de médecins du travail :

• **L'Entretien Santé Travail** : **2 infirmières et 1 médecin**. Les infirmières prennent en charge le « systématique » : c.a.d. l'administratif, la prise en compte des informations concernant le ou les poste(s) du travail avec les tâches, les risques, **les moyens de préventions existants** (+++), les plaintes... Le médecin prend en charge la suite et délivre la fiche d'aptitude. Chaque infirmière convoque 10 salariés par vacation (demi-journée), le médecin ne convoque pas. Par contre il est le seul à délivrer la fiche d'aptitude. Effectif en charge : 20 convoqués par vacation x 6 vacations par semaine x 45 semaines par an de programmable **soit 5400 salariés annuels** possibles.

• **Les Actions en Milieu du Travail** : 3 vacations d'AMT par semaine x 3 acteurs (1 médecin + 2 infirmières) x 45 semaines = **405 vacations au lieu des 150 réglementaires !**

Forte pénurie de médecins : Elle est déjà là pour certains SIST, et elle arrivera un jour pour tous, **une solution** parmi d'autres :

Dans cette situation le binôme de base : 1 Infirmier + 1 IPR. Par exemple 3 binômes par médecin permet de prendre

en charge 8100 salariés annuellement. Dans cet exemple, **l'équipe se compose d'1 médecin, de 3 Infirmier(e)s et de 3 IPRP**. **Bien entendu dans cette situation, l'aptitude périodique n'a plus de sens.**

• **L'Entretien Santé Travail (EST)** : Soit 10 convoqués par vacation x 3 binômes (IPRP + Infirmier) x 6 vacations par semaines x 45 semaines par an = **8 100 salariés annuels**.

Ce binôme fonctionnant comme le cas ci-dessus (Médecin + IPRP). Sous la responsabilité du médecin, la fiche de conseils est établie par le binôme Infirmier / IPRP. Ces binômes fonctionnent avec **des Indicateurs Prévention santé Travail** pour assurer une veille Sanitaire Santé Travail. Le médecin n'intervenant que pour les cas complexes (inaptitude, visites sur demandes... rôle d'expert...).

• **Les Actions en Milieu du Travail (AMT)**, au minimum 1/3 du temps, se déroulent avec le concours de 7 intervenants : le Médecin, 3 Infirmiers et 3 IPRP. Soit pour 7 intervenants x 3 vacations par semaine x 45 semaines par an = **945 vacations annuelles d'AMT**.

Ci-dessous différentes situations de 2 à 5 binômes pour 1 médecin du travail :

| Nb de binômes | Entretien Santé Travail (EST) | | | | Action en Milieu du Travail (AMT) | | | |
|------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------|----------------|-----------------------------------|--------------------------|--------------------|----------------------|
| | Nb convoqués par vacation | Nb vacations par semaine | Nb semaines par an | Total effectif | Nb intervenants | Nb vacations par semaine | Nb semaines par an | Total vacations / an |
| 2 binômes | 10 x 2 | 6 | 45 | 5 400 | 2inf+2iprp+1med = 5 | 3 | 45 | 675 |
| 3 binômes | 10 x 3 | 6 | 45 | 8 100 | 3inf+3iprp+1med = 7 | 3 | 45 | 945 |
| 4 binômes | 10 x 4 | 6 | 45 | 10 800 | 4inf+4iprp+1med = 9 | 3 | 45 | 1 215 |
| 5 binômes | 10 x 5 | 6 | 45 | 13 500 | 5inf+5iprp+1med = 11 | 3 | 45 | 1 485 |

L'objectif de cette approche est de garder un **EST annuel ou bi-annuel pour tous les salariés (veille sanitaire santé travail par des Indicateurs Prévention Santé Travail)** et de **multiplier les AMT pour favoriser la Prévention Primaire**. En plus de ces binômes, le SIST, en fonction de la population en charge, doit posséder des ergonomes, toxicologues, psycho-sociologues... **La priorité des SIST doit être la Prévention Primaire par l'application des Principes Généraux de Prévention**. Ne pas oublier que le rôle du SIST est toujours « exclusivement préventif » d'où l'importance de l'évaluation « à priori » des risques professionnels pour « **EVITER** » les **RISQUES PROFESSIONNELS** (c'est la 1^{er} étape).

Le problème du coût

Si **chaque entreprise** devait satisfaire à l'article 7 de la Directive de 89, c.a.d. « **former** des salariés pour **s'occuper des activités de protection et de prévention des risques professionnels de l'entreprise... qui doivent « disposer du temps approprié », « avoir les capacités nécessaires », « disposer des moyens requis, être en nombre suffisant... »**... cela lui **coûterait cher** et certainement beaucoup, beaucoup plus que la cotisation actuelle à son SIST !

C'est la raison pour laquelle la France a obtenu que cet article 7 soit assumé par le service de prévention interne : le **service de médecine du travail** (à l'époque). Puis les Services de Médecine du Travail sont devenus des **Services de Santé au Travail** pour satisfaire au « Service de Protection et de Prévention » de l'art. 7 de la Directive de 89, c.a.d. être pluridisciplinaire.

Combien faudrait-il d'IPRP dans un SIST ?

C'est fonction des besoins de la population en charge.

À titre d'exemple : dans certains Services de Santé de Travail autonomes, le médecin travaille jusqu'avec cinq préventeurs internes à l'entreprise. Si l'on imagine le même schéma de fonctionnement d'un SIST qui, avec 100 000 salariés pris en charge par 30 médecins, (30=100000/3300) réparties dans 12 000 entreprises (=100000/8,4 salariés par entreprise, en



moyenne), il devrait disposer de 30 médecins x 5 préventeurs **soit 150 IPRP**.

Il est clair que cette solution à 150 IPRP est beaucoup, beaucoup plus économique que **12 000 préventeurs** d'entreprises (de plus non coordonnés, sans compétences humaines / médicales...) !

N'oublions pas qu'en France, c'est le législateur qui a voulu, dès 1989, que les entreprises **mutualisent** cette obligation par **leurs** Services de Médecine du Travail devenus, **depuis 2004, les Services de Santé au Travail** pluridisciplinaires pour satisfaire justement à cet article 7 de la Directive cadre de 1989.

Ce que ne peut faire le SIST

1°) **La prévention en amont (++++)** : Prenons une population à risque, le BTP : arriver sur un chantier déjà avancé pour conseiller à améliorer certaines conditions de travail, c'est, souvent, demander au SIST d'améliorer la tenue de route d'une voiture mal construite. Tout est joué, l'essentiel ne pourra pas être rattrapé.

Si le maître d'ouvrage, le maître d'œuvre, l'architecte, le responsable d'entreprise, le conducteur de travaux, le chef de chantier... le coordonnateur n'ont aucune prise en considération de la prévention des risques (ce qui n'est pas une qualité naturelle spontanée), **pourquoi, dans un monde dominé par l'économie avec des pénalités de retard, tout devrait-il être parfait ? Ces pénalités sont liées non à une insuffisance de prévention mais seulement au délai de réalisation !** (et ça marche).

Le rapport LACHMANN sur la Prévention des risques psychosociaux a montré que les managers, même, issus des grandes écoles avaient très peu de connaissance de la gestion des ressources humaines alors qu'ils pilotent des milliers de salariés ! **Pourquoi une petite entreprise devrait-elle connaître toutes les procédures de travail sécurisées de ses activités avec l'organisation du travail la moins pathogène possible ?** Le mot « entreprise » est pris au sens large c.a.d responsable et salariés.

Il est évident qu'il y a un besoin énorme à former tous les professionnels du BTP à la culture de la prévention des situations à risques. (CFA, AFPA, architectes, déci-

deurs...) **C'est une étape fondamentale pour l'amélioration des conditions de travail.**



Dans ce cas, le rôle du SIST pourrait SE LIMITER à assurer une veille sanitaire santé travail (c.a.d. dépister l'insuffisance de gestion des risques et l'émergence de nouveaux risques) et à **intervenir** sur ce qui est encore rattrapable.

2°) **La gestion des problématiques émergentes.** De nouvelles phases à risques peuvent apparaître dans le temps et c'est le rôle du SIST de faire remonter les **problématiques émergentes** orientant ainsi les professionnels à mettre en place des sensibilisations et des formations pour répondre à la gestion de ces nouveaux risques...

3°) **La Formation des IPRP des SIST** : Il ne s'agit pas qu'ils sachent utiliser des outils fabriqués par des préventeurs externes qui n'ont d'intérêt que pour ceux qui les ont créés (car ils supposent d'avoir la compétence de ceux qui les ont construits pour apprécier les réponses aux critères choisis). En revanche, ils doivent être formés aux différents métiers de la population en charge, en particulier sur les situations à risques qu'ils vont rencontrer et les bonnes procédures de travail sécurisées. Ce bagage doit leur permettre de mieux comprendre les comportements à risques des salariés des différents métiers et de fournir les conseils pour qu'ils travaillent en sécurité, selon les bonnes procédures de travail et l'organisation qu'elles sous-entendent.

CONCLUSION

Depuis 2004 nous avons changé de paradigme, le projet de réforme du Sénat du 08/07/11 le confirme : avec **les mêmes missions (éviter toute altération de la santé du fait du travail) mais avec des moyens différents (pluridisciplinarité), nous devons changer de pratique.** Nous devons nous occuper des causes (**risques**) avant leurs effets (altération de la santé). **Tout d'abord, aider l'entreprise à éviter les risques pour éviter la dégradation de la santé des travailleurs** (évaluation a priori des risques) puis prendre en charge la surveillance médicale. Et non plus l'inverse, c.a.d. **attendre l'altération de la santé pour intervenir sur les conditions de travail.** N'oublions pas que notre rôle devrait être « exclusivement préventif » depuis 1946 !

Nous sommes passés :

- **De la Médecine du travail** où l'activité essentielle était la surveillance médicale (déclaration de MP, détermination de l'aptitude à l'embauche, à la reprise de travail...) suivie de conseils pour limiter les effets liés au risques... **sans intervention systématique sur les procédures et l'organisation de travail, donc avec très peu d'action de prévention primaire,**

- **À la Santé au Travail** où l'intervention sur les facteurs de risques doit se faire en priorité selon le principe de la **Prévention Primaire sur le travail et sur l'Homme :**

- **Au niveau des Actions en Milieu du Travail : à partir du travail réel,** les acteurs de prévention interne (médecins, IPRP, infirmiers, assistants...) doivent **aider l'entreprise à appliquer les Principes Généraux de Prévention, dont « l'évaluation a priori des risques »** (= nouveauté de la Directive 89) est la première étape. Ne pas oublier que les premiers acteurs sont : le responsable d'entreprise (il choisit l'organisation, les pro-

cess...) et le salarié, il est le seul à connaître totalement le « Travail réel ».

- **Puis l'Entretien Santé Travail** prend tout son sens par l'évaluation des effets liés aux **risques résiduels**, aux risques émergents, aux risques psychosociaux... pour aboutir enfin à assurer une réelle **veille sanitaire santé travail** annuelle ou **biannuelle**, en utilisant des **Indicateurs de Prévention Santé Travail**. L'éducation Santé Travail a ici toute son importance puisqu'elle complète l'AMT (et non pas l'inverse : par exemple conseiller des EPI sans essayer de réduire les risques !).

Le Service Interentreprises de Santé au Travail devrait être un facilitateur de transferts d'expériences et de connaissances... entre les entreprises. De nombreuses entreprises, seules ou avec des préventeurs, ont trouvé des process et des organisations de travail sécurisés (sans ou avec peu de risque d'AT et / ou de risque de MP) : **le SIST devrait systématiquement diffuser ces bonnes pratiques aux autres entreprises** (groupe homogène d'exposition).

En conclusion, si le SIST doit jouer le rôle du « Service de Protection et de Prévention » selon l'art. 7 de la Directive de 89, il doit **posséder les compétences internes pour répondre aux besoins de ses adhérents.**

Par exemple, pour les SIST BTP, avec presque 98 % d'entreprises de moins de 50 salariés, constituées essentiellement de petits chantiers, **les préventeurs internes** doivent savoir comment intervenir ? à quel niveau ? quand ? et savoir conseiller des **solutions pratiques, réalisables...** Par exemple des anciens chefs de chantier, seraient de très bons IPRP adaptés aux SIST BTP.



L'essentiel consiste à bien définir, avec les entreprises, leurs besoins puis adapter les moyens de leurs SIST pour y répondre.