

GROUPE UMP DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE

RÉFORMER LA MÉDECINE DU TRAVAIL

**POUR PRÉVENIR LA PÉNIBILITÉ
ET FAVORISER LE MAINTIEN DANS L'EMPLOI**

CONTRIBUTION PRÉSENTÉE LE 9 JUIN 2010

WWW.LASOUFFRANCEAUTRAVAIL.FR

SOMMAIRE

INTRODUCTION	p. 3
1. Constats et objectifs de la réorganisation de la santé au travail	p. 7
• Dans la fonction publique	p. 7
• Dans le secteur privé	p. 7
• Cas des particuliers employeurs	p. 8
2. Vers une nouvelle gouvernance	p.10
• Au niveau national, un plan intersectoriel fruit d'un travail partenarial des ministères de la Santé et du Travail	p.10
• Au niveau local, un pilotage régional des services de santé au travail du secteur privé	p.10
• Au niveau de chaque service de santé au travail, une gouvernance interne	p.11
3. Une nouvelle articulation entre professionnels de santé	p.15
• Les médecins du travail : revaloriser leur rôle et leur indépendance	p.15
• L'indispensable équipe pluridisciplinaire	p.16
CONCLUSION	p.17
ANNEXE : le groupe de travail sur la réforme de la médecine du travail	p.18

*
* *

INTRODUCTION

Un rapport a été présenté, en décembre 2009, sur la souffrance au travail. Fruit des travaux de la Commission de réflexion sur la souffrance au travail, animée par le président du Groupe UMP, Jean-François COPÉ, et le président de la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, Pierre MÉHAIGNERIE, ce rapport était le produit des réflexions conduites par des députés de la Majorité et des personnalités de la société civile au sein de quatre ateliers :

- Atelier Santé : quel impact des conditions de travail sur la santé ?
- Atelier Organisations : comment humaniser les nouvelles organisations ?
- Atelier Technologies : les nouvelles technologies, maîtrisées ou subies par l'homme ?
- Atelier Management : vers un nouveau management ?

Cette Commission ne constituait pas seulement une réponse ponctuelle à une actualité brûlante, mais procédait de la volonté d'aborder sans tabou ni a priori les questions de fond. A cette fin, un suivi des travaux a été assuré en lien avec différents experts. Un groupe de travail spécifique, animé par Guy LEFRAND, a ainsi été mis en place sur la réforme de la médecine du travail.

a) Pourquoi un rapport sur la réforme de la médecine du travail ?

Un certain nombre de constats nous incitent aujourd'hui à poser sans détour les questions de santé au travail :

- le nombre d'accidents du travail diminue, mais le nombre de maladies professionnelles (TMS, cancers...) reconnues augmente. On passe d'un risque « dur », immédiat, et généralement facile à identifier à un risque différé ou « invisible » plus difficile à évaluer (risques chimiques, troubles psychosociaux).
- les ressources médicales sont dans le même temps limitées du fait de la diminution du nombre de médecins du travail et du manque de temps d'intervention, en prévention sur le lieu de travail. Le pilotage régional et local des services de santé au travail (services de santé au travail du secteur privé et « médecine de prévention » pour le secteur public) est, à tous niveaux, très insuffisant.

Aujourd'hui, les enjeux de la réorganisation de la santé au travail sont notamment :

- le rétablissement de l'équité entre tous les travailleurs quels que soient leurs employeurs et le système de santé au travail dont ils relèvent ;
- la réduction de la pénibilité au travail ;
- l'émergence d'une vision scientifique partagée de la santé au travail pour tous les secteurs ;
- l'attractivité des métiers du travail de la matière (artisanat, bâtiment, industrie) ;

La pénibilité est notamment au cœur des discussions actuelles sur la nécessaire réforme du régime des retraites. Cette notion de pénibilité peut être probabiliste (nombre d'années de travail, secteur, métier) ou prendre en compte l'état réel de la santé des personnes. Quelle que soit l'option choisie, on comprend tout l'enjeu pratique de la réorganisation des services de santé au travail et du développement de partenariats avec les médecins conseils de la Sécurité sociale.

De même, le maintien dans l'emploi des seniors reste un objectif majeur de nos préoccupations. Lorsqu'un salarié est « arrêté », il faut éviter sa désinsertion professionnelle qui risque de suivre la multiplication d'arrêts maladies, voire une mise en invalidité. Le service de santé au travail, en liaison avec d'autres partenaires locaux, peut contribuer à la reconversion et/ou l'adaptation du poste de travail. La réponse durable à la pénibilité est sa prévention en amont.

Pour répondre à ces enjeux, deux réformes sont prioritaires :

- la mise en cohérence de tous les systèmes de santé au travail dans le cadre d'une politique globale sur le plan national, portée en région par l'Agence Régionale de Santé (ARS) ;
- une réforme profonde des services de santé au travail du secteur privé dans l'objectif d'une nouvelle dynamique régionale partagée par l'Etat, la Sécurité sociale et les partenaires sociaux afin de pallier à l'actuelle absence de coordination des différents systèmes de santé au travail.

Les Agences Régionales de Santé (ARS) pourraient participer à la mise en œuvre de la politique globale de santé publique en liaison avec les différents systèmes de santé au travail puisque la santé au travail doit toutefois rester un champ légitime du paritarisme. Enfin, le maillage des systèmes de santé au travail ainsi que des services de santé au travail doit être développé.

b) Rappel de l'organisation actuelle des différents systèmes de santé au travail.

Un système global de santé au travail est constitué de trois piliers :

- l'action de prévention accompagnée d'actions de recherche appliquée ;
- l'action médicale ;
- la réparation des sinistres.

Il existe, en France, plusieurs systèmes de santé au travail, dont le principal est celui piloté par le Ministère du Travail et par la Sécurité sociale. Mais à côté de ce dispositif coexistent les trois systèmes des fonctions publiques ainsi que ceux de l'agriculture, des transports, des mines... Par ailleurs, certains travailleurs (indépendants, à domicile) ne relèvent, en pratique, d'aucun système.

i) Les fonctions publiques

S'agissant des ministères, chacun d'entre eux a en charge ses propres agents, que ce soit pour la prévention et l'action médicale comme pour la réparation pour laquelle ils ont leurs mutuelles.

Au total, la fonction publique présente un double système :

- l'un est piloté par les médecins agréés par l'ARS (au nombre de 12.000, précédemment agréés par les DRASS). Ce sont des médecins de ville qui ont un rôle de médecins conseils de la fonction publique. Ils examinent, à l'embauche, l'aptitude des candidats à la titularisation dans la fonction publique sur des bases d'ailleurs variables d'un ministère à l'autre ;
- l'autre formé autour de la médecine de prévention interne aux administrations est constitué par des médecins agents contractuels de la fonction publique, souvent en vacation (médecins de ville ou médecins du travail). Son rôle est de vérifier que les conditions de travail sont compatibles avec l'état de santé de l'agent.

ii) L'organisation du système de santé au travail du secteur privé

1) au niveau national

Le ministère du Travail a pour mission de conduire la politique de santé au travail dans le secteur privé. Il s'occupe de la concertation avec les partenaires sociaux et est responsable de l'animation du Conseil d'orientation des conditions de travail (COCT). Une agence d'État, l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) accompagne cette politique.

Le ministère du Travail gère donc l'élaboration des politiques de prévention et des réglementations de sécurité mais dans la limite du Code du travail. Quant à la CNAM, elle est l'assureur institutionnel qui a en charge l'indemnisation des salariés du régime général tout en exerçant une action de prévention. Elle finance intégralement l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS).

2) au niveau local

- ***Les services de santé au travail :***

Il existe plusieurs types de services de santé au travail :

- les services autonomes pour les entreprises de plus de 2.200 salariés, même si le service autonome peut avoir recours à un service interentreprises avec une coordination nationale ;
- les services interentreprises pour les sociétés de moyenne ou petite taille.

Depuis la loi de santé publique de 2004, l'approche privilégiée est celle de la pluridisciplinarité des activités qui permet le concours de spécialistes à l'action du médecin du travail (ingénieurs, ergonomes).

- ***Le directeur du service de santé au travail :***

Le rôle du directeur d'un service de santé au travail est d'animer les équipes et de conduire la politique de l'établissement avec l'aide du médecin coordonnateur, de maintenir les équilibres entre médecins et acteurs de la pluridisciplinarité. Le niveau de formation du directeur et son aptitude à « manager » le service tout en respectant la spécificité des activités médicales sont des enjeux importants dans le succès d'une réforme.

- ***Le médecin du travail :***

Le médecin du travail a pour principale mission d'éviter l'altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, dans le respect des axes et priorités fixés par le projet d'établissement. Celui-ci est réalisé sur la base des cadrages du contrat signé avec l'Etat et la CARSAT (Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail), s'insérant lui-même dans le cadre plus général du projet régional de santé porté par l'ARS. Le projet d'établissement devrait être élaboré par la commission médico-technique et validé, à l'avenir, par le Conseil d'administration.

Le Code du travail prévoit que le médecin du travail ait une activité clinique consistant à faire passer des visites médicales obligatoires et optionnelles. En lien avec cette activité clinique, il doit conseiller à l'employeur des actions de prévention de terrain (analyse des risques professionnels et des conditions de travail sur les lieux de travail). Cet aspect de leur discipline devrait constituer environ un tiers de leur temps de travail.

- *Les autres professionnels :*

Selon la nécessité des services il est souvent fait appel de manière contractuelle à un ensemble de professionnels chacun compétent en son domaine : ergonomes, psychologues par exemple.

- *Le chef d'entreprise :*

Selon l'article L. 4121-1 du code du travail, l'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. Il met en œuvre les actions de prévention en recueillant l'avis des partenaires sociaux et du CHSCT (Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail) quand il existe. La prévention efficace ne peut se construire que dans le dialogue social, car elle est avant tout l'affaire des employeurs et des salariés. Les experts sont là pour les aider, pas pour s'y substituer. Toute entreprise doit adhérer à un service de santé au travail ou en constituer un si sa taille l'y oblige.

- *Secteurs ayant des particularités :*

- i) L'agriculture

Dans le régime de la sécurité sociale agricole, la MSA, la médecine du travail fait partie du système de protection intégrée sous le mode d'un guichet unique.

- ii) Les salariés des particuliers employeurs

Les salariés de particuliers employeurs constituent environ 2 millions de travailleurs. Même s'ils relèvent officiellement du régime général de la sécurité sociale et du ministère du travail, ils ne bénéficient, en général, d'aucune prestation de médecine du travail.

*
* *

Aujourd'hui, un constat s'impose : la prise en charge de la santé au travail comporte de nombreuses inégalités ce qui nécessite une véritable réorganisation de la santé au travail et des services de santé au travail.

Enfin, le système de médecine du travail dans le secteur public mérite un suivi qui se rapproche des standards imposés au secteur privé :

- si l'on se réfère au bilan des conditions de travail 2009, on constate que ce rapport est presque exclusivement dédié au secteur privé, les ministères, la fonction publique territoriale et les hôpitaux ne communiquant aucune statistique globale de leur sinistralité. Le Parlement pourrait donc suggérer aux pouvoirs publics l'édition d'un rapport complet et équilibré présentant tous les systèmes de santé au travail sous le triple aspect de leur politique de prévention (avec des résultats chiffrés précis), d'actions médicales et de réparation.
- de même, le Conseil d'orientation des conditions de travail (COCT) devrait ainsi réellement être consulté sur « les plans nationaux d'action et les projets d'orientations de politiques publiques ». Le projet de plan « santé au travail 2009-2012 » ne concerne en pratique que le secteur privé alors que tous les départements ministériels sont membres de ce conseil.

CONSTATS ET OBJECTIFS DE LA REORGANISATION DE LA SANTÉ AU TRAVAIL

- ***Dans la fonction publique***

Les trois fonctions publiques (territoriale, hospitalière et d'Etat) ne bénéficient pas d'un système de santé au travail optimal.

D'un point de vue statistique, on constate déjà un manque d'informations : ainsi le Bilan 2009 des conditions de travail publié par le ministère du Travail révèle la difficulté pour certains ministères à transmettre leurs données relatives à la santé au travail : « *Les administrations ont progressivement mis en place le recueil de données. Certains ministères ne sont pas encore parvenus à recenser toutes les données, mais la couverture progresse chaque année. En 2006, le ministère chargé de l'agriculture n'a pas répondu, le ministère en charge de l'Éducation nationale n'a pas donné d'informations sur ses établissements publics et certains services du Premier ministre n'ont pas répondu.*¹

Sur le fond, s'il y a bien une médecine de prévention, équivalent de la médecine du travail du secteur privé, la chaîne de responsabilité et de valeur y semble fragile face aux nouveaux enjeux de la santé au travail, à la fois liés à l'augmentation de la productivité, en particulier dans la fonction publique hospitalière, mais aussi à l'émergence des risques psychosociaux dans d'autres secteurs de la fonction publique.

Quant à la fonction publique territoriale, elle connaît une situation contrastée. Selon les régions, la médecine de prévention est plus ou moins développée. Ce sont des médecins agréés, mais sans formation obligatoire spécifique en santé au travail, qui assurent le suivi de ces fonctionnaires.

S'agissant justement des 12.000 médecins agréés par les ARS (anciennement DRASS) et des médecins de prévention (médecins du travail de la fonction publique), il est important qu'ils puissent apporter des prestations comparables à celles des médecins des services de santé au travail du secteur privé et bénéficier de la pluridisciplinarité. Pour mémoire, pour être agréé, il faut aujourd'hui avoir moins de 65 ans, trois ans d'exercice de la médecine au moins et avoir la nationalité française. Une harmonisation des formations et des compétences semble nécessaire afin d'apporter à chaque travailleur, du public ou du privé, l'assurance qualité qu'ils sont en droit d'attendre.

- ***Dans le secteur privé***

Les entreprises, du fait de la responsabilité de l'employeur et grâce au compromis social avec les partenaires sociaux, constituent la base de la chaîne de responsabilité et de valeur la plus formalisée aujourd'hui.

¹ Bilans et Rapports, Conditions de travail, Bilan 2009, Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction Publique

Les entreprises industrielles les plus exposées aux risques professionnels majeurs apprécient les prises de position cohérentes des partenaires sociaux, qui siègent notamment au sein de la branche AT-MP de la CNAMTS, et visant à améliorer la performance de cette chaîne de responsabilités et de valeur.

Néanmoins, une réforme des services de santé au travail du secteur privé pour satisfaire aux ambitions de qualité de cette santé est indispensable. Il convient, par conséquent, de :

→ **Définir clairement la mission des services de santé au travail et d'instaurer un pilotage national et régional, fondé sur le paritarisme, qui met en responsabilité les partenaires sociaux tout en assurant une gouvernance partagée avec la DIRRECTE (Direction régionale des entreprises, de la consommation, de la concurrence, du travail et de l'emploi), la branche AT-MP de la CNAMTS et l'ARS.**

D'où la nécessité de :

- Renforcer l'efficacité et la coordination dans la mise en œuvre des actions de prévention des risques professionnels sur un territoire et des bassins d'emploi donnés.
- Développer un réseau conséquent au niveau régional en matière de médecine du travail afin de mieux satisfaire les besoins identifiés.
- Adapter les règles de fonctionnement des services de santé au travail aux objectifs de prévention et aux ressources disponibles : sectorisation, périodicité et modalité des visites, populations prioritaires, appels d'offre...
- Demander aux partenaires sociaux (syndicats et patronat) de s'investir davantage dans les questions de santé au travail en leur accordant une responsabilité politique importante et en les intégrant étroitement au pilotage régional des services de santé en partenariat avec la DIRRECTE et la Sécurité sociale.
- Assurer la qualité des prestations des services de santé au travail.
- Instaurer une mutualisation progressive des moyens pour la réalisation des projets, fondée sur la coopération des services de santé au niveau régional et interrégional.
- Développer la traçabilité des expositions professionnelles notamment pour les populations qui en ont le plus besoin (intérimaires).
- Supprimer l'obligation de la création de services autonomes pour les grandes entreprises.

- *Cas des particuliers employeurs*

Au regard des difficultés actuelles que rencontrent parfois les salariés des particuliers employeurs, tout comme ces derniers, une solution doit être trouvée. Les partenaires sociaux de la profession doivent discuter des voies et moyens d'assurer un suivi de médecine professionnelle à ces deux millions de salariés, actuellement pas ou peu suivis.

*

* *

En conclusion, les ARS ont un rôle important d'accompagnement à jouer. Cela est d'ailleurs cohérent avec leurs attributions fixées dans la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires. Cela permettrait ainsi de :

- Créer des lieux d'échange nationaux pour le rapprochement et l'harmonisation des pratiques ainsi que des transferts de connaissance accrus.
- Avoir une approche transversale et globale.
- Renforcer le dialogue social en sanctuarisant le rôle et la place des partenaires sociaux dans la construction de la santé au travail.

*
* *

VERS UNE NOUVELLE GOUVERNANCE

- *Au niveau national, un plan intersectoriel fruit du travail partenarial des ministères du Travail et de la Santé*

Les différents systèmes de santé au travail constituent autant de composantes du système de santé français qui couvre les 25,6 millions de personnes³ travaillant sur le territoire.

Au sein même de la fonction publique d'État, plusieurs systèmes de santé au travail coexistent sous la tutelle de différents ministères (Travail, Éducation nationale, Agriculture...). 5,3 millions d'agents de la fonction publique⁴ sont suivis par les 12.000 médecins agréés par les ARS et suivis par une médecine de prévention.

Dans le secteur privé, le ministère du Travail a la tutelle d'une médecine du travail spécialisée avec 6.000 médecins pour environ 18 millions de salariés du privé mais 2 millions de salariés des employeurs à domicile sont peu ou pas suivis. Enfin, l'agriculture a un système très spécifique.

Or, la santé est une et indivisible comme notre République.

Et le ministère de la Santé a pour mission d'assurer « *la politique du Gouvernement relative à la santé publique, à l'organisation du système de soins* ».

Il conviendrait donc d'instaurer un pilotage national intersectoriel sur la santé au travail qui aurait pour objectif d'élaborer un plan global de santé au travail pour fixer une base commune aux plans sectoriels. Ce plan détaillé serait construit en associant notamment le ministère du Travail et le ministère de la Santé. Il s'adresserait également aux trois fonctions publiques, aux salariés de particuliers employeurs et aux agriculteurs.

Dans un même esprit de partenariat, il reviendrait aux ARS et à la Haute Autorité de Santé (HAS) de veiller, au niveau national, à la mise en place d'une démarche qualité.

- *Au niveau local, un pilotage régional des services de santé au travail du secteur privé.*

Les services de santé au travail doivent se transformer pour mieux répondre aux besoins. Cela passe par des démarches de qualité et de certification, la mise en place de projets de services dans une perspective de contractualisation régionale et enfin par une structuration en réseaux régionaux.

Un pilotage régional favorisera une dynamique de projet, notamment avec la possibilité pour la HAS de transférer des connaissances et des méthodes issues de son expérience de gestion des établissements de santé. Cela nécessite une remontée d'information des réalisations et, donc, un suivi par la tutelle, un suivi interne au sein des services de santé au travail et une information standardisée pour une remontée utilisable au niveau du Ministère afin d'offrir une vision globale.

3 Une photographie du marché du travail en 2007, Résultats de l'enquête Emploi, François CHEVALIER, Isabelle MACARIO-RAT, Anne MANSUY, division Emploi, INSEE

4 http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=T10F045, (Emploi de la fonction publique)

On peut imaginer une commission pour assurer le suivi de ce pilotage régional. Ses membres ne pourraient pas être administrateurs ou salariés d'un service de santé au travail pour éviter les conflits d'intérêts.

Ce pilotage régional des services de santé au travail du secteur privé devrait être assuré par une commission de la DIRRECTE, réunissant la CARSAT, l'ARS et les partenaires sociaux en formation paritaire.

L'ARS serait associée, d'une part parce que la santé au travail est une composante de la politique régionale de santé que celle-ci a en charge (le service de santé au travail pourrait par son introduction dans la politique de santé publique devenir un fer de lance de la prévention nationale), d'autre part, parce que certains thèmes spécifiques, qui relèvent de sa responsabilité, doivent être étudiés dans cette instance :

- la gestion des urgences en matière d'accidents du travail dans les entreprises ;
- la participation du système de santé au travail dans la gestion des crises sanitaires ;
- le partage d'expérience sur les développements de la télémédecine ou des téléservices dans le champ de la santé au travail ;
- l'accompagnement des personnes en ALD dans le milieu professionnel ;
- le partage d'expérience sur la certification des structures, la formation des professionnels de santé ;
- les projets partagés entre le champ de la santé publique et celui de la santé au travail ;
- le maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés ;

Cette commission régionale aurait ainsi pour mission :

- de contribuer à la cohérence de l'action des services de santé au travail en favorisant la mutualisation des moyens sur des projets précis. Elle serait un véritable espace de recherche, d'échange et de mutualisation des moyens humains et matériels entre acteurs et utilisateurs des différents systèmes de santé au travail dans l'esprit de la pharmacovigilance.
- de s'assurer de l'adéquation des normes aux spécificités des bassins d'emploi, notamment en définissant des modalités adaptées des visites ;
- de pouvoir, le cas échéant, procéder à des appels d'offre pour trouver des réponses à des projets que les services ne peuvent assumer seuls.

- ***Au niveau de chaque service de santé au travail, une gouvernance interne :***

- Le conseil d'administration

Le conseil d'administration représente les entreprises adhérentes à ce service composé à la fois d'employeurs, qui ont la responsabilité de la santé au travail, et de salariés, bénéficiaires de ces prestations.

La partie patronale est composée, actuellement, de représentants d'entreprises adhérentes à hauteur de 2/3 des sièges, le tiers restant d'administrateurs salariés étant désignés par les unions départementales syndicales.

Une évolution souhaitable consisterait à tendre vers un paritarisme strict, à présidence patronale,

dans la mesure où la santé au travail est une obligation de l'employeur. On aurait ainsi :

- 50% des administrateurs seraient désignés par les trois confédérations patronales ;
 - 50% par les cinq syndicats représentatifs ;
 - les mandataires devraient être en fonction dans une entreprise adhérente au service et le président du Conseil d'administration toujours en activité.
- La commission de projets

L'actuelle commission médico-technique pourrait devenir une véritable « commission de projet ». Animée plus particulièrement par le médecin coordonnateur, qui pourrait être élu par ses pairs, elle aurait en charge la conception, la réalisation et le pilotage des procédés par lesquels le service de santé au travail rend ses prestations.

Le Code du travail prévoit qu'elle a pour fonction « *de formuler des propositions relatives aux priorités du service et aux actions à caractère pluridisciplinaire conduites par ses membres* ». Cette commission pourrait également apporter des propositions au conseil d'administration dans le cadre de l'élaboration du projet de service. Celui-ci serait présenté à la commission régionale paritaire comme la contribution spécifique au contrat global que le service de santé au travail va signer avec l'Etat et la Sécurité sociale après l'avis des partenaires sociaux. Il est capital que le projet de service soit en phase avec les axes locaux et régionaux, fondés sur la concertation pluridisciplinaire des acteurs des services de santé au travail.

Les partenaires du service respecteraient ce projet d'entreprise et pourraient moins imposer leurs vues. Un tel contrat doit reposer sur trois piliers : Etat, Service de santé et Sécurité sociale. Le président du service ne présiderait plus cette commission qui serait désormais animée par le médecin coordonnateur qui associerait le directeur, les médecins délégués de secteur, les IPRP et les professionnels de santé.

- Une direction de service de santé au travail

La direction du service a pour mission de réaliser les objectifs opérationnels déterminés par le Conseil d'administration. Elle serait qualifiée pour prendre en charge :

- l'intégration, des prestations attendues par les adhérents du service de santé au travail, formulées au sein du Conseil d'administration et par les protocoles de coopération développés au sein de la Commission de projet au regard de ces prestations attendues,
- la contractualisation de ce projet de service dans une régionalisation de la gouvernance globale de la santé au travail.

- La certification

Un socle minimal de prestations doit être garanti à tout adhérent du service. La bonne gestion des cotisations fait aussi partie de la qualité.

- La transparence financière

Les services de santé au travail devraient avoir l'obligation de faire approuver les conventions passées avec des tiers par leur conseil d'administration.

- L'agrément administratif

L'agrément administratif devrait être la traduction des engagements du service dans la réalisation du contrat et des orientations définies avec la commission régionale. Aucun service ne devrait plus continuer à fonctionner sans agrément. Dans le cas contraire, il faudrait envisager sa mise sous tutelle ou sa fusion avec un autre service.

- L'ouverture vers l'extérieur

Les services devraient développer leurs relations avec les professionnels locaux spécialisés en santé au travail : ingénieurs, ergonomes, psychologues, de manière à apporter toute ressource nécessaire aux entreprises

- L'indépendance des médecins

Le directeur du service de santé au travail pourrait être investi d'une mission légale le rendant garant, personnellement, de l'indépendance des médecins vis-à-vis de toutes les pressions qu'il pourrait subir dans l'exercice de sa spécialité, et ce, d'où qu'elles viennent.

Il est indispensable de mettre en cohérence toutes les dispositions relatives au secret professionnel, notamment celles qui isolent aujourd'hui le médecin du travail des autres professionnels de santé concernés.

- La formation, qualification de l'équipe de santé

Les médecins du travail, et à travers eux toute l'équipe professionnelle concourant à la santé au travail, devraient, en « continu », améliorer leur qualification. Par ailleurs, il convient d'inciter au développement de la coopération entre les professionnels concernés, par voie de protocole, pour mieux répondre aux problèmes réels des organisations du travail.

La formation professionnelle continue doit pouvoir intégrer, d'une part, une formation solide pour les médecins coordonnateurs et les directeurs en matière de management stratégique et d'équipe, et d'autre part, la formation de l'ensemble de l'équipe de santé au travail en coopération avec le médecin du travail.

- Les services autonomes

La création d'un service autonome à partir de 2.200 salariés ne devrait plus être une obligation. Il faut inciter les grandes entreprises à partager leur ressource médicale avec les PME et en particulier avec les sous-traitants qui sont à demeure sur leur site.

- Les visites médicales

La règle d'une visite tous les deux ans (sauf dérogation) devrait être préservée. Cependant, il est indispensable de les recentrer sur l'essentiel et, notamment ;

- une visite d'aptitude à l'embauche. L'avis d'aptitude reste valable tant qu'un médecin du travail ne le modifie pas. Il faut souligner une dimension « santé publique » trop peu connue de cette visite qui permet au nombre très important de personnes qui ne voit jamais un médecin d'avoir une visite qui dépiste des pathologies (de 15 à 30% selon les régions) ;
- une visite de reprise en cas d'arrêt ;
- une visite de pré-reprise essentielle pour éviter la désinsertion professionnelle des personnes arrêtées depuis longtemps ;

- une visite à la demande expresse du salarié ou de l'employeur.

La contribution cachée des services de santé au travail à la santé publique générale doit être mieux mise en valeur. Le suivi des personnes qui ne voient jamais un médecin de ville constitue un apport historique considérable. La médecine du travail constitue un échelon de proximité prophylactique de la santé publique ainsi qu'un relais d'information médicale précieux pour la santé publique. Par ailleurs, sa fonction sociale est importante car elle est un facteur de régulation des tensions au sein de l'entreprise. Cet apport original devrait être mieux identifié dans les rapports officiels qui sont à la charge des services de santé au travail, notamment le rapport annuel rédigé par le médecin du travail devrait désormais comporter un volet santé publique. Cette réalité s'inscrit en droite ligne de la loi HPST qui met l'accent sur une politique globale de santé intimement lié à la prévention.

- La traçabilité des expositions professionnelles

Elle est stratégique dans la mise en place d'un dispositif de prise en compte de la pénibilité et devrait incomber, en partie, aux services de santé au travail en liaison avec la branche AT-MP de la sécurité sociale. L'objectif est de détecter les signaux de faiblesses de santé au travail, précurseurs de maladies émergentes (risques psychosociaux...) au sein de l'espace d'échange évoqué précédemment.

Le lien avec le dossier médical personnel (DMP) doit être recherché même s'il ne faut pas confondre la traçabilité des expositions professionnelles et le DMP. Cela est possible au regard du rapport de la HAS datant de janvier 2009.

Enfin, les intérimaires et les travailleurs sous contrat de travail à durée déterminée doivent être traités de manière prioritaire et spécifique.

*
* *

UNE NOUVELLE ARTICULATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ

- *Les médecins du travail : revaloriser leur rôle et leur indépendance*

Le développement médical continu prévu par la loi HPST doit s'appliquer également aux médecins du travail. Ils rentrent dès lors dans le procédé de santé classique, ce qui s'inscrit dans une démarche continue de qualité et valorise la profession.

D'où la nécessité de préciser l'obligation de développement professionnel continue pour les médecins du travail (l'agrément du service de santé au travail pourrait être conditionné à la politique de formation du même service).

→ Afin de garantir l'indépendance du médecin, il serait judicieux de **prévoir un texte juridique qui rende le directeur du service de santé au travail garant de l'indépendance du médecin.**

Au sujet de la **formation des médecins du travail**, il est indispensable de mettre en place un certain nombre d'actions afin de renforcer le cursus de médecine de travail :

→ Améliorer la connaissance du terrain à l'université avec la **création d'un collège d'enseignants de médecine du travail à l'image de celui qui existe pour la médecine générale : des médecins du travail de terrain pourraient ainsi devenir enseignants associés ;**

→ **Elaborer des référentiels de compétence**, précisant que les règles relatives à la qualité de médecin ayant des compétences en médecine du travail seront définies par voie réglementaire, après avis du Conseil national de l'ordre des médecins.

→ Prévoir, pour les futurs médecins du travail, de passer un an en entreprise au cours de leur formation ;

→ Développer la formation en employabilité en amont et la notion d'aptitude, en lien notamment avec les autres professionnels médicaux et non médicaux concernés (élaboration de protocoles de coopération entre médecins du travail, médecins traitants et médecins conseils de l'assurance maladie) .

→ Permettre aux internes de médecine du travail de remplacer un médecin du travail ;

→ Rappeler le rôle du médecin du travail comme conseiller de l'employeur et des salariés ;

→ Obliger l'employeur à répondre aux interrogations du médecin du travail.

En plus de la nécessité d'augmenter le *numerus clausus* des médecins du travail, il est indispensable de redonner du temps médical aux médecins et de renforcer la promotion de cette spécialisation. Pour cela, **le médecin du travail doit être reconnu comme un spécialiste et le coordonnateur**

d'une équipe pluridisciplinaire.

La médecine du travail devrait s'exercer en équipe en raison des problèmes de démographie médicale, d'où l'utilité de la mise en œuvre d'un travail pluridisciplinaire. Une délégation de tâches ne peut s'envisager que si le médecin du travail en est le coordonnateur.

- ***L'indispensable équipe pluridisciplinaire***

Pour la mise en place d'une équipe pluridisciplinaire efficace en santé au travail, il faut que les infirmiers et les autres professionnels de santé associés rendent compte de leur travail et des informations qu'ils peuvent recueillir au médecin du travail.

- **Envisager pour les infirmiers une spécialisation « santé au travail » dans le cadre de l'inscription du cursus d'infirmier dans la réforme LMD ;**
- **Établir un lien avec le médecin conseil de la Sécurité sociale afin d'éviter un cloisonnement médical et technique, d'où le rôle important du médecin du travail en tant que coordonnateur.**

Le médecin du travail, ayant un statut protégé, reste responsable juridiquement des tâches qu'il délègue.

- **Le médecin conseil**, associé à l'équipe pluridisciplinaire de médecine du travail, a pour mission d'éviter la désinsertion professionnelle des salariés en difficulté. Il faut, donc, **l'impliquer à la visite de pré-reprise ;**
- Le **médecin généraliste**, déjà présent pour certaines catégories de population, devrait pouvoir participer à **une équipe pluridisciplinaire pour des publics déterminés**. Cette participation se ferait sur la base d'une formation adaptée et du volontariat, l'équipe pluridisciplinaire restant sous l'égide du médecin du travail.

Nous proposons que des expérimentations soient menées dans plusieurs structures afin de valider la faisabilité de ces propositions.

*
* *

CONCLUSION

Il s'agit d'entreprendre, par sa réorganisation, le décroisement de la médecine du travail dans le souci d'une plus grande efficacité et d'une meilleure coordination avec l'ensemble des acteurs concernés.

Au-delà du problème de pénurie du médecin du travail, l'ambition d'une réforme des systèmes de santé au travail s'inscrit dans une ambition structurelle qui doit se déployer dans la longue durée dans un cadre global de santé publique.

La santé au travail doit se focaliser sur un grand projet d'enregistrement et de valorisation des données de la santé au travail construit sur les bases déjà formalisées des mesures d'exposition selon les formes d'organisation du travail pour chaque branche professionnelle, de la télémédecine et télé santé au travail et de la composante professionnelle du dossier médical personnel.

*
* *

**ANNEXE : GROUPE DE TRAVAIL SUR
LA RÉFORME DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL**

Animé par M. Guy LEFRAND, député de l'Eure

Avec la collaboration de :

- Dr Pierre AZAM, commission santé de la Fondation Concorde
- M. Michel DAIGNE, ingénieur, professeur à l'Ecole Centrale
- M. Franck GAMBELLI, directeur de la branche AT-MP de la Sécurité sociale
- M. Alain-Pierre LECHEVALIER, dirigeant ESATRA (Evaluation, Santé, Travail)
- M. Ange MEZZADRI, médecin du travail, vice-président de l'AFTIM
- M. Christian NGUYEN DUY MAT, directeur général AISP METRA

Personnes auditionnées :

- Mme Martine Aoustin, directrice générale de l'ARS Languedoc-Roussillon
- M. Jean-Marie BERTRAND, secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales
- Dr Nicole DOUSSELIN-ROUX
- Pr Paul FRIMAT
- Dr Paul-Olivier HANTZBERG
- Pr Philippe HAVETTE, Peugeot
- Dr Nicole HILL, Alcatel Lucent
- M. Gilles LAGARDE, directeur de l'ARS Haute-Normandie
- Dr Pierre LASBORDES, député et vice-président de l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques
- Dr LEGENDRE
- Dr MOREAU
- Dr Bernard SALENGRO, secrétaire national de la CFE-CGC
- Dr Denis SAINT-PAUL, médecin du travail, membre du Conseil national de l'Ordre des médecins
- Dr Dominique VADREAU

*
* *