



L'Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche	L'Inspection générale des affaires sociales
n°2007-087	RM2007-149P

Rapport sur **Le bilan de réforme de la médecine du travail**

Etabli par

Claire AUBIN

Régis PELISSIER

Pierre DE SAINTIGNON

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Jacques VEYRET

Membre de l'Inspection générale de
l'administration de l'éducation
nationale et de la recherche

Françoise CONSO

Paul FRIMAT

Professeur de médecine
honoraire

Professeur de médecine

- Octobre 2007-

1. Institution en crise, la médecine du travail est engagée depuis près de quinze ans dans un processus de réforme

Un modèle original ancré dans l'histoire

Fruit à la fois de l'hygiénisme industriel et des conflits sociaux nés de la révolution industrielle, la médecine du travail en France voit ses principes définis par la loi du 11 octobre 1946. Celle-ci lui donne pour mission d'éviter l'altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail et arrête les choix structurants qui, aujourd'hui encore, caractérisent la médecine du travail : universalité, spécialisation et indépendance des médecins, gestion et financement par les employeurs sous le contrôle de l'Etat, prépondérance de l'activité clinique et individuelle organisée autour de la visite médicale destinée au contrôle de l'aptitude.

C'est aujourd'hui un ample dispositif opérationnel qui, pour couvrir les 15,3 millions de salariés du secteur industriel et commercial, mobilise plus de 6500 médecins et 10 500 personnels non médicaux regroupés dans 943 services de santé au travail (SST).

Une crise majeure de la médecine du travail

Les signes de dysfonctionnements se sont multipliés au cours des dernières décennies : forte augmentation des maladies professionnelles, désaffection pour le métier de médecin du travail, inapplication de la loi, déficit de connaissance, éparpillement des responsabilités, contestation de la procédure d'aptitude dont le caractère prédictif serait faible et la valeur préventive quasi-nulle.

C'est cependant le drame de l'amiante qui est à l'origine d'une remise en cause radicale du fonctionnement de la médecine du travail. Cette catastrophe sanitaire a révélé le caractère peu opérant d'une organisation focalisée sur la visite individuelle systématique, sans que cela ait permis d'éviter la multiplication des cas pathologiques. La prégnance de cette logique a joué au détriment d'une politique de prévention primaire en milieu de travail, entravant l'émergence du « tiers temps », pourtant prévu par les textes dès 1969. Au total, la crise traduit les limites d'un modèle qui a fait de la santé au travail un objet de compromis social et détourné la médecine du travail de son rôle initial de prévention pour la mettre au service d'une logique de réparation.

Une réforme difficile pour remettre la prévention au premier plan.

La réforme de la médecine du travail en France n'est pas née des constats de ses insuffisances mais de la dynamique amorcée par le droit communautaire avec la directive européenne de 1989 sur la santé et la sécurité au travail. Celle-ci introduit une approche de prévention primaire, fondée sur l'évaluation a priori des risques, que le droit français mettra près de quinze ans à intégrer, depuis la loi du 31 décembre 1991 relative à l'obligation d'évaluation des risques jusqu'à la loi dite de « modernisation sociale » en 2002 qui fait de la pluridisciplinarité le pivot d'une réforme transformant les services de médecine du travail en services de santé au travail (SST).

2. La logique de réforme, visant à renouer avec la prévention, n'a pas été menée à son terme.

Une mutation inachevée

Le maintien du régime de l'aptitude limite les capacités d'évolution du dispositif de santé au travail vers une logique de prévention collective. En effet, l'équivalence qui s'est instaurée entre visite médicale et délivrance d'un certificat d'aptitude entretient une pression importante à la réalisation des visites, alors même que l'histoire récente a démontré la sécurité illusoire qu'elle représentait souvent sur un plan sanitaire.

La médecine du travail n'a pas non plus véritablement rompu avec une logique formelle, axée sur les moyens plutôt que les résultats. Le tiers temps est ainsi souvent considéré comme une fin en soi, sans garantie sur son contenu. La mise en œuvre de la pluridisciplinarité est focalisée sur une procédure lourde d'habilitation des intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) sans que les objectifs et le contenu opérationnels de la pluridisciplinarité aient été clairement définis. De son côté, le renforcement du contrôle social ne semble pas avoir de prise significative sur le pilotage des SST.

Enfin, la logique de santé demeure subordonnée à la logique sociale. A travers une approche axée sur la prévention des risques, les mesures de réforme ont cherché à promouvoir une culture de santé publique dont l'intégration en santé au travail reste difficile. Ainsi, le traitement opérationnel du risque ne découle pas de référentiels scientifiques ou d'une appréciation au cas par cas sur la base de critères médicaux mais résulte des accords entre partenaires sociaux. Cette difficulté à concilier les cultures sanitaires et du travail se retrouve jusque dans les structures administratives. Certes, le plan santé au travail cherche à répondre à ce constat, mais il est encore trop tôt pour en apprécier la portée.

3. En l'état, le dispositif de santé au travail n'est pas en mesure de relever les défis à venir.

Des défis importants liés aux évolutions économiques et sociales

La médecine du travail est mal armée pour affronter les transformations du système productif. Le développement de formes d'emplois qui s'écartent du contrat de travail à durée indéterminée, le télétravail, le travail à domicile, rendent le suivi médical des salariés plus difficile. La mobilité accrue des salariés, alors que se développent les risques à effets différés, pas toujours identifiés au moment de leur exposition, renforce les exigences de suivi longitudinal et de traçabilité. L'intensification du travail a des effets directs sur la santé des salariés avec le développement des troubles musculosquelettiques et l'émergence des préoccupations liées aux troubles psychiques.

Par ailleurs, le vieillissement de la population active constitue un défi majeur qui suppose une mobilisation accrue des SST. Au total, les risques sanitaires en milieu de travail se diversifient, deviennent plus complexes à appréhender, tandis que se développe une tendance à la judiciarisation des questions de santé au travail.

Face à ces défis, des ressources médicales qui se raréfient.

La crise démographique de la médecine du travail est inéluctable. D'ici cinq ans, 1700 médecins du travail devraient être partis à la retraite, alors que seulement 370 nouveaux médecins du travail auront été formés par l'internat dans les conditions actuelles. Il s'agit donc de répondre à une crise structurelle dans un contexte difficile, du fait de la durée des études médicales et de la faible attractivité de la médecine du travail auprès des étudiants. Jusqu'à présent, le traitement de cette crise démographique n'a pas fait l'objet d'une action cohérente et continue. Plutôt que de remettre en cause l'organisation d'ensemble, des dispositifs provisoires d'accès à la médecine du travail ont été développés, dans des conditions qui ont plutôt nui à l'image de cette discipline.

Les perspectives de la médecine du travail sont encore assombries par l'insuffisance des ressources enseignantes sans que, jusqu'à présent, des mesures correctrices n'aient été mises en place. En effet, c'est près de la moitié de l'effectif enseignant qui est à renouveler à horizon de dix ans. D'ores et déjà, certaines facultés n'ont plus aucun enseignant en médecine du travail. Si le plan santé au travail avait pour ambition de redresser la situation, la mise en œuvre s'écarte des objectifs alors assignés. Ceux-ci ne sont pas pris en compte dans la procédure annuelle de révision des effectifs enseignants. La médecine du travail ne se voit pas conférer le même niveau de priorité que d'autres disciplines par la communauté médicale et universitaire qui, en réalité, détermine l'affectation des postes. Au total, le manque de transparence, le traitement au cas par cas, en fonction des rapports de force et des influences entre universitaires, doyens, élus, cabinets ministériels, caractérisent une procédure qui ne s'inscrit pas dans une stratégie organisée et rationnelle de renouvellement des effectifs enseignants, dans le cadre de laquelle l'Etat pourrait faire prévaloir l'intérêt général.

Un manque d'outils et de connaissances.

La médecine du travail manque d'outils pour sa pratique professionnelle. Les référentiels en santé au travail sont inscrits dans des textes réglementaires qui sont pour une part obsolètes et ne répondent pas, dans leur méthode d'élaboration, aux exigences scientifiques actuelles telles que définies par la Haute Autorité de santé (HAS).

La formation des professionnels de la santé au travail ne répond pas suffisamment aux problèmes qu'ils doivent affronter. Les médecins du travail sont immergés dans le monde de l'entreprise auquel leurs études ne les ont guère préparés, confrontés à des besoins d'expertise toujours plus pointus et à la nécessité de maîtriser de nouveaux outils comme l'épidémiologie. La formation des autres professionnels non médicaux n'a pas non plus trouvé de formalisation satisfaisante.

De nombreux obstacles pour mettre la médecine du travail au service de la santé publique.

Le suivi individuel des salariés manque de continuité. Celle-ci implique en effet d'assurer la traçabilité des expositions aux risques. Or, le système d'information requis reste pour l'essentiel à construire car les dispositifs existants ne permettent pas aux médecins de connaître facilement l'historique de l'exposition aux risques d'un

travailleur. L’interdiction faite au médecin du travail d’accéder au dossier médical personnalisé (DMP), même pour le renseigner, ne fait que renforcer les difficultés. Le suivi longitudinal est également handicapé par les obstacles à l’insertion de la médecine du travail dans le système de soins. Les relations avec l’hôpital et la médecine de ville, peu formalisées, restent en effet inégales.

Au niveau collectif, l’insertion dans le dispositif de veille sanitaire reste difficile. La nature et le format des informations produites par la médecine du travail, le manque de disponibilité ou d’expertise des médecins du travail, les réticences des employeurs, sont autant d’obstacles à une pleine insertion de la médecine du travail dans la veille sanitaire qui demeure considérée comme une « activité connexe » et donc relativement marginale dans l’organisation des services de santé au travail.

Un déficit de pilotage stratégique.

Les outils techniques et juridiques du pilotage sont très insuffisants. Le système d’information n’apporte pas de données fiables et opérationnelles sur l’activité des SST. Par ailleurs, le cadre juridique, fondé sur des normes quantitatives et de moyens, ne fournit pas aux services de l’Etat les moyens adaptés pour conduire une politique fondée sur des objectifs de santé au travail. Ceux-ci ne disposent que de leurs capacités de persuasion et de pédagogie pour surmonter les pesanteurs historiques, culturelles et sociales qui font obstacle à l’évolution du dispositif de santé au travail. La contractualisation recherchée avec les SST ne peut que rester marginale, faute de base réglementaire. Restructurer l’offre de santé au travail en fonction des besoins de santé publique paraît par conséquent très difficile dans le cadre juridique actuel.

Les objectifs sanitaires ne sont encore que marginalement intégrés. Si la démarche des différents plans régionaux de santé représente une incontestable avancée, elle tarde à se généraliser et leurs objectifs ne sont pas intégrés, pour l’essentiel, dans ceux des SST. En réalité, la réglementation ne prévoit pas qu’un SST soit tenu de définir ses priorités dans le cadre du plan régional de santé au travail. Enfin, la structuration de l’offre de santé au travail ne fait pas l’objet d’orientations.

4. Il importe de moderniser le dispositif de santé au travail pour mieux prévenir les risques professionnels.

Le renforcement de l’efficacité préventive du dispositif de santé suppose une mutation importante dans ses modes de fonctionnement pour passer d’une logique de moyens (la médecine du travail) à une logique de résultats (la santé au travail), de l’accomplissement d’obligations réglementaires à la réponse à des besoins identifiés. Les propositions du rapport visent à porter à son terme la logique de réforme en donnant la priorité à la prévention primaire, c’est à dire l’action en amont sur les facteurs d’environnement professionnel susceptibles d’altérer la santé des salariés.

Ces propositions sont complémentaires : si la prévention primaire doit s’affirmer comme la logique d’intervention de la médecine du travail, s’il faut passer de la logique de contrôle à celle de la régulation, ces efforts resteraient d’effets limités si les ressources, et en particulier les effectifs de médecin du travail ne sont pas significativement augmentés. A contrario, l’augmentation des ressources consacrée à la

médecine du travail produira peu de résultats si les modes d'intervention ne sont pas profondément revus.

Mettre la prévention au centre de l'activité des services de santé au travail.

Alors que les textes applicables se limitent à exposer les obligations des médecins et réduisent en réalité les SST à une réunion de moyens, **il est proposé de donner une définition législative des missions des services de santé au travail, centrée sur la prévention.**

Dans ce cadre, les SST seraient appelés à préparer et mettre en œuvre des projets de prévention définis au niveau de l'entreprise, dans le cadre d'un plan pluriannuel de santé au travail. S'appuyant sur le document unique d'évaluation des risques réalisée et sur la fiche d'entreprise élaborée par le médecin du travail, dont il constituerait le prolongement opérationnel, ce plan devrait permettre de remédier à la dispersion actuelle des interventions en prenant l'entreprise comme principe fédérateur d'organisation. Dans ce contexte, les plans d'activité des médecins pourraient être supprimés puisque l'intervention isolée d'un médecin n'aurait plus de sens. La cohérence apportée par ce plan d'entreprise devrait également faciliter le contrôle social sur les actions de santé au travail. Le rôle des organisations représentatives des salariés, en particulier dans le cadre du CHSCT est en effet essentiel pour amplifier la portée de la médecine du travail. Dans cette perspective il est proposé d'organiser le suivi des recommandations du médecin du travail : l'employeur serait tenu d'indiquer par écrit les suites données ou les raisons pour lesquelles il n'a pas été donné suite et ses réponses seraient communiquées aux instances représentatives du personnel. Une telle mesure serait cohérente avec la responsabilité première qui est celle de l'employeur en matière de prévention des risques professionnels.

Enfin, il importe de mettre en place des modalités plus efficaces de suivi de la santé des salariés. A cette fin la procédure d'aptitude systématique devrait être transformée en une procédure ciblée de prévention des inaptitudes, en s'inspirant de l'approche du récent rapport Gosselin sur ce sujet. Ainsi, le médecin du travail ne se prononcerait que par exception en cas d'inaptitude. Il est par ailleurs proposé de substituer à la surveillance médicale renforcée telle qu'elle est pratiquée aujourd'hui une prestation renforcée de santé au travail à visée préventive. Plutôt qu'un accroissement du rythme des visites médicales cette prestation combinerait des actions à caractère collectif et individuel, définies en fonction du risque en s'appuyant sur des protocoles et guides de bonne pratique élaborés par les professionnels de santé au travail avec la Haute Autorité de santé sur une base de consensus. Enfin, la traçabilité des expositions doit être améliorée. A défaut d'ouvrir l'accès du médecin du travail au dossier médical personnel (DMP) devrait être mis en place un outil spécifique de portée plus restreinte, retraçant l'historique des expositions et les facteurs professionnels susceptibles d'affecter éventuellement la santé du salarié.

Se donner les moyens de la prévention : ressources humaines et recherche.

L'organisation des services de santé au travail, qui n'a pas encore tiré toutes les conséquences de l'introduction de la pluridisciplinarité doit être revue pour passer **d'un exercice individuel de la médecine du travail à une pratique collective de la**

prévention sanitaire en milieu de travail. A cet impératif s'ajoute celui **d'utiliser au mieux une ressource médicale rare et qui restera en tout état de cause limitée.**

A cette fin il est nécessaire de reconnaître formellement la **notion d'équipe pluridisciplinaire de santé au travail** sous la responsabilité d'un médecin du travail et de donner une base juridique à la **délégation de tâches** du médecin, sous son contrôle, vers d'autres catégories de professionnels, notamment infirmiers.

Assurer une ressource médicale à la hauteur des enjeux demeure un préalable à tout effort de modernisation du dispositif de santé au travail. Le nombre de postes offerts en médecine du travail au concours de l'internat doit ainsi être significativement augmenté (les flux actuels de 60 devraient être portés à 100 puis 170 internes). Parallèlement, l'attractivité de la spécialité doit être renforcée par un effort d'information et de sensibilisation des étudiants, et par la promotion de façon plus générale d'une culture de la prévention et de la santé publique. Enfin, il faut sortir des logiques d'expédient que traduisent les dispositifs exceptionnels d'accès à la médecine du travail, pour organiser une voie pérenne de reconversion dans cette spécialité, destinée aux médecins en exercice, sans compromettre les exigences de qualité.

La formation des médecins du travail doit être adaptée à l'évolution du mode d'exercice. Une nouvelle maquette d'enseignement est ainsi nécessaire, faisant une plus large place aux risques émergents, aux techniques issues de la santé publique, au monde de l'entreprise, au travail collectif.

Il est par ailleurs proposé de subordonner l'accréditation des services de santé au travail à leur capacité d'intervention dans au moins trois domaines complémentaires à la médecine du travail car il évident que les médecins du travail ne pourront pas relever seuls les défis de la santé au travail. D'autres métiers, d'autres compétences, sont requis. Le contenu de la pluridisciplinarité doit par conséquent être précisé. Les métiers seraient déterminés en fonction des risques parmi les 4 domaines suivants : sécurité du travail, toxicologie et hygiène industrielle, ergonomie et organisation du travail, psychologie du travail. Le développement de nouveaux métiers pour appuyer et compléter l'action du médecin du travail doit être favorisé. Dans cette perspective il est notamment recommandé de reconnaître une qualification d'infirmier(e) spécialisé(e) en santé au travail. Ces infirmier(e)s spécialisé(e)s composeraient, avec les assistant(e)s en santé au travail, les équipes médicales placées sous l'autorité du médecin du travail.

Le développement des connaissances et de l'expertise en santé au travail constitue une autre condition essentielle de modernisation du dispositif opérationnel. L'élargissement du socle des référentiels scientifiques disponibles est nécessaire pour fonder la pratique de la médecine du travail sur des bases solides et renforcer son efficacité préventive. La dispersion actuelle des ressources et des efforts d'enseignement et de recherche ne permet pas, dans un contexte de limitation des moyens, de répondre à ces objectifs. Leur regroupement devrait être encouragé **pour créer des pôles interrégionaux** d'excellence en matière d'enseignement et de recherche de la santé au travail.

La préservation et le renforcement des effectifs d'enseignants-chercheurs s'imposent comme une priorité absolue et urgente pour enrayer un déclin démographique préoccupant. A cet effet, une procédure interministérielle formelle et transparente de suivi des effectifs enseignants et des engagements pris en la matière devrait être instaurée.

Passer d'une logique de contrôle administratif à une logique de régulation.

La logique de contrôle administratif a atteint ses limites. Essentiellement formelle, elle n'a pas empêché des catastrophes sanitaires. Les modalités de pilotage doivent favoriser une convergence des efforts des différents acteurs et privilégier une approche qualitative, appuyée sur des indicateurs d'activité, mais aussi de résultats.

Dans cette perspective, la mission propose de mettre en place une régulation au niveau régional dont les comités régionaux de prévention des risques professionnels (CRPRP) pourraient constituer le support. Ceux-ci auraient pour mission de structurer l'offre régionale en matière de santé au travail, d'examiner les dossiers d'accréditation des SST, de suivre les programmes pluriannuels des entreprises. Le caractère collégial des CRPRP leur donne la légitimité requise pour assurer ces missions.

Mettre en œuvre une régulation de l'offre de santé au travail suppose de **développer des outils opérationnels à cet effet**. L'agrément pourrait ainsi être remplacé par **une procédure d'accréditation et de cotation des SST**, sur la base d'un protocole précis défini avec la HAS. Cela permettrait de rendre publiques les différences de qualité et donc de justifier les écarts de coût d'un service à l'autre. La concurrence ne s'exercerait donc plus seulement par les prix. Afin d'adapter l'offre aux besoins, **un schéma directeur régional de la médecine du travail devrait être arrêté** sur avis du CRPRP, pour guider la restructuration nécessaire des SST. En effet, le passage de la gestion des visites individuelles à une activité centrée sur la prévention collective des risques implique de réunir des compétences diversifiées, de développer encore l'action en milieu de travail, de suivre des populations à grande échelle. Par conséquent, **le mouvement déjà engagé de concentration des SST doit être poursuivi**. A tout le moins, la mutualisation des moyens serait appelée à se développer. La mise en œuvre des orientations du schéma directeur serait prise en compte dans le cadre de l'accréditation.

5. Une mise en œuvre pragmatique s'impose, fondée sur l'expérimentation

Considérant le contexte actuel, caractérisé par une très grande hétérogénéité dans la situation des services et dans la capacité des acteurs de la santé au travail à intégrer les orientations nouvelles, la mission propose de revoir la méthode de la réforme, en privilégiant l'expérimentation, dans des conditions encadrées et négociées. La libération du potentiel d'innovation qui existe dans une partie des services peut exercer un effet de levier pour faire évoluer le dispositif de santé au travail dans son ensemble et permettre de tester différentes formules avant d'envisager leur extension éventuelle. Il est proposé dans cette perspective **d'ouvrir par la voie législative une période d'expérimentation encadrée d'une durée minimum de deux ans**, accompagnée d'un suivi associant les partenaires sociaux, et de modalités rigoureuses d'évaluation.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	3
PARTIE 1 : DE LA MEDECINE DU TRAVAIL A LA SANTE AU TRAVAIL :QUINZE ANS DE REFORMES POUR UNE INSTITUTION EN CRISE... ..	4
1.1 FONDE SUR LA MEDECINE DU TRAVAIL, LE MODELE HISTORIQUE FRANÇAIS DE SANTE AU TRAVAIL A LONGTEMPS PRIVILEGIE UNE PERSPECTIVE INDIVIDUELLE DE REPARATION.	4
1.1.1 <i>La médecine du travail, une institution française ancrée dans l'histoire.</i>	4
1.1.2 <i>Des caractéristiques originales.....</i>	5
1.1.3 <i>Un dispositif opérationnel important</i>	6
1.2 LE MODELE FRANÇAIS DE MEDECINE DU TRAVAIL EST CONFRONTE A UNE CRISE MAJEURE.	6
1.2.1 <i>Des signes d'alarme répétés depuis plus de trente ans.</i>	6
1.2.2 <i>Une mise en cause radicale liée au drame de l'amiante</i>	9
1.3 DES REFORMES DIFFICILES ONT ETE ENGAGEES DEPUIS QUINZE ANS.	10
1.3.1 <i>La directive européenne de 1989 sur la santé et sécurité au travail, point de départ de la réforme</i>	10
1.3.2 <i>Une intégration progressive par les partenaires sociaux et l'Etat des évolutions nécessaires....</i>	12
1.3.3 <i>Un ensemble de mesures non dénué de cohérence.....</i>	15
PARTIE 2 : UNE MUTATION INACHEVEE :LA LOGIQUE DE REFORME N'A PAS ETE MENEÉE A TERME.....	16
2.1 LES REFORMES ONT AMORCE UNE DYNAMIQUE POSITIVE	16
2.1.1 <i>L'action en milieu de travail a été relancée.....</i>	16
2.1.1.1 Longtemps resté lettre morte, le « tiers temps » tend aujourd'hui à devenir une réalité	16
2.1.1.2 Les mesures récentes ont en effet modifié les priorités opérationnelles des services.....	18
2.1.1.3 Le champ de l'action en milieu de travail s'étend à la petite entreprise.....	20
2.1.2 <i>La pluridisciplinarité a été formellement introduite dans les services.....</i>	22
2.1.2.1 La démarche a conquis une certaine légitimité	22
2.1.2.2 Elle donne lieu à une action volontariste, centrée sur l'offre de compétences	23
2.1.2.3 Un ensemble formel mais peu opérant, faute de demande	25
2.1.3 <i>Une certaine remise en ordre au regard du droit a été opérée</i>	25
2.2 CETTE DYNAMIQUE APPARAÎT FRAGILE, INEGALE ET AU TOTAL INSUFFISANTE	26
2.2.1 <i>La pénétration des réformes est très inégale.....</i>	26
2.2.2 <i>Du fait d'un calibrage irréaliste, le temps médical demeure insuffisant pour assurer l'ensemble des missions réglementaires</i>	28
2.2.2.1 Les services de santé au travail ne sont toujours pas en mesure de respecter complètement leurs obligations réglementaires	28
2.2.2.2 Cette situation reflète un calibrage peu réaliste des missions imparties au médecin du travail.....	29
2.2.2.3 Les acquis de la réforme sont menacés par la dérive de la surveillance médicale renforcée	30
2.3 LE MOUVEMENT DE REFORME N'EST PAS ALLE AU BOUT DE SA LOGIQUE.	33
2.3.1 <i>L'aptitude, un verrou qui maintient la prédominance d'une approche de suivi individuel.....</i>	33
2.3.2 <i>Une logique formelle et de moyens plutôt que de résultats.....</i>	34
2.3.2.1 Le tiers temps est considéré comme une fin en soi, sans garantie sur son contenu.....	34
2.3.2.2 La pluridisciplinarité reste avant tout une procédure.....	35
2.3.2.3 Le contrôle social est défini de façon formelle	37
2.3.3 <i>La logique de santé demeure subordonnée à la logique sociale</i>	38
PARTIE 3 : EN L'ETAT, LE DISPOSITIF DE SANTE AU TRAVAIL N'EST PAS EN MESURE DE RELEVER LES DEFIS A VENIR.	40
3.1 LES EVOLUTIONS ECONOMIQUES ET SOCIALES REPRESENTENT DES DEFIS IMPORTANTS EN TERMES DE SANTE AU TRAVAIL	40
3.1.1 <i>Les transformations du système productif et du milieu de travail.....</i>	40
3.1.1.1 L'expansion des formes atypiques d'emploi.....	40
3.1.1.2 Le développement des risques à effets différés dans un contexte de mobilité professionnelle croissante	40
3.1.1.3 L'intensification du travail et l'émergence de nouveaux risques	41
3.1.2 <i>Le vieillissement de la population active.....</i>	41
3.1.3 <i>La judiciarisation de la santé au travail</i>	42
3.2 LE DISPOSITIF DE SANTE DOIT AFFRONTER CES DEFIS AVEC DES RESSOURCES MEDICALES QUI SE RAREFIENT	42

3.2.1	<i>Des difficultés structurelles, une crise inéluctable.....</i>	43
3.2.2	<i>Un dossier en déshérence et des réponses en forme d'expédients.</i>	46
3.2.3	<i>Des perspectives encore assombries par l'insuffisance des ressources enseignantes.....</i>	48
3.3	UN MANQUE D'OUTILS ET DE CONNAISSANCES.....	50
3.3.1	<i>Un manque d'outils pour la pratique professionnelle.....</i>	50
3.3.2	<i>Les limites de la formation des professionnels de la santé au travail.</i>	52
3.4	DE NOMBREUX OBSTACLES POUR METTRE LA MEDECINE DU TRAVAIL AU SERVICE DE LA SANTE PUBLIQUE.....	53
3.4.1	<i>Un suivi individuel qui manque de continuité</i>	53
3.4.1.1	<i>Une traçabilité des expositions aux risques mal assurée.....</i>	53
3.4.1.2	<i>Des obstacles à un suivi médical coordonné.....</i>	54
3.4.2	<i>Une insertion difficile dans le dispositif de veille sanitaire.</i>	54
3.5	UN DEFICIT DE PILOTAGE STRATEGIQUE	56
3.5.1	<i>Les outils techniques et juridiques du pilotage sont très insuffisants.....</i>	56
3.5.2	<i>Des objectifs sanitaires encore peu intégrés.</i>	58
3.5.3	<i>L'animation régionale est très inégale.....</i>	59
PARTIE 4 : MODERNISER LE DISPOSITIF DE SANTE AU TRAVAIL POUR MIEUX PREVENIR LES RISQUES PROFESSIONNELS.....		61
4.1	METTRE LA PREVENTION AU CENTRE DE L'ACTIVITE DES SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL	62
4.1.1	<i>Ancrer dans la loi les missions préventives des SST</i>	62
4.1.2	<i>Construire un projet préventif de santé au travail au niveau de l'entreprise</i>	63
4.1.3	<i>Développer des modalités plus efficaces de protection de la santé des salariés.....</i>	66
4.2	SE DONNER LES MOYENS DE LA PREVENTION : RESSOURCES HUMAINES ET RECHERCHE.....	69
4.2.1	<i>Assurer une ressource médicale à la hauteur des enjeux.....</i>	69
4.2.2	<i>Diversifier les compétences en santé au travail</i>	75
4.2.2.1	<i>Proposition : préciser les compétences pluridisciplinaires requises des services de santé au travail</i>	75
4.2.3	<i>Elargir les connaissances et l'expertise en santé au travail</i>	78
4.2.3.1	<i>Proposition : créer des pôles interrégionaux d'excellence en matière d'enseignement et de recherche....</i>	79
4.3	ORGANISER LA PREVENTION : DU CONTROLE A LA REGULATION DU DISPOSITIF	82
4.3.1	<i>Mettre en place une instance de régulation au niveau régional.....</i>	82
4.3.2	<i>Développer des outils opérationnels de régulation.....</i>	83
4.4	OUVRIR UNE PERIODE D'EXPERIMENTATION ENCADREE.....	85
ANNEXES		88

INTRODUCTION

Le ministre de la santé et de la solidarité, les ministres délégués aux relations du travail et à l'enseignement supérieur et à la recherche ont saisi l'inspection générale des affaires sociales et l'inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche, et sollicité les professeurs Conso et Frimat, afin de dresser un bilan de la réforme de la médecine du travail. Celle-ci ne s'inscrit pas dans un texte dédié mais résulte dans une succession de dispositions faisant suite à l'accord interprofessionnel de 2000 et le plan santé au travail adopté en 2005 pour la période courant jusqu'en 2009. Cette dynamique avait été enclenchée dès la fin des années 80 par le droit communautaire.

Cette mission intervient alors que, ces dernières années, plusieurs travaux ont dressé un état des lieux critiques de la médecine du travail, mais aussi alors que les derniers textes constitutifs de la réforme de la médecine du travail sont entrés en vigueur il y a peu. Par conséquent, le recul nécessaire manque pour procéder à une évaluation définitive des effets de la réforme. Dans ce contexte, la mission s'est d'abord attachée à apprécier si l'orientation retenue par la réforme est pertinente au regard des enjeux auxquels doit faire face la médecine du travail et si les moyens pour y parvenir sont réunis.

La mission s'est dans cette perspective entretenue avec l'ensemble des responsables des administrations concernées, les partenaires sociaux et syndicats de professionnels de la médecine du travail, les responsables des agences sanitaires, des personnalités qualifiées. Plusieurs déplacements ont par ailleurs été organisés, en Nord-Pas-de-Calais, Poitou-Charentes, Languedoc-Roussillon, Ile-de-France, pour approcher, au plus près des opérateurs de terrain, la réalité de la mise en œuvre des dispositions de la réforme. Des séances de travail approfondis avec les services déconcentrés de l'Etat en charge de la mise en œuvre de la réforme, les acteurs locaux de la santé publique, ont ainsi été tenues. Par ailleurs, la mission s'est rendue dans une vingtaine de services de santé au travail pour discuter avec leur dirigeant, ainsi que la communauté médicale, des effets de la réforme et des difficultés éventuelles rencontrées. Ces nombreux échanges ont par ailleurs été complétés par l'exploitation de la documentation communiquée à la mission.

La mission est ainsi parvenue à la conclusion que si la réforme a permis d'engager une dynamique nouvelle, la mutation de la médecine du travail n'est pas achevée. A bien des égards, les logiques formelles, procédurales, continuent à prévaloir. A contrario, les ressources, au premier rang desquels les effectifs de médecins du travail, les connaissances, les outils aussi bien techniques que juridiques, le pilotage stratégique, sont insuffisants pour faire de la médecine du travail l'acteur d'une politique de santé au travail, c'est-à-dire d'une action collective ayant pour objet d'éviter l'altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail.

Cet objectif, qui est clairement celui donné à la médecine du travail par son texte institutif doit aujourd'hui être réaffirmé. C'est le sens des propositions de la mission qui consistent à faire de la prévention primaire le principe cardinal de la médecine du travail. Il s'agit d'éliminer, ou à tout le moins de réduire les risques. Cette approche a vocation à structurer l'action des médecins du travail et des services qui les emploient, mais elle suppose de prendre appui, en sur des bases scientifiques plus assurées et sur des ressources suffisantes.

Partie 1 : De la médecine du travail à la santé au travail :quinze ans de réformes pour une institution en crise...

1.1 Fondé sur la médecine du travail, le modèle historique français de santé au travail a longtemps privilégié une perspective individuelle de réparation.

1.1.1 *La médecine du travail, une institution française ancrée dans l'histoire*

La loi du 11 octobre 1946 relative à l'organisation des services médicaux du travail fait des médecins du travail les acteurs exclusifs de la protection de la santé des travailleurs. Cette loi constitue l'aboutissement d'une évolution initiée au XIX^e siècle, marquée par le développement de l'« hygiénisme industriel » et la revendication d'une meilleure protection de l'intégrité et de la santé des travailleurs, au cœur des conflits sociaux et du débat politique. La loi du 9 avril 1898 qui organise la réparation des accidents du travail en a constitué une étape importante. Afin de pallier la responsabilité encourue par les employeurs, des sociétés d'assurances privées encouragent et aident financièrement les employeurs à créer des dispensaires, centres d'urgences et de petits soins médicaux et chirurgicaux. L'organisation de services médicaux dans les entreprises est alors assez mal accueillie par le milieu ouvrier qui se méfie des initiatives prises par le patronat, craignant la sélection de la main d'œuvre par le médecin. Cette suspicion à l'égard d'un médecin choisi et rémunéré par l'employeur trouve à l'évidence encore un écho aujourd'hui, tant auprès des salariés et de leurs représentants que des médecins libéraux .

La première guerre mondiale accélère le mouvement : les « médecins d'usine » prennent une place croissante pour faire face aux impératifs de la production de guerre, gérer les conséquences du recours à une main d'œuvre improvisée, notamment féminine, puis diminuée quantitativement et qualitativement (blessés et mutilés de guerre). Au service de l'entreprise et de sa productivité mais aussi de la santé ouvrière, ceux-ci apparaissent bien comme les précurseurs des médecins du travail, y compris dans la tension potentielle que crée leur double mission de conseiller de l'employeur et du salarié.

Cette préoccupation de la main d'œuvre et de son meilleur usage possible demeure très présente dans l'entre deux guerres et conduit au développement d'une science de la pathologie professionnelle et de la physiologie du travail qui insiste sur la pertinence d'une médecine du travail préventive. Les travaux alors développés soulignent la nécessité d'associer visite d'embauche, visite d'aptitude, visite de détection de maladie professionnelle, connaissance de l'usine alors que les conditions de travail restent difficiles. Un diplôme d'hygiène industrielle et de médecine du travail vient en 1933 faire de ce corpus doctrinal le fondement d'une pratique professionnelle. La médecine du travail devient obligatoire avec le régime de Vichy en 1942 qui développe une doctrine et une action volontaristes en la matière. Les conditions du développement et de la généralisation de la médecine du travail sont alors réunies.

1.1.2 Des caractéristiques originales

La loi du 11 octobre 1946, qui reprend les principes de la loi de 1942¹ instituant l’obligation de la médecine du travail dans les entreprises, met ainsi en place une organisation originale fondée sur l’universalité, la gestion patronale contrôlée, la spécialisation et l’indépendance des médecins, l’orientation exclusivement préventive de leur action. La médecine du travail est obligatoire – certains secteurs professionnels étant dotés d’un régime spécial² -. Cette obligation qui pèse sur tous les employeurs quelle que soit la taille de l’entreprise se traduit par un taux de couverture médicale des salariés sans équivalent dans le monde. Le financement et l’organisation des services de médecine du travail par les employeurs, sous le contrôle des salariés et de l’Etat - qui délivre un agrément aux services médicaux -, distinguent également le modèle français des autres, la médecine du travail lorsqu’elle trouve un équivalent à l’étranger étant souvent financée sur fonds publics.

La prédominance d’une approche clinique individuelle est une autre caractéristique du modèle français de la santé au travail.

A partir de 1946 les textes et la pratique ont orienté la médecine du travail vers un mode d’exercice où prédomine une approche clinique individuelle de la santé au travail, centrée autour de la visite d’aptitude. Lue surtout comme une interdiction de prodiguer des soins, la mission préventive de la médecine du travail est interprétée essentiellement dans le sens de la prévention tertiaire³ et se limite pendant longtemps au dépistage des affections professionnelles très invalidantes, comme la silicose et le saturnisme. Dans le contexte de l’après-guerre où prédominent - au moins dans les représentations collectives - les activités industrielles, dont les nuisances ont nourri le combat pour la protection des travailleurs, le rôle premier assigné aux médecins du travail est alors de s’assurer que chaque travailleur, individuellement, ne présente pas les symptômes d’une pathologie résultant de son emploi, ou susceptible d’être aggravée par lui, le rendant ainsi inapte à l’occuper. Cette pratique s’étend peu à peu à la prévention *secondaire*, à travers le repérage précoce de processus morbides dans le travail.

L’introduction dès 1969⁴ de la notion de « tiers-temps » vise à réservier une partie du temps médical à l’action en milieu de travail, de façon à permettre de mieux prendre en compte les caractéristiques du poste de travail dans la décision d’aptitude. Cette évolution réglementaire, peu appliquée dans les faits, ne remet pas fondamentalement en cause une pratique structurée autour de la délivrance du certificat d’aptitude ou de l’avis d’inaptitude à laquelle doit conduire la visite médicale. **La médecine du travail va ainsi devenir un outil de réparation individuelle plutôt que de prévention collective, et sa fonction préventive se voir conférer une valeur prédictive.**

¹ inspiration qui lui a souvent été reprochée par ses détracteurs.

² agriculture, mines et carrières, transports, fonction publique d’Etat, territoriale et hospitalière

³ l’OMS distingue trois niveaux de prévention : la prévention primaire, dont l’objectif est d’éviter l’apparition de la maladie ou du traumatisme en agissant sur les facteurs de risque ; la prévention secondaire, dont l’objectif est la détection de la maladie ou de la lésion qui la précède, à un stade où il est encore possible d’intervenir utilement ; la prévention tertiaire, dont l’objectif est de diminuer les incapacités, les séquelles ou les récidives, et de faciliter la réinsertion sociale.

⁴ le décret du 13 juin 1969 donne force obligatoire au principe du tiers-temps qu’introduisait de façon non contraignante une circulaire du 22 avril 1965. Ce décret sera remplacé par celui du 20 mars 1979, qui renforce l’action en milieu de travail, avant le décret du 28 juillet 2004.

1.1.3 Un dispositif opérationnel important

Dans le seul secteur industriel et commercial, la médecine du travail représente en France un ample dispositif opérationnel qui n'a pas d'équivalent à l'étranger⁵:

- **15 300 990 salariés couverts**, la plupart (près de 93%) par des services interentreprises,
- **943 services** se répartissant en services interentreprises (284) et services autonomes d'entreprise (659),
- **6573 médecins du travail** sous contrat représentant 5 995 équivalents temps plein (ETP),
- **10 543 personnels non médicaux**: infirmiers (2 965), intervenants en santé au travail (426), secrétaires médicales (5 487), et agents divers (1665).

Les moyens financiers affectés à ce dispositif par les entreprises sont mal connus. Il n'y a pas d'information globale accessible sur les coûts de la médecine du travail. Parmi les entreprises qui disposent d'un service intégré de santé au travail la dépense par salarié connaît des variations considérables, en fonction de l'activité et des risques mais aussi de l'importance accordée à la santé au travail par les partenaires sociaux. Pour les services interentreprises, le montant de la cotisation constitue un élément de positionnement au regard de la concurrence et l'on constate des différences sensibles que n'expliquent pas toujours les caractéristiques des entreprises couvertes.

Le Poitou-Charentes est la seule des régions visitées par la mission où des éléments précis ont pu être recueillis en matière financière, par l'intermédiaire de la DRTEFP. Le coût par salarié dans les services interentreprises se situe dans cette région entre 60 et 77 euros et s'établit en moyenne à 71 euros. Dans les services autonomes d'entreprise les variations sont beaucoup plus importantes, qui vont de 88 à 403 euros selon les entreprises.

Une extrapolation rapide à partir des éléments d'informations disponibles permet d'évaluer à **plus d'un milliard d'euros** l'ordre de grandeur du budget alloué à la médecine du travail en France pour le seul secteur industriel et commercial⁶.

1.2 Le modèle français de médecine du travail est confronté à une crise majeure.

1.2.1 Des signes d'alarme répétés depuis plus de trente ans.

La médecine du travail en tant qu'institution n'en est pas à sa première secousse. Soumise dans les années soixante-dix au feu des critiques, tant du côté des salariés⁷ que dans ses propres rangs⁸, la médecine du travail fait déjà à cette époque l'objet d'appréciations sévères. L'IGAS dans son rapport annuel de 1970 estime que « *les nombreuses initiatives prises depuis 1946 n'ont pas abouti à donner à la médecine du travail une efficacité suffisante. Un des aspects essentiels, à savoir l'adaptation des postes de travail, est, presque partout, négligé* ». Ces critiques engendrent une volonté de réforme, traduite dans le décret du 20 mars

⁵ Chiffres publiés par le Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale dans « Conditions de travail - Bilan 2006 »

⁶ On s'est fondé sur un montant moyen de 70 euros par salarié qui peut être considéré comme un montant plancher, appliqué aux 15,3 millions de salariés couverts.

⁷ En particulier lors d'un long conflit social à l'usine Pennaroya de Lyon en 1972, qui met en cause les décisions de la médecine du travail établissant l'aptitude d'ouvriers gravement intoxiqués

⁸ Cf notamment le cas du Dr Thilliez licencié par Peugeot qui prend à témoin l'opinion publique. La médecine du travail connaît à l'époque une vague de démissions.

1979, qui revalorise le tiers temps et renforce le contrôle administratif sur les services de médecine du travail.

Cependant, la fin des années quatre-vingt dix voit se profiler une remise en cause fondamentale du système français de protection de la santé au travail. Depuis une dizaine d'années, les prises de position se multiplient et les rapports officiels foisonnent, qui font état d'une crise ouverte de la médecine du travail et, par delà, des carences graves du modèle français de prévention des risques professionnels. Les signaux d'alarme sont nombreux et portent sur de multiples aspects du système :

- Forte augmentation des maladies professionnelles,

Selon les statistiques de la CNAM-TS, le nombre de cas reconnus serait en progression de plus de 20% par an depuis le début des années 90. Cette envolée s'explique par une série de facteurs qui ne sont pas tous liés à l'état de santé des salariés : l'amélioration des taux de déclaration des maladies professionnelles liée notamment aux campagnes d'information et de sensibilisation des salariés et des médecins, la création de nouveaux tableaux de reconnaissance des maladies professionnelles, concourent mécaniquement à l'accroissement du nombre de maladies déclarées et reconnues. Cependant, cette amélioration des statistiques reste toute relative : les maladies professionnelles ne représentent que 4,5 % des déclarations AT/MP traitées par la CNAM-TS au titre des risques professionnels, dont les troubles musculo-squelettiques (TMS) représentent la plus grande part (de l'ordre de 80 %) complétée par les affections liées à l'amiante (environ 15 %).⁹

La persistance du phénomène de sous-déclaration des maladies professionnelles, renforcée par une sous-reconnaissance des maladies déclarées, a de graves et multiples conséquences : absence d'indemnisation des victimes, transfert de charges sur la collectivité qui doit assurer des dépenses incomptant aux entreprises (la Cour des comptes parle d'un « excédent financier en trompe-l'œil » de la branche AT-MP dont la contrepartie constitue une charge indue pour le régime d'assurance maladie qui vient accroître son déficit), défaut de motivation pour la prévention, dont le coût relatif par rapport à celui de la réparation se trouve de ce fait faussé, carence d'information et de recherche, les références devant souvent être recherchées au plan international

Au total on constate bien une augmentation explosive de certaines affections qu'il s'agisse de l'émergence, après plusieurs décennies de latence, de pathologies à risque différents, ou de troubles à plus court terme comme les TMS qui donnent lieu à un nombre croissant d'interventions chirurgicales ou des troubles liés au stress non encore reconnus comme maladies professionnelles mais dont l'ensemble des professionnels de santé constatent l'accroissement.

- Désaffection pour le métier de médecin du travail

De l'avis général, la démographie de la médecine du travail est alarmante. Dans un courrier adressé le 25 août 2004 aux médecins du travail, le Directeur des relations du travail fait part de sa préoccupation à cet égard, considérant que 3000 d'entre eux sur un total d'environ 7000 atteindront l'âge de la retraite dans les 10 années à venir. Mais cette situation est d'autant plus préoccupante que la relève n'est pas assurée. Au delà de l'effet mécanique de

⁹ Les accidents de travail et de trajet constituent 95,5% des déclarations traitées par l'Assurance maladie au titre des risques professionnels.

mesures comme le numerus clausus on observe la faible attractivité d'une spécialité médicale qui n'est choisie que par défaut lors de l'affectation des postes d'internat. Cette faible attractivité traduit l'image dévalorisée d'une profession méconnue.

- Malaise grandissant par rapport à la procédure d'aptitude.

La polémique qu'a déclenchée, parmi les médecins l'application du décret du 1^{er} février 2001 relatif aux expositions aux agents cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction est à cet égard significative. Le Conseil national de l'Ordre des médecins a lui-même jugé inacceptable le recours aux médecins du travail pour certifier qu'un salarié est « apte », ou plus exactement ne présente pas de contre-indication pour être affecté à un poste l'exposant à une substance reconnue cancérogène, mutagène ou toxique pour la reproduction. Cette controverse prend un relief particulier dans le contexte du drame de l'amiante. A cet égard le rappel de ce que prévoyait le décret du 17 septembre 1977 se suffit à lui-même :

Extrait du décret « relatif aux mesures particulières d'hygiène applicables dans les établissements où le personnel est exposé à l'action des fibres d'amiante ».

« Aucun salarié ne doit être affecté aux travaux définis à l'article 1^{er} ni occupé de façon habituelle dans des locaux ou chantiers où s'effectuent ces travaux sans une attestation du médecin du travail constatant qu'il ne présente pas de contre-indication aux travaux l'exposant à l'inhalation de poussières d'amiante »
(Décret n° 77-949 du 17/9/1977)

- Inapplication de la loi.

Le rapport 2004 de l'IGAS sur l'agrément des services de santé au travail dressait un tableau particulièrement préoccupant à cet égard : services fonctionnant sans agrément, quotas de temps médical non satisfaits, médecins exerçant la médecine du travail sans posséder les titres requis, action en milieu de travail inférieure au « tiers temps » réglementaire. Relevant qu' « au delà de la procédure elle-même c'est le droit du travail qui est ouvertement bafoué sur des domaines sensibles touchant à la santé et à la sécurité des travailleurs » l'Inspection générale s'interrogeait par ailleurs sur l'adaptation de ce droit lui-même.

- Déficit de connaissance et d'outils

Les différents rapports consacrés à la santé au travail (Cour des comptes, inspections générales, commissions d'orientation scientifiques...) mettent en évidence les lacunes des connaissances relatives aux dangers potentiels et aux risques en milieu de travail. Ce constat concerne plus particulièrement le domaine des substances chimiques. Comme le souligne le Plan Santé au travail 2005-2009 « *les ressources insuffisantes de la recherche en toxicologie et le manque d'expertise, notamment publique, en matière d'évaluation scientifique sur l'impact des substances sur la santé, mais aussi de façon plus globale sur les risques en milieu de travail, contribuent à ce déficit de connaissances.* » De nombreux travaux dénoncent par ailleurs le défaut d'organisation et le manque d'outils pour assurer la surveillance au long cours de populations de plus en plus souvent exposées à des risques à effet différé.

- Eparpillement des responsabilités et cloisonnements

La complexité de l'organisation française en matière de prévention des risques professionnels, caractérisée par la multiplicité des acteurs (annexe 5), l'éparpillement des responsabilités et les cloisonnements, est soulignée dans tous les rapports qui relèvent ses conséquences néfastes. « *Ni au plan national, ni au plan local n'existe de véritable centre d'impulsion ayant une vue d'ensemble des risques professionnels et des actions menées* » regrettait en 2002 la Cour des comptes. De son côté l'IGAS, en 2003, mettait en cause le cloisonnement entre les administrations de la santé et du travail, aggravant une tradition de forte ignorance, si ce n'est d'opposition entre médecine du travail et santé publique : « *alors même que les conséquences pour la santé humaine de l'exposition à des facteurs de risques professionnels se font sentir très tôt (affections touchant la fécondité et les femmes enceintes) et jusqu'à l'âge de la retraite, voire au-delà, les acteurs de la médecine du travail, partenaires sociaux, médecins du travail, les services du ministère du travail, restent dans l'ensemble étrangers à une logique de santé publique* ».

1.2.2 Une mise en cause radicale liée au drame de l'amiante

Au delà des constats multiples et répétés des limites du système français de santé au travail, c'est le drame de l'amiante qui va jouer un rôle de révélateur et mettre en lumière les carences d'un système qui n'a pas su empêcher une catastrophe sanitaire pourtant prévisible. Dans son rapport de 2006 la mission parlementaire d'information sur les risques et les conséquences de l'exposition à l'amiante présidée par Jean Le Garrec¹⁰ constate, en termes d'une exceptionnelle sévérité, la « *faillite* » d'un système historique de gestion du risque professionnel gouverné par un objectif de réparation et se rallie, selon ses propres termes, à l'analyse formulée par l'IGAS en 2003 selon laquelle le dispositif français n'est pas à la hauteur de l'enjeu.

C'est en réalité le caractère peu opérant d'une organisation des services de médecine du travail focalisée depuis l'origine sur la visite individuelle systématique qui est ainsi mis en cause. Si la visite est un point de repère pour l'ensemble des acteurs qui manifestent un fort attachement pour cette obligation légale, elle s'est à l'évidence imposée au détriment du développement d'une politique de prévention primaire en milieu de travail qui ne lui est pas réductible. Certes, le tiers temps a exigé des médecins du travail une connaissance de l'entreprise et du poste de travail des salariés dont ils assurent la surveillance. Cependant, lorsqu'elle a été effectivement mise en place¹¹, cette pratique est restée pour l'essentiel au service de la gestion de l'aptitude. Autrement dit, elle a surtout permis d'apprécier si les salariés étaient aptes à occuper leur emploi compte tenu des contraintes de cet emploi, plutôt que d'agir sur les dites contraintes. Dans ces conditions, alors que la plupart des maladies dont l'étiologie est d'origine professionnelle sont caractérisées par des effets différés et une latence importante, l'accumulation des visites médicales périodiques et systématiques n'a pas permis d'éviter à terme leur apparition comme aurait pu, au moins dans certains cas, le rendre possible une pratique plus orientée vers l'évaluation des risques, leur élimination, à tout le moins leur contrôle.

¹⁰ "Ne plus perdre sa vie à la gagner : 51 propositions pour tirer les leçons de l'amiante», Assemblée Nationale, 2006

¹¹ Comme déjà mentionné, l'effectivité de cette obligation s'est révélée très en deçà des textes dans la plupart des cas. Lors de ses investigations, la mission a pu constater qu'à la veille des dispositions introduites par la réforme, l'action en milieu de travail était très inférieure au tiers temps, voire marginale dans certains cas.

Le sinistre sanitaire provoqué par l'amiante manifeste aussi les limites d'un dispositif géré dans le cadre exclusif des relations du travail, sans véritablement intégrer la problématique de santé publique. Il fait de la santé au travail un objet de compromis social et tend à privilégier la réparation des risques par rapport à leur prévention. Le développement sans équivalent des préretraites en France pendant des décennies peut être vu comme une illustration de cette tendance : confrontés au double problème du vieillissement et de la pénibilité du travail, les partenaires sociaux ont préféré accorder des bonifications en termes de retraite anticipée plutôt que d'aménager les postes et rythmes de travail pour permettre le maintien dans l'emploi jusqu'à un âge plus avancé.

Au total, la mission est parvenue à la conclusion que l'interprétation donnée par les textes et dans la pratique aux missions de la médecine du travail telles que définies en 1946 explique pour une large part la crise de cette institution qui a commencé à se réformer.

1.3 Des réformes difficiles ont été engagées depuis quinze ans.

Plutôt que de *la* réforme, il est sans doute plus exact de parler *des* réformes de la médecine du travail. En effet celle-ci a été l'objet, au cours de la période récente, d'un train nourri de mesures poursuivant des objectifs divers, qui portent en germe une transformation significative du dispositif français et de ses conditions de fonctionnement. C'est cependant moins la prise de conscience de la crise du modèle français que sa confrontation avec l'approche européenne et la nécessité de se mettre en conformité qui ont enclenché ce mouvement de réforme. Cela explique sans doute la lenteur et les difficultés rencontrées dans sa mise en œuvre.

1.3.1 *La directive européenne de 1989 sur la santé et sécurité au travail, point de départ de la réforme*

Fondée sur le principe de l'adaptation du travail à l'homme, la directive 89/391 adoptée le 12 juin 1989 introduit une approche de prévention primaire résolument nouvelle par rapport au dispositif français, lequel mettra près de 15 ans à l'intégrer en droit et sans doute beaucoup plus en pratique.

En effet, des modèles alternatifs à l'approche française ont montré l'intérêt d'une perspective collective mettant l'accent sur les risques et appelant de ce fait des compétences d'une autre nature que le savoir médical, perspective qui inspire assez largement la législation européenne.

Par ailleurs, les instances de représentation du personnel sont animées par les débats sur la responsabilité de l'organisation de l'entreprise et des processus de production, sur la santé mentale des travailleurs. Une transition doit alors être organisée de la médecine du travail vers la santé au travail, qui ne se contente pas de repérer l'éventualité d'une maladie et ses conséquences pour l'aptitude d'un individu. Les exemples britannique ou québécois peuvent ici illustrer le propos.

Médecine du travail, santé au travail, perspectives comparées.

L'approche anglo-saxonne

La médecine du travail est envisagée comme un simple prolongement du service national de santé. Le cadre réglementaire est extrêmement réduit, imposant seulement que les conditions de travail ne nuisent pas à la santé, sans obligation de médecine du travail, d'examen médical ou d'infirmière du travail.

Il s'agit donc d'une obligation de résultats donnée par les textes réglementaires et non d'une obligation de moyens comme en France. La priorité est donnée à la prévention primaire tendant au risque zéro.

La fonction d'hygiène et de sécurité au travail est donc peu médicalisée, traitée sous l'angle pluridisciplinaire de l'hygiène industrielle. Le facteur individuel n'est pratiquement pas envisagé.

L'approche québécoise

C'est en 1979 que la loi sur la Santé et la Sécurité du Travail (LSST) a consacré l'importance de la prévention primaire et a mis en place un réseau de services de Santé-Travail au sein du réseau Santé Publique.

La réforme mise en place en 1979 a créé des départements de santé publique intégrés au système de santé, dans lesquels les médecins du travail exercent pour l'essentiel une mission de prévention primaire. Le médecin du travail n'est pas amené à exercer une surveillance individuelle de tous les salariés, mais à se prononcer sur les programmes de surveillance des risques et de prévention que les entreprises doivent établir. C'est seulement dans des situations particulières pour lesquelles la réglementation prévoit des examens spécifiques que les médecins du travail peuvent être conduits à examiner individuellement des salariés.

L'équipe de santé au travail est composée de médecins, d'infirmières, de techniciens et d'ingénieurs en hygiène industrielle. Les équipes s'appuient sur des plates-formes régionales où des ingénieurs examinent les données recueillies sur le terrain. Le financement repose sur une subvention d'une agence nationale, dans un cadre contractuel avec les directions régionales de santé publique, alimentée par une cotisation des employeurs.

L'équipe de santé au travail, extérieure à l'entreprise, se heurte souvent à des difficultés d'intégration et de dialogue avec les employeurs. L'approche par les risques fait qu'au total seuls 25 % des salariés et 30 % des entreprises relèveraient aujourd'hui du dispositif. Il est néanmoins possible pour l'agence nationale de décider unilatéralement l'assujettissement de certaines entreprises.

Actuellement, le développement et le financement du réseau semblent incertains avec, en particulier, une remise en cause de son indépendance.

Au Québec, la Médecine du Travail, intégrée au dispositif Santé Publique, a de grands défis à relever dont le premier et non le moindre est de définir son champ de pratique et de l'étendre à l'ensemble des travailleurs.

L'approche européenne

Elle se définit par des prises de position qui empruntent tantôt à la conception française tantôt à l'approche anglo-saxonne :

- *La recommandation de la Commission du 20 Juillet 1962 « relative à la médecine du travail dans l'entreprise », proche de la conception française*
- *A partir de 1984, une évolution vers la conception de l'Organisation Internationale du Travail (démédicalisation et multidisciplinarité des services de santé au travail) et anglo-saxonne est très perceptible*
- *L'avis d'initiative pris le 18 septembre 1984 par le Comité économique et sociale insiste sur la nécessité pour tous les travailleurs d'être couverts par les services de médecine du travail, mais aussi sur le fait que les examens médicaux ne doivent en aucun cas constituer la seule fonction de la médecine du travail, que les services de médecine du travail doivent avoir un caractère multidisciplinaire*
- *Les directives successives de 1980 et 1989 instaurant la primauté de la prévention primaire à l'égard des risques du travail portant sur le milieu de travail, l'évaluation des risques liés au travail, et le travailleur*
- *Cependant, l'adoption d'une liste européenne de maladies professionnelles est un élément déterminant de prévention secondaire et tertiaire.*

L'apport de la directive de 1989 au droit du travail français tient en deux points essentiels :

- l'évaluation *a priori* des risques : en prévoyant que l'employeur « doit disposer d'une évaluation des risques pour la sécurité et la santé au travail », le législateur européen accorde une place centrale à l'évaluation des risques, qui devient un des principaux leviers de la démarche de prévention dans l'entreprise.
- la pluridisciplinarité : il s'agit d'une conséquence indirecte de la directive puisque, contrairement à une interprétation répandue, le concept de pluridisciplinarité ne figure pas dans les textes européens ; cependant, l'article 7 de la directive cadre prévoit que l'employeur fait appel aux compétences nécessaires pour assurer les activités de prévention des risques professionnels dans l'entreprise. Celles-ci supposent la mobilisation de savoirs très divers qui débordent le cadre médical : ergonomie, toxicologie, psychologie, hygiène et sécurité du travail...

1.3.2 Une intégration progressive par les partenaires sociaux et l'Etat des évolutions nécessaires.

L'acclimatation dans le droit et l'édifice institutionnel français des dispositions de la directive communautaire s'est faite avec lenteur et difficulté compte tenu des mutations qu'elle implique. Si l'obligation relative à l'évaluation des risques a été transposée par la loi du 31 décembre 1991, elle ne s'est matérialisée que 10 ans après, à travers le décret du 5 novembre 2001 qui institue le « document unique » d'évaluation des risques, élaboré et tenu à jour par l'employeur. S'agissant de l'introduction de nouvelles compétences, qui prendra en France la forme de la « pluridisciplinarité », une telle évolution semble avoir été au départ exclue par la France puisque celle-ci n'avait donné son accord pour l'adoption de la directive qu'avec l'assurance de ne pas avoir à modifier son dispositif de médecine du travail.¹²

¹² La délégation française avait dans cette perspective obtenu de la Commission européenne l'inscription d'une déclaration au procès verbal du Conseil des ministres selon laquelle les services de médecine du travail tels

Cependant, la Commission européenne ayant estimé¹³ que le médecin du travail français à lui seul ne pouvait assurer l'ensemble des fonctions inhérentes aux activités de protection et de prévention visées par la réglementation européenne, les autorités françaises ont été mises en demeure d'adapter leur dispositif.

Dans ce contexte, la pluridisciplinarité apparaît comme une construction développée à partir de 1997 du côté français pour concilier l'approche européenne et la réalité du modèle français : le concept permet de satisfaire aux obligations communautaires en s'appuyant sur les services médicaux du travail, qui demeurent le noyau dur du dispositif, mais élargi par le recours à des compétences nouvelles, techniques et organisationnelles pour enrichir l'offre de prévention. Le dispositif de médecine du travail a ainsi été choisi comme support de l'intervention de compétences non médicales pour la prévention des risques professionnels. Cette approche présentait également l'intérêt de constituer un élément potentiel de réponse au problème de la raréfaction de la ressource médicale, en la complétant par des compétences issues d'autres disciplines pour assurer globalement la protection de la santé des travailleurs. Une telle opportunité, même si elle n'est pas présentée comme un objectif de la réforme n'en constitue pas moins un élément important ou au moins une retombée intéressante.

On retrouve la même convergence dans les préoccupations exprimées par les partenaires sociaux qui, répondant à l'appel lancé en 1999 par les pouvoirs publics les invitant à négocier sur le thème de la santé au travail, sont parvenus le 13 septembre 2000 à un accord national interprofessionnel sur la santé au travail et la prévention des risques. Le préambule de cet accord manifeste un double souci : assurer la prévention des risques par l'intervention de compétences multiples, d'une part, répondre à la pénurie en médecins du travail, d'autre part. Partant de l'objectif de « mise en œuvre d'une véritable pluridisciplinarité»¹⁴ le dispositif débouche ainsi sur « l'adaptation du système de surveillance médicale », avec modulation de la périodicité des visites, portée à 24 mois pour les salariés dont l'activité ou l'état ne présente pas de risques spécifiques.

Prenant acte de la volonté exprimée par les partenaires sociaux, et enjoins, par les institutions européennes de compléter la transposition de la directive les pouvoirs publics ont entrepris l'adaptation du dispositif de protection de la santé au travail par une succession de mesures législatives et réglementaires entre 2002 et 2004 avec notamment :

- la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002, qui fait de la pluridisciplinarité le pivot d'une réforme des services de médecine du travail, transformés en services de santé au travail. La loi prévoit également un dispositif transitoire pour renforcer les effectifs de médecins du travail ;
- le décret du 28 juillet 2004, faisant suite à une longue période de concertation avec les partenaires sociaux, qui rééquilibre les missions du médecin du travail en réévaluant l'activité de prévention en milieu de travail que doit favoriser un

qu'existant en France depuis 1946 pourraient être regardés comme le service de prévention, au sens de la directive.

¹³ Dans une mise en demeure du 4 mars 1997, suivie d'un avis motivé du 26 juin 2002, adressés aux autorités françaises, la Commission estime que le médecin du travail n'assure qu'une partie des fonctions confiées par la directive, consistant à "éviter toute altération de la santé des travailleurs" mais qu'"il n'a pas de tâches dans le domaine de la sécurité".

¹⁴ article 1 de l'accord du 13 septembre 2000 sur la santé au travail et la prévention des risques professionnels signé par le Medef, la CGPME, l'UPA, la CFDT, la CFE-CGC et la CFTC.

nouveau mode de calcul du temps médical. Le même décret réaffirme l'indépendance du médecin du travail et renforce le contrôle social et administratif sur l'activité des services de santé au travail.

Ces mesures sont suivies par la publication en février 2005 du Plan Santé au travail 2005-2009

Les réformes du dispositif de santé au travail depuis 1990
Principales étapes, éléments essentiels -

Loi du 31 décembre 1991	Transposition des principes généraux de la directive cadre – obligation pour l'employeur d'assurer la santé et la sécurité des travailleurs et de procéder à l'évaluation des risques qui ne peuvent être évités, contribution du salarié à sa propre santé et sécurité
Loi du 1 ^{er} juillet 1998	Mise en place de la veille sanitaire. Premier dispositif de régularisation des médecins exerçant dans les services de médecine du travail
Accord du 19 décembre 2000 sur la santé au travail	Pluridisciplinarité, modulation de la périodicité des visites médicales, création d'observatoires régionaux de santé au travail
Décret du 5 novembre 2001	Document unique d'évaluation des risques
Loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002	Obligation de pluridisciplinarité, transformation des services médicaux en services de santé au travail, mesures transitoires pour accroître la ressource médicale. Conception globale de la santé « physique et mentale »
Décret du 7 août 2002	Deuxième dispositif de régularisation des médecins exerçant dans les services de médecine du travail
Décret du 3 octobre 2003	Dispositif de reconversion des médecins vers la médecine du travail
Décret du 24 juin 2003 et arrêté du 24 décembre 2003	Mise en œuvre de la pluridisciplinarité –institution des IPRP, procédure d'habilitation
Décret du 28 juillet 2004	Organisation et fonctionnement des services de santé au travail - tiers temps effectif des médecins, dispositions pour renforcer l'indépendance des médecins et le contrôle social sur les services
Loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique	Participation des services de santé au travail à la veille sanitaire organisée par l'InVS dans le cadre de la loi du 1 ^{er} juillet 1998.
Plan Santé au travail 2005-2009	Développement de l'expertise et de la connaissance des risques professionnels, promotion d'une culture de la prévention, renforcement du pilotage et du contrôle sur le dispositif de santé au travail.
Décret du 8 juin 2006	Mise en place de l'AFSSET
Décret du 10 mai 2007	Création des comités régionaux de la prévention des risques professionnels (CRPRP)

1.3.3 Un ensemble de mesures non dénué de cohérence

La réforme de la médecine du travail, à laquelle il est couramment fait référence, apparaît comme la résultante de cette série de mesures en apparence disparates mais non dénuées de cohérence. Ces mesures s'agencent comme les morceaux d'un puzzle pour dessiner un ensemble qui amorce un mouvement significatif de transformation du modèle français de protection de la santé au travail. Une logique d'ensemble apparaît, qui vise à modifier un fonctionnement guidé par une approche essentiellement réparatrice pour se tourner vers une démarche réellement préventive renouant ainsi avec l'approche de 1946 qui se fixe pour objectif d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail. La circulaire du 7 avril 2005 relative à la réforme de la médecine du travail souligne ainsi « *le rôle premier que doit reconquérir, en médecine du travail, la nécessaire action correctrice du milieu de travail en entreprise* ». Dans le même temps, elle confirme la préoccupation concomitante mais non concurrente, relative à l'« *adéquation des missions et des moyens* », considérée comme « *la question centrale de la modernisation de la médecine du travail* ».

Ce constat peut être interprété de diverses manières. Il est difficile de dire s'il est le fruit d'un projet politique pensé et maîtrisé sur le long terme qui aurait réussi à s'imposer au fil du temps ou s'il résulte de réponses au coup par coup à des contraintes diverses, sans nécessairement en maîtriser la logique d'ensemble. Même dans cette dernière hypothèse la convergence constatée n'en serait que plus significative, puisqu'elle ne pourrait s'expliquer que par un puissant mouvement de pensée, par une évolution en profondeur de la culture et des mentalités dans le domaine de la santé au travail, transcendant la diversité des points de vue et des initiatives.

Partie 2 : Une mutation inachevée : la logique de réforme n'a pas été menée à terme

2.1 Les réformes ont amorcé une dynamique positive

2.1.1 L'action en milieu de travail a été relancée

2.1.1.1 Longtemps resté lettre morte, le « tiers temps » tend aujourd’hui à devenir une réalité

La nécessité de compléter l'activité clinique par une action en milieu de travail s'est imposée de façon précoce. Elle s'est traduite dès 1969 par l'obligation réglementaire de réservier un tiers du temps médical à des tâches autres que la visite médicale vécue comme simple examen d'aptitude. En service autonome, où le médecin du travail est placé au cœur de l'entreprise et de ses processus de production, l'action en milieu de travail s'imbrique de façon naturelle dans l'activité médicale, au point qu'il est difficile d'évaluer son ampleur en pourcentage du temps de travail. Elle nécessite en revanche une approche plus volontariste en service interentreprises.

De fait, bien que périodiquement réaffirmée au fil des années, l'obligation du « tiers temps » a longtemps été inappliquée, au vu et au su de tous. L'action en milieu de travail était souvent réduite à la portion congrue dans l'emploi du temps des médecins du travail exerçant en services interentreprises. La pression exercée pour effectuer les « visites » tendait à en faire la variable d'ajustement dans l'emploi du temps médical. Le « tiers temps » était d'ailleurs défini comme résiduel par la réglementation elle-même, puisque recouvrant l'ensemble des activités non cliniques.

Les mesures intervenues depuis 2000 ont nettement infléchi la tendance en modifiant les priorités opérationnelles des services. Elles ont non seulement accru le temps global de présence des médecins du travail en entreprise, mais aussi le nombre et l'éventail des entreprises visitées. Les indications recueillies par la mission convergent vers un même constat : l'action en milieu de travail aurait significativement augmenté depuis 2004 et tendrait à se rapprocher d'un tiers temps effectif.

Cependant, les travaux conduits par la mission traduisent aussi la difficulté de disposer de données chiffrées pour étayer ce constat. En effet, alors qu'elle est au cœur des réformes engagées, **l'action en milieu de travail n'a pas donné lieu à la mise en place d'un dispositif de suivi digne de ce nom.** La mission n'a pu que constater l'absence de système d'information fiable permettant notamment de suivre l'évolution d'un indicateur aussi stratégique que la part du temps médical qui lui est consacrée. Elle s'est efforcée de recueillir des éléments permettant d'apprécier la situation auprès de l'Inspection médicale du travail, des Directions régionales (DRTEFP) et des services de santé au travail eux-mêmes :

- i) interrogé par la mission, le service de l'inspection médicale du travail a procédé à une exploitation ad hoc des informations issues des rapports d'activité médicale, pris en compte sur la base d'un échantillon.

Il en ressort que le temps mensuel consacré par les médecins aux actions en milieu de travail serait passé de 18,1% en moyenne en 2004 à 25,7 % en moyenne en 2005. Toutefois le service à l'origine de ces chiffres émet lui-même de sérieuses réserves sur leur fiabilité¹⁵. Tout au plus peuvent-ils donner une indication de la tendance.

- ii) les chiffres recueillis dans les 4 régions où s'est rendue la mission vont dans le même sens, y compris pour ce qui concerne les carences et incohérences du système d'information :

Informations existantes sur l'évolution de l'action en milieu de travail dans 4 régions

% du temps médical consacré à l'action en milieu de travail	2002	2003	2004	2005	2006
Ile de France (services interentreprises)			29,8%		
Nord-Pas-de-Calais		20 %	20 %	25 %	
Poitou-Charentes • Ensemble des services • Services interentreprises seuls	13,5 % 14,9 %	17,9 % 18,2 %	20,5 % 20,1 %	25 % 24,6 %	
Languedoc-Roussillon	<i>Données non disponibles</i>				

¹⁵ L'inspection médicale souligne que les informations émanant des médecins du travail sont sujettes à caution (certains inscrivent systématiquement 1/3 de leur temps), que le modèle de rapport d'activité sur la base duquel elles sont recueillies n'est plus conforme aux nouvelles règles réglementaires et que l'exploitation des chiffres par l'Administration ajoute une incertitude supplémentaire, étant effectuée par des agents qui n'ont pas tous été formés pour le faire.

Données sur l'évolution de l'action en milieu de travail en région parisienne

<i>% du temps médical consacré à l'action en milieu de travail</i>	<i>2003 (sur un effectif de 174 médecins)</i>	<i>2004 (sur un effectif de 176 médecins)</i>	<i>2005 (sur un effectif de 126 médecins)</i>
<i>Plus de 33 %</i>	46,8 %	53,2 %	54,7 %
<i>Entre 30 et 32 %</i>	19,1 %	12,5 %	14,6 %
<i>Entre 20 et 29 %</i>	19,1 %	21,8 %	19,5 %
<i>Entre 10 et 19 %</i>	8,1 %	8 %	6,5 %
<i>Moins de 10 %</i>	6,9 %	3,2 %	4,9 %

A noter que l'augmentation des actions en milieu de travail est encore plus forte qu'elle ne ressort des statistiques puisque celles-ci incluaient, avant la réforme, des activités qui sont aujourd'hui comptabilisées au titre du temps dit « connexe ».

iii) des services de santé au travail.

Les données recueillies au niveau des services corroborent cet accroissement de l'action en milieu de travail ; ainsi à l'ACMS, principal service de la région Ile de France employant 375 médecins du travail, la part du temps médical qui lui est effectivement consacrée serait passée depuis la réforme de 26,67 % à 33,33 %.

2.1.1.2 Les mesures récentes ont en effet modifié les priorités opérationnelles des services.

De variable d'ajustement, l'action en milieu de travail est devenue une priorité affichée et assez largement mise en œuvre dans les services de santé au travail. On peut s'interroger sur les causes d'une telle évolution que certains n'hésitent pas à qualifier de révolution culturelle. Celle-ci a en effet de quoi surprendre alors que le tiers-temps constituait depuis longtemps une obligation réglementaire bafouée. Plusieurs éléments sont susceptibles d'avoir contribué à ce résultat :

i) la formulation du décret du 28 juillet 2004, plus concrète et opérationnelle :

L'innovation essentielle du décret dans cette perspective consiste à redéfinir en positif le contenu du tiers-temps, qui doit désormais être intégralement consacré à l'action en milieu de travail, et à faciliter son organisation et son effectivité en le matérialisant sous forme des 150 demi-journées annuelles .

Action en milieu de travail - ce que prévoient les textes :

Article R 241-47 du Code du travail
(Décret n° 2004-760 du 28 juillet 2004 art. 27, art. 30)

Le chef d'entreprise ou le président du service interentreprises prend toutes mesures pour permettre au médecin du travail de consacrer à ses missions en milieu de travail le tiers de son temps de travail ; ce temps comporte au moins cent cinquante demi-journées de travail effectif chaque année, réparties mensuellement, pour un médecin à plein temps. (...). Pour un médecin à temps partiel, cette obligation est calculée au prorata de son temps de travail. Le service de santé au travail communique à chaque employeur concerné, qui les porte à la connaissance du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ou, à défaut, des délégués du personnel, les rapports et les résultats des études du médecin du travail portant sur son action en milieu de travail.

ii) la forte mobilisation politique et administrative.

La priorité donnée à l'action en milieu de travail et son corollaire, le rééquilibrage des activités du médecin du travail pour lui consacrer au moins un tiers temps effectif, constituent un discours récurrent des pouvoirs publics, réaffirmé à tous les niveaux et dans toutes les enceintes ces dernières années. Il est relayé par une forte mobilisation des services de l'Etat sur le terrain, impulsée et encouragée au niveau central. Intervenant devant les responsables des services de santé au travail en 2006 le ministre en charge¹⁶ faisait savoir qu'il avait « demandé aux directions régionales du travail d'être vigilantes, notamment lors des renouvellements d'agrément, sur la question de la répartition du temps de travail des médecins et la réalisation effective des 150 demi-journées d'action en milieu de travail ».

Sans attendre les renouvellements d'agrément, les DRTEFP ont eu une action volontariste en la matière, les médecins inspecteurs veillant à l'inscription des 150 demi-journées sur les plannings et à leur mise en œuvre. Ainsi, en Poitou-Charentes, l'inspection médicale a-t-elle instauré un système de suivi, fondé sur les remontées systématiques des services de santé au travail. Chaque médecin et chaque service ont été informés de leur position par rapport à la moyenne régionale. Par la suite abandonnée par la DRTEFP, cette pratique n'en a pas moins créé des habitudes, et les médecins du travail de la région continuent de se voir réclamer dans leurs services des états mensuels sur la réalisation de leur « tiers temps ».

Les enquêtes réalisées auprès des services de santé au travail montrent que dans la plupart d'entre eux l'habitude a été prise, dès 2005, d'inscrire a priori les 150 demi-journées d'AMT sur les plannings annuels d'activité des médecins. Pour reprendre l'expression d'un service, l'action en milieu de travail a ainsi été « sanctuarisée ».

iii) l'espacement des visites médicales.

L'évolution précitée ne saurait se comprendre -ni se poursuivre- sans un desserrement des contraintes pesant sur les services, pour remédier à la saturation du temps médical. Encenchée par l'accord de 2000, **la bisannualisation de l'examen médical périodique pour les salariés ne présentant pas de risque particulier constitue la clé de toute évolution**

¹⁶ Intervention de Gérard Larcher, Ministre délégué à l'emploi, au travail et à l'insertion professionnelle des jeunes à l'occasion du 60^{ème} anniversaire de la médecine du travail (44èmes journées santé travail du CISME, Paris, le 24 octobre 2006)

dans les autres domaines d'activité médicale. Le discours officiel confirme que « *l'objectif du redéploiement des visites médicales entre visites annuelles et bisannuelles est précisément de dégager du temps utile pour l'action en milieu de travail* »¹.

Si la mission s'est heurtée aux mêmes difficultés d'évaluation quantitative que pour l'action en milieu de travail, du fait de la même déficience du système d'information, les éléments recueillis directement auprès des services de santé au travail visités et auprès des DRTEFP confirment la baisse significative du nombre de visites médicales depuis 2004.

L'espacement des visites systématiques s'est traduit par une diminution du nombre des examens cliniques, dans des proportions variables selon les services et les régions : dans les services interentreprises visités par la mission, le nombre total des visites réalisées a enregistré un recul compris entre 10 % et 22 %, principalement lié à la baisse du nombre de visites périodiques en application de la réforme.¹⁷

Au total, non seulement le temps global de présence des médecins du travail en entreprise s'est accru mais aussi le nombre et l'éventail des entreprises visitées : à travers la généralisation de la fiche d'entreprise, les services de santé au travail font leur entrée jusque dans les très petites entreprises dont ils ne connaissaient jusqu'alors que les salariés à travers la visite médicale. A titre d'exemple les chiffres recueillis dans un des principaux services du Languedoc-Roussillon, l'AMETRA, font état d'un doublement en 4 ans du nombre d'entreprises visitées, qui passe d'une moyenne de 24,7 entreprises par médecin en 2002 à 51,5 entreprises par médecin en 2006. Il ne représente toutefois qu'une part très limitée du total des entreprises théoriquement couvertes (moins de 15 %).

2.1.1.3 *Le champ de l'action en milieu de travail s'étend à la petite entreprise*

La généralisation à toutes les entreprises de la fiche initialement réservée aux entreprises de plus de 10 salariés constitue une des novations importantes du dispositif. Le Code du travail (article R 241-41-3 dans sa version issue du décret n° 2004-760 du 18 Juillet 2004) prévoit ainsi que « *dans chaque entreprise ou établissement qu'il a en charge, le médecin du travail établit et met à jour une fiche d'entreprise ou d'établissement sur laquelle sont consignés notamment les risques professionnels et les effectifs de salariés qui y sont exposés.* » L'extension de cet instrument de repérage des risques, qui consacre l'entrée du médecin du travail dans l'entreprise dès le premier salarié, constitue une avancée réelle par rapport à l'objectif de protection de la santé des salariés, dont plus de la moitié travaille dans des entreprises de moins de 50 salariés, près d'un quart étant employé dans des entreprises de moins de 10 salariés¹⁸. L'existence d'une fiche d'entreprise signifie en effet que les salariés travaillent dans un lieu où le médecin du travail a effectué un bilan des expositions professionnelles et transmis ses conseils de prévention. Selon l'expression d'un partenaire social, elle exprime **l'aptitude de l'entreprise**, comme le document issu de la visite médicale établit l'aptitude du salarié.

La plupart des médecins du travail s'accordent sur la valeur ajoutée de cette démarche dans des lieux de travail dépourvus des moyens attachés à la grande entreprise¹⁹, mais

¹⁷ Un examen de la répartition par type de visite montre que la diminution du nombre des visites périodiques est supérieure de 6 à 13 points à celle du nombre total de visites.

¹⁸ Chiffres Assedic au 31/12/2005 : les entreprises de moins de 50 salariés emploient 53,5% du total des salariés, celles de moins de 10 salariés 24,5%

¹⁹ Comme le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT).

aussi sur les difficultés de sa mise en oeuvre. Ils soulignent le rôle de sensibilisation et de conseil qu'ils exercent par ce biais en direction d'employeurs peu familiers des questions de santé au travail. Cependant, tous font valoir la difficulté, voire l'impossibilité, de faire face à la charge de travail supplémentaire qui en résulte, amplifiée par l'éparpillement géographique et sectoriel des entreprises concernées. Elle représente une emprise très importante sur le temps médical disponible et constitue un véritable défi pour les médecins du travail susceptibles de suivre, selon les nouvelles règles en vigueur, jusqu'à 450 entreprises. Le temps nécessaire pour constituer un document de référence réellement utile peut demander, selon la taille de l'entreprise, entre 2 et 8 heures de travail, pour couvrir l'ensemble des tâches de préparation, de visite d'entreprise et de rédaction²⁰.

Malgré un effort important d'intensification des visites d'entreprise et d'établissement des fiches, aucun des services rencontrés par la mission n'était à jour par rapport à la réglementation de ce point de vue. Difficile à appréhender, faute, encore une fois, de système de suivi cohérent (cette donnée est généralement mal renseignée dans les rapports des services de santé au travail), le taux de couverture pour les entreprises de 10 salariés demeure très faible et peu susceptible de s'améliorer à court terme compte tenu des contraintes de temps médical. Un service rencontré par la mission, extrapolant le rythme d'élaboration des fiches en fonction des moyens prévisibles, avait calculé qu'il lui faudrait plus de 10 ans pour se mettre en conformité avec la nouvelle réglementation.

Il ressort des travaux de la mission²¹ que, malgré une mobilisation importante des services de santé au travail pour développer les visites d'entreprise et accélérer l'établissement des fiches, le taux de couverture demeure très faible pour les entreprises de moins de 10 salariés. Ainsi, sur un échantillon de près de 29 000 entreprises adhérentes à l'ACMS le taux de couverture en fiches d'entreprise au début de l'année 2007 atteignait 76 % pour les établissements de plus de 10 salariés, contre 31 % pour ceux employant de 1 à 10 salariés. Pour tenter de desserrer la contrainte, les services développent des initiatives variées qui toutes visent à limiter l'impact de l'établissement des fiches d'entreprise sur le temps médical. Ainsi, la mission a rencontré, notamment en Nord-Pas-de-Calais, différentes démarches et propositions : travail préparatoire effectué par des secrétaires assistantes spécialement formées (SAST), élaboration de fiches par branche, modèles de fiches pré-remplies.

Si l'intérêt et le principe même de la fiche d'entreprise ne sont généralement pas contestés, le formalisme de la procédure, la ponction effectuée sur les ressources en temps médical, les redondances avec un document comme le document unique, l'inadaptation d'un tel schéma à la toute petite entreprise, font en revanche l'objet de critiques de nombreux acteurs rencontrés par la mission.

²⁰ Evaluation résultant d'une formation-action conduite à l'ACMS avec la CRAMIF

²¹ On trouvera en annexe n° 6 des éléments chiffrés illustrant les principales tendances qui se dégagent des observations effectuées par la mission.

2.1.2 La pluridisciplinarité a été formellement introduite dans les services

2.1.2.1 La démarche a conquis une certaine légitimité

L'introduction de la pluridisciplinarité dans les services de santé au travail n'allait pas de soi au départ. Les services autonomes ont dans l'ensemble été peu touchés par la réforme: pour nombre d'entre eux les textes sur la pluridisciplinarité n'ont fait que conforter des pratiques déjà existantes, qu'ils ont poursuivies sans grand changement. La situation dans les services interentreprises était bien différente. Si certains pionniers avaient largement anticipé sur la nouvelle réglementation, pour la plupart elle signifiait une véritable révolution culturelle qui a suscité des inquiétudes parmi les médecins du travail.

Nombre d'entre eux ont dans un premier temps vécu la réforme comme une dépossession quant à leur rôle dans la santé au travail. Parmi les craintes exprimées, celle d'une démédicalisation des services de santé au travail, où le souci de se voir reléguer dans un rôle d'évaluation des aptitudes individuelles le disputait aux préoccupations déontologiques. Le décret relatif à la mise en œuvre de la pluridisciplinarité a fait l'objet d'un recours en Conseil d'Etat formé par le SNPMT, syndicat national professionnel des médecins du travail ainsi que la CGC. « *Non -comme le soulignait à l'époque le secrétaire général du SNPMT - que les médecins du travail fussent opposés au principe de la pluridisciplinarité, censé enrichir leurs compétences de compétences techniques, mais parce que le décret n'apportait pas les garanties suffisantes en termes de professionnalisme, d'indépendance et de collaboration.* »²²

Cinq ans après la promulgation de la loi, il semble que cette approche soit aujourd'hui intégrée dans les services de santé au travail où sa légitimité n'est plus contestée. La valeur ajoutée d'un travail en pluridisciplinarité est très généralement reconnue par les médecins du travail rencontrés par la mission, indépendamment des doutes qui peuvent persister sur ses conditions de mise en œuvre.

Sa diffusion doit beaucoup à l'implication des services de l'Etat et des instances professionnelles, telles que le Centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprises (CISME). Les services de l'Etat se sont largement mobilisés sur le terrain pour faire connaître et promouvoir la nouvelle réglementation. Cette mobilisation a pris des formes variées allant des réunions d'information dans le cadre de la Commission régionale de la médecine du travail (CRMT) à l'élaboration d'outils pour diffuser les bonnes pratiques en passant par le lancement d'enquêtes destinées à évaluer les besoins, procéder à un état des lieux et recenser les expériences. De son côté, le CISME a accompli un travail important dans le cadre de sa commission « pluridisciplinarité », traduit notamment par la publication en décembre 2006 d'un « guide pratique pour le développement de la pluridisciplinarité » à l'attention des services.

La prise de conscience est en revanche plus lente du côté des entreprises adhérentes des services de santé au travail (SST). La démarche pluridisciplinaire n'y rencontre pas d'opposition marquée mais plutôt de l'indifférence. Dans l'esprit de la plupart des employeurs, l'image de la santé au travail reste assimilée au passage de la visite médicale obligatoire et l'offre d'une prestation pluridisciplinaire recueille chez eux peu d'écho. Les

²² Lionel DORE, « Evolution de la médecine du travail », Droit Social, novembre 2004

services de santé et l'administration du travail déplorent le faible succès des initiatives lancées pour sensibiliser les employeurs (réunions, plaquettes sur la pluridisciplinarité, questionnaires sur les besoins...). C'est pourquoi nombre de services sont conduits à utiliser des intervenants en santé travail pour démarcher les entreprises sur le terrain afin de leur présenter les différentes prestations offertes, ce qui équivaut en quelque sorte à les employer pour justifier leur propre existence.

2.1.2.2 Elle donne lieu à une action volontariste, centrée sur l'offre de compétences

Les textes qui introduisent la pluridisciplinarité dans le système de santé au travail dessinent un dispositif centré sur l'offre de compétences qui vise à garantir formellement la qualité en labellisant les intervenants potentiels.

La constitution d'un vivier d'intervenants habilités constitue la première étape de cette démarche. Les intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) sont habilités par des collèges réunissant sur une base (inter)régionale des représentants de la caisse régionale d'assurance maladie (CRAM), de l'association régionale pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT) et de l'organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics (OPPBTP). A ce jour, les collèges ont délivré 700 habilitations environ en quelque 3 ans, ce qui n'est pas négligeable, mais représente en termes opérationnels moins d'un intervenant pour 10 médecins du travail. Par ailleurs l'existence d'une habilitation ne préjuge en rien de l'activité réelle des personnes concernées dans le cadre de la pluridisciplinarité, laquelle peut être nulle ou très faible. Selon les DRTEFP, les intervenants qui ont demandé leur habilitation dans l'espoir de développer un courant d'affaires supplémentaires ont la plupart du temps vu leurs espoirs déçus.

Le nombre encore limité des intervenants habilités pourrait être compensé par le recours aux organismes de prévention pour lesquels la réglementation prévoit une habilitation de droit - CRAM, ARACT, OPPBTP - mais il semble que le recours à ces organismes revête un caractère exceptionnel. Mis à part dans les Pyrénées-Orientales, la mission n'a pas eu connaissance de conventions signées entre les SST et ces organismes pour des interventions pluridisciplinaires. De telles interventions ne semblent pas souhaitées par les dits organismes qui y voient un mélange des genres par rapport à leur mission première. De leur côté les SST, s'ils reconnaissent la compétence des organismes de prévention, les jugent insuffisamment disponibles, indisponibilité qui se traduit par des délais d'intervention jugés excessifs. L'exploitation de l'enquête régionale menée par la DRTEFP de Poitou-Charentes fait apparaître qu' « *à l'exception de la veille sanitaire et de l'hygiène industrielle, le recours aux organismes institutionnels n'est jamais considéré comme le mieux adapté* ».

Pour leur part, les services de santé au travail s'organisent pour intégrer de nouvelles compétences et mettre en place une offre pluridisciplinaire à destination des entreprises. Avec les commissions médico-techniques introduites à l'article R 241-28-1 du Code du travail par le décret du 28 juillet 2004, un véritable regroupement des acteurs (médecins, IPRP) est mis en place permettant de concevoir orientations et projets de développement du SST dans une perspective pluridisciplinaire.

Au 1^{er} janvier 2006 on dénombrait 426 intervenants en santé au travail employés par les services de santé au travail au titre de la pluridisciplinarité.²³ Selon une enquête du CISME, l'effectif des intervenants en santé travail dans les services interentreprises aurait été multiplié par 2,5 entre 2004 et 2006²⁴. Ces chiffres doivent cependant être interprétés avec prudence car ils recouvrent une notion d'intervenant en santé au travail plus large que celle d'IPRP et débordent donc le cadre strict de la pluridisciplinarité au sens des textes.

En effet la **mise en œuvre de la pluridisciplinarité donne lieu à des interprétations hétérogènes et semble assez souvent confondue avec des initiatives diverses, au demeurant intéressantes, visant à faciliter le travail du médecin en le déchargeant de certaines tâches**, notamment par le développement d'une fonction d'assistante en santé travail. De même l'activité des assistantes sociales est souvent portée au compte de la pluridisciplinarité. Si une telle interprétation n'est pas contestable au plan sémantique, elle l'est beaucoup plus au regard de l'esprit et de la lettre des textes réglementaires sur la pluridisciplinarité. En effet l'intervention des assistantes sociales, qui vise notamment à favoriser le reclassement des personnes jugées inaptes, ne participe pas d'une approche préventive de la santé au travail et peut difficilement être rapportée aux compétences médicales, techniques et organisationnelles qui fondent le dispositif pluridisciplinaire.

Il est vrai que la détermination des compétences nécessaires se heurte au flou de la demande et des textes. Ne trouvant à s'appuyer ni sur des besoins exprimés, en l'absence de véritable demande émanant des entreprises, ni sur un cadre réglementaire qui reste muet sur ce que doit être le contenu de la pluridisciplinarité et son ampleur,²⁵ les services de santé au travail procèdent par voie de tâtonnements pour déterminer les compétences à réunir. De façon générale, le volet technique semble actuellement mieux pris en compte dans les services que le volet organisationnel, malgré une préoccupation unanimement soulignée, relative à la montée des risques « psycho-sociaux ». Comme le note le CISME, les premiers recrutements ont privilégié les compétences en ergonomie, métrologie et, à un moindre degré, toxicologie et hygiène industrielle.

La plupart des initiatives lancées auprès des entreprises pour recueillir leur besoins ayant fait long feu, ce sont généralement les médecins du travail, dans le cadre de la commission médico-technique qui orientent les choix ; ceci peut introduire un biais, les réponses reflétant plus un besoin ressenti d'appui technique du médecin qu'une exigence de prévention centrée sur l'entreprise. Une enquête menée en 2002-2003 par la DRTEFP de Poitou-Charentes auprès des médecins du travail apporte des informations intéressantes à cet égard. Il en ressort que le besoin en appui toxicologique est considéré comme nettement prioritaire. Vient ensuite la demande d'intervenants susceptibles de faire des propositions techniques d'aménagement de postes, qui reflète le souci des médecins d'orienter les employeurs vers des solutions concrètes. Celle d'interventions pour aider au maintien dans l'emploi reflète bien le biais cité plus haut et peut difficilement être considérée comme faisant partie de l'effort de prévention. La demande en psychopathologie du travail apparaît aussi élevée que la demande classique en métrologie. Elle reflète, comme le souligne la DRTEFP, l'émergence forte de ce besoin, à mettre en lien avec les questions de souffrance au travail, au premier rang desquelles le harcèlement moral, confirmé ou allégué. Elle traduit à la fois une fréquence accrue de l'implication des médecins mais aussi l'expression d'une difficulté à appréhender

²³ selon le ministère de l'emploi , de la cohésion sociale et du logement, chiffres publiés dans « conditions de travail, bilan 2006 »

²⁴ enquête effectuée par le CISME en 2006, renseignée par 132 services interentreprises représentant quelque 10 millions de salariés

²⁵ Une analyse plus détaillée figure en annexe

ces problèmes où la légitimité et les limites d'intervention du médecin ne sont pas perçues clairement.

Le cadre réglementaire ne fournit pas plus d'éléments pour orienter la constitution d'équipes pluridisciplinaires, ce qui complique le contrôle des services : à la différence de la médecine du travail dont les ressources sont précisément définies, en relation avec des critères quantifiés (nombre d'entreprises, de salariés, ..) et dont les interventions même sont organisées par la réglementation (150 demi-journées, ...) les textes instituant l'obligation de pluridisciplinarité ne fixent pas de norme quant aux moyens et au type de compétences à réunir, à la densité et à la nature des interventions, encore moins d'obligation de résultat. Ne pouvant s'appuyer sur aucune référence de ce type, les administrations chargées de faire appliquer la réglementation se trouvent singulièrement démunies pour exercer un contrôle qui, selon les termes même des instructions qui leur sont adressées, se veut « davantage qualitatif que quantitatif » et dont elles déterminent les limites plutôt que les points d'application.

2.1.2.3 Un ensemble formel mais peu opérant, faute de demande.

L'ensemble du dispositif étant centré sur l'offre de compétences, il n'existe pas d'indicateurs permettant d'évaluer dans quelle mesure il y est fait appel, mais les indications disponibles font de la pluridisciplinarité une réalité limitée. Les services et administrations du travail rencontrés par la mission s'accordent pour estimer que la demande de prestations pluridisciplinaires émanant des entreprises est faible, voire « infime » selon certains. L'étude menée auprès des médecins du travail par l'ORS de Languedoc Roussillon en 2003 et 2004 fournit quelques éléments plus précis sur cette région, évaluant à 0,1 % le nombre des entreprises de la région ayant mené une action pluridisciplinaire en santé au travail. Elle fait apparaître un lien marqué entre la taille des entreprises et la fréquence du recours à ces actions puisque celle-ci varie de 0,02 % dans les entreprises de 1 à 10 salariés à 13,9 % pour celles d'au moins 200 salariés.²⁶

Au total, le pari de la réforme, consistant à introduire une démarche de prévention pluridisciplinaire par la structuration de l'offre, n'a pas encore fait la preuve de son efficacité. Le constat général effectué par la mission est qu'il reste, selon l'expression utilisée par une des directions régionales rencontrées, à « amorcer la pompe » du côté de la demande en matière de pluridisciplinarité.

2.1.3 Une certaine remise en ordre au regard du droit a été opérée

Les réformes des dernières années ont opéré une certaine remise en ordre au regard du droit. On observe un rapprochement entre le cadre légal et la réalité qui résulte de deux mouvements convergents :

- i) d'une part la réglementation s'est adaptée pour tenir compte d'un certain nombre de données de fait : c'est ainsi que les normes de temps médical, en décalage par rapport à la situation démographique de la profession, ont été revues pour laisser la place à une approche en termes de seuil ; de la même façon, l'obligation de la visite annuelle systématique, pratique très consommatrice en temps médical sans

²⁶ La méthodologie et les résultats détaillés figurent dans un document réalisé par l'ORS et la DRTEFP « Pluridisciplinarité- état des lieux et mise en place réglementaire en Languedoc-Roussillon » (sept 2005)

nécessairement constituer un instrument pertinent en termes de protection de la santé des travailleurs²⁷, a été modulée pour permettre aux interventions médicales d'être plus efficaces.

- ii) d'autre part, les services ont fait des efforts pour se mettre en conformité avec la législation : ainsi le « tiers temps » n'est-il plus nécessairement une appellation mensongère et le renouvellement d'agrément n'est plus considéré comme une formalité secondaire. On constate un **redressement significatif par rapport à la situation constatée par l'IGAS en 2004 selon laquelle de nombreux services étaient agréés sans satisfaire aux obligations réglementaires ou fonctionnaient sans agrément**.

Ce mouvement de remise en ordre est contrarié par des évolutions qui peuvent créer à nouveau des discordances entre la règle de droit et son application. Elles tiennent, d'une part, à l'introduction d'obligations nouvelles comme la fiche d'entreprise dès le premier salarié, dont on a vu plus haut qu'elle se heurtait à un problème de moyens dans les services de santé au travail, d'autre part, à la tension croissante qu'exercent à nouveau les visites sur le temps médical. Celle-ci constraint nombre de services à fixer des priorités dans l'accomplissement des obligations réglementaires dont certaines sont ainsi sacrifiées. Elle peut aussi les conduire à mettre à contribution d'autres catégories de personnel pour l'accomplissement de missions que les textes confient actuellement au médecin du travail : infirmières pour les visites individuelles, assistantes ou autres intervenants en santé au travail pour la fiche d'entreprise. L'appréciation qui peut être portée quant à la conformité réglementaire de telles mesures nécessite une analyse plus précise des modalités d'organisation qui les accompagnent : on peut sans doute considérer qu'elles restent conformes à l'esprit des textes lorsqu'il s'agit de simples actes préparatoires, le médecin conservant la responsabilité de la mission, il n'en va pas de même lorsqu'il y a un véritable transfert de tâche sans intervention ni contrôle du médecin.

2.2 Cette dynamique apparaît fragile, inégale et au total insuffisante

2.2.1 La pénétration des réformes est très inégale

Au niveau des régions, les réformes ont été bien relayées là où existait déjà une dynamique de santé au travail, qui avait d'ailleurs souvent conduit à anticiper sur les dispositions réglementaires. C'est notamment le cas dans la région Nord-Pas de Calais, où sans attendre les textes sur la pluridisciplinarité, des services de santé au travail avaient décidé la mise en commun de compétences et des moyens pour créer des plates-formes techniques offrant des prestations pluridisciplinaires. Dans d'autres régions, les mesures de la réforme ont du mal à s'implanter, comme en Languedoc Roussillon, région qui cumule plusieurs handicaps : faiblesse du partenariat social, épargillement des services, absence de pôle universitaire en médecine du travail, carence d'animation au niveau des services de l'Etat.

²⁷ La pertinence et l'efficacité des visites systématiques sont contestées au plan scientifique. Cf notamment les travaux menés au Québec : R Plante, L Bhérat « les examens médicaux systématiques en rapport avec le travail : servent-ils vraiment à la prévention ? », Arch. Mal. Prof, 2003, 64 n° 7-8

Des expériences de mutualisation des moyens

Afin de mutualiser les moyens, les 19 services interentreprises de la région Nord-Pas-de-Calais ont souhaité se regrouper sur différents plateaux techniques. Deux GIE ont ainsi été mis en place dont un de manière transversale avec la région Picardie. Ces plateaux techniques permettent de répondre à des orientations particulières : débriefing après agression, prestations radiographiques, avis spécialisés en toxicologie... Dans le cadre de ces GIE, une commission médicale a été mise en place afin d'orienter les choix stratégiques. Des journées de regroupement inter-services permettent des échanges fructueux et des présentations des différents acteurs en santé-travail (médecins, secrétaires assistantes en santé-travail...). Ces GIE participent à la structuration de la région, en bénéficiant de l'appui scientifique et méthodologique du site universitaire et de l'Institut de Santé au Travail du Nord de la France (ISTNF). Il y aurait lieu de réfléchir sur la place du contrôle social dans de telles structures.

Au niveau des services, on observe également de forts contrastes, liés à la disparité des situations de départ. La plupart des services autonomes disposaient d'une avance importante pour l'action en milieu de travail et l'approche pluridisciplinaire des questions de santé et de sécurité en entreprise et n'ont guère été touchés par des mesures de réforme qui ne faisaient pour eux qu'entériner des pratiques existantes. Les services interentreprises ont en revanche dû faire évoluer dans des proportions plus ou moins importantes leur organisation et leur fonctionnement. Les résultats constatés varient en fonction de la dynamique propre à chaque service, de sa taille, de sa démographie médicale.

Au sein d'un même service, le niveau de mobilisation des médecins peut varier sensiblement en fonction d'équations complexes combinant la génération, le dynamisme personnel et collectif et la vision propre à chacun de ce que doit être la médecine du travail. Ainsi, selon les responsables des services, les résistances au développement de l'action en milieu de travail peuvent venir aussi bien de « vieux » médecins, peu enclins à sortir de leurs habitudes centrées sur le cabinet médical, que de « jeunes », que leurs études récentes ont focalisés sur la technique médicale et l'approche clinique individuelle.

Ces différents facteurs expliquent des stades très différents d'avancement dans la mise en œuvre de la pluridisciplinarité ou dans le niveau réel du « tiers temps ». Si au total on assiste à une augmentation significative du temps consacré à l'action en milieu de travail, la situation varie sensiblement d'un service à l'autre et, au sein d'un même service, d'un médecin à l'autre. Selon un sondage effectué par le SNPST auprès de ses adhérents des services interentreprises, 52% des médecins du travail déclarent avoir pu augmenter leur activité en milieu de travail, mais pour 25% le tiers temps demeure impossible²⁸. L'analyse fine au niveau d'un service (ci-dessous l'AMETRA, un des principaux services de Languedoc-Roussillon), montre que les moyennes peuvent couvrir de grandes variations et que, loin de se resserrer au fur et à mesure de la pénétration des réformes, les écarts entre médecins semblent au contraire se creuser alors même qu'ils appartiennent à un service commun.

²⁸ Cf F Blanc, JP Antzenberger et G Lucas, dans Le Journal des Professionnels de Santé au Travail, février 2006.

Activité d'élaboration des fiches d'entreprise à l'AMETRA

	<i>Fiches nouvelles créées (par médecin : moyenne, minimum et maximum)</i>	<i>Fiches mises à jour (par médecin : moyenne, minimum et maximum)</i>
2002	<i>Moy 1,5 Min 0 / Max 5</i>	<i>Moy 2 Min 0 / Max 9</i>
2006	<i>Moy 22 Min 3 / Max 74</i>	<i>Moy 5,5 Min 0 / Max 20</i>

Source : DRTEFP Languedoc-Roussillon

2.2.2 *Du fait d'un calibrage irréaliste, le temps médical demeure insuffisant pour assurer l'ensemble des missions réglementaires*

2.2.2.1 *Les services de santé au travail ne sont toujours pas en mesure de respecter complètement leurs obligations réglementaires*

Jusqu'à l'intervention de la réforme, le temps consacré à l'action en milieu de travail était inférieur aux prescriptions des textes, sans que pour autant les visites médicales obligatoires soient toutes réalisées. Les indications recueillies par la mission dans les SST et au niveau régional confirment ce constat communément admis, qui ne peut toutefois être apprécié quantitativement, faute de disposer d'un état des lieux avant la réforme.

Dans ce contexte, il était attendu de l'espacement des visites médicales des effets positifs sur la gestion du temps médical, permettant de satisfaire l'ensemble des obligations réglementaires : la remise à jour de la situation des services au regard des visites médicales obligatoires devait en même temps dégager des marges de manœuvre pour développer l'action en milieu de travail, afin de parvenir à un tiers temps effectif et permettre aux médecins du travail d'assurer les activités dites « connexes », notamment la participation à la veille sanitaire.

Cette évolution est cependant insuffisante pour permettre aux services de santé au travail de s'acquitter de leurs obligations réglementaires.

La baisse généralement constatée du nombre de visites médicales a été trop réduite pour offrir les marges de manœuvre nécessaires. Selon les services, la réforme exige en effet d'augmenter la part du temps médical consacré à l'AMT de 15 à 25 points pour atteindre le seuil réglementaire du tiers-temps, auquel il convient d'ajouter les activités connexes désormais comptabilisées séparément. Or, dans le même temps, le reflux du nombre de visites de 10 % à 20 %, rapporté à une activité clinique qui représentait 80 % à 95 % du temps médical, ne permet de dégager que de 8 à 19 points. Il est donc inévitable dans ces conditions que la quasi-totalité des médecins ne parvienne pas à assurer ses obligations.

Comme on l'a vu, l'accroissement du temps consacré à l'action en milieu de travail ne suffit pas à absorber la montée en charge des fiches d'entreprises. Par ailleurs, malgré l'allègement des contraintes réglementaires en matière de visites, **nombre de services rencontrés par la**

mission ont déclaré connaître à nouveau des retards importants dans la réalisation des examens cliniques obligatoires, les contraignant à instituer des priorités internes.²⁹

2.2.2.2 *Cette situation reflète un calibrage peu réaliste des missions imparties au médecin du travail*

En modifiant les critères de calcul du temps médical, la réforme a permis à la plupart des services de retrouver une conformité réglementaire sur ce point. **La mission n'a pas rencontré de services où ces seuils soient dépassés, ce qui ne veut pas dire que de tels dépassements soient impossibles (des cas ponctuels sont signalés) mais qu'ils demeurent en tout état de cause marginaux.**

Les seuils instaurés par la réforme

Jusqu'au décret du 28 juillet 2004 la réglementation reposait sur un rapport entre temps de travail mensuel des médecins et nombre de salariés : 1h par mois pour 20 employés ou 15 ouvriers ou 10 salariés bénéficiant d'une surveillance renforcée.

Le décret précité met en place 3 seuils cumulatifs dont aucun ne peut être dépassé : un médecin du travail à plein temps ne peut assurer le suivi de plus de

- 450 entreprises
- 3300 salariés
- 3200 examens médicaux

Article R 241-32 du Code du travail

Le seuil de 3300 salariés par médecin du travail équivalent temps plein (ETP) n'est atteint dans aucune des quatre régions dans lesquelles s'est rendue la mission. Le ratio constaté y oscille autour de 2700 salariés par médecin ETP. Ce ratio a même légèrement baissé dans trois des quatre régions visitées.

En revanche, la définition même de ces seuils apparaît peu réaliste au regard des missions actuellement imparties au médecin du travail.

En se fondant sur une durée moyenne des visites estimée à 20 minutes, et sur une activité en milieu de travail équivalant à un tiers temps effectif, le temps de travail des médecins est en effet saturé avec le seuil retenu par la réglementation (3200 examens par médecin).

Il apparaît en particulier que :

- i) Les conséquences de la généralisation de la fiche d'entreprise n'ont manifestement pas été prises en compte, l'extension aux entreprises de moins de 10 salariés marquant un véritable changement d'échelle qui influe à la fois sur le temps passé en entreprise, en déplacement, en travail de préparation et de rédaction. Dès lors, si l'objectif du tiers temps est réaffirmé, il ne recouvre plus la même réalité s'agissant de son contenu.

²⁹ l'ordre de priorité retenu dans la plupart des services conduit à faire passer en premier les visites d'embauche, de reprise, les visites à la demande, puis celles relevant de la SMR et enfin les visites périodiques de droit commun. Parmi les SMR, les obligations relatives au travail sur écran et au travail de nuit (deuxième visite annuelle) sont souvent sacrifiées.

- ii) Le nouveau dispositif n'a pas évalué l'importance des activités dites « connexes », désormais comptabilisées en tant que telles alors qu'elles étaient, jusqu'en 2004, incluses dans le tiers temps. Les conséquences de ce changement semblent avoir été sous-estimées et leur prise en compte à titre résiduel³⁰ ne correspond ni à leur place réelle – de l'ordre de 15 % du temps de travail total des médecins selon les chiffrages effectués dans les services – ni à l'enjeu qu'elles représentent, alors que la participation des médecins du travail à la veille sanitaire est au cœur des logiques de réforme.

- iii) L'équilibre du dispositif reposait, au moins implicitement, sur l'hypothèse que le temps médical consacré aux visites médicales allait refluer de façon suffisante, ce qui n'a pas été le cas. Deux facteurs au moins semblent avoir contrecarré cette évolution. Le premier tient à **l'alourdissement du contenu des visites**, qui conduit à l'allongement de leur durée. En effet l'évolution des problèmes de santé au travail, caractérisée notamment par une progression des phénomènes de souffrance au travail, requiert de la part du médecin des capacités et du temps d'écoute. Par ailleurs l'activité clinique fait désormais une place moins importante aux examens de routine pour augmenter celle des visites spécifiques qui requièrent du médecin une attention particulière et un temps plus long : visites relevant de la surveillance médicale renforcée, visites d'embauche, de reprise, visites à la demande du salarié ou de l'employeur. Un autre élément d'explication réside dans le développement important de la surveillance médicale renforcée qui tend à réinscrire un nombre croissant de salariés sur un rythme de visite annuelle, contrairement à la logique initiale de la réforme fondée sur l'espacement des visites à 24 mois.

2.2.3 *Les acquis de la réforme sont menacés par la dérive de la surveillance médicale renforcée*

La conversion d'une partie des visites périodiques habituelles en visites relevant de la « surveillance médicale renforcée » (SMR)³¹ est une tendance fréquemment évoquée par les services de santé au travail. Les données qui ont pu être recueillies par la mission ne permettent pas de mettre en évidence une augmentation significative du nombre de visites au titre de la SMR. En revanche, les effectifs de salariés devant faire l'objet d'une SMR se sont, eux, fortement accrus après la réforme, augmentant de 85 % environ pour l'ensemble des quatre régions dans lesquelles s'est rendue la mission. Par conséquent, la baisse du nombre de visites périodiques aurait été encore plus forte sans cette évolution des effectifs placés sous SMR. Elle aurait sans doute dépassé les 50 % dans la plupart des services, alors qu'elle a plafonné à 30 % environ dans l'échantillon de SST interentreprises constitué par la mission.

³⁰ Cf circulaire DRT du 7 avril 2005

³¹ La Surveillance Médicale Renforcée (SMR), dénomination actuelle regroupant les anciennes terminologies de Surveillance Médicale Spéciale (SMS) et de Surveillance Médicale Particulière (SMP), répond au souci justifié de faire bénéficier certains salariés d'un effort accru de prévention de leur risque sanitaire personnel en raison d'exposition à des conditions de travail spécifiques ou du fait de leur vulnérabilité particulière du fait de leur âge, de leur état physiologique (grossesse, handicap, ..).

Le cadre juridique de la surveillance médicale renforcée

Art.L231-2

Des décrets en Conseil d'Etat déterminent :

(...) ;

Au fur et à mesure des nécessités constatées les prescriptions relatives soit à certaines professions, soit à certains modes de travail.

Art. R.241-49

II.- Les examens périodiques pratiqués dans le cadre de la surveillance médicale renforcée définie à l'article R.241-50 sont renouvelés au moins annuellement, sous réserve de dispositions particulières prévues par les règlements pris en application de l'article L.231-2 (2°).

Art.R.241-50

Le médecin du travail exerce une surveillance médicale renforcée pour :

1° les salariés affectés à certains travaux comportant des exigences ou des risques déterminés par des règlements pris en application de l'article L.231-2 (2°) ou par arrêtés du ministre chargé du travail. Des accords collectifs de branche étendus peuvent préciser les métiers et postes concernés ainsi que convenir de situations relevant d'une telle surveillance en dehors des cas prévus par la réglementation ;

2° les salariés qui viennent de changer de type d'activité ou d'entrer en France, pendant une période de dix-huit mois à compter de leur nouvelle affectation, les travailleurs handicapés, les femmes enceintes, les mères dans les six mois qui suivent leur accouchement et pendant la durée de leur allaitement, les travailleurs âgés de moins de dix-huit ans.

Le médecin du travail est juge de la fréquence et de la nature des examens que comporte cette surveillance médicale renforcée, sans préjudice des dispositions de l'article R241-49.

Plusieurs facteurs semblent concourir à cette évolution qui contrecarre l'esprit de la réforme :

- i) Le périmètre de la surveillance médicale renforcée s'est accru ces dernières années, sous l'effet de dispositions législatives (comme pour le travail de nuit) ou d'accords de branches étendus.

Avant la réforme, le suivi médical particulier prévu pour certaines catégories de salariés se traduisait par un temps médical majoré se répartissant entre visite médicale annuelle (ou de fréquence plus rapprochée selon la décision du médecin) et action renforcée en milieu de travail (pratique préconisée par l'inspection médicale du travail). Cette approche figure par exemple dans les dispositions réglementaires adoptées en 1996 pour les expositions à l'amiante.

L'amiante : l'arrêté du 13 décembre 1996 relatif à la protection des travailleurs exposés aux poussières d'amiante prévoit que « *les salariés exposés à l'inhalation de poussières d'amiante...sont en surveillance médicale spéciale...Ce temps supplémentaire alloué au médecin du travail, s'il n'est pas a priori ou systématiquement utilisé pour effectuer un suivi médical à une fréquence augmentée, doit être consacré à l'étude du milieu de travail et aux actions de formation-information...* »

Dans le prolongement de l'accord du 13 septembre 2000, qui réaffirme l'attachement des partenaires sociaux à une surveillance médicale majorée pour certains salariés, des

accords de branche³² sont venus préciser que « *la surveillance médicale renforcée doit se traduire par une visite médicale au moins annuelle* ». Paradoxalement, on passe ainsi d'un système qui donnait des moyens supplémentaires en temps médical, utilisable en action renforcée en milieu de travail et/ou en temps au cabinet médical, lorsque les salariés étaient en surveillance médicale spéciale ou particulière, à un renforcement du temps strictement réservé aux visites médicales pour les salariés déclarés en SMR.

- ii) La notion de SMR est utilisée par certains employeurs, avec l'accord tacite des représentants du personnel, pour maintenir une visite annuelle en contrepartie de la cotisation versée au SST : la définition peu précise des conditions de mise en œuvre de la SMR favorise de telles dérives. On observe ainsi de fortes variations selon les services quant au pourcentage des travailleurs relevant de la SMR³³ sans que cela paraisse justifié par les activités économiques concernées. Par ailleurs les divergences constatées entre les déclarations émanant des employeurs et celles des médecins du travail sur le nombre de salariés devant bénéficier de la SMR, la priorité donnée à certaines activités (surveillance « travail sur écran de visualisation ») par rapport à des travaux en milieu à haut risque professionnel (bâtiment) conduisent à s'interroger sur la rigueur médico-scientifique du dispositif et de son utilisation.

Le travail sur écran

Il est considéré par l'ensemble des acteurs de santé au travail rencontrés par la mission comme un des éléments les plus consommateurs de temps médical sans bénéfice prouvé pour le salarié. La périodicité annuelle est liée à la seule inscription en SMR et n'est pas demandée en tant que telle par le décret n° 91- 451 du 14 mai 1991 qui transpose la directive du Conseil n°90/270/CEE relative au travail sur les équipements de travail à écrans de visualisation « un travailleur ne peut être affecté à des travaux sur écran de visualisation que s'il a fait l'objet d'un examen préalable et approprié des yeux et de la vue par le médecin du travail. Cet examen doit être renouvelé à intervalles réguliers et lors des visites médicales périodiques », ce qui ne préjuge pas de la périodicité des visites

Cette situation est insatisfaisante à bien des égards :

- i) Elle détourne la notion de SMR de son objectif initial et l'instrumentalise pour servir de simple variable d'ajustement, et compromet le développement de la prévention primaire visé par les réformes.
- ii) Elle crée une insécurité juridique à la fois pour les employeurs, les médecins du travail et les SST.
- iii) Elle engendre des inégalités dans la surveillance médicale des salariés selon les ressources et les priorités des services.
- iv) Elle mobilise des importantes ressources médicales sur des activités dont l'efficacité préventive n'est pas prouvée.

En conclusion, l'impact de la réforme est limité par une conception qui a privilégié des contingences quantitatives par rapport à une réflexion sur le sens et l'utilité de la visite médicale. En ce sens, la mission considère que la réforme n'est pas allée au bout de sa

³² cf par exemple accord UIMM/CFE CGC, FO, CFDT, CFTC, CGT du 26 février 2003 fixant la liste des personnes et des travaux justifiant une SMR

³³ Selon le bilan des conditions de travail le pourcentage des salariés relevant de SMR dans les services autonomes en 2002 allait de 45,8% en Nord Pas de Calais à 85,7% en Languedoc Roussillon; dans la région Centre, variation de 8,5% à 31,2% dans les SST de 2 départements différents)

logique. Celle-ci aurait supposé la remise à plat des modalités d'exercice par la médecine du travail de sa mission fondamentale : éviter l'altération de la santé des salariés du fait de leur travail.

2.3 Le mouvement de réforme n'est pas allé au bout de sa logique.

2.3.1 *L'aptitude, un verrou qui maintient la prédominance d'une approche de suivi individuel.*

L'équivalence qui s'est instaurée entre visite médicale et délivrance d'un certificat d'aptitude entretient une pression importante à la réalisation des visites. En effet, initialement limitée à l'embauche et à la rupture de la relation de travail lorsque le salarié n'était plus en mesure d'occuper son poste, la notion d'aptitude a progressivement été généralisée à la totalité des examens médicaux pratiqués par le médecin du travail, incluant les visites de reprise après un accident du travail ou une maladie professionnelle ou un arrêt maladie ainsi que les visites périodiques annuelles ou (depuis 2004) bisannuelles³⁴. Les employeurs demeurent très attachés à la délivrance de l'avis d'aptitude souvent ressenti par eux comme une forme de sécurité juridique même si les développements récents ont bien montré le caractère illusoire d'une telle sécurité. Comme l'indiquait en 2003 l'IGAS « *le certificat d'aptitude n'a jamais garanti autre chose que l'accomplissement d'une formalité administrative* ». Cette focalisation sur l'avis d'aptitude est pourtant compréhensible dans la mesure où l'absence d'un tel certificat est susceptible d'être sanctionnée, tant par l'administration – le contrôle de l'inspection du travail sur ce point est systématique – que par le juge.

Le récent rapport Gosselin sur l'aptitude³⁵ souligne les conséquences dommageables, par rapport à l'objectif de prévention, d'un mode de fonctionnement selon lequel « *trop occupée à une surveillance individuelle de la santé des salariés conçue principalement, selon les textes en vigueur, mais de façon contestable, comme la vérification régulière de l'aptitude au poste de travail, la médecine du travail ne parvient pas à jouer le rôle qu'on attend d'elle dans l'entreprise* ». La présente mission souscrit à son analyse sur ce point et à ses conclusions selon lesquelles « *le système de surveillance médicale organisé autour de la constatation périodique de l'aptitude du salarié a atteint ses limites* ».

La procédure de l'aptitude n'est toutefois pas le seul facteur qui concourt à la prédominance de cette logique de suivi individuel. Le mode de financement des services peut également y contribuer dans la mesure où il reste encore fondé pour de nombreux services sur un coût par salarié. Ce mode de calcul accorde dans l'esprit des employeurs concernés l'idée que la cotisation équivaut au coût de la visite médicale au lieu de financer une prestation globale de santé pour l'entreprise. Enfin, on note un réel attachement du côté des salariés et plus encore de leurs représentants syndicaux à la visite médicale, ressentie et présentée comme un acquis social, certes plus concret qu'une prestation de prévention collective qui manque actuellement de visibilité et sans doute de crédibilité. Tous ces facteurs

³⁴ par les décrets des 27 novembre 1952, 20 mars 1979 et 16 août 1985

³⁵ « Aptitude et inaptitude médicale au travail : critiques et perspectives », Rapport pour le ministre délégué à l'emploi, au travail et à l'insertion professionnelle des jeunes, Hervé Gosselin, janvier 2007

concourent à maintenir une approche de suivi individuel systématique dont les effets préventifs en termes de santé au travail sont loin d'être démontrés.

2.3.2 Une logique formelle et de moyens plutôt que de résultats.

Fondée sur le respect de normes, d'obligations réglementaires et de procédures formelles, l'économie générale du dispositif exprime une approche technocratique de la santé au travail qui, malgré les réformes, demeure centrée sur une logique de moyens plutôt que de résultats. Cette constatation peut être faite sur les différents segments de la réforme.

2.3.2.1 Le tiers temps est considéré comme une fin en soi, sans garantie sur son contenu.

La question se pose de l'orientation et du contenu effectif de l'action en milieu de travail – à quoi sont consacrées les 150 demi-journées dont on a parlé, les activités menées à ce titre relèvent-elles véritablement de la prévention - et des résultats de cette action. La réglementation prévoit une procédure à cet effet, centrée sur les plans d'activité des médecins du travail.

Plan d'activité du médecin du travail-ce que prévoit la réglementation.

Selon l'art. R 241-41-1 du Code du travail, le médecin du travail « établit chaque année, en fonction de l'état et des besoins de santé des salariés, un plan d'activité en milieu de travail, qui porte sur les risques, les postes et les conditions de travail. »

Ce plan, qui peut concerner une ou plusieurs entreprises et être commun à plusieurs médecins du travail, prévoit notamment les études à entreprendre ainsi que le nombre et la fréquence minimaux des visites des lieux de travail.

La réglementation prévoit également que le SST communique à chaque employeur concerné, qui les porte à la connaissance du CHSCT (ou des délégués du personnel), les rapports et les résultats des études du médecin du travail portant sur son action en milieu de travail, lesquels sont intégrés dans le rapport annuel du médecin.

La portée de ces dispositions est dans la pratique nettement en deçà de ce que pourrait faire croire la lecture des textes et ne permet pas, en tout cas, d'évaluer l'impact de l'action en milieu de travail. Soit elles restent lettre morte, les plans d'activité n'étant pas établis, soit les informations sont trop éparses, dispersées entre divers médecins pour une même entreprise ou entre diverses entreprises pour un même médecin, pour produire un résultat lisible et cohérent.

Un exemple de dispersion :

Une entreprise de 1000 salariés à couverture nationale, spécialisée dans la gestion de stations services, adhère à plus de vingt services de santé au travail différents en fonction de l'implantation géographique de ses unités et déplore l'absence d'homogénéité de suivi de ses salariés, pourtant soumis à des risques similaires

Il ne faut sans doute pas chercher beaucoup plus loin les raisons de la faible mobilisation trop souvent constatée des institutions de contrôle social sur ces questions. Le contenu du « tiers temps » est d'ailleurs l'objet, dans certains services rencontrés par la mission, d'une opposition plus ou moins larvée entre directeurs et médecins du travail, les uns se plaignant d'une certaine opacité entretenu par les médecins à cet égard, les autres stigmatisant ce qu'ils ressentent comme une suspicion ou un contrôle tatillon, voire comme une atteinte au secret professionnel.

En l'absence d'autres éléments organisés d'information, on peut constater que **les figures imposées -l'application de la réglementation- exercent déjà une ponction a priori importante sur le tiers temps, qui limite la marge de manœuvre du médecin du travail pour mener des actions de prévention en fonction de l'appréciation des risques professionnels et des besoins des entreprises.** Une partie non négligeable du tiers temps est ainsi consacrée aux études de poste et des conditions de travail exigées pour le traitement des dossiers d'inaptitude. Même si de telles études peuvent lui apporter des informations utiles dans une perspective plus générale, elles s'inscrivent dans une logique individuelle et réparatrice qui ne correspond guère à l'objectif de prévention primaire visé à travers l'action en milieu de travail. Une autre part importante du tiers temps médical est consacrée à la participation aux réunions du CHSCT dont l'intérêt en termes de prévention est inégal et parfois incertain. La mission a ainsi rencontré un médecin du travail en service autonome qui avait renoncé à assister au CHSCT dont les réunions répétées (une vingtaine par an) et interminables (jusqu'à 8 h d'affilée) sur des ordres du jour fleuves servaient d'exutoire à la conflictualité latente entre direction et syndicats plus qu'au traitement des problèmes de santé au travail. Il considérait en effet que sa participation dans ces conditions ne pouvait être assimilée à du tiers temps médical.

Au-delà même de l'orientation et du contenu de l'action en milieu de travail, l'évaluation des résultats s'avère encore plus hors de portée. Le problème, commun à toute étude d'évaluation, du lien de causalité et de l'imputabilité des résultats constatés se pose avec encore plus d'acuité en matière de santé au travail compte tenu des effets retardés de l'exposition aux risques. Dans cette perspective il serait évidemment totalement vain d'espérer identifier en moins de cinq ans l'impact d'une action préventive

2.3.2.2 *La pluridisciplinarité reste avant tout une procédure.*

La pluridisciplinarité apparaît d'abord comme une procédure lourde dont la valeur ajoutée reste peu visible. Selon les propos mêmes du ministre en charge en 2006³⁶ « *la procédure d'habilitation des IPRP est parfois jugée lourde* ». De fait, définie et gérée de façon bureaucratique et formelle, elle semble n'avoir guère de prise sur la réalité. Les entreprises disposant d'un service autonome qui ont souvent une avance importante dans la pratique de la pluridisciplinarité, ne recourent pas à cette procédure. La plupart d'entre elles n'ont pas éprouvé le besoin de faire labelliser les compétences qu'elles ont intégrées sous forme de collaborateurs qualifiés dans des domaines comme l'ergonomie ou la toxicologie ou auxquelles elles recourent auprès de cabinets professionnels. Les rares cas d'habilitation rencontrés par la mission dans les services autonomes relèvent généralement d'une démarche individuelle de reconnaissance des personnes, non d'une stratégie d'entreprise. La procédure

³⁶ Intervention précitée de Gérard Larcher, Ministre délégué à l'emploi, au travail et à l'insertion professionnelle des jeunes, à l'occasion du 60^e anniversaire de la médecine du travail, le 24 octobre 2006, 44èmes journées santé-travail du CISME

d'habilitation ne s'applique donc qu'aux collaborateurs des services interentreprises, dont la « labellisation » est systématique dans la mesure où elle permet de justifier vis-à-vis de l'administration de la conformité avec les dispositions législatives et constitue un indicateur de pénétration de la pluridisciplinarité.

Par ailleurs, les conditions de mise en œuvre de cette procédure n'apportent par de réelle plus value en termes de qualité de l'offre puisqu'elle se limite à la constatation d'un niveau d'études sur la base de la détention des diplômes requis par la réglementation. Tout au plus permet-elle de prendre en compte l'expérience acquise par certaines personnes non détentrices de diplômes, fonction qui pourrait être remplie en faisant appel à la procédure de validation des acquis de droit commun. On observe d'ailleurs que les pourcentages de rejets par les commissions d'habilitation demeurent faibles. Le titre d'IPRP n'apporte pas non plus pour ses détenteurs d'avantage ni de garantie réels en termes de statut ou de positionnement dans l'entreprise³⁷. Comme l'indique la circulaire du 13 janvier 2004, tout en posant le principe de l'indépendance des intervenants « *le législateur n'a pas pour autant souhaité leur conférer le statut de salarié protégé* ». Cette absence de protection statutaire est un des problèmes les plus fréquemment soulevés par les médecins du travail qui soulignent que les IPRP ne présentent pas les mêmes garanties d'indépendance envers l'employeur et qui y voient un obstacle important à l'élaboration d'une véritable équipe pluridisciplinaire.

Cette focalisation sur la procédure ne s'accompagne pas d'une attention équivalente portée au contenu et aux objectifs. Pourtant, comme le développement du temps passé par le médecin dans l'entreprise, l'apport de compétences issues d'autre disciplines ne constitue pas une fin en soi mais vise à apporter une plus value substantielle dans l'approche de la santé au travail, à travers le développement d'analyses et d'actions collectives et préventives allant au-delà de la réparation individuelle. La réforme reste toutefois muette sur le contenu et les objectifs de la pluridisciplinarité. La référence aux compétences « médicales, techniques et organisationnelles » demeure particulièrement floue, y compris pour les instances d'habilitation qui peinent à classer dans ces différentes rubriques les dossiers qui leur sont présentés. Il n'y a pas eu à ce stade de réflexion articulant une approche en termes de risques et en termes de disciplines pour préciser les compétences nécessaires à une approche réellement pluridisciplinaire des problèmes de santé au travail. A la différence de ce qui se pratique dans d'autres pays européens, aucun orientation n'a été explicitée quant à un éventail minimum de compétences à réunir par les services de santé au travail (par exemple en toxicologie, psychologie du travail, ergonomie, ...)

Il n'y a pas non plus à ce stade de doctrine élaborée sur la mise en œuvre opérationnelle de la pluridisciplinarité dans les services, laquelle apparaît encore trop souvent comme une juxtaposition de compétences. L'image souvent répétée selon laquelle le médecin du travail constitue le « pivot » de l'approche pluridisciplinaire ne suffit pas à résoudre les problèmes que pose souvent dans les services l'articulation entre les médecins et les autres intervenants. Le souci exprimé d'éviter la définition de normes rigides apparaît légitime mais n'exclut pas d'engager une réflexion sur ces différents points et d'exprimer des orientations destinées à guider notamment l'action des services administratifs chargés d'encadrer la mise en œuvre de la réforme, dont le contrôle apparaît très formel.

³⁷ ». La réglementation se contente de prévoir un droit d'accès aux informations essentielles à l'exécution de leurs missions et l'avis des instances de contrôle social (comité d'entreprise, CHSCT et organismes de contrôle prévus à l'article R 241-14) sur leurs conditions de recrutement et d'emploi ou d'intervention).

Enfin, le contrôle de la pluridisciplinarité est essentiellement formel. S'adressant à l'inspection du travail, la circulaire du 13 janvier 2004 précise ainsi qu' « *il ne s'agit pas de s'assurer que l'entreprise ou le SST a recruté un nombre déterminé d'intervenants ou a conclu un nombre précis de conventions* » mais seulement de « *vérifier que l'employeur ou le président du SST est en capacité de recourir aux compétences nécessaires* » et que « *l'entreprise, lorsqu'elle s'inscrit dans une démarche pluridisciplinaire, fait appel soit aux compétences de l'un des trois organismes cités par la loi, soit à des intervenants dûment habilités* ». Défini de cette façon, le contrôle apparaît donc essentiellement formel et vise à faire respecter la condition d'habilitation des intervenants éventuels mais nullement à garantir la réalité et l'effectivité de la pluridisciplinarité. S'agissant des DRTEFP, les prescriptions sont tout aussi floues, se bornant à rappeler que le traitement des dossiers d'agrément de SST doit inclure un contrôle du respect par le service de ses obligations pluridisciplinaires, appréhendées, là encore, dans une perspective « qualitative ». Les conditions dans lesquelles l'agrément peut éventuellement être mis en jeu sont définies en négatif : il est ainsi rappelé que l'agrément ne peut être refusé que pour des motifs tirés du non respect par l'entreprise de ses obligations réglementaires. Les circonstances qui justiferaient un éventuel refus ne sont pas précisées. Il est probable que les directions régionales qui auraient des doutes quant à l'application par un service de ses obligations en matière de pluridisciplinarité ne se sentiront guère encouragées à recourir à une telle décision. De fait jusqu'à présent, la mise en œuvre de la pluridisciplinarité a pu donner lieu à des observations, sans remettre en cause le principe de l'agrément pour les services concernés.

La menace d'avoir à se justifier devant l'administration sur ce point peut cependant avoir un effet. Ainsi, selon le SNPST, les services auraient tendance à embaucher des IPRP avant de présenter leur demande de renouvellement d'agrément. Cependant, la réglementation, dans sa configuration actuelle ne permet pas de réagir en cas de carence importante dans la mise en œuvre de la pluridisciplinarité faute de base juridique permettant de fonder un refus d'agrément.

Au total la mise en œuvre de l'approche pluridisciplinaire demeure encore formelle : une offre relativement déconnectée des besoins, qui restent difficiles à cerner, une procédure d'habilitation qui tourne à vide, un contrôle de l'Etat sans véritable point d'ancrage. Elle s'apparente trop souvent à une juxtaposition de compétences sans les objectifs communs et l'animation qui les transformerait en une véritable équipe pluridisciplinaire.

2.3.2.3 *Le contrôle social est défini de façon formelle.*

L'amélioration de la gouvernance et le renforcement du contrôle social sur le fonctionnement des SST font partie des objectifs affichés des réformes mises en œuvre ces dernières années, dont la mission a pu constater le caractère formel. Elles se sont traduites notamment par l'entrée des représentants des salariés au conseil d'administration des services et la création de la commission médico-technique.

Il est toutefois particulièrement difficile faute d'éléments tangibles d'apprécier l'impact de ces mesures. L'insuffisante prise en compte des facteurs opérationnels paraît susceptible d'en limiter la portée au-delà de cette mise en place formelle. Les représentants sur le terrain font état des difficultés matérielles qu'ils rencontrent pour assurer une présence et une participation active dans l'ensemble des instances de contrôle. Leur multiplicité excède souvent les ressources humaines dont ils disposent. Ils sont par ailleurs confrontés à un

manque de formation et d'expertise technique, les mesures précitées n'ayant pas prévu de moyens adaptés en la matière.

2.3.3 *La logique de santé demeure subordonnée à la logique sociale*

A travers une approche axée sur la prévention des risques, les mesures de réforme ont cherché à promouvoir une culture de santé publique à l'intérieur d'un dispositif de santé au travail orienté vers une logique de réparation des dommages. La logique de l'entreprise, qui est la seule culture commune à l'ensemble des acteurs concernés par la santé au travail, partenaires sociaux, inspecteurs du travail et médecins du travail, agents des services de prévention des CRAM, a longtemps été caractérisée par une tradition de tolérance au risque en tant qu'élément du compromis social. L'extension du champ du compromis social jusque dans la fonction d'expertise des risques au détriment d'une approche purement scientifique est une caractéristique française dont les conséquences pour la santé au travail ont amplement été critiquées, notamment dans le cadre des travaux parlementaires sur l'amiante.

Le développement des visites dans le cadre de la surveillance médicale renforcée décrit plus haut est une autre illustration de la prédominance d'une logique sociale sur une logique de santé. En effet le traitement opérationnel du risque sous forme de visite annuelle systématique ne découle pas de référentiels scientifiques ou d'une appréciation au cas par cas sur la base de critères médicaux mais résulte des accords entre partenaires sociaux. Des observations convergentes peuvent être faites sur le terrain : l'inscription en bloc par telle ou telle entreprise de l'ensemble de ses salariés en surveillance médicale renforcée au titre du travail sur écran s'explique, aux dires même de l'employeur, par le souci d'« acheter » la paix sociale au prix d'une visite annuelle pour tous, même si elle signifie un doublement de sa cotisation au service de santé au travail. D'autres formes d'instrumentalisation de la santé au travail peuvent être constatées : la déclaration d'inaptitude peut ainsi constituer une voie de sortie dans des conflits individuels insolubles entre employeur et salarié, comme le soulignent les médecins du travail rencontrés en Languedoc-Roussillon qui font état de fortes pressions en ce sens.

Du côté de l'Etat, les questions de santé au travail sont gérées par le ministère en charge du travail dont les services n'ont pas la culture de la santé publique et travaillent en relative autarcie sur le sujet, même si la situation évolue. Cette dichotomie entre politique de santé au travail et politique de santé publique a été dénoncée dans de nombreux rapports, depuis la Cour des comptes, dans son rapport public en février 2002 jusqu'à la mission parlementaire précitée sur l'amiante, en passant par plusieurs rapports successifs de l'IGAS. L'élaboration et la mise en œuvre du plan Santé au travail (2005-2009) prennent en compte ces critiques et visent à développer une expertise indépendante sur les questions de santé au travail et à inscrire leur traitement dans une perspective de santé publique. S'il est encore trop tôt pour juger de l'impact d'un plan en cours de développement, sa déclinaison au niveau régional a d'ores et déjà conduit à un certain rapprochement des administrations et des personnels sur le terrain.

Dans plusieurs régions visitées, l'élaboration du programme régional de santé au travail a été la première occasion de travail en commun entre médecins inspecteurs du travail et de la main d'œuvre et médecins inspecteurs de santé publique qui parfois ne se connaissaient même pas. La mise en place dans les directions régionales (DRTEFP) de cellules pluridisciplinaires d'appui aux inspecteurs du travail auxquelles participent des médecins inspecteurs constitue également un progrès par rapport à un isolement culturel

souvent décrit de ces médecins, seuls représentants d'une culture de santé au sein d'ensembles administratifs où prédominent une culture du travail et des relations sociales.

Au niveau de l'administration centrale, le cloisonnement n'en demeure pas moins marqué. Les exemples abondent, qui témoignent du faible niveau de communication entre directions. Ainsi, mettant en place un groupe de travail sur la refonte du modèle de rapport d'activité des médecins du travail, l'inspection médicale du travail et de la main d'œuvre n'a pas jugé utile d'y associer la Direction générale de la santé (DGS) alors même qu'un des objectifs fixés au départ pour ce groupe visait à développer la place de l'épidémiologie dans ces rapports. De son côté, la Direction de l'hospitalisation et des soins (DHOS) prenait position, dans un courrier adressé à la Direction des enseignements supérieurs, pour une réduction du nombre de places soumises au concours pour accéder à la spécialisation en médecine du travail sans même avoir pris l'attache de la Direction générale du travail (DGT) alors qu'il s'agit d'un enjeu majeur pour le dispositif de santé au travail. Enfin, la mission n'a pas pu obtenir d'informations sur le groupe de travail qui devait être constitué sur les questions d'enseignement et de formation de la médecine du travail entre les 3 ministères concernés (santé, travail, enseignement et recherche), après la rencontre le 28 novembre 2005 des ministres chargés de la santé et du travail.

Partie 3 : En l'état, le dispositif de santé au travail n'est pas en mesure de relever les défis à venir.

3.1 Les évolutions économiques et sociales représentent des défis importants en termes de santé au travail

3.1.1 Les transformations du système productif et du milieu de travail

3.1.1.1 L'expansion des formes atypiques d'emploi

Le développement de formes atypiques de travail qui s'écartent du modèle traditionnel fondé sur le contrat de travail à durée indéterminée est un véritable défi pour la médecine du travail. L'expansion du travail intérimaire, du télétravail, du travail à domicile, la précarité accrue de l'emploi, sont autant de situations qui rendent le suivi des salariés concernés plus difficile. La succession d'employeurs qui caractérise le travail intérimaire entraîne une discontinuité du suivi des salariés, selon le SST dont relève l'entreprise. Le développement de la sous-traitance tend à une dispersion des responsabilités et des risques dont l'appréhension devient complexe. Les services de site, qui visaient à répondre notamment à cette difficulté, ne se sont pas développés. Par ailleurs l'externalisation vers la sous-traitance des tâches qui ne relèvent pas du cœur d'activité de l'entreprise réduit les possibilités de reclassement des salariés présentant des problèmes de santé et donc les marges de manœuvre des médecins du travail. Enfin les milieux de travail spécifiques, comme le domicile du salarié ou de l'employeur, ne se prêtent pas non plus aux modes d'intervention habituels de la médecine du travail.

3.1.1.2 Le développement des risques à effets différés dans un contexte de mobilité professionnelle croissante

Dans un contexte marqué par une mobilité professionnelle de plus en plus forte, les conséquences à long terme des expositions aux différents risques sont à la fois mal suivies et mal évaluées. Le médecin du travail est tributaire des informations que le salarié peut et veut lui communiquer à cet égard. L'évaluation du cumul des doses reçues de certains produits est pourtant une donnée fondamentale pour apprécier le risque d'expositions à venir ainsi que pour se prononcer sur le caractère professionnel de certaines pathologies. Le risque chimique est en perpétuelle mutation. Les salariés sont souvent exposés à des cocktails de produits qui rendent les approches classiques inopérantes. L'expérience montre que certaines substances jugées non dangereuses à un moment donné peuvent se révéler plus tard cancérogènes ou toxiques pour la reproduction. Les réformes récentes prévoient une traçabilité des expositions aux produits classifiés comme cancérogènes, mutagènes, toxiques pour la reproduction, ou comme produits chimiques dangereux sans qu'on puisse pour autant garantir l'innocuité des autres. Il faudrait donc en théorie être en mesure de garder la mémoire de toutes les expositions à un produit quel qu'il soit.

3.1.1.3 L'intensification du travail et l'émergence de nouveaux risques

De nombreux travaux et études font état d'un fort mouvement d'intensification du travail au cours des vingt dernières années. L'impact de ce mouvement sur les conditions de travail apparaît au travers des enquêtes annuelles successives sur cette question au niveau tant français³⁸ qu'europeen³⁹ car il s'agit d'une tendance lourde qui ne concerne pas seulement la France. Ces enquêtes font ressortir, à partir des déclarations des salariés, un alourdissement de la charge mentale liée au travail, mais aussi, contrairement à une idée répandue, un accroissement des efforts et des expositions physiques, y compris dans le secteur tertiaire.

De tels phénomènes ont des conséquences directes sur l'état de santé des salariés qui se manifestent notamment par une croissance exponentielle des troubles musculo-squelettiques lesquels représentent aujourd'hui près des trois quarts des maladies professionnelles déclarées en France, ainsi que par le développement des troubles qualifiés de « psycho-sociaux » qui motivent plus du quart des décisions d'inaptitude définitive prononcées par les médecins du travail et auxquels les cas récents de suicide sur le lieu de travail ont donné un retentissement médiatique important.

3.1.2 Le vieillissement de la population active

Les entreprises sont d'ores et déjà confrontées à une main d'œuvre vieillissante, et le seront de plus en plus dans les années à venir. La part des plus de 50 ans dans la population active occupée, qui avait baissé de façon continue depuis 1975, connaît une augmentation significative depuis 1996 :

Part des 50-64 ans dans la	1975	1984	1990	1996	2002
Population en âge de travailler	23,7 %	25,5 %	24,3 %	23,2 %	26,2 %
Population active	19,6 %	18,2 %	16,7 %	15,9 %	20,0 %
Population active occupée	19,8 %	18,9 %	17,2 %	16,6 %	20,5 %

Cette augmentation, qui reflète l'effet mécanique de l'arrivée des premières générations du baby boom à la cinquantaine, est appelée à se poursuivre et à s'amplifier du fait de l'orientation volontariste des politiques publiques qui visent à l'allongement de la durée de la vie active. La politique française s'inscrit à cet égard dans le cadre des objectifs adoptés au plan européen qui visent à porter de 37,5 % à 50 % le taux d'emploi des « seniors ».

Il y a là un véritable bouleversement pour le système productif français, habitué à traiter le problème du vieillissement par le recours aux dispositifs de retrait anticipé d'activité.⁴⁰ Il s'agit non seulement d'aménager les conditions de travail et d'emploi pour permettre l'emploi de travailleurs plus âgés mais aussi de prévenir l'usure professionnelle par une démarche anticipatrice auprès des plus jeunes, afin d'éviter le développement des incapacités physiques et de lutter contre l'aspiration à quitter prématurément l'emploi.

³⁸ « Conditions de travail », enquête annuelle DARES qui en publie les principaux résultats dans « Premières synthèses »

³⁹ Enquêtes menées par la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, située à Dublin .

⁴⁰ Les systèmes de retrait anticipé de l'activité ont atteint en France un développement massif, se traduisant par un taux d'emploi des plus de 50 ans parmi les plus faibles d'Europe

Une nouvelle approche globale des relations entre âge, santé et conditions de travail est donc nécessaire, comme le rappelle l'IGAS dans son rapport sur la gestion des âges au travail, qui parle d'un enjeu encore sous-estimé. Selon ce rapport, la connaissance des liens entre âge et risques professionnels reste embryonnaire et ne constitue pas une priorité reconnue comme telle des services de santé au travail. Se référant aux enquêtes qui ont pu être menées avec l'aide de services et de médecins volontaires (enquête Sumer, enquête SVP 50 ans), l'IGAS souligne la contribution que les services de santé au travail sont susceptibles d'apporter au pilotage des politiques publiques et des politiques de gestion des ressources humaines dans les entreprises.

3.1.3 *La judiciarisation de la santé au travail*

Si le milieu de travail demeure marqué par un niveau élevé de tolérance au risque, le citoyen consommateur est en revanche devenu très exigeant en termes de protection de sa santé.

La mobilisation des associations de victimes a contribué à faire évoluer la jurisprudence et la législation dans ce domaine, avec la reconnaissance d'une obligation de sécurité du résultat et le développement de la notion de faute inexcusable de l'employeur. L'affaire de l'amiante a joué un rôle de révélateur et d'accélérateur à cet égard, la mise en cause juridique de la responsabilité des employeurs et de l'Etat régulateur s'accompagnant d'une dénonciation des carences du dispositif français de protection de la santé au travail, et des défaillances de la médecine du travail.

3.2 Le dispositif de santé doit affronter ces défis avec des ressources médicales qui se raréfient.

L'ensemble des responsables et acteurs s'accorde, depuis des années, à souligner le caractère particulièrement préoccupant des perspectives concernant la démographie des médecins du travail. Cette préoccupation a conduit les pouvoirs publics à mettre en place dans les années passées des voies temporaires d'accès à la médecine du travail pour les médecins déjà en exercice, complétant la formation classique de l'internat, que l'on y accède par les épreuves classantes nationales ou par le concours spécial dit «européen».

Le concours spécial de médecine du travail dit « concours européen »

Décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 (art. 52, 53, 54)

Les médecins généralistes ou spécialistes français, andorrans ou ressortissants de l'un des Etats membres de la Communauté européenne, de la Confédération suisse ou de l'un des Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen, titulaires de l'un des diplômes permettant l'exercice de la médecine dans l'un de ces Etats et justifiant d'au moins trois années d'activité professionnelle en qualité de docteur en médecine, peuvent accéder au diplôme d'études spécialisées de médecine du travail après avoir subi les épreuves d'un concours spécial d'accès dont le programme est différent de celui des épreuves classantes nationales.

Les candidats admis sont soumis aux mêmes dispositions que celles applicables aux autres internes. Toutefois, la prise en compte des compétences acquises et des fonctions de troisième cycle déjà accomplies ainsi que de la formation déjà suivie dans le cadre de la formation médicale continue permet le plus souvent à ces médecins de satisfaire en deux ans au lieu de quatre aux exigences de la formation.

Ni l'apport de ces dispositifs transitoires, ni l'espacement des visites obligatoires ne semblent toutefois avoir résolu sur une base durable la question du déséquilibre entre les besoins et les ressources en temps médical. Les services rencontrés par la mission continuent de faire état de difficultés, plus ou moins accentuées selon les régions, à pourvoir les postes dégagés par le départ des médecins en exercice. Cette situation ne peut qu'empirer compte tenu de l'équilibre démographique d'une profession vieillissante, qui se traduira par de nombreux départs à la retraite dans les années à venir.

Face à ces perspectives préoccupantes on ne peut que constater la relative déshérence du dossier au niveau national, malgré les efforts déployés depuis des années, notamment par l'administration du travail, pour alerter sur ce sujet. La démographie de la médecine du travail, présentée comme une spécialité menacée voire sinistrée, a ainsi fait l'objet d'un suivi qui manque pour le moins de cohérence et de continuité, dépourvu de vision de long terme alors même qu'il faut plus d'une dizaine d'années pour former un médecin et bien plus encore pour un enseignant. Le traitement de la crise démographique de la médecine du travail suppose de s'attaquer à des obstacles structurels pour dépasser une crise qui paraît à moyen terme inéluctable.

3.2.1 Des difficultés structurelles, une crise inéluctable

Les perspectives démographiques de la médecine du travail sont très dégradées. Selon les statistiques du Conseil national de l'Ordre des médecins, l'âge moyen des médecins du travail en activité dépasse 50 ans. Il est de 49,7 ans pour les femmes et 52,2 ans pour les hommes. D'ici cinq ans un minimum de 1700 départs en retraite est à prévoir, chiffre significativement accru si l'âge de départ était abaissé au dessous de 65 ans. Ces 1700 départs sont à comparer aux 370 nouveaux spécialistes qui seront formés dans le même temps par le système actuel de l'internat, à régime inchangé et à flux constants.

Sorties prévisibles des filières de formation en Médecine du Travail (2008-2012)

Internes sortant en	Entrés après ECN en	Nombre	Entrés après concours spécial en	Nombre	TOTAL
2008	2004	56*	2006	8*	64
2009	2005	56*	2007	26*	82
2010	2006	53*	2008	17***	70
2011	2007	60**	2009	17***	77
2012	2008	60**	2010	17***	77
TOTAL		285		85	370

La durée de l'internat en médecine du travail est de 4 ans

La formation après concours spécial est généralement de 2 ans

*admis **postes offerts *** moyenne des admis sur les 4 dernières années

La pyramide des âges reposant sur une base étroite en dessous de 40 ans, le rythme des départs est appelé à se poursuivre à moyen terme. Les résultats -encore provisoires- de la dernière enquête du service de l'inspection médicale vont dans le même sens, corroborant le vieillissement du corps des médecins du travail dont les ¾ dépassent 50 ans :

Les médecins du travail de plus de 50 ans

En 1975, un médecin sur deux avait plus de 50 ans.

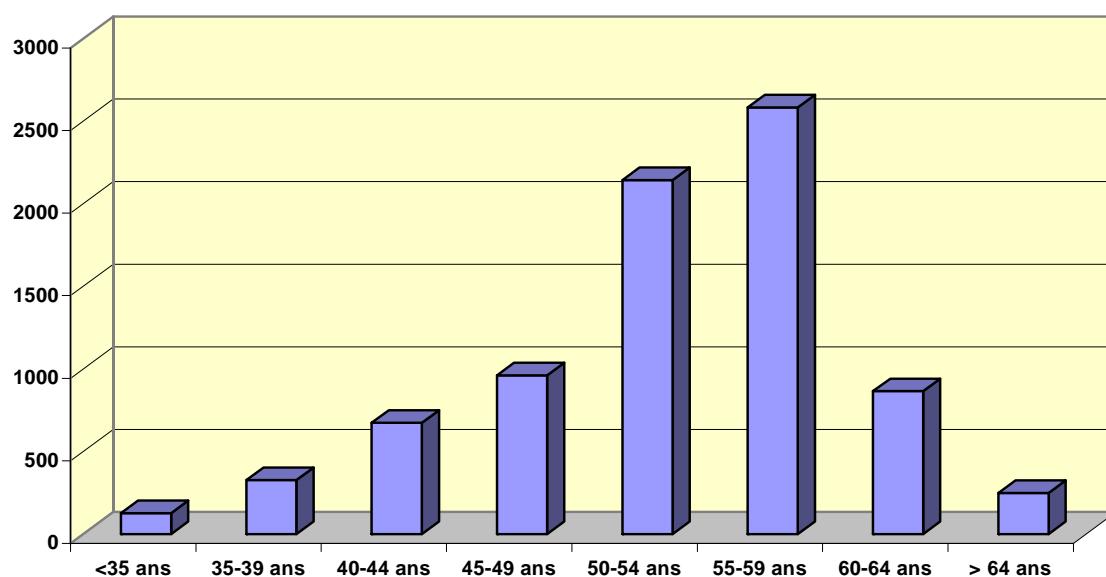
En 1982, un médecin sur trois avait plus de 50 ans.

En 1994, un médecin sur quatre avait plus de 50 ans.

En 2001, un médecin sur deux a plus de 50 ans.

En 2007, trois médecins sur quatre ont plus de 50 ans.

Répartition en fonction de l'âge



Il ne s'agit donc pas de combler un déficit conjoncturel mais de répondre à une raréfaction à long terme de la ressource médicale.

La durée des études médicales et la faible attractivité de la médecine du travail constituent des contraintes structurelles fortes avec lesquelles doivent compter les politiques publiques appelées à répondre à cette crise démographique :

- i) Former un spécialiste en médecine du travail nécessite une durée minimum de dix années d'études. Le délai est encore plus élevé pour parvenir à former un enseignant, ce qui suppose l'existence préalable d'un vivier constitué par les assistants hospitaliers universitaires (AHU) qui fournissent la base de recrutement des maîtres de conférences parmi lesquels sont ensuite choisis les professeurs. Ainsi, on devient difficilement maître de conférences avant l'âge de 35 ans et professeur avant celui de 45 ans. Par conséquent, toute décision concernant la démographie de la médecine du travail ne peut produire d'effets qu'à long terme.
- ii) La faible attractivité de la médecine du travail semble trouver son origine dans des déterminants culturels profondément ancrés : le premier candidat à avoir opté pour cette spécialité en 2006-2007 était 776^{ème} et le dernier était 4738^{ème} sur 4989 dans l'ordre de classement national. Cette cote médiocre de la médecine du travail auprès des étudiants conduit, compte tenu des échappatoires ouvertes par le dispositif actuel de choix, à ce qu'une part significative des postes offerts dans cette discipline demeure vacante : sur les 60 postes offerts en médecine du travail en 2006-2007, seuls 53 ont été pourvus au titre de cette année universitaire. Cette situation n'est pas propre à la médecine du travail mais caractérise, à des degrés divers, les différentes spécialités de la médecine non prescriptive à laquelle leurs études ont peu sensibilisé les candidats. On relève ainsi que la santé publique et la médecine du travail figurent régulièrement à la fin du palmarès des disciplines choisies à l'issue des épreuves classantes nationales⁴¹ :

⁴¹ Il est rappelé que le choix des disciplines et du centre hospitalier universitaire de rattachement est subordonné au rang de classement aux épreuves classantes nationales (ECN). Le nombre de postes offerts (4760 en 2006-2007) étant supérieur au nombre d'étudiants, certaines disciplines ne sont pas pourvues à 100% des postes offerts.

Par ailleurs le fonctionnement actuel du dispositif ouvre des échappatoires supplémentaires, les étudiants qui connaissent les résultats des ECN avant la validation de leur deuxième cycle développant des stratégies d'évitement lorsqu'ils ne peuvent obtenir la discipline de leur choix. Ne validant pas leur année (le procédé est appelé « auto-validation »), ils préfèrent recommencer un deuxième cycle. Cette déperdition a concerné 400 étudiants, soit environ le dixième de la promotion.

Classement des disciplines dans l'ordre des préférences des étudiants en 2006

	Femmes	Hommes	Ensemble des étudiants
1	Spécialités médicales	Spécialités médicales	Spécialités médicales
2	Pédiatrie	Spécialités chirurgicales	Spécialités chirurgicales
3	Médecine générale	Anesthésie-réanimation	Anesthésie-réanimation
4	Spécialités chirurgicales	Médecine générale	Pédiatrie
5	Anesthésie-réanimation	Pédiatrie	Médecine générale
6	Gynécologie-obstétrique	Biologie médicale	Gynécologie-obstétrique
7	Psychiatrie	Gynécologie-obstétrique	Psychiatrie
8	Biologie médicale	Psychiatrie	Biologie médicale
9	Gynécologie médicale	Gynécologie médicale	Gynécologie médicale
10	Santé publique	Santé publique	Santé publique
11	Médecine du travail	Médecine du travail	Médecine du travail

Source : « Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2006 » DREES Etudes et résultats n°571, avril 2007

Le mode d'exercice de la médecine du travail, collectif (pour l'essentiel) et salarié, ni libéral ni hospitalier (pour la plupart), qui ne correspond pas aux représentations typiques que les étudiants se font de leur avenir professionnel, explique pour une large part ce manque d'attractivité. La méconnaissance de la spécialité par les étudiants renforce cette représentation. L'image dégradée trop souvent véhiculée du médecin du travail, vu comme un professionnel effectuant des visites à la chaîne sans valeur ajoutée, ne trouve pas de contrepoids convaincant. Les interrogations sur l'avenir même de la spécialité, son insuffisante valorisation par les professionnels eux-mêmes, comme certains l'ont exprimé à la mission, la faible visibilité de sa contribution à la santé publique, achèvent de dissuader les vocations.

Ce constat appelle à l'évidence des politiques structurelles, de long terme et conduites avec constance. En effet, des mesures quantitatives, à travers le relèvement du numerus clausus et l'accroissement de la part des postes offerts en médecine du travail (60 sur un total de 5366 en 2007-2008), ne sauraient mécaniquement assurer une augmentation des ressources en médecins du travail si elles ne sont pas accompagnées d'une action structurelle visant à revaloriser l'image de la discipline elle-même. Dans un tel contexte, le maintien d'un système de protection de la santé au travail particulièrement consommateur en temps médical s'avère pour le moins problématique.

3.2.2 Un dossier en déshérence et des réponses en forme d'expédients.

L'état du système d'information est une parfaite illustration des carences constatées dans la gestion de ce dossier : alors que la démographie des médecins du travail est présentée depuis des années comme une préoccupation majeure, il n'est pas possible de disposer de chiffres fiables et concordants sur le nombre actuel des médecins du travail. On observe un épargillement des études et données provenant de sources diverses, souvent partielles, dont les résultats manquent de cohérence, sinon sur le constat convergent d'une réduction significative du temps médical disponible pour les services de santé au travail dans les prochaines années. La mission n'a pu trouver sur ce point d'analyse officielle ou ayant valeur de référence reconnue pour l'ensemble des acteurs. L'information varie sensiblement selon que l'on se fonde sur le fichier ADELI des professions de santé, les données du Conseil

national de l'Ordre des médecins, ou encore les enquêtes réalisées par le service de l'inspection médicale⁴² au ministère du travail.

L'observatoire national de la démographie médicale des professions de santé remarque ainsi que la médecine du travail est l'une des spécialités pour lesquelles les écarts entre les sources sont les plus importants, ce qui apparaît paradoxal, s'agissant d'une profession salariée et réglementée. Les statistiques du Conseil de l'Ordre faisaient ainsi état de 6089 médecins du travail inscrits au premier janvier 2006 comme spécialistes ayant une activité régulière et de 1866 médecins généralistes reconnus comme compétents en médecine du travail, soit un total de 7955 médecins au total, dont tous n'exercent pas à temps plein. Les premiers résultats provisoires de l'enquête menée en 2007 par le service de l'inspection médicale répertorient 8306 contrats de médecins du travail (contre 7161 lors de la dernière enquête en 2001, ce qui représenterait un accroissement significatif des ressources humaines).

Plutôt que de remettre en cause l'organisation de la médecine du travail (démarche qualitative), la France a privilégié l'organisation de modes de recrutements alternatifs (démarche quantitative). Deux voies latérales d'accès ont ainsi été ouvertes à titre transitoire:

- i) un dispositif de **régularisation** des médecins qui exerçaient dans les services médicaux du travail sans posséder les titres requis : ce dispositif reposant sur une formation non diplômante a été initié par la loi du 1er juillet 1998 et reconduit par la loi du 17 janvier 2002 de modernisation sociale ; pour être régularisés les médecins concernés devaient avoir satisfait avant la fin de l'année universitaire 2003-2004 à des épreuves de contrôle de connaissances après avoir suivi un enseignement théorique ad hoc ; environ 1 300 médecins en ont bénéficié entre 1998 et 2004⁴³.
- ii) un dispositif de **reconversion** destiné aux médecins ayant exercé au moins pendant cinq ans : ce dispositif reposant sur l'ouverture d'une nouvelle voie de formation diplômante a été mis en place par la même loi du 17 janvier 2002 pour une durée de cinq ans ; les médecins concernés pouvaient se voir délivrer une capacité en médecine de santé au travail et de prévention des risques professionnels à l'issue d'une formation spécifique, d'une durée de deux ans, comprenant une partie théorique et une partie pratique en milieu de travail ; la formation a en fait été mise en place à partir de l'année universitaire 2003-2004 et a proposé 184 postes annuels sur 3 années universitaires ; au total quelque 300 titulaires d'une capacité devraient s'ajouter aux diplômés issus du dispositif de formation de droit commun.

S'ils ont pu à court terme apporter un certain soulagement aux services de santé au travail (du moins pour le dispositif de reconversion puisque le premier dispositif ne faisait que régulariser des situations de fait), **ces dispositifs n'ont en rien résolu le problème structurel de raréfaction de la ressource en médecine du travail, qu'ils sont au contraire susceptibles d'avoir accentué à long terme.** En effet, l'ouverture de ces voies

⁴² celle-ci procède périodiquement, mais non sur une base régulière, à un recueil d'information auprès des médecins du travail.

⁴³ Chiffres figurant dans le rapport 2005 de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé

exceptionnelles d'accès a troublé les modes de recrutement habituel de la médecine du travail et diminué leur attractivité relative :

- i) l'internat a été dévalorisé par l'ouverture de voies de contournement pour accéder à la médecine du travail à travers les plans successifs de régularisation : en validant a posteriori l'exercice sans titre de la médecine du travail, ces plans ont encore diminué l'attractivité pour les étudiants d'une spécialité qui connaissait déjà des problèmes de recrutement ;
- ii) pour les médecins en exercice, la mise en place du dispositif de reconversion exceptionnel a découragé les candidatures au concours spécial d'accès à la médecine du travail : la préparation à la capacité était accompagnée de dispositions financières plus intéressantes que le concours spécial⁴⁴ alors que le statut et la rémunération d'interne attachés à ce dernier sont peu intéressants pour des médecins en activité. L'évolution des candidatures au concours spécial qui, depuis 2001, sont en nombre inférieur à celui des postes offerts témoigne de la désaffection pour un mode de recrutement qui devrait toutefois retrouver son intérêt avec l'achèvement des modes de recrutement latéraux.

3.2.3 Des perspectives encore assombries par l'insuffisance des ressources enseignantes.

La situation démographique est tout aussi préoccupante du côté des enseignants en médecine du travail. La sous-section médecine et santé au travail du Conseil national des universités comprend 55 enseignants chercheurs titulaires (28 PU-PH et 27 MCU-PH).⁴⁵ Les effectifs ont connu au cours de la dernière décennie une phase de régression importante qui n'a pas encore été intégralement compensée (voir annexe).

L'effectif global de la discipline (PU-PH, MCU-PH et AHU) se répartit comme suit :

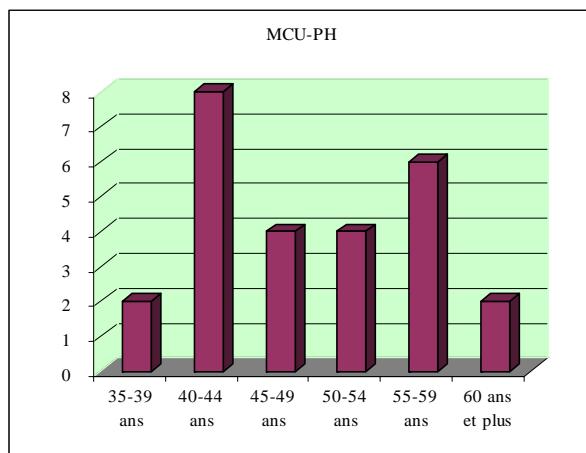
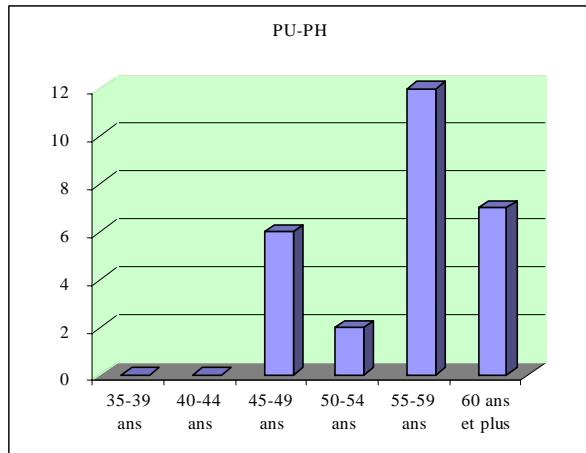
	PU/PH	MCU/PH	AHU	TOTAL
1998	33	25	22	80
2007	29	26	20	75
Ecart	- 4	+ 1	- 2	- 5

Source CNU au 01/09/07

⁴⁴ Pour les candidats à la reconversion préparant la capacité l'article L. 241-6-1 du code du travail prévoyait qu'« au titre de cette formation, chaque médecin peut bénéficier d'une indemnité liée à l'abandon de son activité antérieure, d'une garantie de rémunération pendant la période de formation et d'une prise en charge du coût de celle-ci. Le financement de ces dispositions est assuré par des concours des organismes de sécurité sociale et une participation des services médicaux. »

⁴⁵ Effectifs au 24 janvier 2007 communiqués par la direction générale des ressources humaines du ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche

Il n'y a eu aucun développement et les perspectives de départs laissent craindre une situation critique si la transition n'est pas assurée : 19 professeurs atteindront l'âge de 65 ans d'ici 2017⁴⁶; ce sera également le cas de 8 maîtres de conférences. Au total c'est donc près de la moitié de l'effectif enseignant qui est à renouveler à horizon de 10 ans.



Histogrammes réalisés par le bureau DGRH A1-1

Si le Plan Santé au travail adopté en 2005 avait pour ambition de redresser la situation, la mise en œuvre s'écarte des objectifs alors assignés. Le plan prévoit en effet « *d'améliorer la situation, sur le plan hospitalo-universitaire des disciplines concernées et, en premier lieu, de la médecine du travail, de sorte que les activités d'enseignement ainsi que les activités cliniques et de recherche, répondent aux besoins sur l'ensemble du territoire* ». Il fixe des objectifs précis en la matière : « ...à court terme, le maintien des effectifs hospitalo-universitaires est une nécessité. A moyen terme, la création de 10 à 15 nouveaux emplois hospitalo-universitaires constitue un objectif minimum. Ces emplois devront être affectés en priorité à des pôles interrégionaux spécialisés en médecine du travail et disposant des moyens de développer une activité de recherche indispensable ainsi qu'un enseignement de haut niveau». Dans la pratique ces objectifs semblent avoir été perdus de vue. Ainsi, certaines

⁴⁶ 1 'échéancier prévisible au niveau des professeurs est le suivant : 2 en 2008, 1 en 2009 et en 2010, 2 en 2011, 1 en 2012, 2 en 2013, 4 en 2014, 4 en 2015, 1 en 2016, 1 en 2017. Au niveau des maîtres de conférence : 1 en 2009, 2012, 2013, 2014, 2 en 2015, 2 en 2016

facultés n'ont plus aucun enseignant en médecine du travail, d'autres fonctionnent avec un seul enseignant non titulaire. Le renforcement des effectifs, de nature à permettre un meilleur ajustement lors de la période de renouvellement du corps enseignant qui s'annonce, n'a pas eu lieu.

L'enjeu stratégique qui s'attache au renouvellement des ressources enseignantes en médecine du travail est évident mais n'est pas pris en compte dans la procédure annuelle de révision des effectifs. Plusieurs facteurs s'opposent à faire de la médecine du travail une priorité dans le cadre de cette procédure. En premier lieu, plusieurs plans d'action en matière sanitaire conduisent à des priorités concurrentes s'agissant des renouvellements de postes. Par ailleurs, lorsqu'un emploi budgétaire se libère, les différentes spécialités peuvent se trouver en concurrence pour le pourvoir. Or, la mission a acquis la conviction à l'occasion de ces différents entretiens que le plan santé au travail et la médecine du travail ne se voient pas conférer la même priorité par la communauté médicale et universitaire qui, en réalité, détermine l'affectation des postes. L'initiative en matière de révision des effectifs est en effet essentiellement locale. Ce sont les doyens et les directeurs généraux des CHU qui fixent avec les conseils d'unité de formation et de recherche (UFR) et les commissions médicales d'établissement (CME) les priorités en matière de créations et de transformations d'emplois, en tenant compte du vivier. Les cabinets ministériels effectuent les ultimes arbitrages. Il est arrivé que l'intervention du ministre chargé du travail lui-même ait été nécessaire pour permettre de préserver un poste d'enseignant chercheur en médecine du travail.

Au total, le manque de transparence, le traitement au cas par cas, en fonction des rapports de force et des influences entre universitaires, doyens, élus, cabinets ministériels, caractérisent une procédure qui ne s'inscrit pas dans une stratégie organisée et rationnelle de renouvellement des effectifs enseignants, dans le cadre de laquelle l'Etat pourrait faire prévaloir l'intérêt général.

3.3 Un manque d'outils et de connaissances.

3.3.1 *Un manque d'outils pour la pratique professionnelle.*

Toutes les spécialités médicales élaborent leurs propres référentiels (guides de bonnes pratiques) selon les méthodes définies par la Haute Autorité de santé (HAS) telles que les conférences de consensus, les consensus formalisés... Ils prennent la forme de recommandations pour le praticien et sont destinés à homogénéiser les pratiques professionnelles. Ces recommandations servent de base à la démarche d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) obligatoire pour tout médecin. Elles sont émises en fonction des données scientifiques disponibles et des principes de la médecine basée sur des preuves (evidence-based medicine). Pour être labellisées par la HAS, elles doivent obéir à des critères précis, un de ces critères étant la réactualisation périodique.

La médecine du travail ne dispose pas d'outils de même nature et s'appuie sur une méthode qui ne lui permet pas d'assurer une pratique scientifiquement fondée. Le référentiel disponible est en effet constitué d'instructions techniques élaborées par des groupes d'experts placés sous l'égide de la direction générale du travail pour le suivi médical des travailleurs exposés à certains risques spécifiques. Les instructions sont entérinées par le Conseil supérieur de prévention des risques professionnels et inscrites dans la réglementation du code du travail. Cette méthode de travail présente plusieurs faiblesses :

- i) si ces textes assurent bien l'homogénéité de la surveillance médicale des travailleurs visés, ils n'ont pas de réactualisation suffisamment régulière pour bénéficier du progrès des connaissances scientifiques (ainsi, l'instruction technique de suivi des salariés exposé au risque de cancer de la vessie datant d'avril 1985 n'a pas été réactualisée, pour ne pas citer des exemples plus caricaturaux datant des années 50) ;
- ii) surtout, cette approche qui était justifiée il y a quelques années en l'absence de méthodologie alternative, ne répond plus aux exigences modernes de rédaction de guides de bonnes pratiques pour l'exercice médical, exigences définies successivement par l'Agence nationale d'évaluation et de santé (ANAES) puis par la HAS. Par conséquent les éléments clés de l'exercice du médecin du travail aussi bien lors de son action en milieu de travail que lors de son activité au cabinet médical, (par exemple la délimitation exacte du champ de la surveillance médicale renforcée et les modalités du suivi médical en termes de périodicité et d'examens complémentaires) ne reposent sur aucun critère scientifique.

La mission a cependant noté qu'une évolution se dessine vers l'adoption de méthodes d'élaboration de référentiels conformes aux exigences méthodologiques actuelles :

- i) depuis une quinzaine d'années, des travaux se sont développés en santé au travail : guide sur l'aptitude des salariés en état de handicap, fichier actualisé des situations de travail dans le BTP, conduite à tenir lors du retour au travail d'un travailleur sous traitement substitutif pour addiction. Ils sont menés par des groupes de travail de médecins regroupés au sein d'associations (Cinergie, Groupement multidisciplinaire des médecins du bâtiment..) ou au sein de sociétés régionales de médecine du travail ou d'instituts régionaux de médecine du travail. Bien que méthodologiquement correctement conduits, ils ne réunissent cependant pas l'ensemble des critères exigés pour la labellisation de la HAS ;
- ii) en 1999, pour faire face à la forte demande sociale sur l'amélioration du dépistage des maladies dues à l'amiante, une conférence de consensus consacrée au contenu du suivi médical des salariés exposés ou ayant été exposés à cette nuisance a livré des recommandations labellisées par l'ANAES. Depuis, d'autres recommandations ont été élaborées par la Société française de médecine du travail (recommandations sur le suivi des femmes exposées à des reprotoxiques)
- iii) plus récemment, sous la triple pression des praticiens de la santé au travail conscients de l'obsolescence de leurs référentiels réglementaires, du service de l'inspection médicale du travail et des scientifiques de la discipline et sur le constat des avancées internationales dans ce domaine (cf annexe), un programme de travail a été mis en place : la thématique « santé au travail » figure dans la programmation des actions de la HAS pour 2007, en particulier dans le champ du suivi médical des travailleurs exposés à des substances ou à des procédés cancérogènes.

La construction d'un référentiel : l'exemple des poussières de bois

Des recommandations sur le contenu du suivi médical des travailleurs du bois exposés à des poussières de bois cancérogènes pour les sinus de la face sont en cours d'élaboration suivant la méthode de consensus formalisé de la HAS ; plusieurs sociétés savantes sont impliquées dans le groupe de pilotage : Société Française de Médecine du Travail, Société Française d'ORL, Société Française de Cancérologie, Société Française de Santé Publique. La procédure qui fait appel à trois groupes distincts : groupe de pilotage, groupe de cotation et un groupe de lecture nécessite un investissement non négligeable en temps d'expertise et un calendrier de l'ordre de 18 mois

La mission a cependant pu constater que les moyens dégagés restent notoirement insuffisants eu égard aux besoins de la profession.

3.3.2 Les limites de la formation des professionnels de la santé au travail.

Le constat selon lequel la formation initiale des médecins ne répond pas suffisamment aux enjeux de la santé au travail est largement partagé :

- i) c'est d'abord le cas pour ceux qui se destinent à l'exercice de la médecine du travail : les lacunes les plus fréquemment citées concernent la connaissance de l'entreprise, la place du médecin du travail, les contraintes psychologiques et organisationnelles du métier, la formation à la conduite de projet ; par ailleurs, plusieurs des médecins rencontrés par la mission ont indiqué qu'ils avaient dû suivre des formations complémentaires en toxicologie, épidémiologie, biostatistiques
- ii) c'est aussi le cas pour les autres médecins, qui peuvent être confrontés dans leur exercice à des pathologies susceptibles d'impliquer des facteurs d'origine professionnelle et ne bénéficient pas dans leur formation initiale d'une sensibilisation suffisante à cette dimension de leur pratique médicale. Une étude du Collège des enseignants hospitalo-universitaires de médecine du travail (CEHUMT)⁴⁷ portant sur 35 facultés de médecine françaises (soit 95 % des facultés) révèle que la durée moyenne d'enseignement théorique de la médecine du travail délivré aux étudiants en deuxième cycle des études médicales est en moyenne de 9 heures, avec des extrêmes de 2 à 18 heures. L'assiduité des étudiants est également fluctuante, si bien qu'environ 30 % des étudiants arrivent en fin de cursus sans avoir reçu le moindre enseignement de médecine du travail.

La formation continue constitue également un enjeu essentiel, compte tenu de l'évolution incessante des modes de production et des organisations, donc des risques, ainsi que de l'émergence des missions de santé publique de la médecine du travail. L'offre et son organisation sont actuellement en cours de mise en place, comme pour les autres spécialités médicales.

⁴⁷ JF Gehanno, D Choudat, JF Caillard : Enseignement de la médecine du travail au cours du deuxième cycle des études médicales en France ; Archives des Maladies professionnelles , 2005

L’implication croissante d’autres professionnels que les médecins n’a pas encore reçu de réponse satisfaisante s’agissant de la formation. Ainsi, l’apport qu’un personnel infirmier spécialisé en santé au travail pourrait représenter pour la médecine du travail ne fait pas encore l’objet d’une réponse adaptée de l’appareil de formation. Si la réglementation a prévu la fonction d’infirmier d’entreprise, elle n’a pas fixé d’autres exigences, pour l’exercice de cette fonction, que la possession du Diplôme d’Etat. Or, une spécialisation intégrant la prévention et le suivi de la santé au travail paraît nécessaire. Plusieurs universités se sont réunies depuis 1994 pour proposer une formation d’infirmier en santé au travail dénommée « Diplôme inter-universitaire de santé au travail (DIUST) » (cf. annexe), mais sa validation n’est pas une condition d’exercice.

Enfin, il manque une offre de formation adaptée pour accompagner l’évolution du management des SST dont les directeurs doivent passer d’une gestion des plannings des visites médicales à la mise en œuvre d’une stratégie de prévention collective des risques.

3.4 De nombreux obstacles pour mettre la médecine du travail au service de la santé publique.

La nécessité d’associer la médecine du travail à la politique de santé publique apparaît aujourd’hui évidente, tant les conditions et l’environnement de travail sont des déterminants structurants de l’état de santé de la population. L’intensification du travail, les nouveaux risques comme le stress, les troubles musculo-squelettiques (TMS) - notamment du fait du vieillissement de la population active -, les risques différés, renforcent encore cette exigence.

L’émergence retardée de nouvelles pathologies liée à des expositions anciennes à des produits dont la toxicité n’avait pas été appréhendée appelle également une implication de la médecine du travail dans la veille sanitaire.

Il existe donc des enjeux de santé publique spécifiques au monde du travail qui exigent, pour y faire face de façon optimale, d’assurer la traçabilité des expositions aux risques, le suivi des salariés dans le temps et d’un emploi à l’autre, la veille sanitaire.

3.4.1 Un suivi individuel qui manque de continuité

3.4.1.1 Une traçabilité des expositions aux risques mal assurée.

Le système d’information et l’organisation nécessaires pour améliorer la traçabilité des expositions et le suivi des travailleurs restent pour l’essentiel à construire. En effet, les systèmes d’information existants ne permettent pas aux médecins du travail et aux médecins traitants de connaître facilement l’historique de l’exposition aux risques d’un travailleur. Si celui-ci peut informer les professionnels de santé sur son parcours professionnel, cela ne suffira pas toujours pour répertorier avec précision les risques auxquels il a été exposé, surtout dans le cas des pathologies qui ont un effet différé important. Par ailleurs, les dispositions relatives à l’organisation du dossier médical personnel (DMP) qui excluent la médecine du travail vont à l’encontre de l’objectif de traçabilité des expositions professionnelles. Si l’on peut expliquer les préoccupations qui ont pu conduire à ne pas autoriser le médecin du travail à accéder aux données que ce dossier contient, l’impossibilité pour le médecin du travail de le renseigner n’est guère compréhensible ; ces renseignements permettraient aux médecins de

ville qui ne disposent ni de la formation, ni des informations, d'évoquer plus facilement une étiologie professionnelle de leur diagnostic et donc les réponses à apporter.

Enfin, les médecins du travail ont rarement connaissance des arrêts de travail, excepté dans certains services autonomes alors que cette information pourrait constituer un indicateur utile pour orienter leur action et améliorer le suivi de certains salariés potentiellement en difficulté.

3.4.1.2 Des obstacles à un suivi médical coordonné

Cette difficulté est renforcée par les obstacles à l'insertion de la médecine du travail dans le système de soins et le cloisonnement relatif qui la caractérise encore. La mission a pu constater sur le terrain que les relations avec l'hôpital et la médecine de ville, peu formalisées, restent en effet inégales :

- i) la connaissance et l'utilisation des services de consultation spécialisés en pathologie professionnelle par les médecins du travail varient fortement d'une région à l'autre, pour ne pas parler des régions dans lesquelles ce service n'existe pas ou est embryonnaire ; la mission a pu visiter des SST dont aucun médecin n'avait jamais adressé un patient vers l'hôpital ; il est vrai que la mission n'a pas trouvé trace de lignes directrices à l'intention des médecins permettant d'objectiver et d'homogénéiser les circonstances dans lesquelles le recours à ces services serait indiqué. Surtout, ces services semblent souffrir d'un défaut de reconnaissance au sein même de l'hôpital, même si, bien entendu, cela n'est jamais explicite ; cette situation est d'autant plus regrettable que le réseau de veille et de prévention des pathologies professionnelles offre des perspectives prometteuses.
- ii) les relations de la médecine du travail avec la médecine de ville manquent encore souvent de fluidité. L'échange d'information reste difficile faute de support partagé entre les différents professionnels (qu'aurait pu offrir le DMP). Mais ces difficultés reflètent également le manque de culture commune entre professionnels de santé et le maintien chez certains d'une défiance vis-à-vis de la médecine du travail, qu'ils perçoivent comme médecine patronale dont la finalité essentielle est la délivrance d'un avis d'aptitude au travail.
- iii) les dispositions relatives à la réparation des risques professionnels n'associent pas systématiquement la médecine du travail ; la lecture du code de la sécurité sociale est à cet égard instructive, puisque celui-ci n'exige pas la consultation ou l'information du médecin du travail par la branche accident du travail et maladies professionnelles (AT-MP) de la sécurité sociale, mais seulement de l'inspecteur du travail compétent pour l'entreprise concernée. L'avis du médecin du travail est par contre demandé lors des déclarations soumises au Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP).

3.4.2 Une insertion difficile dans le dispositif de veille sanitaire.

La première difficulté pour associer la médecine du travail à la veille sanitaire tient à la relative marginalisation de cette activité dans son organisation même. Certes, le code de la santé publique prescrit aux médecins du travail de transmettre à l'InVS les informations que celui-ci requiert. Mais la veille sanitaire peine à trouver sa place dans le quotidien des SST. En effet, la circulation d'application du décret d'août 2004 la confine à la catégorie des activités dites « connexes », ce qui ne permet pas d'en faire une priorité pour les SST dans la

plupart des cas. La veille est ainsi instituée comme une activité secondaire et séparée, qui n'est pas alimentée par l'action en milieu de travail et l'activité clinique, ni guidée par elles. Autrement dit, il n'y a pas de synergie.

Il faut dire que les informations produites en routine par la médecine du travail ne sont pas adaptées aux besoins des agences de sécurité et veille sanitaire. Ainsi, faute d'une nomenclature et d'un contenu médical normalisés et en l'absence de synthèse exploitable, les informations issues des dossiers médicaux tenus par médecins du travail ne sont pas utilisables par les agences sanitaires.

Des nomenclatures à harmoniser

La plupart des Services de Santé au Travail ont informatisé le dossier médical des salariés : parmi les données qui y sont notées figurent trois catégories d'information qui pourraient être exploitées pour la mission de veille sanitaire de la médecine du travail: sont ainsi répertoriés les métiers et postes de travail, les expositions aux nuisances professionnelles et les données de santé ; mais les logiciels de dossiers médicaux du travail disponibles sur le marché utilisent des thesaurus qui sont davantage basés sur un objectif de gestion du risque, en classant par exemple les nuisances selon les textes réglementaires de prévention concernés que sur un objectif de veille sanitaire.,

Pour sa part, le Réseau National de Vigilance des Pathologies Professionnelles (RNVPP) basé sur les structures hospitalières de pathologie professionnelle, utilise, du fait de sa mission de veille, un thesaurus de nuisances très ouvert, basé sur la nomenclature européenne des nuisances professionnelles ; les thesaurus « nuisances », « maladies » et « métiers » et « branches d'activité professionnelle » sont harmonisés avec ceux utilisés par la CNAM-TS.

De plus, l'environnement de la médecine du travail ne rend pas toujours aisée son implication dans la veille sanitaire :

- i) il faut parfois compter avec les réticences des employeurs, qui ne perçoivent pas tous l'intérêt d'une telle activité, sans bénéfice direct pour l'entreprise et ses salariés. Certains en redoutent les conséquences, au cas où les résultats mettraient en évidence des difficultés imputables à l'entreprise. De même, parfois, les exigences méthodologiques de certaines agences ou organismes de recueil entraînent un rejet de la part des entreprises ;
- ii) les médecins du travail n'ont pas nécessairement la formation, les outils méthodologiques, ni la disponibilité en temps pour s'imposer comme de véritables partenaires ;
- iii) l'architecture du dispositif manque de lisibilité pour les acteurs de terrain. La répartition théorique des compétences entre l'AFSSET et l'InVS, confiant à l'une la veille sur les risques et à l'autre celle sur les populations, n'est pas toujours évidente en pratique : le pilotage du réseau national des services de veille et de prévention des pathologies professionnelles (RNVPP) permettant une meilleure connaissance des risques et des pathologies engendrées, confié à l'AFSSET, l'illustre. Cette situation nuit à la crédibilité et à la lisibilité du dispositif auprès des opérateurs de terrain ;
- iv) les autorités de tutelle et les agences sanitaires n'ont pas totalement clarifié leurs attentes à l'égard de la médecine du travail : pour certains, la médecine du travail doit se

consacrer aux risques auxquels sont exposés les salariés en milieu de travail ; pour d'autres, la médecine du travail doit aussi constituer un relais pour des actions de santé publique thématique, par exemple en matière de nutrition ou de tabagisme, en mettant à profit sa proximité et son contact régulier avec la population au travail.

3.5 Un déficit de pilotage stratégique.

3.5.1 *Les outils techniques et juridiques du pilotage sont très insuffisants.*

Le système d'information sur lequel repose le pilotage de la médecine du travail présente d'importantes carences. Les données disponibles sont à la fois partielles, hétérogènes et aléatoires, de l'aveu même des services qui en assurent la gestion. La mission n'a pu que constater l'absence d'éléments fiables sur des questions aussi élémentaires et stratégiques que le nombre de médecins du travail en exercice, le nombre et l'évolution des visites médicales, ou le temps consacré à l'action en milieu de travail.

Le préalable à tout pilotage efficace que constituent la connaissance de l'activité des SST et son analyse n'est donc pas satisfait. Cette situation résulte de carences tant dans la conception des outils que dans leur exploitation. Une illustration flagrante en est fournie par les rapports d'activité médicale, qui sont, avec les rapports administratifs et financiers des services, au centre du système d'information.

i) la conception se caractérise par un certain flou :

L'hétérogénéité et le caractère aléatoire des données fournies découlent inévitablement d'un système fondé sur les déclarations individuelles de plus de 6000 médecins, dont la disponibilité, et la motivation varient vis-à-vis d'un tel exercice que chacun appréhende à sa manière. Le format des rapports est peu adapté à une exploitation efficace : la juxtaposition des commentaires libres sollicités des médecins ne fournit pas une vision synthétique utilisable en termes de pilotage et ces commentaires, quel qu'en soit l'intérêt, ne sont souvent pris en compte que de façon anecdotique. Enfin le modèle de rapport en vigueur en 2007 n'a pas encore intégré les apports de la réforme et se réfère à des notions juridiquement obsolètes depuis plusieurs années. Ces difficultés reflètent de façon plus générale l'absence d'objectifs clairs impartis au système d'information et de pilotage. C'est ainsi que le groupe de travail mis en place par le service de l'inspection médicale au niveau central pour définir un nouveau modèle de rapport d'activité médicale a débouché sur une impasse, faute de consensus sur les fonctions de ce rapport : mesure du travail et de l'activité des services de santé au travail, outil d'information sur l'évolution des risques, production de données à caractère épidémiologique...

ii) le mode d'exploitation des données accroît encore les aléas

L'exploitation des rapports médicaux s'effectue sur la base d'un échantillon au dixième dans des conditions pour le moins artisanales qui ne permettent pas de garantir un minimum de fiabilité. Ainsi les données circulent sous forme papier et font l'objet de plusieurs saisies manuelles successives : une première mise en forme des données est effectuée au niveau des services de santé au travail par les médecins du travail ou leur secrétariat et transmise aux DRTEFP où les informations sont ressaïssies par les médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main d'oeuvre et/ou leurs collaborateurs ; enfin, une troisième exploitation manuelle a lieu au niveau de la DGT par le service de l'inspection médicale. Par ailleurs la

représentativité de l'échantillon d'exploitation des rapports n'est pas assurée, aucune procédure autre qu'aléatoire n'étant prévue, ce qui n'est pas satisfaisant sur des effectifs aussi restreints que les SST à l'échelle régionale, d'autant plus que l'échantillon n'est pas le même d'une année à l'autre ;

Par ailleurs, le cadre juridique ne fournit pas aux services de l'Etat les moyens adaptés pour conduire une politique fondée sur des objectifs de santé au travail et plus seulement des indicateurs de moyens et d'activité. Le DRTEFP ne peut que s'appuyer sur ses capacités de persuasion et de pédagogie face aux pesanteurs historiques et culturelles, qui font obstacle à l'évolution du dispositif de santé au travail. Certes, la DGT recommande aux services déconcentrés de recourir à la contractualisation avec les SST pour définir des objectifs communs. Mais les moyens pour conduire une telle démarche font actuellement défaut. En effet, les directions régionales ne disposent d'aucune base juridique pour amener les SST à contractualiser avec elles : d'abord parce que ces derniers n'y trouveraient aucun avantage concret en l'absence de contrepartie constituant une incitation positive ou négative ; ensuite parce que, en l'absence de détermination préalable des besoins en médecins du travail, les DRTEFP ne peuvent refuser l'agrément que dans l'hypothèse d'un manquement objectif à une exigence réglementaire, dont aucune n'a réellement une portée stratégique ou programmatique. On peut d'ailleurs s'interroger sur la possibilité de développer une démarche contractuelle, qui suppose une négociation entre partenaires, tout en maintenant une procédure régaliennes d'agrément, qui procède d'une approche très différente des relations entre administration et administrés.

Les dispositions relatives au pilotage de la médecine du travail restent en effet marquées par une logique réglementaire et quantitative. Il faut y voir l'origine des difficultés pour promouvoir une toute autre approche de la santé au travail. Celle-ci ne peut prendre corps qu'en s'appuyant sur une organisation, des ressources, des formations et un cadre juridique adaptés, qui font défaut aujourd'hui. Il convient, en particulier, de tenir compte de l'insécurité juridique qui pourrait résulter pour toutes les parties prenantes, de la DRTEFP aux médecins en passant par les SST eux-mêmes, de démarches expérimentales conduites sans base juridique puisque la contractualisation n'apparaît dans aucun autre document que la circulaire d'application du décret d'août 2004. Dans ce contexte, il n'est pas surprenant de constater que **les expériences de contractualisation restent marginales**, deux ans après la publication de la circulaire incitant les directions régionales à y avoir recours. Des démarches innovantes sont constatées ici et là, qui se développent en marge du cadre légal, parfois avec le consentement tacite d'une administration convaincue de leur intérêt mais qui ne peut juridiquement les valider.

Même rénovée, la procédure d'agrément peine à dynamiser l'offre de santé au travail. Les DRTEFP s'accordent sur le progrès que constitue la mise en place d'une procédure d'agrément provisoire d'un an, se substituant à l'alternative du « tout ou rien » antérieur, dont l'IGAS avait dénoncé le caractère irréaliste et peu opérationnel. Cette procédure, qui permet de faire pression sur un service donné pour exiger des ajustements de moyens ou d'organisation, s'avère toutefois insuffisante pour appuyer la politique des directions qui se sont lancées dans une réflexion plus large sur l'organisation de la médecine du travail au niveau régional, par exemple en matière de couverture géographique ou de compétences disponibles. En particulier la durée d'agrément d'un an non renouvelable s'avère inadaptée pour faire face aux opérations d'ampleur que supposent de telles restructurations.

Les problèmes de mise en œuvre d' une politique de restructuration : un exemple en Poitou-Charentes

La DRTEFP de Poitou-Charentes poursuit un projet de regroupement des 4 services interentreprises existant en Charente Maritime. Les recouplements géographiques entre ces services provoquent une concurrence sur les coûts préjudiciable à la qualité du service rendu et leur faible taille ne leur permet pas de réunir les moyens et compétences pluridisciplinaires nécessaires à la mise en œuvre de la réforme. La DRTEFP les a réunis et a posé un principe de regroupement et de non superposition. Un agrément provisoire d'un an a été accordé à chacun d'entre eux pour organiser ce regroupement. Les 4 services et les organisations syndicales sont d'accord sur le principe d'un service unique, mais les discussions traînent sur les modalités : absorption, fusion ou création d'une entité nouvelle. L'organisation des transferts financiers, de patrimoine, de personnel, la gestion des inévitables problèmes de personnes demandent du temps et ne seront pas résolues en un an...mais l'agrément provisoire ne peut être renouvelé et l'octroi d'un nouvel agrément pour 5 ans risquerait, en relâchant la pression, de bloquer la dynamique enclenchée. Disposant comme seul outil d'une procédure individuelle, dont la flexibilité insuffisante risque de se retourner contre elle, la DRTEFP se sent démunie pour mettre en œuvre une politique dont la pertinence n'est pourtant ni contestable ni contestée.

Au total, les expériences positives dont la mission a pu avoir connaissance ont toujours été le résultat de contextes locaux particuliers ayant permis la réalisation de projets dans les interstices de la réglementation.

3.5.2 Des objectifs sanitaires encore peu intégrés.

Le fonctionnement de la médecine du travail n'est pas suffisamment guidé par des objectifs sanitaires. La démarche des différents plans régionaux de santé (santé publique, environnementale et santé au travail) est en elle-même une incontestable avancée dans la formalisation d'objectifs. Cependant, outre que les plans régionaux de santé au travail tardent à être adoptés dans toutes les régions, leurs objectifs n'ont pas été suffisamment intégrés dans les SST dont l'activité demeure dominée par l'accomplissement de leurs obligations réglementaires. Les acteurs de la santé au travail continuent à raisonner en termes de moyens, de procédures (nombre de salariés par médecin, examens médicaux,...), plutôt qu'en fonction d'objectifs sanitaires à satisfaire.

Il est d'ailleurs remarquable que les textes soient silencieux sur les missions des SST. Ils évoquent avec précision les obligations du médecin du travail, les seuils d'activité que celui-ci ne doit pas dépasser, mais ne précisent pas quelle est la finalité des SST. Autrement dit, au sens du code du travail, les SST ne sont guère plus qu'une réunion de moyens. Pour reprendre l'expression d'un des interlocuteurs de la mission, « *il n'y a pas de raison sociale des services de santé au travail* ». Certes, l'institution par la réforme des commissions médico-techniques a permis de faire un pas dans cette direction. Cependant, outre que cette instance paraît fonctionner de façon inégale d'un SST à l'autre, son activité ne s'inscrit que rarement dans le cadre d'une démarche stratégique formalisée au service d'objectifs de santé. Il n'y a donc pas de réelles priorités collectives qui s'imposent aux personnels médicaux, paramédicaux et pluridisciplinaires, faisant l'objet d'un suivi dans la mise en œuvre, de mesure des résultats et de comptes-rendus.

Enfin, la structuration de l'offre de santé au travail, qu'il s'agisse par exemple des compétences à réunir ou de la couverture optimale du territoire régional, ne fait pas l'objet d'orientations. Ainsi, en matière de pluridisciplinarité, aucune indication n'est donnée sur les compétences minimales qu'un SST doit réunir ou pouvoir se procurer. Il n'y a pas non plus de doctrine explicite sur le traitement des problèmes de concurrence entre les SST sur un même territoire, ni sur l'éventuelle taille critique que les SST devraient atteindre. Or, l'évolution de la médecine du travail requiert des moyens plus importants, que peinent à réunir les services de faible dimension. C'est le cas pour mettre en place la pluridisciplinarité, pour participer à la veille sanitaire, pour définir des démarches épidémiologiques. Par ailleurs, les contraintes de coûts appellent une réflexion sur la mutualisation des moyens pour favoriser les économies d'échelle. Il ne s'agit pas de formater ces éléments au niveau national car des réponses différentes peuvent s'avérer pertinentes d'une région à l'autre. En revanche, il serait sûrement utile de favoriser l'émergence d'éléments de doctrine et d'analyse économique dans ces matières.

3.5.3 L'animation régionale est très inégale.

La mission a pu constater qu'un pilotage efficace de la médecine du travail suppose la collaboration au niveau régional entre les services de l'Etat, les partenaires sociaux et les structures hospitalo-universitaires. L'implication de ces différents partenaires est en effet nécessaire au fonctionnement dynamique des SST : une participation à des activités de recherche et de veille sanitaire, des pratiques innovantes, une planification stratégique, sont des éléments positifs, susceptibles de valoriser l'action des médecins du travail. Une telle situation ne peut qu'être bénéfique à la mobilisation des caisses régionales d'assurance maladie, du réseau de l'ANACT et de l'OPPBTP, ainsi que des collectivités locales. Au total, c'est une dynamique collective qui se met en place autour d'objectifs partagés, chacun apportant sa contribution. En revanche, lorsque les concurrences sont vives, par exemple sur la fixation des cotisations, et non régulées par les autorités compétentes, que la DRTEFP ne joue pas son rôle de pilote, que le pôle universitaire est défaillant ou absent, les partenaires sociaux peu impliqués, l'efficacité du dispositif s'en ressent : les médecins du travail sont livrés à eux-mêmes, manquant de référent scientifique et d'orientations stratégiques. La réduction des coûts tend à devenir le seul outil de pilotage des SST, au détriment des priorités de santé au travail.

Les régions visitées par la mission illustrent cette diversité des situations et dynamiques régionales. Ainsi, en Nord-Pas-de-Calais, la DRTEFP peut s'appuyer sur un pôle universitaire dynamique et des partenaires sociaux ainsi que des collectivités locales très impliquées qui lui ont permis de se saisir de la réforme et de proposer des démarches innovantes à la direction générale du travail et à ses partenaires locaux (cf. annexe). En région Ile-de-France, la DRTEFP a su prendre la direction d'une démarche stratégique attendue par les SST les plus impliqués dans la mise en œuvre de la réforme. Outre la mise en place à titre expérimental du CRPRP, la DRTEFP a promu une « charte de la qualité » pour fédérer les SST les plus impliqués dans l'application de la réforme (cf. annexe).

S'il existe des déterminants culturels et historiques qui expliquent des situations contrastées, la mission retient que l'absence d'espace de dialogue et de pilote clairement identifié est généralement à l'origine de difficultés. Ainsi, en Languedoc-Roussillon, la réforme est passée pratiquement inaperçue, la région cumulant des facteurs défavorables : un tissu de PME peu favorable à l'émergence de dynamiques collectives, un pilotage insuffisant de la DRTEFP qui n'a pas réuni la Commission régionale de médecine du travail (CRMT) depuis 2001, un

enseignement universitaire non assuré, une faible implication des partenaires sociaux (auxquels la mission a même dû exposer la réforme).

L'animation régionale est un des derniers domaines de réforme avec le décret n° 2007-761 du 10 mai 2007 qui institue les comités régionaux de prévention des risques professionnels (CRPRP). Sur ce plan, le contexte institutionnel des années passées n'était pas le plus favorable, du fait de la concurrence, ou de la confusion selon les cas, entre les différentes instances au niveau régional. Ainsi, les observatoires régionaux de la santé au travail (ORST) créés par les partenaires sociaux en application de l'accord interprofessionnel de 2000 ne s'étaient pas substitués, mais ajoutés, aux commissions régionales de la médecine du travail prévues par les textes (CRMT) et présidées par le DRTEFP. La compétence de ces deux instances se recoupaient assez largement, nuisant à la lisibilité et à la dynamique d'ensemble. Les nouveaux CRPRP, qui se substituent à la CRMT, se voient confier une mission générale de concertation de tous les acteurs en matière de prévention en santé et sécurité au travail (circulaire DGT 2007/09 du 8 août 2007) et répondent à une volonté de rationalisation du dispositif, sans que l'on puisse à l'heure actuelle préjuger des résultats d'une telle démarche qui ne suscite pas toujours une adhésion spontanée.

Partie 4 : Moderniser le dispositif de santé au travail pour mieux prévenir les risques professionnels

Selon le diagnostic de la mission, **les réformes engagées dans le domaine de la santé au travail procèdent de principes pertinents**. La priorité donnée à l'action en milieu de travail, l'introduction de la pluridisciplinarité, le rapprochement de la santé publique, contribuent à **inscrire plus fortement la médecine du travail dans une politique de prévention des risques professionnels**, en rupture avec la logique prédictive et réparatrice que représentent le contrôle de l'aptitude et la visite systématique de routine.

Le débat public sur la médecine du travail a tendance à se focaliser sur les questions institutionnelles, relatives à la gouvernance de la médecine du travail. Est plus particulièrement mise en cause la gestion patronale de la médecine du travail, qui limiterait son indépendance. La faiblesse de l'intervention de l'Etat est également soulignée, dans un domaine où sa responsabilité vient d'être clairement réaffirmée par le juge.

Au premier rang des alternatives envisagées, celle d'un **transfert sous gestion publique** de la médecine du travail est notamment préconisée par la mission parlementaire d'information sur les risques et les conséquences de l'exposition à l'amiante. La puissance publique aurait ainsi toute latitude de conformer les priorités, l'organisation et le fonctionnement des services de santé au travail aux objectifs qu'elle aurait définis dans le cadre d'une politique plus générale de santé publique.

Parmi les autres options avancées, celle d'un rattachement de la médecine du travail à la **branche AT-MP de la sécurité sociale** qui couvre les accidents du travail et maladies professionnelles se traduirait par une gestion paritaire de la sécurité sociale. Selon ses défenseurs, une telle configuration devrait permettre de mieux intégrer la perspective de prévention des risques.

La mission n'estime pas devoir se prononcer sur ce débat qu'il appartient au politique de trancher. Quelle que soit la configuration retenue, il lui apparaît en revanche nécessaire de l'aménager de façon à

- Assurer la prise en compte de l'intérêt général en fonction d'objectifs qu'il appartient à la puissance publique de déterminer, puisque la santé au travail est une composante majeure de la santé publique ;
- Mettre en œuvre la responsabilité de l'employeur dans l'évaluation, la prévention et la gestion du risque professionnel ;
- Permettre un contrôle effectif des salariés sur la façon dont est prise en compte leur propre santé ;
- Dépasser la logique du compromis social pour faire prévaloir une véritable démarche de santé ;
- Associer l'ensemble des acteurs de la santé au travail pour faire converger des efforts aujourd'hui trop dispersés et parvenir à une meilleure cohérence dans le traitement de la santé au travail.

Par ailleurs, la mission considère qu'aucune solution institutionnelle ne saurait en elle-même garantir une meilleure efficacité préventive du dispositif de santé au travail qui suppose une mutation importante dans ses modes de fonctionnement pour passer **d'une logique de moyens (la médecine du travail) à une logique de résultats (la santé au travail), de l'accomplissement d'obligations réglementaires à la réponse à des besoins identifiés**. Une telle réponse doit partir d'une analyse rigoureuse du milieu de travail et prendre appui sur des référentiels scientifiques accessibles.

Les propositions qui suivent ont été conçues dans le contexte du déroulement de la mission. Mais elles sont nécessaires et susceptibles de s'adapter dans tous les cas de figure, car elles procèdent d'un objectif qui transcende la question institutionnelle.

Il s'agit en effet de porter à son terme la logique de réforme pour véritablement mettre la prévention collective des risques au centre du dispositif pour mieux préserver la santé des travailleurs.

En outre, la mission propose de **revoir la méthode de la réforme en privilégiant l'expérimentation dans un cadre organisé et négocié**.

Ses investigations sur le terrain l'ont convaincue qu'il existe une vraie capacité d'innovation parmi les services et les acteurs de la santé au travail mais que celle-ci est très inégalement répartie. Les mesures de réforme ont en effet mis en mouvement les services de santé au travail, conduisant certains d'entre eux à développer des démarches intéressantes et novatrices. Le développement de telles expérimentations peut exercer un effet de levier pour faire évoluer le dispositif de santé au travail dans son ensemble, s'il donne lieu à évaluation et mise en commun des meilleures pratiques. A défaut, on peut craindre un étouffement des initiatives dont certaines, bien que conformes à l'esprit de la réglementation, se heurtent à sa lettre, et une embolie progressive du dispositif.

Dans cette perspective, les orientations préconisées par la mission constituent une voie moyenne qui doit être adaptée en fonction de la situation et des spécificités locales, du dynamisme des acteurs, de l'état des relations sociales, de la taille des services et des entreprises et de leur niveau d'engagement dans la dynamique de réforme. Il est notamment évident qu'on ne peut édicter des solutions qui s'appliquent de façon identique à la très petite entreprise et au grand groupe à vocation internationale.

4.1 Mettre la prévention au centre de l'activité des services de santé au travail

4.1.1 Ancrer dans la loi les missions préventives des SST

La création par la loi des services de santé au travail, se substituant aux services de médecine du travail, ne s'est pas accompagnée d'une définition des missions imparties à ces services. Les dispositions de la loi de 1946 relatives à la médecine du travail dont l'objet vise à éviter l'altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail demeurent toujours valides. Mais elles doivent être déclinées dans un nouveau paysage, composé de services dont l'activité ne se résume pas à celle des seuls médecins et précisées en termes d'objectifs opérationnels.

Proposition : donner une définition législative des missions des SST, centrée sur la prévention

Il est donc proposé d'introduire dans la loi une définition des missions des SST pour leur permettre d'ancrer leur activité opérationnelle dans une perspective de prévention.

Au regard des propositions faites par ailleurs sur les outils de la prévention, la définition pourrait comporter deux points essentiels :

- **les SST contribuent à la prévention des risques sanitaires en milieu de travail** et dans cette perspective mettent en œuvre les actions individuelles et collectives de santé au travail prévues dans des plans pluriannuels établis au niveau de chaque entreprise (cf. 4.1.2 ci-dessous)
- **les SST participent à la veille sanitaire pour la population au travail et contribuent au développement des connaissances sur la santé au travail**, dans le cadre des objectifs définis par les politiques de santé publique

4.1.2 Construire un projet préventif de santé au travail au niveau de l'entreprise

L'élaboration d'une politique de santé au travail ne s'arrête pas au cadre national et régional, et doit être déclinée dans l'entreprise, comme le souligne le plan santé travail (2005-2009). La détermination des priorités de santé au travail dans l'entreprise suppose une construction collective, sociale - car elle n'est pas seulement affaire de spécialistes - et experte - faisant appel à l'apport des différentes disciplines, médicales et non médicales - qui devrait pouvoir s'ancrer sur des démarches formalisées à travers un projet de santé au travail de l'entreprise.

Proposition : élaborer pour chaque entreprise un plan pluriannuel de santé au travail

Il s'agit pour la mission d'une **proposition centrale** à laquelle se rattachent la plupart de celles par ailleurs formulées par la mission concernant l'organisation des services, le recentrage de l'activité clinique, la mise en œuvre de nouvelles compétences, jusqu'aux modalités de gouvernance du dispositif lui-même.

Cette proposition prend en compte les initiatives développées par des entreprises pionnières disposant d'un service autonome de santé au travail et s'inspire par ailleurs du dispositif applicable au Québec, en l'adaptant au contexte français. Elle répond à des motivations plurielles :

- **Mieux prévenir les risques susceptibles d'affecter la santé des travailleurs :**

C'est en effet à l'échelle de l'entreprise, du site de production, que les risques sont générés et peuvent être prévenus. Il s'agit donc de partir du risque et de son évaluation pour cibler les actions individuelles et collectives à entreprendre en matière de santé au travail. Le document unique établi par l'employeur et la fiche d'entreprise élaborée par le médecin du travail doivent trouver un prolongement opérationnel direct dans l'action du service de santé au travail.

- **Remédier à la dispersion actuelle de l'activité en milieu de travail en prenant l'entreprise comme principe fédérateur d'organisation :**

La priorité donnée à la prévention primaire ne s'accommode plus de la dispersion d'une activité dominée, dans son organisation comme son fonctionnement, par une approche individuelle. Chaque médecin établit son plan d'activité sans qu'aucun mécanisme institutionnel garantisson adéquation avec les priorités de la politique de santé au travail et la réalité des risques. Par ailleurs, le périmètre de ce plan ne recouvre pas celui de l'entreprise (pour la majorité des médecins qui travaillent dans des services interentreprises), mais celui du portefeuille d'activité assigné aux médecins. Ainsi, alors même que le médecin établit une fiche d'entreprise, celle-ci ne conduit pas à l'adoption d'un plan d'action dans l'entreprise.

- **Faciliter le contrôle social sur les actions de santé au travail**

La dispersion décrite ci-dessus de l'organisation des documents rendant compte de l'activité en santé au travail n'est pas favorable à la transparence et ne facilite pas un contrôle social lui-même éclaté. Une présentation au niveau de l'entreprise des priorités d'action en santé au travail et de leur mise en œuvre, appuyée sur des indicateurs d'activité et de moyens mais aussi d'impact, permettrait aux instances de représentation du personnel de l'entreprise, notamment le CHSCT, de mieux appréhender les actions menées pour la préservation de la santé au travail.

Le plan de santé au travail dans l'entreprise

Description :

Le plan pluriannuel de santé au travail de l'entreprise se fonde sur l'évaluation des risques réalisée par l'employeur sous la forme du document unique et sur la fiche d'entreprise élaborée par le médecin et prend en compte les orientations de la politique de santé au travail arrêtées au plan national et régional telles qu'elles s'expriment notamment à travers les objectifs du plan national de santé au travail et du plan régional de santé au travail. Sur cette base il définit les actions collectives et individuelles de santé au travail à entreprendre au niveau de l'entreprise pour réduire les risques professionnels et prévenir d'éventuels effets néfastes sur la santé des travailleurs. Il prévoit des indicateurs permettant de suivre la mise en œuvre du plan et d'en évaluer les résultats.

Modalités d'élaboration et de suivi: le projet est préparé par l'équipe pluridisciplinaire du service de santé au travail. Il est soumis pour avis aux institutions représentatives du personnel de l'entreprise, ou, en l'absence de telles institutions, au CRPRP. Il est cosigné par le président du SST et le chef d'entreprise et joint au contrat ou document d'adhésion qui lie l'entreprise au SST. Sa mise en œuvre donne lieu à un rapport annuel élaboré par le SST et communiqué pour examen aux institutions représentatives du personnel.

Structure et contenu : le projet comprend 3 parties essentielles :

- Un état des lieux qui comprend le document unique d'évaluation des risques élaboré sous la responsabilité du chef d'entreprise, la fiche d'entreprise élaborée sous la responsabilité du médecin du travail, des indicateurs significatifs quant à la situation de départ de l'entreprise en termes de santé au travail .

- Des objectifs opérationnels pour les actions collectives (notamment par le biais de l'action médicale en milieu de travail) et individuelles notamment par le biais d'exams cliniques) à entreprendre , définissant la prestation de santé globale pour laquelle est rémunéré le service.

- Une procédure annuelle d'évaluation reposant sur des indicateurs quantitatifs et qualitatifs de moyens et de résultats.

Le CRPRP établit un cahier des charges pour l'établissement au niveau régional des programmes en fonction des objectifs définis dans le PRST.

Cas particulier des PME : Pour les entreprises de moins de 50 salariés, il est possible d'appliquer un programme type défini au niveau de la branche et validé par le CRPRP.

Articulation avec les dispositions actuelles : Les dispositions actuelles concernant l'établissement du document unique et de la fiche d'entreprise, sous la responsabilité respective du chef d'entreprise et du médecin du travail, doivent être maintenues. En revanche, l'établissement des plans d'activités des médecins pourrait être supprimé en tant qu'obligation réglementaire (Art R 241-41-1)⁴⁸.

Proposition : adapter la fiche d'entreprise aux petites et très petites entreprises

La mise en oeuvre de cette obligation de façon indifférenciée quelle que soit la taille de l'entreprise n'est pas réaliste au regard des ressources médicale actuelles, et le sera de moins en moins, si l'on considère les prévisions démographiques de la profession.

Pourtant, les raisons qui ont conduit à envisager la généralisation de la fiche d'entreprise demeurent valables et les observations faites sur le terrain montrent l'intérêt d'une approche collective de lieux de travail où les SST ne pénétraient guère auparavant et dont ils ne connaissaient que les salariés, au travers de la visite individuelle.

Dans ces conditions **la mission ne propose pas de revenir sur la mesure de généralisation mais d'en faire une application différenciée**, en tenant compte des besoins et de la réalité des petites entreprises.

Diverses formules peuvent être envisagées, au regard des expériences déjà menées dans les services qui se sont efforcés de trouver des modes de travail innovants pour faire face à une équation impossible, en explorant divers axes :

- prolonger la logique de délégation de tâche pour l'élaboration des fiches d'entreprises, laquelle ne suppose pas nécessairement une intervention médicale. Aller jusqu'au bout de cette logique consisterait dès lors à prévoir que **la fiche d'entreprise est établie par le SST** sous sa responsabilité et non sous celle du seul médecin mais après validation par celui-ci.
- autoriser des formules de fiches collectives et simplifiées pour les petites entreprises relevant du même métier et présentant des risques communs (salons de coiffure, restaurants, boulangeries,...). On pourrait ainsi envisager de valider la formule **de fiches par branche ou par activité**, vers laquelle tendent de fait les SST dans nombre de cas.
- **regrouper ou fusionner le document unique et la fiche d'entreprise dans les très petites entreprises (moins de 10 salariés)**. Dans la pratique on observe en effet que l'intervention des SST dans le cadre de la fiche d'entreprise sert souvent de base à l'établissement par l'employeur de son document unique d'évaluation des risques. Il faut toutefois veiller à ce qu'une telle mesure de simplification n'aboutisse pas à une confusion des rôles, qui notamment le principe, issu du droit communautaire, de responsabilité de l'employeur dans l'évaluation des risques. On pourrait par exemple envisager que le document unique, présenté par l'employeur sous sa responsabilité comporte une partie médicale et/ou soit visé par le médecin du travail.

⁴⁸ En effet, l'actuel contenu des plans d'activité des médecins serait largement repris et intégré de façon consolidée au niveau de l'entreprise dans le programme. Cet instrument pourrait évidemment être maintenu comme outil de pilotage interne au SST.

Proposition : Organiser le suivi des recommandations du médecin du travail

L'absence de véritable procédure de suivi de l'action en milieu de travail constitue un des obstacles majeurs à son efficacité, voire à sa mise en œuvre. Elle affecte sa crédibilité, parfois aux yeux des médecins eux-mêmes. En effet, l'action en milieu de travail ne conduit pas nécessairement à des recommandations formalisées, diffusées aux parties prenantes de l'entreprise et donnant lieu à évaluation.

Il est proposé de donner à l'action en milieu de travail une portée opérationnelle en prévoyant un suivi des observations et préconisations écrites du médecin du travail :

- l'employeur serait tenu d'indiquer par écrit les suites données aux observations du médecin du travail ou les raisons pour lesquelles il n'a pas donné suite ;
- les recommandations et les réponses seraient communiquées au CHSCT ou, à défaut, aux délégués du personnel, ainsi qu'à l'inspection du travail et aux services de la branche AT-MP pour information.

Cette proposition rejoue dans son esprit la démarche préconisée dans le rapport GOSSELIN sur l'aptitude⁴⁹, qui propose de mettre à la disposition du médecin du travail une procédure d'alerte. Elle s'en distingue sur deux points : d'une part la procédure proposée revêt un caractère systématique et s'intègre dans l'activité normale du SST et de l'entreprise, d'autre part le médecin n'est pas impliqué dans le suivi de ses propres recommandations, dont la responsabilité incombe aux partenaires sociaux, et le cas échéant aux pouvoirs publics. Elle complète celle relative au plan pluriannuel de santé dans l'entreprise dont elle contribue à accroître la portée opérationnelle et pourrait s'intégrer sur une base annuelle à la démarche de suivi et d'évaluation prévue dans ce cadre.

4.1.3 Développer des modalités plus efficaces de protection de la santé des salariés

Proposition : transformer la procédure d'aptitude systématique en une procédure ciblée de prévention des inaptitudes

Dans le dispositif actuel, tout examen médical effectué par le médecin du travail débouche sur un avis d'aptitude qui demeure pour les salariés et les employeurs la finalité la plus visible de la visite périodique.

Le rapport Gosselin précédemment cité a bien mis en évidence les limites et les effets pervers de la procédure d'aptitude, la notion même d'aptitude focalisant les critiques, renforcées par le drame de l'amiante, et suscitant chez les médecins un réel malaise. Ce rapport propose de réduire significativement le champ de l'aptitude en supprimant son caractère systématique pour la réservé à des circonstances particulières : embauche, postes de sécurité, reprise du travail après un arrêt prolongé.

⁴⁹ « Aptitude et inaptitude médicale au travail : critiques et perspectives », Rapport pour le ministre délégué à l'emploi, au travail et à l'insertion professionnelle des jeunes, Hervé Gosselin, janvier 2007

La mission souscrit pour l'essentiel à cette approche qui correspond à sa propre analyse et à l'esprit de ses propositions. La déclaration d'aptitude systématique devrait être supprimée pour ne se prononcer que **par exception sur une éventuelle inaptitude**, partielle ou totale. Il est proposé, pour matérialiser cette suppression et bien marquer le caractère **préventif** de la visite, de substituer à la fiche d'aptitude traditionnellement établie en fin de visite une **attestation de visite médico-professionnelle de prévention en santé au travail**, remise en double exemplaire au salarié et à l'employeur.

La question peut être posée d'une évolution plus radicale encore qui consisterait à supprimer la visite systématique d'aptitude à l'embauche, considérant son efficacité toute relative et son caractère faiblement prédictif quant à la capacité d'une personne à occuper un poste donné. L'avis du médecin du travail pourrait toutefois être sollicité par l'employeur ou par le salarié, en raison de la spécificité de certains postes, pour détecter d'éventuelles incompatibilités manifestes et surtout, en **renversant la logique de l'aptitude**, pour déterminer les aménagements nécessaires afin de **rendre un poste apte à être occupé par un salarié** donné. Cette démarche de prévention des inaptitudes fondée sur l'adaptation des postes est fondamentale dans la perspective du **vieillissement** de la main d'œuvre. Il s'agit à la fois d'éviter, par des interventions précoces, une usure professionnelle prématurée liée à la pénibilité du travail et d'aménager des postes de travail pour les « seniors », qui supposent des conditions et rythmes de travail adaptés. Elle correspond par ailleurs à l'approche requise par la réglementation européenne selon laquelle la négligence ou le refus de procéder aux « aménagements raisonnables » nécessaires à l'accueil ou au maintien au travail d'une personne atteinte d'un handicap peut être juridiquement qualifiée en discrimination⁵⁰.

Proposition : Substituer à la surveillance médicale renforcée une prestation renforcée de santé au travail à visée préventive

La dérive constatée de la surveillance médicale renforcée mobilise d'importantes ressources médicales pour des visites systématiques de routine dont l'efficacité préventive est pour le moins douteuse. La nécessité d'une intervention renforcée de santé au travail pour certains travaux comportant des risques spécifiques ou certains salariés présentant des fragilités particulières ne fait aucun doute et doit être réaffirmée. Mais les modalités de cette intervention doivent être adaptées à la nature et au niveau du risque, résultant des conditions d'exécution du travail ; elles doivent être orientées vers la réduction du risque ou du moins la prévention de ses effets potentiellement néfastes sur la santé du travailleur. La multiplication des visites en elle-même répond rarement à ces objectifs.

C'est pourquoi il est proposé de faire évoluer la **surveillance médicale** renforcée vers une **prestation renforcée de santé au travail** à visée préventive. Cette prestation pourrait combiner des actions diverses selon la nature du risque : consultation médicale (notamment pour les personnes présentant des facteurs personnels de fragilité comme les femmes enceintes ou les travailleurs vieillissants), actions individuelles réalisées par le médecin ou déléguées à d'autres membres de l'équipe de santé comme un infirmier(e) en santé au travail, pour des examens complémentaires, des actions de dépistage ou un psychologue, pour des entretiens, interventions en milieu de travail à visée collective (campagnes d'information,

⁵⁰ Article 5 de la Directive 2000/78/CE du Conseil du 27 novembre 2000 portant création d'un cadre général en faveur de l'égalité de traitement en matière d'emploi et de travail.

cartographies des expositions, inventaire des produits utilisés et recherche de produits de substitution, formation des salariés exposés, élaboration de notices, ...).

Au-delà du changement de vocabulaire, il s'agit donc d'une transformation importante des concepts, des procédures et des méthodes, qui obéirait au schéma suivant :

- La **détermination des travaux ou situations** appelant une prestation renforcée de santé au travail reste de la responsabilité des pouvoirs publics (en application notamment des normes européennes) et des partenaires sociaux, par le biais d'accords de branche. La liste qui en résulte n'est pas exclusive et peut être complétée en fonction des caractéristiques propres du lieu de travail, dans le cadre du projet de santé au travail de l'entreprise.
- **L'orientation et le contenu** des interventions pour faire face aux principaux risques donne lieu à des protocoles et guides de bonne pratique élaborés au niveau national par les professionnels de santé au travail sur une base de consensus. Pour les interventions à caractère médical, des référentiels pourraient être labellisés par la HAS.
- **Les modalités** de mise en œuvre sont arrêtées au niveau de l'entreprise en fonction de l'évaluation du risque. Les propositions sont élaborées sous l'égide du médecin du travail et inscrites dans le plan de santé au travail de l'entreprise selon la procédure décrite plus haut.

Les textes réglementaires qui régissent actuellement la SMR dont l'obsolescence⁵¹ et l'absence de justification scientifique⁵² sont souvent mises en cause, devraient donc être revus et actualisés en fonction de cette approche.

Proposition : Améliorer la traçabilité des expositions par la mise en place d'un dossier médical personnalisé du travail

La traçabilité des expositions aux risques et le suivi longitudinal des salariés ne peuvent aujourd'hui être assurés correctement, faute d'outils adaptés. Le développement de tels outils constitue une priorité, dans un contexte marqué par le développement des risques à effet différés, d'une part, et de l'accroissement de la mobilité professionnelle, d'autre part.

La possibilité pour le médecin du travail d'accéder au DMP selon les règles prévues pour les autres professionnels de santé contribuerait sans aucun doute à un tel objectif. Cette modalité n'a pas été retenue par le législateur et rencontre de fortes oppositions, notamment du côté des organisations représentatives des salariés.

Ne pouvant considérer le statu quo comme une situation satisfaisante, la mission a donc voulu suggérer une alternative aux pouvoirs publics et aux partenaires sociaux pour fournir le support nécessaire à l'échange d'information entre les praticiens et au suivi post-professionnel, à la discrétion du salarié. Dans cette perspective il est proposé :

⁵¹ Arrêté du 11 juillet 1977

⁵² les exemples du travail sur écran ou des modalités retenues pour le suivi du travail de nuit sont à cet égard illustratifs

- Soit de permettre au médecin du travail de renseigner le DMP du salarié sur les facteurs professionnels intéressant sa santé sans pour cela remettre en cause l'interdiction qui lui est faite actuellement d'accéder à la totalité des informations figurant dans ce dossier
- soit de mettre en place un outil spécifique sous forme **d'un dossier médical personnel du travail (DMPT)**.

Renseigné par le médecin du travail ou ses collaborateurs sous son contrôle, le DMPT permettrait de recenser l'historique des postes occupés par le salarié et des risques auxquels il a été exposé.

Si le salarié le souhaite, le DMPT pourrait être renseigné par les professionnels de santé consultés, en ville ou à l'hôpital. Le salarié pourrait également décider de l'accessibilité de ces informations pour la médecin du travail.

Plusieurs options sont envisageables concernant la transmission et peuvent être discutées : remise au salarié et transmission par lui aux professionnels de santé, médecins du travail, en ville ou à l'hôpital ; centralisation et dématérialisation avec accès direct possible pour les professionnels de santé, mais sécurisé c'est-à-dire avec l'accord du salarié ;

La mise en place de ce support d'information pourrait être utilement complétée par la **réalisation pour tous les salariés de plus de 50 ans d'un bilan et d'un suivi spécifique de santé au travail** destinés à :

- établir la traçabilité de l'ensemble des expositions à différentes nuisances lors de son cursus professionnel ;
- donner les informations nécessaires pour mieux gérer une éventuelle prise en charge ultérieure (suivi post professionnel et post exposition).

4.2 Se donner les moyens de la prévention : ressources humaines et recherche

4.2.1 Assurer une ressource médicale à la hauteur des enjeux

Proposition : Reconnaître formellement la notion d'équipe de santé au travail placée sous la responsabilité d'un médecin du travail

L'élargissement des compétences requises pour la prévention des risques impose de repenser l'organisation des services de santé au travail, qui n'a pas encore tiré toutes les conséquences de l'introduction de la pluridisciplinarité. Il s'agit de confirmer le passage **d'un exercice individuel de la médecine du travail à une pratique collective de la prévention sanitaire en milieu de travail**. Les services doivent en effet apprendre à articuler des interventions relevant de divers domaines de compétences et à faire travailler ensemble des professionnels de culture, déontologie et statuts divers. A cet impératif s'ajoute celui d'utiliser au mieux une ressource médicale rare et qui restera en tout état de cause limitée. Des expériences de

délégation de tâches par les médecins à des personnels paramédicaux sont ainsi mises en œuvre dans certains services.

Or, le cadre juridique actuel ne se prête guère à ce type d'évolution. Le Code du travail ou du moins la lecture qui est actuellement faite de ses dispositions selon lesquelles la pratique de la médecine du travail relève d'un « exercice personnel » exclurait pour un médecin la possibilité de déléguer des tâches dans le cadre de l'accomplissement de ses missions. Ainsi, les expériences qui se déroulent dans certains services visant à faire accomplir par du personnel infirmier sous contrôle du médecin certains examens intégrant actuellement la visite médicale nécessitent à ce jour une dérogation accordée au cas par cas par l'administration centrale du ministère du travail.

Par ailleurs, la juxtaposition de professionnels de différentes disciplines à côté de l'équipe médicale pose la question de la coordination des interventions et des garanties d'indépendance lors de ces interventions. L'attribution du statut de salarié protégé aux intervenants en prévention des risques professionnels a été envisagée comme un des moyens possibles pour assurer leur indépendance par rapport à l'employeur. Cette solution nécessiterait cependant une évolution de la position du législateur, qui l'a explicitement exclue au départ. En outre, elle ne résout pas l'ensemble des problèmes et n'est pas nécessairement adaptée aux configurations d'entreprise où l'intervenant est susceptible d'agir tantôt à la demande du médecin, tantôt à celle de l'employeur.

Dépasser ces contradictions et surmonter ces obstacles suppose de **reconnaitre formellement la notion d'équipe pluridisciplinaire de santé au travail** sous la responsabilité d'un médecin du travail.

Cette proposition se décline en deux axes complémentaires :

- Un **fonctionnement en équipe médicale** comprenant un médecin du travail, un ou plusieurs infirmier(e)s en santé au travail, un ou plusieurs secrétaires assistant(e)s en santé au travail.

La constitution de véritables équipes médicales, qui correspond à une proposition exprimée par le syndicat national des personnels de santé au travail (SNPST), devrait se traduire par un meilleur usage du temps médical, en permettant au médecin de se concentrer sur les tâches où sa valeur ajoutée est la plus forte. Cette organisation devrait donner une base juridique à la **délégation de tâches** du médecin, sous son contrôle, vers d'autres catégories de professionnels, notamment infirmiers. Par ailleurs, afin de conforter l'indépendance des infirmier(e)s en santé au travail, il est proposé qu'elles soient placées sous l'autorité administrative et technique des seuls services de santé au travail.

- Une **coordination interdisciplinaire, assurée par un médecin du travail**.

L'ensemble constitué par la réunion des équipes médicales et des IPRP intervenant dans le cadre du service serait placé sous la responsabilité d'un des médecins du travail. Intervenant sous sa responsabilité, les IPRP seraient donc placés sous le couvert de son indépendance ; les textes pourraient éventuellement préciser que les interventions réalisées à la demande de ce médecin ne sauraient fonder une quelconque sanction à l'endroit des IPRP concernés ; par ailleurs, la position de ce médecin permettrait d'assurer à la fois l'articulation avec les équipes médicales et la cohérence des interventions pluridisciplinaires, afin de mettre en œuvre le(s) programme(s) de santé au travail d'entreprise. A noter qu'outre ses effets opérationnels une telle organisation aurait

également l'avantage d'offrir des débouchés aux médecins de travail qui sont actuellement confrontés à un problème de plafonnement précoce de carrière.

De telles propositions, qui reviendraient à généraliser des pratiques aujourd’hui largement expérimentales, devraient être mises en œuvre de façon à la fois souple et encadrée. Le bon calibrage des équipes, la détermination des compétences pouvant être déléguées, la formalisation de la coordination pluridisciplinaire, supposent un apprentissage des bonnes pratiques sur la base d’expérimentations évaluées et diffusées. Il est possible, en fonction des situations locales et des qualifications disponibles, que des schémas différents soient pertinents. A titre d'exemple, en retenant une unité de base comme le secteur (18 à 20 000 salariés), on pourrait envisager la composition d'une équipe pluridisciplinaire de secteur comprenant 3 à 4 équipes médicales et au moins 2 équivalent temps plein IPRP couvrant les domaines non médicaux. Dans ce contexte, il serait pertinent que des principes définis au niveau national fassent l'objet d'une déclinaison au niveau régional dans le cadre du CRPRP.

Proposition : former les médecins du travail au nouveau mode d'exercice de la santé au travail

Ces transformations profondes du mode d'exercice de la médecine du travail, qui sont déjà entamées mais restent pour une large part à accomplir, appellent à l'évidence un effort important de formation dont le contenu et les modalités doivent être adaptés. Cet effort doit être déployé dans deux directions

- **Enrichir le contenu de la formation initiale par la mise en place d'une nouvelle maquette d'enseignement**

La formation initiale des médecins du travail doit leur donner les moyens de décrypter l'univers particulier de l'entreprise, dans lequel ils sont appelés à intervenir, alors que leurs études antérieures ne les y ont guère préparés. Ils doivent par ailleurs être préparés à faire évoluer leur pratique médicale face à un milieu de travail en perpétuelle évolution. Si les praticiens des autres spécialités peuvent être confrontés, au cours de leur carrière, à des pathologies dites émergentes, c'est avant tout leurs connaissances thérapeutiques qui doivent être actualisées. Les médecins du travail doivent, eux, disposer des fondamentaux nécessaires pour appréhender une évolution permanente des risques auxquels sont exposés les salariés. Cela suppose en particulier de disposer de références solides en toxicologie. Les évolutions de la pratique de la médecine du travail impliquent également une bonne maîtrise d'outils méthodologiques et techniques, tels que l'épidémiologie, les biostatistiques, et leurs applications informatiques.

Si la réglementation actuelle du diplôme d'études supérieures de médecine du travail prend en compte ces exigences, il est nécessaire d'aller plus loin, ainsi que l'a proposé le Collège des enseignants hospitalo-universitaires de médecine du travail (CEHUMT), en harmonie avec les initiatives européennes (cf. annexe).

- **Adapter la formation continue**

L'obligation pour tout médecin de satisfaire à une évaluation de ses pratiques professionnelles (EPP, loi du 13 août 2004) est elle-même sous-tendue par une obligation de formation médicale continue.

Les grandes orientations de la formation médicale continue, telles que définies par le Conseil national de la formation médicale continue des médecins salariés, sont tout à fait pertinentes s’agissant des médecins du travail :

- Développer son savoir médical et adapter ses pratiques à l’évolution permanente des connaissances.
- Etablir avec les patients, ou plus généralement avec les usagers des services de santé, des relations permettant à ceux-ci de participer activement à la prise en charge de leur santé.
- Prendre en compte l’impact de l’environnement physique, familial, social et professionnel sur la santé des personnes.
- Contribuer à l’équité sociale en matière d’accès à la prévention et aux soins.
- Participer à la politique et aux priorités de santé publique.
- Utiliser de manière optimale les ressources du système de santé.

En revanche, **les actions conduites dans le cadre de la formation médicale continue ne tiennent pas encore suffisamment compte des évolutions que connaît le métier de médecin du travail**, et en particulier la progression de l’action en milieu de travail et des actions de santé publique, dans la logique de la réforme.

Dans le cadre de la formation médicale continue, la mission souhaite promouvoir certaines orientations prioritaires pour mettre en place une politique de professionnalisation des médecins du travail en tenant compte de leur formation initiale et des formations complémentaires effectuées :

- mettre en place une formation adaptée, en liaison avec les autres acteurs de la santé au travail (infirmière, IPRP...) et du monde de l’entreprise (directeur des ressources humaines, directeur de SST...) facilitant le travail en équipe ;
- développer des formations en accord avec les priorités correspondant au nouveau mode d’exercice de la médecine du travail (action en milieu de travail), et les besoins de santé émergents, en particulier les risques psycho-sociaux,
- développer et promouvoir des innovations pédagogiques sur des thématiques très spécialisées où l’expertise n’existe qu’au niveau national (enseignement à distance, e-learning)

Parallèlement à ces mesures qualitatives sur l’organisation et la formation, il est nécessaire de répondre aux besoins quantitatifs de médecins spécialistes.

Les flux de recrutement de médecins du travail sont aujourd’hui insuffisants. Même si les évolutions préconisées de l’organisation et de la pratique de la médecine du travail devraient contribuer à réduire les tensions sur le temps médical disponible, les perspectives démographiques remettent en cause la pérennité même de la spécialité.

Le bilan des recrutements par les différentes voies d'accès fait apparaître que :

- la médecine du travail connaît, de façon plus marquée que d’autres disciplines, les problèmes généraux de renouvellement des médecins,
- les dispositions transitoires mises en place depuis plus d’une dizaine d’années pour essayer de combler partiellement le déficit déstabilisent le recrutement permanent et nuisent en définitive à l’attractivité de la médecine du travail.

L'achèvement des recrutements exceptionnels conduit à redéfinir la politique de recrutement en direction de deux populations : les étudiants et les médecins en exercice.

Proposition : engager une action urgente pour redresser les flux de sortie de médecins du travail en formation initiale

Les dispositifs transitoires de recrutement, s'ils ont permis de réduire le déficit en médecins du travail, ont en réalité déstabilisé les modes de recrutement permanent et ne peuvent donc pas constituer une solution durable.

Des mesures doivent être prises sans attendre pour augmenter le nombre de médecins du travail recrutés par le biais de l'internat en formation initiale. Pour atteindre cet objectif il est indispensable à la fois de

- **relever substantiellement le nombre de places ouvertes en médecine du travail aux épreuves classantes nationales (ECN) :**

Les médecins du travail représentant actuellement 3,2 % du total des médecins⁵³, la proportion correspondante des postes offerts à une promotion annuelle de l'ordre de 4500 internes devrait être de 144 et non de 60 comme actuellement. Pour des promotions à venir de plus de 5300 internes, elle devrait être d'au moins 170. **La mission considère qu'une augmentation significative du nombre des places aux ECN, qui serait, au minimum, dans l'immédiat, porté à la centaine, est nécessaire, l'objectif à atteindre progressivement étant celui de 170 places, proportionnellement aux effectifs de la spécialité.**

- **faire connaître et promouvoir cette spécialité auprès des étudiants en médecine :**

Cela passe par le développement de l'information des étudiants, sans attendre la fin du deuxième cycle, sur la réalité de la médecine du travail, les compétences qu'elle appelle, les rémunérations. Les mesures proposées dans le présent rapport devraient contribuer à améliorer l'attractivité de la médecine du travail, en la sortant de sa crise actuelle, en lui donnant des bases scientifiques réaffirmées, et en aménageant des parcours de carrière.

De façon pragmatique et dans l'immédiat, l'information au cours des études médicales peut revêtir des formes diverses à différentes étapes : information en deuxième année de 1^{er} cycle, introduction de stages dans des services de santé au travail en 2^{ème} cycle (où seulement neuf heures - en quatre ans - sont actuellement consacrées à la santé au travail), présentation de la médecine du travail lors des réunions préparatoires au choix des disciplines de l'internat. La reconnaissance de la discipline peut s'affirmer par le fait que des questions de médecine du travail soient posées aux ECN.

Le renforcement de l'attractivité de la médecine du travail s'inscrit également dans le cadre plus large des actions à mener pour promouvoir et revaloriser en France les métiers de prévention médicale dans le cadre de la santé publique.

- **revoir les conditions de choix des spécialités dans le cadre des ECN**

⁵³ Conseil national de l'Ordre des médecins, La démographie médicale française au 1^{er} janvier 2006, p.39

L'opérationnalité d'une mesure de relèvement des quotas en médecine du travail pose le problème plus large des modalités de choix des spécialités dans le cadre des études médicales. Une telle mesure, justifiée par des impératifs d'intérêt général, la santé au travail apparaissant comme un enjeu majeur des années à venir, n'a évidemment de sens que dans le cadre d'une politique de recrutement dictée par les besoins réels des disciplines. Sa portée opérationnelle dépendra des mesures prises pour supprimer les possibilités d'échappatoire aux règles de classement et ajuster plus étroitement le nombre total de postes offerts au nombre total d'étudiants.

Proposition : aménager une voie pérenne d'accès au DES de médecine du travail pour les médecins en activité

L'attractivité qu'exerce la médecine du travail en seconde carrière constitue un atout qui doit être valorisé en assurant une voie pérenne d'accès à la spécialisation pour les médecins en exercice, reposant sur une formation de qualité dans le cadre universitaire, en rupture avec les dispositifs transitoires dont les effets pervers ont été dénoncés.

Deux options peuvent être envisagées dans cette perspective :

- **aménager la voie du concours spécial actuel**, dite de l'internat européen, pour le rendre plus attractif.

Le recrutement par la voie du concours spécial a souffert de la concurrence exercée ces dernières années par l'ouverture de filières parallèles. La suppression de ces dispositifs transitoires devrait en elle-même contribuer à restaurer son attractivité. Celle-ci devrait toutefois être améliorée en tenant compte des besoins et attentes de professionnels déjà en exercice. La régionalisation du concours serait de nature à susciter l'intérêt d'un plus grand nombre de candidats. Par ailleurs des solutions devraient être recherchées pour limiter la perte de revenu entraînée par l'inscription dans un tel dispositif. Les services de santé au travail, futurs employeurs, pourraient éventuellement y contribuer sous une forme mutualisée au niveau régional

- **organiser un enseignement universitaire dans le cadre de la formation médicale continue, dans le cadre de la réflexion actuelle du Conseil national de l'Ordre des médecins sur la réorientation des médecins en cours de carrière**

Cet enseignement devrait permettre d'acquérir les unités d'enseignement théorique et de validation pratique définies par la maquette. Les médecins candidats à la réorientation vers la médecine du travail auraient la possibilité de suivre les enseignements et les stages que suivent actuellement en 2 ans les lauréats du concours spécial.

4.2.2 Diversifier les compétences en santé au travail

4.2.2.1 Proposition : préciser les compétences pluridisciplinaires requises des services de santé au travail

Le potentiel que représente la pluridisciplinarité n'est aujourd'hui pas pleinement exploité faute de contenu concret donné à cet objectif.

La nomenclature actuellement en vigueur pour apprécier les compétences des IPRP (médicales, techniques et organisationnelles) s'avère peu opérationnelle car insuffisamment précise (en particulier sur le contenu et la frontière du « technique » et de l'« organisationnel »), et difficile à croiser avec une approche en termes de formation et de métiers. Elle sert essentiellement à répartir les candidats à l'habilitation entre différentes catégories, sans garantir que les compétences nécessaires sont réunies dans un service donné.

Il est sans doute difficile de définir a priori la configuration type d'une équipe pluridisciplinaire en termes de ratio ressources/besoins, ceux-ci pouvant varier de façon significative selon les risques et donc en fonction des entreprises adhérentes. Pour autant, il n'apparaît pas possible d'en rester à la situation actuelle où la pluridisciplinarité est définie comme une abstraction formelle sans qu'aucune exigence minimale ne soit fixée en termes de ressources mobilisables et d'interventions effectives.

Par conséquent, il convient de préciser les compétences pluridisciplinaires essentielles qui doivent être systématiquement requises des services de santé au travail. Dans plusieurs pays européens, l'existence même d'un service de santé au travail est déterminée par l'embauche de spécialistes couvrant plusieurs domaines essentiels

Pour être accrédité, tout service de santé au travail devrait être en mesure de mobiliser des professionnels de différentes disciplines essentielles en santé au travail et en prévention des risques professionnels. Il est donc proposé de **subordonner l'accréditation des services de santé au travail à leur capacité d'intervention dans au moins trois domaines complémentaires à la médecine du travail**.

Ces domaines complémentaires devraient être déterminés, en fonction des risques identifiés, parmi les quatre domaines suivants : sécurité du travail, toxicologie et hygiène industrielle, ergonomie et organisation du travail, psychologie du travail.

Les quatre compétences nécessaires devraient être disponibles en interne pour répondre aux interventions courantes, les services pouvant faire appel à des ressources externes (GIE ou autre) à titre complémentaire pour répondre à des besoins pointus ou particulièrement importants.

Proposition : favoriser le développement de nouveaux métiers pour appuyer et compléter l'action du médecin du travail

L'objectif étant de recentrer l'activité du médecin là où sa valeur ajoutée est la plus forte, il convient de rechercher les moyens de confier en toute sécurité à d'autres professionnels une partie des tâches qui lui sont actuellement dévolues.

A cet égard, les réflexions concernant la santé au travail doivent prendre en compte celles plus générales qui se développent concernant les conditions de la coopération entre professionnels de santé. Il s'agit notamment des travaux conduits par la Haute Autorité de santé, en collaboration avec l'Observatoire national de la démographie des professions de santé, visant la délégation de tâches des médecins vers les personnels infirmiers.

Les délégations ou transferts que l'on peut envisager dans un processus de coopération se font nécessairement à destination de professionnels disposant des compétences nécessaires. C'est la raison pour laquelle la mission recommande de reconnaître une qualification en santé au travail du personnel infirmier, de former en santé au travail des secrétaires assistantes, de garantir les compétences des IPRP et de développer une culture de santé publique chez les directeurs des services.

- **Reconnaitre la qualification d'infirmier(e) en santé au travail**

Le Code du travail prévoit, depuis de nombreuses années, la fonction d'infirmière d'entreprise, sans toutefois l'inclure dans une vision globale et préventive de la santé au travail en entreprise. Mais c'est seulement depuis une dizaine d'années que certaines équipes universitaires ont développé un diplôme universitaire en santé au travail (DIUST) (cf. annexe) permettant la formation d'infirmier(e)s en santé au travail dont les enquêtes sur le terrain montrent l'intérêt pour faire fonctionner une équipe médicale en santé au travail.

La généralisation d'une fonction infirmière dans les services de santé au travail permettrait une meilleure allocation et efficacité du temps médical en développant des actions de prévention sans rien sacrifier aux impératifs de qualité du suivi médical. Elle pourrait trouver à s'alimenter dans l'existence d'un vivier constitué par les infirmières qui ont abandonné des fonctions hospitalières en raison des contraintes qui leur sont attachées. Celles-ci pourraient être intéressées par un autre mode d'exercice plus compatible notamment avec les exigences d'une vie familiale.

Les personnels infirmiers en santé au travail devraient être administrativement rattachés au seul service de santé au travail afin de garantir leur indépendance dans l'accomplissement de leurs missions et leur insertion dans une équipe médicale véritablement opérationnelle.

La mission propose donc une reconnaissance de la qualification d'infirmier en santé au travail dans le cadre du cursus universitaire (LMD), au niveau de la licence :

- Cette qualification deviendrait obligatoire lors des recrutements à venir ;
- La réalisation d'une maquette nationale de formation pourrait être confiée au Collège des enseignants hospitalo-universitaires de médecine du travail (CEHUMT), en concertation avec les représentants de la profession d'infirmier d'entreprise ;

- S’agissant des personnels en exercice, la prise en compte de leur expérience professionnelle dans le cadre de la validation des acquis de l’expérience pourrait leur permettre d’accéder à la qualification d’infirmier en santé au travail.

- **Développer les formations de secrétaire assistant(e) en santé au travail**

Les équipes médicales auront besoin d’assistants dans la réalisation de leur mission, plus encore dans les perspectives proposées ici. Dans les services qui ont développé cette fonction, la secrétaire assistante en santé au travail est une technicienne de l’équipe de santé au travail. Elle peut assurer la promotion de l’offre « santé au travail » auprès des entreprises adhérentes, notamment les plus petites, et préparer les travaux du médecin, notamment pour l’élaboration des fiches d’entreprise. Il est, par conséquent, nécessaire de développer l’intervention de cette catégorie de personnel. La mission constate que des initiatives de formation de type BTS sont en cours et ne peuvent qu’être encouragées. Il conviendrait d’organiser leur évaluation dans le cadre d’une étude relative à leur généralisation ;

- **Garantir les compétences des IPRP dans un cadre simplifié**

Si la procédure d’habilitation des IPRP ne donne pas satisfaction, cela ne signifie pas que toute exigence de qualité doive être abandonnée dans l’attribution de la qualité d’IPRP. Dans ces conditions, le dispositif pourrait être simplifié et rendu plus lisible et plus efficace en :

- supprimant la procédure actuelle d’habilitation : les constats de la mission ont montré la faible valeur ajoutée et le caractère formel de cette obligation qui constate un niveau de formation plutôt qu’une compétence en prévention ; il paraît préférable de prévoir un véritable contrôle des compétences à l’occasion de la procédure d’acrédiatation ;
- labellisant systématiquement la formation et l’expérience acquise par les candidats à la fonction d’IPRP : un diplôme universitaire devrait être impérativement requis, le cas échéant dans le cadre de la validation des acquis de l’expérience, ce qui permettrait de prendre en compte les expériences acquises dans le monde du travail ;
- proposant une évaluation des IPRP, comme elle a été mise en place pour les médecins (évaluation des pratiques professionnelles) et devrait l’être prochainement pour les infirmières.

- **développer les compétences en santé au travail des responsables de services.**

La transformation des services de médecine du travail en services de santé au travail, le développement de la pluridisciplinarité, et l’ensemble des mesures préconisées pour en faire les instruments d’une véritable stratégie de prévention des risques professionnels impliquent des transformations importantes dans leur mode d’administration. Longtemps axée sur l’organisation des visites médicales, l’activité des services devrait se réorienter vers la mise en œuvre de projets de prévention aux multiples facettes. Cela suppose une évolution de la fonction des directeurs de SST qui doivent bénéficier de formations complémentaires en santé au travail, santé publique, droit de la santé au travail, politique de santé et économie de la

santé. Ces formations pourraient être réalisées en formation continue dans le cadre universitaire et dans le cadre du cycle de hautes études en santé au travail dont la mise en place est proposée (cf. infra). Formés à ces approches de santé publique, ces directeurs seront ainsi mieux à même de mettre en œuvre et d'accréditer auprès des entreprises adhérentes une approche qualitative et préventive de la santé au travail.

4.2.3 Elargir les connaissances et l'expertise en santé au travail

Le dispositif d'enseignement supérieur et de recherche en médecine et en santé au travail doit être à la mesure des enjeux et fournir aux professionnels de ce domaine les outils nécessaires pour assurer leur pratique sur des références scientifiques reconnues. Dans cette perspective il est indispensable de remédier à l'actuelle dispersion des ressources autant que d'enrayer leur effritement, conséquence d'une évolution démographique défavorable.

Proposition : élargir le socle des référentiels scientifiques disponibles en médecine et santé au travail

Les limites de la recherche française en santé au travail sont patentées. La toxicologie industrielle et environnementale est en situation critique par manque de spécialistes cliniques, par un nombre d'équipes restreint. Le domaine des sciences humaines et juridiques semble encore très peu intégré dans ce champ de recherche. Les difficultés universitaires de la médecine du travail ne peuvent que renforcer cette situation. Le PNSE et le PST, la mise en place de l'Agence nationale de la recherche (ANR) et de l'AFSSET, n'ont pas encore significativement changé la donne. Les efforts doivent donc être poursuivis, en sachant qu'il s'agit d'une entreprise de longue haleine, les spécialistes rencontrés indiquant qu'un délai de 10 ans est souvent nécessaire pour structurer un domaine de recherche (développement de réseaux, d'une communauté scientifique, production et capitalisation des connaissances, ...).

Dépasser ces difficultés implique de concentrer les moyens existants sur un nombre limité de sites et de thèmes pour favoriser la création de pôles d'excellence (cf. annexe). La création de nouvelles organisations (multisites) sur une thématique spécifique comme la toxicologie serait nécessaire, comme le plan cancer a introduit les cancéropôles.

Par ailleurs, il importe de développer de nouveaux domaines de recherche - juridique, économique, pédagogique,...- et d'encourager les travaux sur les « nouveaux risques » comme les TMS, les troubles psycho-sociaux, ainsi que sur tous les aspects liés à l'évaluation et à la gestion des risques.

Un enjeu essentiel des travaux de recherche consiste en effet à doter les professionnels de santé au travail des références et des outils leur permettant de fonder leur pratique sur des bases scientifiques reconnues. Comme on l'a vu plus haut, ni le classement des salariés dans les catégories à risque ni la définition des modalités de prévention et de suivi médical n'obéissent à une telle approche, qui reste à mettre en place. Dans cette perspective, la Haute autorité de santé et les agences de sécurité sanitaires pourraient définir, avec la société française de médecine du travail, un programme de travail pluriannuel permettant de fonder un consensus scientifique sur les risques et les méthodes de prévention les plus efficaces. Les partenaires sociaux pourraient être associés à ce programme dans le cadre du Conseil supérieur de prévention des risques professionnels.

4.2.3.1 Proposition : créer des pôles interrégionaux d'excellence en matière d'enseignement et de recherche

La dispersion actuelle des ressources et des moyens limite les possibilités de l'enseignement et la recherche en santé au travail. Il n'est pas réaliste d'imaginer le développement de 22 pôles d'excellence en France. Annoncée par le plan national santé au travail, la constitution de pôles interrégionaux de référence dans le cadre d'ententes entre les différents partenaires de manière à garantir une couverture de l'ensemble du territoire, apparaît pertinente pour maintenir un enseignement de qualité et renforcer les capacités de recherche. C'est, de toute manière, la seule solution qui permette d'atteindre une masse critique en termes d'effectifs, qu'il s'agisse du nombre d'enseignants, d'étudiants ou de chercheurs.

La mission soutient à cet égard les propositions du rapport de juin 2007 de la délégation interministérielle à l'aménagement et à la compétitivité des territoires (DIACT) qui souligne l'importance de l'organisation inter régionale et la nécessité d'un renforcement du dispositif d'enseignement médical avec en particulier :

- la gestion prévisionnelle des postes d'internat tenant compte des besoins démographiques de l'interrégion ;
- l'accompagnement d'une véritable péréquation des postes universitaire favorisant une convergence des taux d'encadrement (ceci nécessite toutefois une véritable politique nationale) ;
- la proposition d'un découpage en six interrégions (Ile-de-France, Nord, Grand Est, Grand Ouest, Sud-Ouest, Quart Sud-Est).

La mission souligne en particulier que le regroupement de Rhône-Alpes et de l'interrégion Sud-Est en une seule interrégion Quart Sud-Est permettrait d'envisager pour la zone Sud-Est de meilleures perspectives d'encadrement.

Afin d'assurer un fonctionnement en interrégions efficace et respectant la nécessité d'action et de représentation proche du terrain des facultés, la mission propose qu'une réflexion entre les doyens de chaque faculté et le coordinateur interrégional soit mise en place.

L'objectif doit être de maintenir un seuil minimal de postes hospitalo-universitaires et d'avoir une véritable politique de développement.

Ainsi, dans chaque CHU, il est nécessaire de maintenir au minimum un enseignant-chercheur hospitalo-universitaire titulaire (PU-PH, MCU-PH) et un AHU ou un praticien hospitalier chargé d'enseignement.

Au niveau du pôle interrégional, il est nécessaire de maintenir une filière complète de formation (médicale, paramédicale...) et de promotion avec 1 à 2 postes d'AHU avec un encadrement de 4 enseignants-chercheurs titulaires (PU-PH, MCU-PH) minimum.

En Ile-de-France, ces propositions doivent être adaptées à la situation particulière du CHU unique.

Proposition : assurer, par un pilotage interministériel, le renforcement des effectifs d'enseignants-chercheurs

Le renforcement des ressources humaines pour l'enseignement et la recherche est une nécessité, motivée par les enjeux stratégiques qui s'attachent :

- A la formation en plus grand nombre de médecins du travail et autres professionnels de santé au travail.

Les propositions qui précédent, relatives à l'accroissement du nombre des médecins du travail formés en formation initiale ou en cours de carrière, à la formation d'infirmier(e)s en santé au travail, et de façon plus générale au développement des nouveaux métiers dans ce domaine, représentent à l'évidence des efforts et moyens importants de formation.

- Au développement du vivier des experts mobilisables au sein d'institutions nationales ou régionales :

Que ce soit au niveau de l'AFSSET, missionnée par le Plan santé au travail pour organiser des champs d'expertise sur les risques professionnels, au sein de commissions spécialisées des ministères des sociaux ou des organisations paritaires intervenant en prévention des risques professionnels (INRS, CNAMTS, CRAM), mais aussi à l'Institut de veille sanitaire et lors de certaines expertises collectives de l'INSERM, une très forte demande d'experts , en particulier en toxicologie industrielle, n'est que très partiellement couverte par les ressources actuelles

- Au renforcement de la présence française dans les instances européennes et internationales traitant de la santé au travail, (Organisation mondiale de la santé, Centre international de recherche sur le cancer, Communauté européenne,...).

La multiplication des missions confiées aux hospitalo-universitaires de médecine du travail, incluant la présidence scientifique de plusieurs organismes (AFSSET, INRS, Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante,...), leur permet difficilement d'assurer la présence française dans les commissions techniques de la Communauté européenne, par exemple sur l'élaboration de critères médicaux reconnaissance des maladies professionnelles ou dans celles de classement des substances cancérogènes au sein du Centre international de recherche sur le cancer.

Face à une évolution démographique défavorable, le Plan santé au travail 2005-2009 (PST) fixait un objectif de maintien dans l'immédiat des effectifs hospitalo-universitaires et la création à moyen terme de 10 à 15 nouveaux emplois hospitalo-universitaires, mais cet engagement n'a pas été respecté. La confirmation de cette tendance remettrait en cause toute évolution positive de la médecine du travail.

La simple application de ces objectifs suppose un renforcement du pilotage de ce dossier qui doit être considéré comme une priorité partagée par l'ensemble des départements ministériels concernés (travail, santé, enseignement supérieur)

Il est proposé de mettre en place un groupe de travail interministériel de haut niveau, en liaison avec la sous section médecine et santé au travail du CNU.

Les réunions de ce groupe auraient pour objet de :

- programmer et suivre la mise en place des postes prévus par le PST ;
- anticiper les départs en retraite avec maintien d'une gestion des postes au niveau de l'interrégion.

Un schéma prévisionnel, tenant compte des besoins de recrutement de médecins du travail dans les interrégions pour les années à venir, pourrait être mis en place.

Priorité devrait être donnée au vivier, en examinant sa qualité et en veillant à le compléter en tant que de besoin par des praticiens hospitaliers universitaires, des praticiens hospitaliers ou des titulaires de l'habilitation à diriger des recherches, ayant une activité d'enseignement ou de recherche.

Les universitaires de la médecine du travail ne peuvent cependant pas répondre à la totalité des besoins en formation de la spécialité, compte tenu de sa dimension pluridisciplinaire. Dans ce contexte, l'appel au corps enseignant des autres disciplines universitaires, notamment le droit du travail, le droit de la sécurité sociale, les sciences des organisations et de la décision, pour dispenser des enseignements spécialisés correspondant à certaines parties du programme, ne peut qu'être encouragé. Enfin, compte tenu des besoins ponctuels de la discipline, il convient de ne pas négliger l'appui qui peut être apporté par des chargés d'enseignement et des enseignants associés à mi-temps, exerçant une activité professionnelle principale en dehors de leur activité d'enseignement, qui viendraient compléter les équipes universitaires et apporter aux étudiants la contribution de leur expérience. Dans le cadre de leur participation à la formation de leurs personnels, les services de santé au travail pourraient apporter une contribution financière à ces recrutements, à l'instar des « chaires d'entreprise ». Cette modalité permettrait aux universités de recevoir ainsi un soutien financier qui pourrait être abondé le cas échéant par les régions.

Proposition : mettre en place un cycle de hautes études pour sensibiliser les décideurs aux questions de santé au travail

L'importance des déterminants professionnels dans la santé de la population, l'importance majeure que devrait revêtir la prévention des risques pour un système productif confronté au vieillissement de la main d'œuvre en même temps qu'à des contraintes accrues de compétitivité, font de la santé au travail un enjeu national. Pourtant, ces questions sont encore méconnues voire sous-estimées en dehors d'un public de spécialistes. Au croisement du monde du travail et de celui de la santé, la santé au travail court le risque d'être marginalisée et de servir de variable d'ajustement dans l'un et l'autre. La sensibilisation des décideurs et le développement d'une culture de la santé au travail parmi les responsables venus d'horizons divers - chefs d'entreprise, représentants syndicaux, élus, professionnels de santé, directeurs de services de santé au travail, hauts fonctionnaires, journalistes... - apparaissent dans ce contexte comme une nécessité.

Il est proposé d'envisager la mise en place d'un cycle de hautes études en santé au travail, afin de faciliter les échanges entre les acteurs français, favoriser la rencontre des experts nationaux et/ou internationaux du domaine, développer les réflexions et proposer régulièrement aux décideurs des orientations. Cette expérience, qui pourrait être développée avec le concours de l'EHESP, devrait contribuer au développement d'une approche francophone de la santé au travail en même temps qu'à une prise en compte globale des interactions en santé au travail.

4.3 Organiser la prévention : du contrôle à la régulation du dispositif

Les faiblesses du pilotage stratégique et opérationnel de la médecine du travail ont été relevées par la mission. Son constat fait suite à d'autres travaux critiques sur ce point, notamment le rapport de l'IGAS sur la procédure d'agrément⁵⁴ et celui de la mission parlementaire sur l'amiante. L'insuffisante formalisation des objectifs, l'absence d'indicateurs de résultats, une activité des SST mal mesurée, un contrôle social souvent formel, un contrôle administratif qui ne l'est pas moins et n'offre pas les outils d'une réponse aux besoins, les cloisonnements entre les administrations compétentes et les opérateurs, dessinent un paysage préoccupant.

Certes, le plan santé au travail a voulu introduire une rupture : pour la première fois y sont énumérés des indicateurs de résultat et une démarche planificatrice est engagée avec les plans régionaux de santé au travail. Par ailleurs, la mise en place annoncée des comités régionaux de prévention des risques professionnels (CRPRP) offre en principe l'opportunité d'un dispositif dont la gouvernance serait mieux partagée. Cependant, l'impact sur la réalité se révèle encore limité, du fait des délais pour mettre en œuvre des décisions ambitieuses, et parce que les outils disponibles ne sont pas suffisants.

Quels que soient les choix politiques opérés quant au positionnement et à l'architecture institutionnelle du dispositif de santé au travail (cf. intro), les modalités de pilotage doivent favoriser une convergence des efforts des différents acteurs de la santé au travail et faire évoluer le dispositif vers une approche plus qualitative et préventive

Fondée sur une approche en termes de moyens, **la logique du contrôle administratif a atteint ses limites** et doit céder la place à une véritable démarche de régulation du dispositif de santé au travail définie en termes d'objectifs à atteindre. Les propositions qui suivent sont formulées dans le contexte actuel de gestion patronale de la médecine du travail mais peuvent très bien s'adapter à un autre schéma. Elles portent sur les objectifs et instruments opérationnels de régulation régionale.

4.3.1 Mettre en place une instance de régulation au niveau régional

Proposition : confier aux CRPRP une mission opérationnelle de régulation

Conçus comme de simples instances de dialogue et d'échange, les comités régionaux de prévention des risques professionnels (CRPRP) créés par décret n° 2007-761 du 10 mai 2007 peuvent et doivent devenir le lieu d'une véritable gouvernance collégiale de la santé au travail à l'échelle d'une région. Les propositions qui suivent visent à faire évoluer ces instances en leur confiant une mission opérationnelle de régulation appuyée sur

- **des outils juridiques** : un schéma directeur régional de la santé au travail, une procédure de cotation et d'accréditation des services de santé au travail
- **des moyens opérationnels** : un secrétariat permanent, un budget pour financer notamment des travaux d'expertise et de recherche. Ce budget serait alimenté par la mutualisation au niveau régional d'une fraction des cotisations perçues par les SST.

⁵⁴ L'agrément des services de santé au travail, rapport n° 2004 038 (mars 2004)

Les missions du CRPRP seraient élargies dans deux directions essentielles :

- **la structuration de l'offre régionale en matière de santé au travail :**

Le CRPRP examine et délibère sur le projet de schéma directeur régional de la santé au travail, il examine les dossiers d'accréditation des SST et émet un avis sur leur niveau d'accréditation.

- **le suivi des programmes pluriannuels de santé au travail dans l'entreprise :**

Le CRPRP adopte le cahier de charges régional pour les plans de santé au travail en entreprise, valide les plans de branche applicables aux entreprises de moins de 50 salariés.

La composition du CRPRP en 4 collèges, sa présidence par le préfet de région et les règles de votes prévues par les textes actuels (art R 231-24-4, art D 231-1 et D 231-2 du Code du travail) ne seraient pas modifiées.

4.3.2 Développer des outils opérationnels de régulation

Proposition : Transformer la procédure d'agrément en une procédure de cotation et d'accréditation des SST

Même assouplie et rénovée par les textes récents, la procédure d'agrément n'apparaît pas susceptible de constituer l'outil opérationnel d'une modernisation du dispositif de santé au travail. Dans cette perspective, elle présente en effet deux défauts majeurs :

- D'une part, elle continue d'obéir à une logique du « tout ou rien » qui la rend difficile à manier et peu crédible, le retrait d'agrément restant la plupart du temps pratiquement impossible. La caution de l'Etat est ainsi donnée à certains services qui devraient tout au plus bénéficier d'une autorisation d'exercer.
- D'autre part, elle n'encourage pas la qualité car elle ne fait aucune distinction entre un service aux prestations standardisées et routinières, mais qui respecte les seuils d'activité prévus par la réglementation, et un autre qui cherchera à étoffer son équipe pluridisciplinaire, à développer la prévention des risques et à rechercher les modalités les plus efficaces de suivi des salariés.

Il est donc proposé d'instituer, au lieu et place de l'agrément, **une procédure d'accréditation différenciée des SST, basée sur une cotation en fonction de la qualité de service rendu.**

Chaque service donnerait lieu à un examen approfondi incluant plusieurs critères tels que :

- Les compétences et moyens mobilisables par le service (notamment au regard des différentes disciplines de la santé au travail),
- La contribution du service à la prévention des risques en entreprise (mise en œuvre des projets d'entreprise et résultats obtenus),
- La contribution du service à la santé publique : participation à la veille sanitaire, travaux d'étude et de recherche,

- La contribution du service à la régulation de l'offre de santé au travail : positionnement et mise en œuvre des objectifs du schéma directeur régional, participation à des expériences innovantes,
- Le climat social du service et le fonctionnement des instances de contrôle.

Cet examen devrait être réalisé par des experts sur la base d'un protocole précis. Il est proposé de les placer sous le contrôle de la Haute Autorité de santé compte tenu de l'expérience acquise par cette institution en matière d'accréditation d'établissements de santé.

Les conclusions de l'examen se traduirraient par une proposition de cotation allant de 1 à 5 soumise pour délibération au CRPRP avant délivrance d'une accréditation à un niveau donné par le représentant de l'Etat.

Le dispositif devrait également permettre de mieux prendre en compte le cas des services ne satisfaisant pas aux exigences minimales pour continuer de fonctionner. Une procédure d'administration provisoire pourrait être mise en œuvre au terme de laquelle le service en cas de redressement pourrait être accrédité au niveau 1 ou dans la négative devrait cesser son activité.

La périodicité de la procédure pourrait également être modulée en fonction du niveau d'accréditation obtenu : une révision tous les 5 ans (à l'instar du régime actuel d'agrément) apparaît suffisante pour une accréditation de niveau 5, correspondant à un degré d'excellence, alors qu'une accréditation de niveau 1 devrait être revue dès l'année suivante. Le niveau de cotation pourrait être pris en compte dans le calcul de la cotisation de l'entreprise pour la couverture des accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP).

Le passage d'un niveau à l'autre donnerait lieu à **contractualisation** entre le président du service et le représentant de l'Etat, définissant les efforts à entreprendre pour améliorer la cotation du service. La contractualisation pourrait également permettre aux SST de **déroger à certaines dispositions réglementaires** en matière de santé au travail (par exemple sur la périodicité des examens médicaux) **pour permettre le développement d'expériences innovantes** visant à assurer une prestation de santé au travail d'un niveau globalement équivalent ou supérieur. Cette capacité de dérogation devrait être limitée : les domaines, la durée, les modalités de contrôle et les critères d'évaluation, de cette contractualisation pourraient être arrêtés par le ministre sur proposition du CSPRP au niveau national et, le cas échéant, dans ce cadre, par le préfet sur proposition du CRPRP au niveau régional.

Proposition : Structurer l'offre de santé au travail à travers l'élaboration de schémas directeurs régionaux

Le passage de la gestion des visites individuelles à une activité centrée sur la prévention collective des risques implique des restructurations importantes du dispositif de santé au travail. La réunion de compétences diversifiées, le fonctionnement en équipe pluridisciplinaire, le développement de l'action en milieu de travail requièrent une organisation et des moyens importants que les services peinent à réunir s'ils n'ont pas une taille minimum. La poursuite de la logique de réforme suppose par conséquent d'accentuer le mouvement déjà engagé de concentration des services de santé au travail ou, à tout le moins, de mettre en commun des moyens pour permettre de diversifier les prestations et d'en améliorer la qualité tout en réalisant des économies d'échelle. S'il n'est à l'heure actuelle guère possible- et sans doute peu souhaitable- de définir au niveau central une « masse

critique » pour les services de santé au travail, la prise en compte de la réalité régionale doit permettre de dégager des perspectives adaptées en fonction des spécificités locales.

La nécessité de regrouper les moyens des SST, jointe à celle d'assurer la couverture des besoins sur tout le territoire, le traitement des problèmes de concurrence rencontrés dans certaines régions justifient un effort de réflexion et de formalisation au niveau régional associant l'ensemble des acteurs pour parvenir à des orientations communes.

Il est donc proposé d'élaborer **un document portant schéma directeur régional des services de santé au travail**. Ce document, soumis pour délibération au CRPRP, serait arrêté par le préfet de région et intégré dans le plan régional de santé au travail. Il comprendrait notamment :

- un diagnostic par département et bassin d'emploi de l'offre disponible et de la capacité des SST présents à répondre aux besoins ;
- un cadre en matière de structuration de l'offre de santé au travail dans la région : ce travail collectif serait ainsi l'occasion d'ouvrir un débat sur la taille critique des services au regard des spécificités régionales, sur les éventuelles fusions de service à envisager, sur la mutualisation de certains moyens, sur les normes attendues en matière de ressources pluridisciplinaires ; il pourrait aussi établir le cadrage des expérimentations, des délégations de tâches ;
- éventuellement, des objectifs de nature quantitative et/ou qualitative pour l'activité des services.

La mise en oeuvre des orientations du schéma directeur constituerait un des critères de cotation des services dans le cadre de la procédure d'accréditation proposée. Le schéma constituant un document juridiquement opposable, un positionnement en contradiction manifeste avec le schéma ou le refus de se conformer aux objectifs fixés pourraient conduire à ne pas accréditer un service.

La mise en place de ces schémas directeurs pourrait être expérimentée dans quelques régions avant d'être, le cas échéant, généralisée.

4.4 Ouvrir une période d'expérimentation encadrée

Même si certaines des propositions qui précèdent peuvent impliquer des aménagements de nature législative ou réglementaire ou par la voie conventionnelle, il apparaît préférable, au moins dans un premier temps, de ne pas figer le mode d'exercice des missions de santé au travail par l'introduction de nouvelles mesures, mais au contraire de ménager des souplesses dans le cadre existant, en ouvrant la voie à l'expérimentation de formules nouvelles qui pourront et devront être évaluées avant toute extension éventuelle.

En effet :

- d'une part, il apparaît difficile d'obtenir à court terme le consensus nécessaire à la poursuite des réformes sur la base d'une démarche centralisée, que ce soit par la voie législative ou conventionnelle ;
- d'autre part, on constate une grande hétérogénéité dans la situation des services, le

dynamisme des acteurs, la compréhension des enjeux et la capacité à évoluer, qui ne permet pas, à ce stade, de concevoir ni de mettre en oeuvre des mesures d'application générale ;

Avant toute intervention réglementaire dans ce domaine, il est donc proposé de prévoir **une période d'expérimentation encadrée** qui permettrait de tester l'intérêt des diverses formules et d'en déterminer les conditions de succès.

Proposition : ouvrir une période d'expérimentation encadrée d'une durée minimum de deux ans

Un texte devrait définir les conditions de lancement de l'expérimentation et préciser les articles du Code du travail auxquels il serait éventuellement possible de déroger dans le cadre expérimental, sous réserve d'offrir une prestation de santé au travail globalement équivalente ou supérieure. Devraient être également déterminées les conditions d'encadrement par l'administration et les partenaires sociaux des expérimentations menées, sur lesquelles les institutions représentatives du personnel dans l'entreprise et les instances de contrôle du SST devraient être consultées préalablement au lancement. Enfin les procédures d'évaluation devraient être prévues avec un cahier des charges type de façon à garantir le minimum d'homogénéité nécessaire à une exploitation synthétique des données. Les nouveaux CRPRP pourraient constituer le lieu de suivi et d'encadrement des expérimentations au niveau régional. Une période de deux ans apparaît comme un minimum pour permettre la mise en place et le développement de telles expérimentations, avant de pouvoir en dégager les enseignements.

Claire AUBIN

Régis PELISSIER

Pierre De SAINTIGNON

Jacques VEYRET

Françoise CONSO

Paul FRIMAT

Annexes

LISTE DES ANNEXES

N° 1 : Lettre de mission

N° 2 : Liste des personnes rencontrées

N° 3 : Liste des sigles utilisés dans le rapport

N° 4 : Les acteurs de la santé au travail en France

N° 5 : Eléments d'évaluation relatifs aux fiches d'entreprise

N° 6 : Propositions du CEHUMT pour la maquette d'enseignement du DES de médecine du travail

N° 7 : Effectif hospitalo-universitaire en médecine et santé au travail

N° 8 : Répartition interrégionale des effectifs hospitalo-universitaire et des internes en formation

N° 9 : Une formation qualifiante pour les infirmières en santé au travail – le DIUST

N° 10 : Charte de la qualité et pilotage de la médecine du travail en Ile de France

N° 11 : Animation de la médecine du travail en Nord-Pas-de-Calais

N° 12 : Organisation de la recherche française en santé au travail

N° 13 : Récapitulatif des propositions figurant dans le rapport

Annexe 1 : Lettre de mission

Le Ministre de la santé et des solidarités

République Française

*Le Ministre délégué à l'emploi, au travail et à
l'insertion professionnelle des jeunes*

Paris, le 20 NOV. 2006

*Le Ministre délégué à l'enseignement supérieur
et à la recherche*

Cab. CN/VL D 06013713

*Monsieur le Chef du Service de l'Inspection Générale
de l'Administration de l'Education Nationale,*

I.G.A.E.N.R.	
date d'arrivée	23 NOV. 2006
Visa du Chef du Service	
à traiter par	
n°	1428

La médecine du travail est une priorité pour le Gouvernement : les médecins du travail sont des acteurs majeurs de la santé au travail et de la diffusion de la culture de prévention en entreprise ; leurs actions s'inscrivent désormais dans le cadre des objectifs fixés par le Plan Santé au Travail adopté en février 2005.

Les médecins du travail doivent répondre à un ensemble d'exigences nouvelles : place centrale de l'action préventive en milieu de travail, évaluation des risques, veille sanitaire, émergence des risques psychiques, vieillissement de la population salariée... Cette évolution a rendu nécessaires des adaptations et a suscité une réforme de grande ampleur de la médecine du travail, réalisée au fil des années dans une large concertation avec l'ensemble des acteurs.

Cette réforme, initiée par l'Etat dès 1998, et poursuivie après l'accord interprofessionnel de 2000 et la loi du 17 janvier 2002, a été achevée avec la publication du décret du 28 juillet 2004 et la circulaire du 7 avril 2005.

Cette étape importante a permis de renforcer le rôle de la médecine du travail dans la politique de prévention des risques professionnels et d'inscrire son action dans une logique de santé publique.

La réforme s'est articulée autour de la ressource médicale, de la pluridisciplinarité et de la modernisation des structures de la médecine du travail. Elle s'est aussi traduite par des mesures réglementaires destinées à combattre la baisse prévisible du nombre des médecins du travail. Le décret n° 2004-760 du 28 juillet 2004 est venu parachever la réforme de la médecine du travail en améliorant l'offre de prévention destinée aux entreprises en développant l'action en milieu de travail.

Les missions du médecin du travail sont désormais assurées suivant trois axes complémentaires rééquilibrés : la surveillance médicale individuelle de tous les salariés, l'activité de prévention en milieu de travail par une présence renforcée dans les entreprises, et enfin le développement de la veille sanitaire en lien avec les objectifs et les acteurs de la santé publique.

Monsieur Thierry BOSSARD
Chef du service de l'IGAENR
107, rue de Grenelle
75007 PARIS

Alors que les missions de la médecine du travail ont été renforcées et vont encore l'être à l'avenir dans le cadre du Plan santé au travail (renforcement des actions de prévention, développement du rôle de veille épidémiologique, participation à l'élaboration de la politique régionale de prévention) et des autres plans gouvernementaux (plan santé environnement, plan santé publique, plan cancer), les effectifs de médecins du travail sont insuffisants et l'évolution de la démographie médicale rend cette situation encore plus préoccupante tant au niveau des médecins du travail en exercice qu'au niveau des enseignants de la discipline.

C'est pourquoi, nous souhaitons que soit dressé un bilan d'étape de la réforme et que soit menée corrélativement une réflexion prospective et ouverte sur l'évolution des services de santé au travail compte tenu de la démographie médicale et de l'articulation des différentes missions du médecin du travail.

Afin de remplir cet objectif, nous avons décidé de confier cette réflexion aux Professeurs Paul FRIMAT et Françoise CONSO, personnalités qualifiées de la médecine du travail, et d'y associer des membres de l'Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale - que vous désignerez - ainsi que l'Inspection générale des affaires sociales.

Le mandat donné à cette mission est de :

1) Concernant le bilan de la réforme :

- tirer les premiers enseignements des apports de la réforme : après deux ans de mise en œuvre, les nouvelles règles de fonctionnement des services de santé au travail doivent maintenant pouvoir être appréciées dans leur effectivité et leurs effets et il sera nécessaire de disposer d'un bilan précis dans quelques régions représentatives.

2) Concernant l'évolution des missions et des moyens de la médecine du travail :

- partir des constats sur les effectifs des différentes professions concourant à la santé au travail, pour évaluer les impacts à attendre de l'évolution des métiers (médecins, infirmiers, intervenants en prévention des risques professionnels...) et de leurs conditions d'exercice, pour dégager des scénarii possibles d'évolution et d'adaptation aux besoins en santé au travail, permettant par exemple de décharger les médecins du travail de certaines tâches ;

- élaborer des propositions d'aménagements législatifs et réglementaires, le cas échéant, susceptibles d'optimiser les performances des services de santé au travail, en fonction des pistes d'évolution envisagées ;

- évaluer l'enseignement de la médecine du travail et proposer différentes solutions pour assurer un recrutement quantitativement et qualitativement adapté aux besoins prévisibles : évolution des concours d'accès à la médecine du travail, renforcement de la visibilité et de l'attractivité de la discipline, évolution du contenu de l'enseignement, renforcement des activités de recherche, etc...

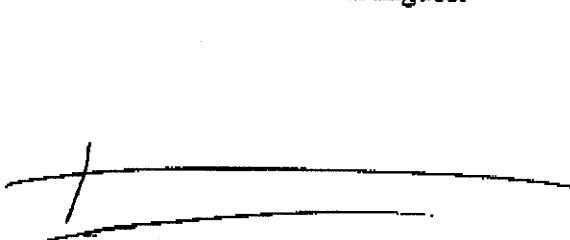
- proposer des solutions pour éviter un déficit grave à moyen terme des moyens d'enseignement (maîtres de conférence et professeurs d'université) : fléchage des postes, instauration de quotas inter-régionaux, implantation hospitalo-universitaire, alliance avec d'autres disciplines, création de postes d'enseignants associés, etc.

La mission pourra prendre l'attache de différentes ressources : au-delà de la collaboration des services des différents ministères concernés, elle pourra faire appel aux experts reconnus sur ce sujet pour enrichir ses réflexions et prendre tout contact utile, notamment avec les représentants de la profession, les partenaires sociaux, et les personnalités extérieures concernées.

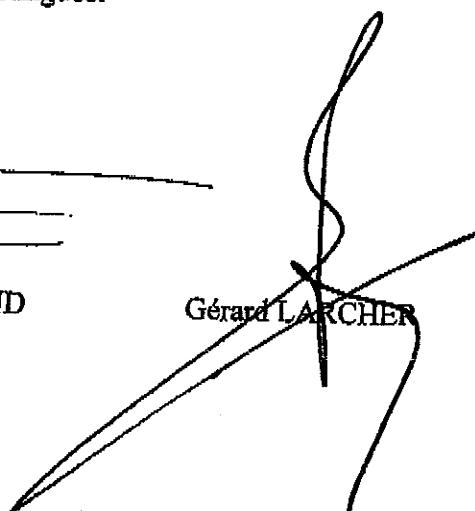
Sa réflexion devra, par ailleurs, s'articuler avec les travaux animés par Monsieur Hervé GOSSELIN, Conseiller à la Chambre sociale de la Cour de Cassation, axés sur la clarification de la notion d'aptitude médicale au travail en lien avec la problématique du maintien dans l'emploi.

Nous souhaiterions disposer d'un rapport établi sous la responsabilité conjointe des membres de la mission pour la fin du premier trimestre 2007.

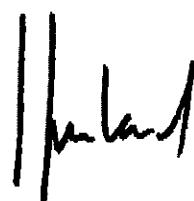
Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Chef de Service, l'expression de notre considération distinguée.



Xavier BERTRAND



Gérard LARCHER



François GOULARD

Annexe 2 : Liste des personnes rencontrées

Liste Des Personnes Rencontrées

Ministères

Travail

DIRECTION GÉNÉRALE DU TRAVAIL

M. Jean-Denis COMBREXELLE, directeur général

Mme Mireille JARRY, sous-directrice

Mme Monique LARCHE-MOCHEL, chef du service de l'inspection médicale du travail et de la main-d'oeuvre

Santé

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ

M. Didier HOUSSIN, directeur général

Mme Jocelyne BOUDOT, sous-directrice par intérim de la prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation

M. Laurent DUBOIS - MAZEYRIE, adjoint au chef du bureau environnement intérieur, milieux de travail et accidents de la vie courante

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS

Mme Annie PODEUR, directrice

Mme Danielle TOUPILLIER, chef de service

M. Marc OBERLIS, sous-directeur des professions médicales et des personnels médicaux hospitaliers

Mme Isabelle MENGER, adjointe au sous-directeur des professions médicales et des personnels médicaux hospitaliers

M. Peter HERGET, chef du bureau des concours médicaux hospitaliers

Sécurité sociale

DIRECTION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

M. Dominique LIBAULT, directeur

M. Guillaume COUILLARD, chef du bureau des accidents du travail et des maladies professionnelles

Dr. Pascal PERROT conseiller médical

Enseignement supérieur et recherche

DIRECTION GÉNÉRALE DES ENSEIGNEMENTS SUPÉRIEURS

M. Charles JOBERT, chef du bureau des formations de santé

DIRECTION GÉNÉRALE DES RESSOURCES HUMAINES

M. Alain PERRITAZ, chef de service, adjoint au directeur général

M. Jean DEROY, chef du bureau des personnels de santé

M. Michel BLANCHÉ, adjoint au sous-directeur des études de gestion prévisionnelle

Mme Joëlle LE ROUX, chef du bureau des études statutaires

Agriculture

Direction générale de la forêt et des affaires rurales

M. Dominique DUFUMIER, chef du bureau réglementation et sécurité au travail

Mme Anne-Marie SOUBIELLE, chargée d'études au bureau réglementation et sécurité au travail

Haute Autorité de santé

Pr. Jean-Michel CHABOT, conseiller médical du directeur

Dr Philippe MICHEL, directeur de l'évaluation des stratégies de santé

Mme Catherine RUMEAU-PICHON, chef du service évaluation médico-économique et santé publique

M. Frédéric DE BELS, adjoint au chef du service des recommandations professionnelles

Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)

DIRECTION DES RISQUES PROFESSIONNELS

M. Stéphane SEILLER, directeur

M. Philippe BIELEC, ingénieur de prévention

Mme Odile VANDENBERGHE, médecin conseil

Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics (OPPBTP)

M. Jean-Pierre STASI, secrétaire général

M. François LIET, responsable du département développement et prestations

Mutualité sociale agricole (MSA)

Pr. Patrick CHOUTET, médecin national de la MSA, président de l'Institut national de médecine agricole

Dr. Jean-Pierre GRILLET, médecin chef de l'échelon national de santé au travail

Personnalités

M. Hervé GOSSELIN, conseiller à la chambre sociale de la Cour de cassation

M. Michel VÉZINA, directeur de la santé publique du Québec

Conseil national de l'Ordre des médecins

Pr. Jacques ROLLAND, président

Dr. Denis SAINT-PAUL, conseiller

Conférence des doyens des facultés de médecine

Pr. Bernard CHARPENTIER, président, et le bureau de la conférence

Agences et institut spécialisés

Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (AFSSET)

Mme Michèle FROMENT-VÉDRINE, directrice générale

Pr. Gérard LASFARGUES, chef du département santé au travail

Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT)
 M. Michel WEILL, directeur général adjoint, directeur général par intérim
 M. Benjamin SAHLER, directeur de l'Association régionale pour l'amélioration des conditions de travail Limousin

Institut de veille sanitaire (InVS)
 Pr. Gilles BRÜCKER, directeur général
 Dr Ellen IMBERNON, responsable du département santé travail

Etablissements publics d'enseignement supérieur et de recherche, sociétés savantes

Conservatoire national des arts et métiers (CNAM)
 Pr. William DAB, directeur de l'Institut d'hygiène industrielle et de l'environnement

Ecole des hautes études en santé publique (EHESP)
 Pr. Antoine FLAHAULT, administrateur provisoire

Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)
 Pr. Marcel GOLDBERG

Société française de médecine du travail (SFMT)
 Dr. Catherine COTHEREAU, présidente
 Pr. Patrick BROCHARD, vice président
 Pr. Jean-Claude PAIRON, président du conseil scientifique

Collège des enseignants hospitalo-universitaires de médecine du travail (CEHUMT)
 Pr. Jean-François CAILLARD, président

Partenaires sociaux

Mouvement des entreprises de France (MEDEF)
 Mme Véronique CAZALS, directrice du service de la protection sociale
 Mme Nathalie BUET
 M. Pierre BRUNEL
 Dr. François PELLET, médecin conseil

Confédération générale du patronat des petites et moyennes entreprises (CGPME)
 M. Georges TISSIER, directeur des affaires sociales
 Dr Pierre THILLAUD, conseiller médical

Union professionnelle artisanale (UPA)
 M. Pierre BURBAN, secrétaire général
 M. PAGES

Confédération générale du travail (CGT)
 Dr. Alain CARRÉ
 Dr. Gilles SEITZ

Confédération générale du travail - Force ouvrière (CGT-FO)

M. Jean-Claude MALLET, secrétaire confédéral
 M. Giovanni DUMOULIN

Confédération française démocratique du travail (CFDT)
 M. Jean-Louis MALYS, secrétaire national
 M. Henri FOREST, secrétaire confédéral
 Mme Bertille GENTHIAL

Confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC)
 M. Pierre-Yves MONTÉLÉON
 M. Henri NURY

Confédération française de l'encadrement - Confédération générale des cadres (CFE-CGC)
 Dr. Bernard SALENGRO

Organismes nationaux

Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS)
 M. Jean-Luc MARIÉ, directeur général, et ses collaborateurs

Centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise (CISME)
 M. Gabriel PAILLEREAU, délégué général
 Dr. Liliane BOITEL, médecin conseil

Syndicats ou groupements professionnels

Syndicat national des professionnels de la santé au travail (SNPST)
 Dr. Mireille CHEVALIER, secrétaire national
 Dr. Gilles ARNAUD, secrétaire adjoint
 Dr. Yves - Henri MARTIN
 Mme Marie - Christine LIMAMME

Syndicat des médecins inspecteurs du travail et de la main d'œuvre
 Dr. Nicolas SANDRET
 Dr. Claire THOMASSIN
 Dr. Jacques - Hubert LEBLANC

Groupement des infirmiers de santé au travail (GIT)
 Mme Nadine REUX, présidente
 Mme Geneviève FAYE, vice-présidente

Groupement national des médecins du BTP (GNMBTP)
 M. Jean-François CANONNE, président
 Dr. Claudie LEBAUPAIN, secrétaire

Association des médecins du travail des grandes entreprises (ACOMED)
 Mme Catherine RAUX, directrice du service de santé au travail de BNPP

M. Alain ACKER, directeur médical du groupe AREVA
 M. Jean-Michel GIRAUD, conseiller médical du CEA
 Association des médecins du travail des banques (AMTB)
 Mme Catherine RAUX, directrice du service de santé au travail de BNPP
 Dr. Isabelle LEPRINCE, médecin du travail, BARCLAYS
 Dr. François GUILLON, médecin du travail, CIC.

REGIONS

Nord Pas de Calais

Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle
 Mme Marie-Laure BALMES, directrice régionale
 M. Jean-Paul HÉDIN, directeur régional délégué
 M. Philippe LEMAIRE, directeur adjoint

Médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main d'œuvre :

Dr. Jeanne - Marie BRILLET
 Dr. Anne CHATFIELD
 Dr. Christine THEVENARD
 Dr. Brigitte SOBCZAK

Les ingénieurs de prévention de la DRETEFP :

Mme THILMONT
 M. FOVEZ
 M. PICOT
 M. TONUS

Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
 Mme Véronique YVONNEAU, directrice adjointe
 Dr. Christian LAHOUTE, médecin inspecteur régional

Le doyen de la faculté de médecine de Lille
 Pr. Jean-Paul FRANCKE,

Caisse régionale d'assurance maladie
 M. Laurent HUGLO

Observatoire régional santé travail
 M. Yves DURTESTE

Association régionale pour l'amélioration des conditions de travail
 M. Bernard JANSEN

Centre hospitalier régional de Lille
 M. Fabrice LEBURGUE, directeur des affaires médicales,
 Dr. RIGOT, vice-président de la commission médicale d'établissement,
 Mme Anne-Claude DAUTEL, directrice du pôle santé publique

Le président de l'université Lille II
 Pr. Christian SERGHERAERT

Région Nord-Pas-de-Calais
 M. Michel AUTES, vice-président (santé)
 Mme Catherine GÉNISSON, vice-président (culture)

MEDEF
 M. Jean-Pierre GUILLON, président Nord-Pas-de-Calais

Syndicats
 M.DURTESTE (CFDT)
 M. BERLY (CFTC)
 M. SOHET (FO)
 Mr DELBEY (CFE-CGC)
 M. CREPELLE (CGT)

La Commission régionale de médecine du travail (CRMT)

Le centre d'études et de recherches en santé, travail, environnement (GIP CERESTE)

L'Institut de santé au travail du Nord de la France (ISTNF)

Services de santé au travail :

Association médecine et santé au travail (AMEST)
 M. Philippe BLANC, président
 M. Louis-Marie HARDY, directeur
 Des représentants des médecins du service : Dr. Claude BUISSET, Dr. Catherine LEMESLE,
 Dr. Jacky BINO, Dr. DOUZET.

Service de santé au travail de la vallée de la Lys (SIMUP)
 M. Patrick VANDAMME, président
 M. Hervé MOREL, directeur
 Les membres du service

Association santé travail interentreprises Littoral 62 (ASTIL 62)
 M. Pierre-Yves AVOT, président
 M. Patrick GHEERARDYN, directeur général
 M. PETIT, secrétaire général
 Les médecins et IPRP du service

ARCELOR MITTAL
 M. Jean - Pierre MULLIÉ, responsable ressources humaines
 Les médecins du travail

Ile-de-France

DIRECTION RÉGIONALE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE

M. Marc BIEHLER, directeur régional

M. Vincent RUPRICH, directeur régional délégué

Médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main d'œuvre :

Dr. Sylvie RONDET

Dr. Nicolas SANDRET

Dr. Marie-Christine SOULA

M. Patrice PEYTAVIN, directeur adjoint du travail, et des membres de l'équipe pluridisciplinaire d'appui santé et sécurité

DIRECTION RÉGIONALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES

Mme Marie-Claire L'HELGOUAL'H, directrice adjointe

Mme Monique REYNOT, responsable du service formations et professions santé

Dr. Hubert ISNARD

CAISSE RÉGIONALE D'ASSURANCE MALADIE

M. Jacques TONNER, directeur général

M. Bernard GODEFROY, ingénieur conseil régional

M. Claude MICHEL, ingénieur conseil régional adjoint

OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ AU TRAVAIL EN ILE-DE-FRANCE

M. Gilles LE MAIRE, président

Dr. KERYER, vice-président

ASSOCIATION RÉGIONALE POUR L'AMÉLIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL

M. Guy ROMESTANT, président

M. Jean-Paul PLOTTU, vice-président

M. Joseph LE CORRE, directeur

ASSISTANCE PUBLIQUE – HÔPITAUX DE PARIS

M. Jean-Marc BOULANGER, secrétaire général

Mme Hélène JACQUES, responsable du personnel de santé au travail

Pr. Dominique CHOUDAT

Les représentants des 19 services associés à l'élaboration de la Charte de bonnes pratiques des services des services interentreprises d'Ile-de-France

INSTITUT INTERUNIVERSITAIRE DE MÉDECINE DU TRAVAIL DE PARIS ILE-DE-FRANCE

Pr. Jacques AMEILLE, président

Pr. Jean-Claude PAIRON, secrétaire général

Pr. Dominique CHOUDAT, membre du bureau

Dr Robert GARNIER, membre du bureau

Services de santé au travail

Centre médical du travail inter entreprises (CMTIE Saint-Jacques) :

Mme Danièle BOURLA, directrice,

Dr. Odile RENARD, médecin coordonnateur,

Dr. Kamel IAMARENE, médecin et IPRP technique, expert en toxicologie

Association interprofessionnelle des centres médicaux et sociaux de santé au travail (ACMS)

M. Bernard GAÏSSET, directeur général

Dr. Gilles LECLERCQ, directeur du service médical

Mme Michèle MILLARD, directeur administratif et social des secteurs

Association paritaire de médecine du travail du bâtiment et des travaux publics de la région parisienne (APST)

Mme Catherine BONNIN, directeur général

Dr. Jean-François BOULAT, directeur médical

BNP PARIBAS

Mme Catherine RAUX, directeur du service

Dr GUEDJ et Dr GUILBERT, médecins du travail

RENAULT FLINS

Dr. Olivier GORAND, directeur du service

Mme Hélène DEMADRE, responsable des ressources humaines

Yvelines Santé Travail (SYST)

Mme Blandine BOISNARD, directrice

Dr. Gérard DESNOYERS, médecin coordonnateur

Dr. Anne-Laurence THOMAS-DÉSESSARTS

GIMAC santé au travail

Mme Moira ALLAN

Poitou-Charentes

Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle

M. Guy SEGUELA, directeur

M. Gérard VAUDOU, directeur adjoint

Médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main d'œuvre :

Dr Catherine BERSON-GUILLET

Dr. Jean-Louis POMMIER

Le doyen de la faculté de médecine de Poitiers

Pr. Roger GIL

Intersyndicale :

M. Roland NICOLAS, CFE-CGC

Mme Sophie RAPINEL, CFDT

M. Gilles ARNAUD, SNPST
 Mme Maryse LEGENDRE, CFTC
 Services de santé au travail

Languedoc-Roussillon

DIRECTION RÉGIONALE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE
 M. Didier REY, directeur régional
 M. Eric PIECKO, directeur adjoint
 M. Serge LAVABRE, inspecteur du travail

MÉDECINS INSPECTEURS RÉGIONAUX DU TRAVAIL ET DE LA MAIN D'ŒUVRE :
 Dr. Viviane HERAT-HEUZÉ,
 Dr. Claude SCHUCHT

LE DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER
 Pr. Jacques TOUCHON

DIRECTION RÉGIONALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES
 M. Jean-Paul GUYONNET, médecin inspecteur régional

CAISSE RÉGIONALE D'ASSURANCE MALADIE
 M. Yves GARY, ingénieur-conseil

MEDEF

Syndicats

SOCIÉTÉ RÉGIONALE DE MÉDECINE DU TRAVAIL
 Dr. ANTONIAU
 Dr. MAZAURY
 Dr. VIVIER
 Dr. MATHA
 Dr. GIBER

Services de santé au travail

AMETRA
 M. Rémy DREVON BALAS, président
 Mme Véronique DEMON, directrice
 Les médecins et les IPRP du service

NESTLÉ WATERS FRANCE (site de Vergèze)
 M. Louis VAQUERO, directeur général de l'établissement
 M. Roland CROUZET, directeur des ressources humaines
 M. Franck BERTRAND, responsable des ressources humaines du site
 M. Christophe DROUILLAT, responsable communication et environnement industriel
 Dr. Anne BOUTTE, médecin du travail

SIST NARBONNE
M. Hugues ADRIAN, directeur

COMURHEX
Dr. Marie - Luce LLAONA, médecin du travail

Enfin, la mission a reçu une note du 6 avril 2007 de M. Gilles BLOCH, directeur général de la recherche et de l'innovation, relative à la mise en œuvre du volet recherche du Plan national Santé Environnement (PNSE) et du Plan Santé Travail (PST).

Annexe 3 : Liste des différents sigles utilisés dans le rapport

**Liste des différents sigles utilisés dans le rapport
(par ordre alphabétique)**

ACMS	Association interprofessionnelle des centres médicaux et sociaux de santé au travail de la région Ile de France
AFSSET	Agence française de sécurité sanitaire, de l'environnement et du travail
AHU	Assistant hospitalo-universitaire
AMT	Action en milieu de travail
ANACT	Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail
ANAES	Agence nationale d'évaluation et de santé
ARACT	Association régionale pour l'amélioration des conditions de travail
AT/MP	Accident du travail/Maladie professionnelle
BTP	Bâtiment et travaux publics
CEHUMT	Collège des enseignants hospitalo-universitaires de médecine du travail
CGC	Confédération générale des cadres
CHSCT	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CHU	Centre hospitalier universitaire
CISME	Centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise
CME	Commission médicale d'établissement
CNAM-TS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CRAM	Caisse régionale d'assurance maladie
CRMT	Commission régionale de médecine du travail
CRPRP	Comité régional de la prévention des risques professionnels
CRRMP	Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles
DGS	Direction générale de la santé
DGT	Direction générale du travail
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

DIUST	Diplôme interuniversitaire de santé au travail
DMP	Dossier médical personnel
DRTEFP professionnelle	Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation
EPP	Evaluation des pratiques professionnelles
ETP	Equivalent temps plein
GIE	Groupement d'intérêt économique
HAS	Haute autorité de santé
InVS	Institut national de veille sanitaire
IPRP	Intervenant en prévention des risques professionnels
MCU-PH	Maître de conférences des universités-Praticien hospitalier
OPPBTP	Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics
ORS	Observatoire régional de la santé
ORST	Observatoire régional de la santé au travail
PME	Petites et moyennes entreprises
PU-PH	Professeur des universités- Praticien hospitalier
RNVPP	Réseau national des services de veille et de prévention des pathologies professionnelles
SAST	Secrétaire assistante en santé-travail
SMR	Surveillance médicale renforcée
SNPMT	Syndicat national professionnel des médecins du travail
SNPST	Syndicat national des professionnels de la santé au travail
SST	Service de santé au travail
TMS	Troubles musculo-squelettiques
UFR	Unité de formation et de recherche

Annexe 4 : Les acteurs de la santé au travail en France

LES ACTEURS DE LA SANTE AU TRAVAIL EN FRANCE

Compte tenu des circonstances historiques qui ont permis le développement du champ Santé-Travail et de la mise en place à la même époque de la Sécurité Sociale, le rôle des différents acteurs dans les années soixante pouvait se résumer autour de quatre approches.

l'Etat et en particulier le **Ministère du Travail** qui, avec la DGT (ex. DRT), les DRTEFP et les réseaux des DDTEFP et des inspecteurs du travail, exercent leur rôle du contrôle (application des dispositions réglementaires). Ils ont également un rôle de conseil et d'information auprès des employeurs et des salariés.

Les organismes de Sécurité Sociale avec, en particulier, la CATMP, les CTN, les CRAM et leur service Prévention, Tarification, ont pour rôle de développer et de coordonner la prévention des accidents de travail et des maladies professionnelles et de concourir à l'application des règles de tarification. Les organismes remplissent un rôle « assuranciel » en alliant conseil, incitation, formation, contrôle

Les services de la Santé au Travail d'entreprise et interentreprises permettent un maillage géographique et/ou professionnel avec plus de 7 000 médecins du travail (régime général) et autant d'assistants. Ces services développent le dispositif de prévention et le suivi individuel.

Les partenaires sociaux restent à la base du dispositif autant au niveau national dans le cadre du Conseil Supérieur de la Prévention des Risques Professionnels, qu'au niveau de l'entreprise en ce qui concerne les CHS-CT.

En dehors de ces quatre partenaires « fondateurs », de nombreuses structurations ont été réalisées et ont multiplié les acteurs.

On peut ainsi citer :

les **Agences** et en particulier l'ANACT qui a développé à la fois un champ de compétences dans les domaines conditions et organisation du travail. Depuis 2006, l'AFSSET participe aussi au paysage de restructuration avec un rôle de coordination sur l'évaluation des risques et l'amélioration des connaissances.

Le département « santé-travail » de l'Institut national de veille sanitaire (InVS)

Les **organismes nationaux** soit professionnels tels que l'OPPBTP qui a pour rôle de conseiller la branche BTP, soit d'études ou de recherches tel que l'INRS qui remplit son rôle de recherche, formation, information, assistance. L'INERIS trouve aussi sa place dans l'approche environnementale.

Il est à noter que des structurations nationales existent sur le plan scientifique, comme le collège des enseignants de Médecine du Travail, la Société Française de Médecine du Travail, certains groupements nationaux comme le Groupement National des Médecins du Bâtiment et des Travaux Publics

Les **organisations régionales** qui peuvent être des émanations de la structuration nationale ou des regroupements spécifiques permettant animation et développement du champ

- . on peut ainsi citer la structuration régionale créée par le comité régional de prévention des risques professionnels (décret de mai 2007) qui devrait permettre l'animation et le suivi des plans régionaux de Santé au Travail
- . on peut reprendre les différents organismes régionaux où siègent les partenaires sociaux en dehors du CRRMP... : les comités régionaux de l'OPPBTP, les ARACT, les CTR... l'ORST mis en place par les accords de septembre 2000.
- . on peut souligner la mise en place dans certaines régions d'Institut de Santé au Travail, de sociétés scientifiques, de groupements régionaux d'acteurs en Santé-Travail, de structuration recherche.

En guise de synthèse

Dans cette approche « pluridisciplinaire », on constate la multitude des acteurs qui sont autant de « cordes ou de tuyaux d'orgue » à mettre en harmonie si l'on souhaite une dynamique.

Le Plan Santé Travail souligne ainsi cet aspect. De même, la multitude des organismes représentatifs nécessite de la part des partenaires sociaux une organisation complexe s'ils souhaitent participer à chaque réunion... auxquels il faut rajouter par exemple les Conseils d'Administration et Commissions de Contrôle des SST, les CE et CHS-CT... et toutes les autres représentations.

Enfin, la structuration régionale passe par une animation efficace en Région des différents acteurs avec d'autant plus de résultats qu'il existe un réseau « réel » des partenaires et une structuration le plus souvent de type associatif (Institut, Société,...)

Annexe 5 : Action en milieu de travail : éléments d'évaluation relatifs aux fiches d'entreprise

ACTION EN MILIEU DE TRAVAIL : ELEMENTS D'EVALUATION RELATIFS AUX FICHES D'ENTREPRISE

Les carences du système de remontée d'information ne permettent pas d'évaluer la mise en œuvre effective des obligations réglementaires relatives à l'établissement des fiches d'entreprise. Cette donnée est généralement mal renseignée dans les rapports des services de santé au travail.

Il y a pourtant là un indicateur important puisque l'existence d'une fiche d'entreprise signifie que les salariés travaillent dans un lieu où le médecin du travail a effectué un bilan des expositions professionnelles et transmis ses conseils de prévention.

Les éléments collectés par la mission pour tenter d'apprécier les effets des mesures de réforme dans ce domaine font ressortir quelques grandes tendances. Les éléments chiffrés qui les accompagnent sont fournis à titre d'illustration sans prétendre à une quelconque représentativité statistique :

- Une réelle mobilisation des services de santé au travail pour développer les visites d'entreprise et accélérer l'établissement des fiches

La DRTEFP d'Ile de France, évaluait, sur un échantillon concernant les seules entreprises de plus de 10 salariés, que le nombre des fiches nouvellement créées en 2005 s'élevait à 20 en moyenne par médecin à temps plein et celui des mises à jour à 9. Ces chiffres marquaient une accélération importante par rapport à la tendance antérieure :

	Fiches nouvelles créées (moyenne pour un médecin temps plein)	Fiches mises à jour (moyenne pour un médecin temps plein)
2003	7	6
2004	7	7
2005	20	9

*Source : DRTEFP Ile de France, exploitation annuelle d'un échantillon de rapports d'activité médicale*¹

Les résultats enregistrés dans cette région par l'ACMS font clairement apparaître l'impulsion donnée par la mesure de généralisation de la fiche d'entreprise en 2006 :

	Janvier 2005	Janvier 2006	Evolution 2006/2007	Janvier 2007	Evolution 2006/2007
Nombre d'établissements dotés d'une fiche d'entreprise	15 074	23 126	+53%	28 802	+ 25%

Source : ACMS

¹ 174 rapports en 2003, 176 rapports en 2004, 172 rapports en 2005

Le même type d'observations peut être fait en Languedoc –Roussillon auprès de l'un des principaux services de la région (AMETRA) :

	Fiches nouvelles créées (moyenne par médecin)	Fiches mises à jour (moyenne par médecin)
2002	1,5	2
2006	22	5,5

Source : DRTEFP Languedoc-Roussillon

- un taux de couverture qui demeure très faible pour les entreprises de moins de 10 salariés

Dans le Nord-Pas de Calais, la DRTEFP estimait qu'à peu près une entreprise sur deux avait réalisé sa fiche d'entreprise et 1 sur 3 son document unique.

En Ile de France l'ACMS estimait que le taux de couverture en fiches d'entreprise au début de l'année 2007 atteignait 76% pour les établissements de plus de 10 salariés, contre 31% des lieux de travail de 1 à 10 salariés. Le taux de couverture global pour les entreprises de plus de 10 salariés était évalué par la DRTEFP à 81% en 2004.

- d'importants écarts entre services et même entre médecins d'un même service

La décomposition des données moyennes recueillies dans un service comme l'AMETRA (cf ci-dessus) est à cet égard particulièrement intéressante : elle montre que les moyennes recouvrent de grandes variations et que, loin de se resserrer au fur et à mesure de la pénétration des réformes, les écarts entre médecins semblent au contraire se creuser alors même qu'ils appartiennent à un service commun.

	Fiches nouvelles créées (par médecin : moyenne, minimum et maximum)	Fiches mises à jour (par médecin : moyenne, minimum et maximum)
2002	Min 0 / Max 5	Min 0 /Max 9
2006	Min 3 /Max 74	Min 0 /Max 20

Source : DRTEFP Languedoc-Roussillon

Annexe 6 : Maquette d'enseignement du DES de médecine du travail :
Propositions du CEHUMT (Collège hospitalo-universitaire de médecine du travail)

**Maquette d'enseignement du DES de médecine du travail :
Propositions du CEHUMT (Collège hospitalo-universitaire de médecine du travail)**

Le CEHUMT rappelle l'importance de maintenir la discipline « Médecine du Travail » au rang des spécialités médicales de plein droit (exigence européenne) et a mis en place une nouvelle maquette de formation initiale..

Cette maquette a été élaborée selon les nouveaux principes d'acquisition pédagogique (savoir-faire, savoir-être, savoir-faire)

Elle se structure :

- sur le plan théorique autour de sept modules :
 - Le monde du travail
 - Réglementation ; organisation de la santé au travail
 - Les risques professionnels
 - Evaluation et promotion des capacités de travail – maintien dans l'emploi
 - Outils et méthodes
 - Soins d'urgence
 - Du risque professionnel au risque environnemental
- sur le plan pratique : parmi les quatre semestres de stage spécifiques de médecine du travail (les quatre autres étant des stages cliniques), deux semestres de stage en service de santé au travail au moins sont exigés

Cette maquette sera mise en place sur le plan interrégional

Contenu détaillé de la maquette d'enseignement théorique (exemples)

Module 1 : Le monde du travail

Connaissances (savoir)

Organisation et mode de fonctionnement des entreprises (formel et informel)

Systèmes économiques : grands principes, mondialisation

Systèmes de marché : la démarche qualité, l'audit...

Systèmes sociaux : syndicats, les organisations internationales

L'évolution de l'emploi : le chômage, temps de travail, dans le monde

L'entreprise :

- organisation interne de l'entreprise et ses différents acteurs
- les institutions représentatives : C.H.S.C.T., D.P., CE
- les contrats de travail, droit social, conventions collectives
- relations sociales, négociations collectives
- principes de gestion des ressources humaines et de management (conduite de projet)
- projets économiques d'entreprise

Les fonctions publiques : organisations, économie, statut...

Sociologie du travail et des organisations proches de l'ethno-sociologie

Evolution des principaux processus et technologies

Avoir fait ou participé (connaissance)

Avoir rencontré un DRH, un chef d'entreprise, un représentant du personnel

Avoir participé à une réunion avec les instances représentatives : un CHSCT...

Avoir pris connaissance du budget de l'entreprise et de la part attribuée à l'hygiène, sécurité et santé au travail

Avoir analysé la place de l'entreprise dans le systèmes économique (France, Europe...)

Savoir faire (compétences)

Identifier et définir les différents acteurs de l'entreprise

Identifier et définir la politique de l'entreprise et en particulier en matière de santé au travail et comprendre les enjeux socio-économiques

Savoir apprécier la nature de la relation de l'entreprise avec son service de santé au travail notamment dans les PME

Module 3 : Les risques professionnels (extraits)**Evaluation des risques professionnels***Connaissances (savoir)*

Bases conceptuelles de l'évaluation des risques

Indicateurs sanitaires : AT/MP, absentéisme, turn over...

Place des différents intervenants dans l'évaluation des risques professionnels

Méthodes d'évaluation des expositions aux aérocontaminants

Principes de mesure des expositions aux agents physiques (sonores, vibratoires, lumineuses, thermiques...), chimiques et biologiques

Principes de la surveillance biologique des expositions professionnelles

Principes de mesure des expositions aux risques psychosociaux et organisationnels

Avoir fait ou participé (connaissance)

Avoir participé à l'évaluation des risques dans différents environnements de travail

Expérience de la toxicologie générale

Avoir participé à la reconstitution des expositions professionnelles antérieures susceptibles d'entraîner des effets à long terme

Avoir analysé une situation de risque chimique sur la base des fiches de données de sécurité et d'autres éléments documentaires

Avoir participé à la rédaction d'une fiche d'entreprise

Avoir collaboré avec les autres intervenants en évaluation des risques (multidisciplinarité)

Savoir faire (compétences)

Savoir organiser l'intervention spécifique de l'équipe de santé au travail dans l'entreprise

Savoir évaluer une situation de travail

**Annexe 7 : EFFECTIF HOSPITALO-UNIVERSITAIRE
EN MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
(1998 – 2007)**

**EFFECTIF HOSPITALO-UNIVERSITAIRE
EN MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
(1998 – 2007)**

L'effectif global de la discipline (PU-PH et MCU-PH) se repartit comme suit :

	PU/PH	MCU/PH	AHU
1998	33	25	22
2007	29	26	20

A/ Effectif de PU/H

15 départs en retraite ont eu lieu sur les dix dernières années, 11 promotions ont été réalisées soit un déficit de 4 postes de PU-PH.

Si 4 CHU ont été nouvellement pourvus, 9 n'ont pas encore récupéré leur niveau antérieur.

Il est à noter que 3 promotions ont été réalisées sur les trois dernières années (2005–2007).

B/ Effectif de MCU-PH

3 départs en retraite ont eu lieu sur les dix dernières années, 12 postes ont été ouverts dont trois dans des facultés où il n'y avait pas d'enseignant.

Durant cette période, 8 MCU-PH ont été promus PU-PH.

Au total, en 10 ans, la discipline a gagné un poste de MCU-PH.

Il est à noter que 4 créations de MCU-PH ont été réalisées dans les trois dernières années (2005–2007).

C/ En conclusion

L'effectif global (PU-PH, MCU-PH) est, au 1/09/07, de 55 enseignants titulaires pour les 36 Facultés (il était de 58 au total en 1998).

L'équilibre PU/MCU était en 1998 de 33/25 ; il est actuellement de 29/26. Il n'existe pas de véritable potentiel de développement.

Le manque de postes de contractuel est trop faible (20 postes officiellement répartis pour l'ensemble des facultés). Il est indispensable d'obtenir des postes d'AHU pour promouvoir la discipline.

La situation alarmante en 2004 avait conduit la sous-section du CNU à élaborer un rapport aux différents ministères.

Malgré les postes obtenus en 2006 et 2007, il n'y a pas eu de développement. Une correction salutaire semble en cours, l'effort de création de 10 à 15 postes de Titulaires d'ici 2013 semble indispensable pour combler les postes qui vont s'aggraver avec les départs en retraite, pour renforcer les équipes existantes avec l'ouverture des nouvelles formations. Le PNST pourrait apporter des perspectives favorables.

**Annexe 8 : REPARTITION DES EFFECTIFS HU
EN MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
ET NOMBRE D'INTERNES EN FORMATION
(Par interrégion)
au 1/09/07**

**REPARTITION DES EFFECTIFS HU
EN MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
ET NOMBRE D'INTERNES EN FORMATION
(Par interrégion)
au 1/09/07**

Interrégion Sud-Ouest (9 personnes)

- . Bordeaux, Toulouse, Limoges
- . 3 PU-PH, 4 MCU-PH, 2 AHU
- . 20 internes en formation au 01/09/07

Interrégion Nord-Est (9 personnes)

- . Strasbourg, Nancy, Dijon, Besançon, Reims
- . 4 PU-PH, 2 MCU-PH, 3 AHU
- . 36 internes en formation au 01/09/07

Interrégion Ouest (12 personnes)

- . Rennes, Brest, Tours, Angers, Nantes, Poitiers
- . 6 PU-PH, 3 MCU-PH, 3 AHU
- . 22 internes en formation en 01/09/07

Interrégion Ile de France (13 personnes)

- . 6 PU-PH, 3 MCU-PH, 4 AHU
- . 44 internes en formation au 01/09/07

Interrégion Sud-Est (5 personnes)

- . Montpellier, Nice, Marseille
- . 1 PU-PH, 3 MCU-PH, 1 AHU
- . 18 internes en formation au 01/09/07

Interrégion Rhône-Alpes (13 personnes)

- . St Etienne, Grenoble, Lyon, Clermont-Ferrand
- . 5 PU-PH, 5 MCU-PH, 3 AHU
- . 22 internes en formation au 01/09/07

Interrégion Nord (14 personnes)

- . Rouen, Lille, Amiens, Caen
- . 4 PU-PH, 6 MCU-PH, 4 AHU
- . 46 internes en formation au 01/09/07

Annexe 9 : Une formation qualifiante pour les infirmières en santé travail

Le D.I.U.S.T

**UNE FORMATION QUALIFIANTE
POUR LES INFIRMIERES EN SANTE-TRAVAIL
Le D.I.U.S.T.**

Mis en place en 1994 par trois universités (Lille, Rouen, Strasbourg), le Diplôme Inter-Universitaire en Santé-Travail (DIUST) a pour but de combler l'absence de formation et de qualification de l'infirmier(e) d'entreprise prévu par l'article R 241-35.

L'absence d'exigence réglementaire de niveau exigé, de compétences, de contrôle par les services du travail ont entraîné de nombreuses lacunes dans ce dispositif pourtant nécessaire dans l'intégration des démarches de prévention et de suivi de santé en entreprise.

Si, en France, aucun niveau de compétence n'est exigé, plusieurs pays comme la Finlande (en 2002) et l'Espagne (en 2005) ont réglementairement précisé le niveau de formation (formation très similaire au DIUST).

En 1994, une formation en alternance étalée sur 15 mois est proposée intégrant connaissance de l'entreprise, identification et évaluation des facteurs de risque, méthodologie de projet, interrelation travail-santé, démarche de prévention, suivi et écoute active...

Cette formation intégrant travaux d'application, suivi pédagogique et stage pratique se termine par la soutenance d'un mémoire autour d'un projet infirmier en entreprise.

En 2007, six facultés proposent cet enseignement (Bordeaux, Lille, Limoges, Rouen, Strasbourg, Toulouse).

En 2007, près de 700 infirmier(e)s ont été formé(e)s. Plusieurs enquêtes ont eu lieu et publiées.

Les résultats confirment la meilleure intégration du personnel infirmier à la fois dans l'évaluation du risque, l'action avec les IPRP. Le DIUST a renforcé leur crédibilité.

S'il est nécessaire que l'entreprise évolue dans sa dynamique Santé-Travail (parfois trop orientée sur le caractère curatif), les demandes d'employeur souhaitant recruter des infirmières DIUST sont actuellement supérieures au nombre en formation.

Actuellement, la formation DIUST s'intègre au processus LMD dans le cadre d'une Licence (Licence Professionnelle à Strasbourg, Licence Santé-Publique, parcours Santé-Travail à Lille). Rouen et Toulouse sont en cours de modification.

Le niveau Licence permettrait de fixer un niveau minimum pour l'infirmière en Santé-Travail après formation spécifique.

Des modules complémentaires de gestion de projet, entretien infirmier, gestion des indicateurs collectifs en Santé-Travail viendraient s'ajouter dans de futurs parcours de type Master.

Une homogénéisation nationale avec maquette de formation sera mise en place afin de conforter sa qualité.

**Annexe 10 : Charte de la qualité et pilotage de la médecine du travail en
Île-de-France**

Charte de la qualité et pilotage de la médecine du travail en Ile-de-France

La DRTEFP s'est donnée pour objectif de garantir une qualité homogène sur le territoire régional de façon à répondre aux objectifs de la réforme. Celle-ci est en effet compromise par :

une forte concurrence entre les SST résultant de la densité élevée d'opérateurs sur certains secteurs (jusqu'à 15) qui se traduit par un avantage aux services les moins impliqués dans la réforme, et par conséquent les moins disants car la mise en œuvre de la réforme coûte cher et pèse sur les cotisations ;

la dispersion des SST qui ne leurs permet pas de tous apporter la même prestation.

Dans ce contexte, la Charte a pour objet d'établir un code de bonnes pratiques applicable aux services signataires pour démontrer leur engagement dans la réforme, envoyer un signal de modernité et de progrès à leurs adhérents et mobiliser les médecins du travail. Par ailleurs, la DRTEFP s'efforce, dans le cadre de la politique d'agrément, de réduire la dispersion des services en favorisant les regroupements autour des services impliqués dans la réforme. La plupart des SST exprime le souhait de voir la DRTEFP mener une politique d'agrément fondée sur une logique d'organisation des services en fonction des besoins.

L'animation régionale s'appuie efficacement sur la forte présence universitaire. La création d'une association a permis d'assurer la coordination des diverses universités, d'organiser l'analyse et la synthèse de la réflexion universitaire et de développer des initiatives dans le domaine de la recherche

Annexe 11 : Animation de la médecine du travail en Nord-Pas-de-Calais

Animation de la médecine du travail en Nord-Pas-de-Calais

En région Nord-Pas-de-Calais, sous l'impulsion des universitaires, de la DRTEFP, de la CRAM et des SST, la mise en commun de compétences et de moyens en « Santé Travail » est une priorité régionale reprise d'ailleurs dès 2000 dans le cadre des Plans Régionaux de Santé, le tout en accord avec les partenaires sociaux et avec le soutien du Conseil Régional. De réels efforts de restructuration et de mutualisation sont ou ont été réalisés, des expérimentations sont en cours.

A- Des outils au service de la région.

L’Institut de Santé au Travail du Nord de la France (ISTNF) (association de la loi de 1901) regroupe le réseau des acteurs et assure :

une fonction d’animation régionale et de formation (maintien dans l’emploi, conduites addictives, CMR, EVREST...) ;

une fonction d’aide à la conduite de projet collectif ;

une fonction d’information et de valorisation avec l’outil www.istnf.fr ;

Il est devenu un plateau technique « Recherche et Développement » au service des SST et des professionnels de Santé Travail.

Le site hospitalo-universitaire (CHRU - Université Lille 2) qui regroupe à la fois un centre de formation reconnu (filière médicale, paramédicale, juridique,...), un service de pathologie professionnelle apportant sa capacité d’expertise et d’avis spécialisé, mais aussi un centre de recherche (Centre de Recherche en Santé de Travail Environnement : GIP CERESTE), acteur reconnu par le PNSE et le PNST

Des plateformes techniques regroupées sous forme de GIE (GISSET, CIST) permettant une mutualisation de moyens pour les SST avec la mise à disposition commune de compétences, tant sur le plan technique, analytique...

B – Une volonté régionale

La situation régionale et l’histoire industrielle du Nord-Pas-de-Calais rendent les acteurs plus sensibles que d’autres au dialogue social et aux problèmes de santé au travail.

Les services déconcentrés de l’Etat et les partenaires sociaux sont conscients des enjeux. Ils souhaitent un véritable plan Santé Travail Régional qui associe tous les acteurs concernés du terrain, y compris les collectivités territoriales

Le MEDEF veut avancer, en instaurant une gouvernance politique et stratégique pour toutes les questions sanitaires sociale et de sécurité dans l’environnement de l’homme au travail et en organisant les cohérences techniques et organisationnelles entre les services de santé au travail de la région Nord-Pas-de-Calais. Il souhaite ainsi regrouper les 18 services interentreprises santé au travail actuels autour de quatre grands territoires(le Hainaut-Cambrai, l’Artois, le Littoral et le Grand Lille), à la recherche d’une plus grande efficacité, d’une meilleure représentation sociale et d’une plus grande dynamique partenariale.

Les SST, directions et médecins, souhaitent ensemble favoriser l’évolution de la santé au travail, par une présence renforcée sur le lieu de travail, par la mise en place d’équipes

pluridisciplinaires et d'indicateurs collectifs...

Toutes ces actions et innovations ont été portées par un partenariat actif, avec le soutien méthodologique de l'ISTNF. La Commission Régionale de Médecine du Travail a proposé et validé ces orientations. Le nouveau CRPRP doit devenir, selon les acteurs, le lieu d'échange, de suivi, de validation et d'évaluation des expérimentations nécessaires pour porter le changement en Santé Travail.

Annexe 12 : Organisation de la recherche française en santé au travail

Organisation de la recherche française en santé au travail

Actuellement, l'organisation la recherche française en santé au travail est très pragmatique.

→ *Sur le plan universitaire, on peut notamment rencontrer différents types de structuration.*

- *Soit sous forme de groupement d'intérêt public : le Centre d'Etudes et de Recherche en Santé-Travail-Environnement à Lille a été renouvelé fin 2006 et regroupe les équipes santé au travail de recherche de l'Université Lille 2 et du CHRU, en partenariat avec les réseaux régionaux (CRAM et ISTNF) et avec le soutien du conseil régional*

- *Soit sous la forme d'unité de formation et de recherche (ISPED) à Bordeaux avec une équipe de recherche spécifique en santé au travail*

- *Soit sous forme d'unité mixte de recherche regroupant université, équipe INSERM, InVS... : UMR à orientation santé au travail à Lyon, à Grenoble, à Marseille et tout dernièrement à Angers.*

- *Soit sous forme d'équipe d'accueil (EA ou ERI) comme à Nancy, Bordeaux, Toulouse, Caen, Paris*

→ *Sur le plan de l'INSERM, on retrouve trois unités de recherche à orientation épidémiologique avec études et recherches en santé au travail à Nancy et à Paris.*

Par ailleurs, il existe différents réseaux sous forme associative, permettant de regrouper différentes équipes : Institut interuniversitaire de médecine du travail de Paris Ile-de-France,

...

Annexe 13 : Récapitulatif des propositions figurant dans le rapport

Récapitulatif des propositions figurant dans le rapport

Premier axe : mettre la prévention au centre

Ancrer dans la loi la mission préventive des SST

Elaborer pour chaque entreprise un plan pluriannuel de santé au travail

Organiser le suivi des recommandations du médecin du travail

Transformer la procédure d'aptitude systématique en une procédure ciblée de prévention des inaptitudes

Substituer à la surveillance médicale renforcée une prestation renforcée de santé au travail à visée préventive

Améliorer la traçabilité des expositions par la mise en place d'un dossier médical personnalisé du travail

Deuxième axe : se donner les moyens de la prévention

Reconnaitre formellement la notion d'équipe de santé au travail, placée sous la responsabilité d'un médecin du travail, avec des possibilités de délégation

Former les médecins du travail au nouveau mode d'exercice de la médecine du travail (mise en place d'une nouvelle maquette)

Relever substantiellement le nombre de places ouvertes en médecine du travail aux épreuves classantes nationales

Renforcer l'attractivité et promouvoir la médecine du travail auprès des étudiants en médecine

Revoir les conditions de choix des spécialités dans le cadre des épreuves classantes nationales

Aménager une voie pérenne d'accès au DES de médecine du travail pour les médecins en activité

Préciser les compétences pluridisciplinaires requises des services de santé au travail et en faire une condition d'accréditation.

Reconnaitre la qualification d'infirmier(e) en santé au travail dans le cadre du cursus universitaire.

Développer les formations de secrétaire assistant(e) en santé au travail (SAST).

Garantir les compétences des IPRP tout en supprimant la procédure d'habilitation individuelle.

Développer les compétences en santé au travail des responsables de SST.

Elargir le socle des référentiels scientifiques disponibles en médecine et santé au travail

Créer des pôles interrégionaux d'excellence en matière d'enseignement et de recherche

Assurer par un pilotage interministériel le renforcement des effectifs d'enseignants – chercheurs

Mettre en place un cycle de hautes études pour sensibiliser les décideurs aux questions de santé au travail

Troisième axe : passer d'une logique de contrôle administratif à une logique de régulation du dispositif de prévention

Confier aux CRPRP une mission opérationnelle de régulation

Transformer la procédure d'agrément en une procédure de cotation et d'accréditation des SST

Structurer l'offre de santé au travail dans le cadre de schémas directeurs régionaux

Quatrième axe : privilégier l'expérimentation

Ouvrir une période d'expérimentation encadrée, d'une durée minimum de 2 ans.