

À 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 est 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. À 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 oeuvre 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 oeuvre des orientations du schéma directeur serait prise en compte dans le cadre de l'**accréditation.**

5. Une mise en oeuvre 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.

Résumé du Rapport sur Le bilan de réforme de la médecine du Travail

Prs FRIMAT – CONSO – IGAS (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 6 500 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 dynamique incontestablement positive.

La progression de l'action en milieu de travail est le signe le plus évident du mouvement enclenché par les réformes. Alors que cette obligation était largement ignorée jusqu'alors, elle tend à s'imposer dans la réalité depuis l'adoption du décret réformant le fonctionnement des SST en 2004. Des dispositions plus précises, une très forte mobilisation politique, administrative et des organisations professionnelles ainsi que l'espacement des visites médicales ont contribué à rapprocher le temps consacré par les médecins à l'action en milieu de travail du « tiers temps » réglementaire. En outre, la généralisation de l'obligation de fiche d'entreprise a renforcé la présence de la médecine du travail dans les entreprises de moins de 10 salariés, bien qu'il s'avère impossible de satisfaire totalement à cette obligation.

La pluridisciplinarité est aujourd'hui admise en tant que principe d'organisation des services après avoir suscité des inquiétudes, notamment chez les médecins du travail. Les SST s'organisent pour intégrer de nouvelles compétences et mettre en place une offre pluridisciplinaire, utilisant le cadre nouveau de concertation entre les professionnels offert par les commissions médico-techniques.

Enfin, une certaine remise en ordre au regard du droit a été opérée. Les manquements importants au droit en matière d'agrément qui avaient été constatés par l'IGAS lors de travaux antérieurs ont été assez largement résorbés.

Mais une pénétration fragile, inégale et au total insuffisante.

La pénétration des réformes est très inégale selon les régions, les services et parfois même, à l'intérieur d'un service, selon les médecins. Ces disparités reflètent la diversité des situations locales au regard de quelques critères essentiels : existence d'une dynamique collective en matière de santé au travail, vigueur du partenariat social, qualité de l'animation universitaire de la médecine du travail, implication des services de l'Etat. Les disparités entre les services s'expliquent aussi par une grande hétérogénéité dans le niveau d'adhésion du corps médical à la réforme et dans la mobilisation des responsables de service et des employeurs.

Du fait d'un calibrage irréaliste, le temps médical demeure insuffisant pour assurer l'ensemble des missions réglementaires incombant aux services de santé au travail. L'espacement des visites médicales, désormais organisées sur un rythme bisannuel, était supposé dégager le temps médical requis pour assurer la progression de l'action en milieu de travail. Si le recul du nombre des visites a été effectif, ses effets en termes de temps médical ont été en deçà des attentes, en raison notamment des dérives de la surveillance médicale renforcée (SMR). La détermination des seuils d'activité qui ont succédé aux règles antérieures de calcul du temps médical apparaît peu réaliste au regard des missions imparties au médecin du travail. De ce fait, de nombreux services connaissent à nouveau des retards importants dans la réalisation des visites médicales obligatoires et aucun d'entre eux n'est actuellement en mesure de répondre aux exigences concrètes résultant de la généralisation des fiches d'entreprise.

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 oeuvre 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. À 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 oeuvre 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 connaissance

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 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 oeuvre 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**. À cet impératif s'ajoute celui d'utiliser au mieux une ressource médicale rare et qui restera en tout état de cause limitée.