

L'AVENIR DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL

PROJET D'AVIS

présenté au nom

de la section du travail

par

M. Christian Dellacherie, rapporteur

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	3
CHAPITRE I - UN SYSTEME AUX GRANDES POTENTIALITES QUI N'ATTEINT PAS SES VÉRITABLES OBJECTIFS...5	5
I - UNE SPÉCIFICITÉ FRANÇAISE CONSERVANT UNE AMBIGUITÉ ORIGINELLE	5
II - DES RISQUES PERSISTANTS ET DE NOUVEAUX ENJEUX DE SANTÉ AU TRAVAIL	7
III - UNE PRISE DE CONSCIENCE PROGRESSIVE ET DES RÉFORMES INABOUTIES.....	8
IV - DES CONTRAINTES MAJEURES, DES PROBLÈMES STRUCTURELS NON RESOLUS, DES DOUTES SUR L'EFFICACITÉ ET L'AVENIR MÊME DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL	10
CHAPITRE II - UNE RÉFORME URGENTE À ACCOMPLIR POUR UNE NOUVELLE MÉDECINE DU TRAVAIL.....	13
I - NOTRE HORIZON : UNE NOUVELLE ORGANISATION DE LA SANTÉ AU TRAVAIL, AU SERVICE DE LA PRÉVENTION ET DE LA QUALITÉ DES PARCOURS PROFESSIONNELS	13
II - DES MESURES URGENTES POUR DES PERSPECTIVES D'AVENIR	16
A - DETERMINER LES MISSIONS DES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL ET LE MÉTIER DE MÉDECIN DU TRAVAIL	16
1. Définir les missions des services de santé au travail	16
2. Qualifier le métier du médecin du travail.....	18
B - RENFORCER L'EFFICACITÉ DE L' ACTION DU MÉDECIN DU TRAVAIL.....	19
1. Viser un équilibre entre le maintien d'une approche individuelle et le renforcement de l'action en milieu de travail.....	19
2. Modifier les modalités de l'appréciation du maintien dans l'emploi.....	19
3. Passer des visites de routine à des actions ciblées, demandées ou programmées.....	20
4. Donner au médecin du travail les moyens de l'efficacité de son action pour revaloriser son rôle	22

C - METTRE EN ADÉQUATION LE FINANCEMENT ET LA GOUVERNANCE AVEC LES MISSIONS	24
1. Repenser le mode de financement	24
2. Mettre en place une nouvelle gouvernance nationale et locale.	25
D - CRÉER UN VÉRITABLE RÉSEAU DE LA SANTÉ AU TRAVAIL.....	28
1. Dans l'entreprise	29
2. Hors de l'entreprise	31
E - MAÎTRISER LA CONTRAINTE DÉMOGRAPHIQUE.....	34
1. Un enjeu essentiel même s'il n'épuise pas le sujet.....	34
2. Un objectif de qualité, quatre axes d'action, trois conditions de succès	35
F - PROPOSITION DE MÉTHODE POUR RÉFORMER SANS ATTENDRE.....	36
CONCLUSION.....	39
LISTE DES RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	45
TABLE DES SIGLES	47

Par lettre en date du 20 décembre 2007, le Premier ministre a saisi le Conseil économique et social d'une réflexion sur *L'avenir de la médecine du travail*.

La préparation d'un avis a été confiée à la section du travail qui a désigné Christian Dellacherie comme rapporteur.

*
* *

En vue de parfaire son information, la section a successivement entendu :

- Hervé Gosselin, conseiller à la chambre sociale de la Cour de cassation, auteur du rapport sur *Aptitude et inaptitude au travail : diagnostic et perspectives* ;
- D^f Dorothee Ramaut, médecin du travail, auteure de *Journal d'un médecin du travail* ;
- Jean-Denis Combrexelle, directeur général du travail, ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité, accompagné de Mireille Jarry, sous-directrice des conditions de travail, de la santé et de la sécurité ;
- les auteurs du rapport sur *Le bilan de la réforme de la médecine du travail* : Professeure Françoise Conso ; Professeur Paul Frimat ; Claire Aubin, membre de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) ; Jacques Veyret, membre de l'Inspection générale de l'administration de l'Education nationale et de la recherche (Igaenr) ;
- Serge Volkoff, directeur du Centre de recherches et d'études sur l'âge et les populations au travail (Créapt) ;
- Professeur Jean-François Caillard, service de médecine du travail et de pathologie professionnelle et environnementale au Centre hospitalier universitaire de Rouen ;
- Gabriel Paillereau, délégué général du Cisme (Centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise) ;
- Laurent Vogel, chercheur à l'institut syndical européen pour la recherche, la formation et la santé sécurité ;
- D^f Mireille Chevalier, secrétaire nationale des professionnels de santé au travail (SNPST), accompagnée de Gérard Lucas, médecin du travail et de Véronique Bacle, infirmière de santé au travail.

*
* *

Outre ces auditions devant la section du travail, le rapporteur a rencontré différentes personnalités dont la liste est fournie en annexe.

La section et son rapporteur tiennent à exprimer à tous leurs remerciements pour leur apport aux travaux.

INTRODUCTION

Renouvelant la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le Professeur Christophe Dejours indique dans un ouvrage récent *Conjurer la violence, Travail, violence et santé* que la santé ne se conçoit pas comme un « état » mais comme un « idéal », en ce qu'elle est la perspective orientant « *des conduites organisées en vue de construire et de maintenir le meilleur équilibre possible des fonctions physiques et mentales* ». En forte résonance avec les problématiques de développement durable, les exigences en matière de santé et de prévention sont de plus en plus présentes dans le débat public. Dans ce nouvel environnement, celles propres au domaine de la santé au travail soulèvent des questions spécifiques.

Le vieillissement de la population active, les enjeux économiques, sociaux et sociétaux de l'emploi des seniors, le développement des emplois précaires, ainsi que les modifications des rythmes et des conditions de travail, dans un contexte d'économie mondialisée, en renouvellent l'étendue et la portée. La santé au travail, qui a des prolongements dans la sphère personnelle, est aujourd'hui clairement perçue comme un enjeu de santé publique. Trois types d'acteurs y interviennent : les employeurs qui déterminent la nature des activités et des procédés et sont responsables de la prévention des risques et de la réparation des nuisances pour la santé des travailleurs ; les salariés et leurs représentants à la fois acteurs et bénéficiaires de la politique de santé au travail ; l'Etat, la santé au travail étant une condition déterminante et une déclinaison majeure de la santé publique, mission de service public dont il est reconnu responsable.

Dans le cadre de la conférence tripartite sur les conditions de travail du 4 octobre 2007, le ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité a identifié deux chantiers prioritaires : l'un sur l'amélioration de la prise en compte des risques professionnels les plus préoccupants, l'autre sur une meilleure efficacité des acteurs de la prévention et notamment de la médecine du travail.

De longue date, s'est imposé dans notre pays le choix d'une organisation spécifique de la santé au travail à vocation universelle, fondée sur la prévention et reposant essentiellement sur un corps de médecins spécialistes dédiés à cette tâche. Ce système est aujourd'hui confronté à des difficultés persistantes et des disparités d'application territoriale, et s'interroge sur son devenir. La succession de changements législatifs, conventionnels et réglementaires accomplis depuis un peu plus de quinze ans, en particulier en 2002 et 2004, pour en redéfinir les missions, en actualiser et en pérenniser les moyens, peine à produire les effets escomptés. C'est l'un des enseignements les plus clairs issus des deux rapports récents établis à la demande du gouvernement, le rapport sur *Aptitude et inaptitude au travail* élaboré par Hervé Gosselin et celui sur *Le bilan de la*

réforme de la médecine du travail des Professeurs Françoise Conso et Paul Frimat, réalisé avec l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'Inspection générale de l'administration de l'Education nationale et de la recherche (IGAENR).

Tout le monde s'accorde à reconnaître la valeur et le potentiel de ce mode d'exercice médical spécifique au milieu de travail. Il a en effet pour fonction, tant lors des consultations médico-professionnelles que des actions de terrain, de dépister pour les prévenir les atteintes à la santé dont le travail peut être un facteur déterminant, et de décrypter les évolutions des organisations du travail et leurs effets, à la lumière de ce qu'en disent les salariés et de ce que vivent les collectifs de travail. Aucun des trois acteurs précités ne songe à y renoncer.

Dans son rapport, Hervé Gosselin formule le constat suivant : « *Le contrôle de l'aptitude médicale au poste de travail ou à l'emploi n'apporte aucun résultat significativement différent de ceux obtenus dans d'autres pays par des systèmes de surveillance de la santé des salariés quelquefois très éloignés du nôtre. Il n'a empêché ni la catastrophe sanitaire de l'amiante, ni la véritable explosion des troubles musculo-squelettiques ni même le développement inquiétant des pathologies psycho-sociales* ». En dépit de ce diagnostic, cette activité de contrôle ou de suivi individuel, qui reste nécessaire, continue à mobiliser l'essentiel du temps du médecin du travail, tout particulièrement dans les services interentreprises qui concernent la très grande majorité des salariés et la totalité de ceux des petites entreprises. La compréhension des racines de cet apparent paradoxe, à partir d'une analyse des dynamiques réglementaires, économiques et sociales qui l'entretiennent, apparaît ainsi essentielle.

Par lettre du 20 décembre 2007, le Premier ministre a saisi le Conseil économique et social sur l'avenir de la médecine du travail, afin qu'un éclairage de la société civile organisée précède la mise en place de nouvelles réformes, en abordant en particulier les modalités de réorientation de l'activité des médecins du travail, l'articulation entre le rôle du médecin du travail et celui des autres acteurs des services de santé, la modernisation des structures et ses liens avec les autres activités de la prévention, les réponses aux enjeux démographiques.

Le présent avis a l'ambition de cerner la nature des blocages rencontrés, de repérer les impasses dans lesquelles ne pas s'engouffrer et de proposer des principes et des mesures d'organisation qui permettraient de sortir rapidement et par le haut d'une situation critique préjudiciable à la santé au travail et, partant, à la santé publique.

CHAPITRE I

UN SYSTEME AUX GRANDES POTENTIALITES QUI N'ATTEINT PAS SES VÉRITABLES OBJECTIFS

Tant le rapport sur *Aptitude et inaptitude au travail* que celui sur *Le bilan de la réforme de la médecine du travail* dressent un constat précis de la situation de la médecine du travail et de ses difficultés persistantes à répondre aux enjeux de santé et de société.

De ces travaux, enrichis des différentes auditions auxquelles a procédé la section du travail, ressort un certain nombre d'éléments nécessaires à l'appréhension d'un système de la santé au travail qui apparaît, malgré de nombreux atouts, peu efficace au regard de ses objectifs de préservation de la santé des travailleurs.

I - UNE SPÉCIFICITÉ FRANÇAISE CONSERVANT UNE AMBIGUITÉ ORIGINELLE

La prise de conscience et l'évolution initiée au XIX^e siècle sont marquées par « l'hygiénisme industriel » et jalonnées par de nombreux conflits sociaux pour une prise en compte de la santé des travailleurs, dont le premier acte juridique sera la loi du 9 avril 1898 instituant le principe d'une réparation forfaitaire des accidents du travail. L'organisation de la médecine du travail est consolidée par la loi du 11 octobre 1946 succédant à la loi du 28 juillet 1942. Il est ainsi fait obligation aux employeurs du secteur privé d'organiser une surveillance médicale pour leurs salariés. Les médecins du travail doivent donc œuvrer pour « *éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail* », principe fondateur de la loi.

La démarche française se traduit par une organisation originale fondée sur une série de principes :

- l'universalité, la médecine du travail s'adressant à l'ensemble des salariés du secteur privé (étant précisé que la Fonction publique relève par ailleurs de la médecine de prévention) ;
- la gestion patronale, contrôlée par l'Etat et les représentants des salariés ;
- la spécialisation et l'indépendance des médecins du travail ;
- l'orientation exclusivement préventive de leur action puisqu'il s'agit d'éviter la dégradation de l'état de santé des salariés, et non de leur prodiguer des soins.

Obligatoire, la médecine du travail couvre par conséquent un taux de salariés parmi les plus élevés de l'Union européenne. Le système français se distingue également d'autres pays par le mode de financement et de gestion

reposant sur les employeurs, alors que les systèmes étrangers comparables quant à l'objectif de prévention sont souvent financés par des fonds publics.

La médecine du travail constitue ainsi un dispositif opérationnel important qui représente, dans le seul secteur industriel et commercial, 6 500 médecins et plus de 10 000 personnels non médicaux pour suivre un peu plus de 15 millions de salariés. Elle s'exerce au sein des 943 services de santé au travail (anciennement services médicaux du travail) organisés, soit en services autonomes (659) au sein d'entreprises répondant à des critères liés aux effectifs, qui rémunèrent directement ces personnels, soit au sein de services interentreprises (284), associations financées par les cotisations des employeurs et suivant environ 80 % des salariés.

S'agissant du cas de la Fonction publique, la médecine de prévention, dont la mise en place remonte aux années 1960 pour la fonction publique hospitalière et aux années 1980 pour les fonctions publiques d'Etat et territoriale, trouve des applications très différenciées, avec des suivis beaucoup trop variables des agents.

Si les grandes orientations qui avaient prévalu en 1946 sont toujours celles qui régissent aujourd'hui la médecine du travail, une évolution notable est cependant intervenue dans le milieu des années 1970 avec l'accent mis pour la première fois sur le développement de la prévention des accidents du travail. A été en particulier officialisé le concept de « tiers-temps » du médecin du travail préconisant que celui-ci consacre désormais un tiers de son temps à ses activités en milieu de travail (visites d'entreprises, études des postes de travail). D'autres dispositions suivront dans le même sens telles que l'institution de la fiche d'entreprise ou l'obligation pour le médecin de rédiger des plans d'activité..., autant de mesures destinées à renforcer à la fois la responsabilité de l'employeur et l'implication du médecin du travail en matière de prévention des risques.

Ce rappel historique de la création et de la spécificité de la médecine du travail conduit à souligner que le processus de réforme en cours (*cf.* partie III du présent chapitre) n'a pas encore permis de lever les ambiguïtés qui la caractérisent depuis son origine, ambiguïté entre médecine de sélection et médecine de prévention, entre « médecine d'entreprise » et médecine de santé publique. Le médecin du travail est chargé de la protection de la santé du salarié. Il est aussi, selon le Code du travail, « conseiller de l'employeur » en ce qui concerne l'amélioration des conditions de vie et de travail dans l'entreprise, l'hygiène, l'adaptation des postes, des techniques, des rythmes à la physiologie humaine.

Cette double mission s'exerce dans le cadre de rapports sociaux réglementés structurant des formes de coopération qui n'excluent pas des tensions, voire des conflits. Cette fonction ambivalente du médecin du travail est au cœur de la prévention : elle demande à être bien maîtrisée. Une telle maîtrise ne peut plus principalement reposer sur le principe du respect par les employeurs d'obligations réglementaires formelles censées épuiser leur responsabilité, principe d'ailleurs inadapté à l'obligation de résultats qui leur est faite. Elle devrait découler désormais des missions et des objectifs définissant et

sanctionnant l'engagement des services de santé au travail dans une démarche de santé publique, et des conditions de leur déclinaison dans le cadre spécifique du monde du travail.

Cette nouvelle donne n'est en particulier plus compatible avec les pratiques actuelles qui font de la plupart des services de santé au travail des prestataires de service des employeurs, ce service consistant trop souvent en un nombre requis de visites médicales.

II - DES RISQUES PERSISTANTS ET DE NOUVEAUX ENJEUX DE SANTÉ AU TRAVAIL

Les transformations technologiques, organisationnelles et managériales du monde du travail et de son environnement, qui s'inscrivent désormais dans un contexte mondialisé, sont autant d'éléments qui impactent la santé au travail en modifiant la nature et la gravité des risques auxquels sont exposés les salariés.

Contrairement à une idée répandue, les contraintes physiques traditionnelles persistent et concernent encore aujourd'hui nombre de salariés exposés à des agents chimiques ou biologiques, au bruit, à la poussière, à la chaleur ou au froid, manipulant des charges lourdes ou encore soumis aux vibrations. Certains ouvriers restent soumis à ces risques qui s'étendent pour partie désormais à des populations salariées du secteur tertiaire, notamment au travers des postures pénibles. Cette situation concerne plusieurs catégories d'emploi, parmi lesquelles figurent entre autres les employés de caisse, les agents de nettoyage ou encore les aides soignants, ces derniers étant en outre exposés à des difficultés psychiques face à la dépendance de leurs patients. Il convient également de souligner que le nombre de cancers résultants d'exposition professionnelle à des substances cancérigènes est une préoccupation qui doit constituer une action prioritaire de la médecine du travail. Le constat d'écart persistants d'espérances de vie liés aux catégories socioprofessionnelles, même s'ils ne sont pas uniquement dus à des causes strictement professionnelles, souligne cependant l'impact des conditions de travail sur la santé pour les salariés exerçant un travail physique contraignant.

A ces contraintes physiques, s'ajoutent de nouveaux risques résultant en particulier des nouvelles organisations du travail mises en place pour faire face aux exigences de compétitivité et intégrant les technologies modernes. Comme l'a souligné l'avis du Conseil économique et social rendu le 7 avril 2004 sur *Nouvelles organisations du travail et risques pour la santé des salariés*, la tendance observée depuis une vingtaine d'années est celle d'une intensification du travail qui se traduit par une augmentation exponentielle des troubles musculo-squelettiques et le développement de troubles psychosociaux. Certains suicides liés aux problèmes rencontrés dans le travail suscitent nombre d'interrogations. L'individualisation de la relation de travail et l'effacement des collectifs de travail, en renforçant une impression d'isolement, sont autant d'éléments qui participent de cette évolution.

En outre, le développement des formes atypiques d'emploi, qu'il s'agisse du travail temporaire ou des contrats à durée déterminée, mais aussi du

télétravail ou du travail à domicile, voire du travail de nuit, rend le suivi des salariés plus difficile et complique encore la compréhension du risque.

La mobilité croissante des trajectoires professionnelles brouille également la visibilité de certains risques à effets diffus et différés. Or, la nécessité d'appréhender les conséquences à long terme de ces contraintes et des expositions potentiellement dangereuses renforce l'exigence de traçabilité et de suivi longitudinal posée par les textes pour éviter un nouveau drame tel que celui de l'amiante.

Par ailleurs, le vieillissement de la population et les questions liées au maintien dans l'emploi appellent des réponses d'ampleur au travers de réflexions sur les conditions de travail et la prévention de l'usure professionnelle. L'enjeu est double : il importe non seulement de permettre l'emploi des travailleurs âgés dans les meilleures conditions possibles, mais aussi d'éviter le développement d'incapacités et d'inaptitudes. En ce sens, la médecine du travail a un rôle de toute première importance dans une approche globale des relations à établir entre les conditions de travail, l'âge et la santé.

Il faut enfin souligner la tendance récente à une judiciarisation de la santé au travail, dans la suite de l'affaire de l'amiante qui a conduit à poser le principe de la responsabilité de l'Etat, des employeurs et des médecins du travail, face aux défaillances du système de protection de la santé au travail.

III - UNE PRISE DE CONSCIENCE PROGRESSIVE ET DES RÉFORMES INABOUTIES

L'apparition de ces nouveaux enjeux, conjuguée à une sensibilité accrue de notre société à la préservation de la santé, a conduit à une prise de conscience croissante et accélérée au cours des années 2000 quant à la nécessité d'une adaptation du système en place.

Toutefois, contrairement à ce qui est parfois évoqué, il n'y a pas eu « une » réforme globale de la médecine du travail, mais une succession de modifications législatives, conventionnelles et réglementaires. En outre, avant une impulsion des pouvoirs publics ou des partenaires sociaux, liée à une prise de conscience interne, ce sont les exigences européennes qui ont initié ces réformes et en ont encadré le contenu.

La directive européenne du 12 juin 1989 sur la santé et la sécurité au travail développant une approche de prévention primaire et d'évaluation *a priori* des risques n'a été transposée que lentement et progressivement, à partir de la loi du 31 décembre 1991 relative à la prévention des risques professionnels jusqu'aux réformes des années 2000.

A des évolutions concernant directement la médecine du travail, se sont ajoutés des changements plus larges dans son environnement, autour des politiques publiques de sécurité sanitaire, concernant tant l'environnement que le travail. De la même façon que des agences de sécurité sanitaire se créaient dans le champ de l'alimentation (AFFSA) ou des médicaments et des produits de santé (AFSSAPS), l'AFSSE est devenue l'Agence française de sécurité sanitaire

de l'environnement et du travail (AFSSET). La santé au travail devenait ainsi de façon croissante un enjeu de santé publique et de sécurité sanitaire.

Dans cette nouvelle logique, une démarche de planification est intervenue, se traduisant notamment par le « Plan santé travail » (2005-2009) et ses déclinaisons régionales.

Il apparaît important de faire état de la succession de textes entre 2000 et 2007, modifiant le cadre juridique de l'exercice de la médecine du travail ou son environnement institutionnel. Accord national interprofessionnel du 13 septembre 2000 sur la santé au travail et la prévention des risques, décret du 5 novembre 2001 instituant le document unique d'évaluation des risques, loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 transformant les Services de médecine du travail en Services de santé au travail (SST) avec le principe de la pluridisciplinarité, décret relatif aux Agents cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction (CMR) et décret relatif aux substances chimiques (2003), décret du 28 juillet 2004 portant sur l'organisation et le fonctionnement des services de santé au travail notamment avec l'objectif du tiers temps effectif, décret du 10 mai 2007 créant les Comités régionaux de la prévention des risques professionnels (CRPRP) : tous ces textes ont eu la volonté d'apporter des modifications substantielles.

Ces réformes visent à créer les conditions du développement de la prévention avec l'intention affichée d'inscrire la santé au travail dans les enjeux de santé publique. Elles se sont traduites par plusieurs préconisations de changements dans l'organisation, la définition de pratiques administratives plus rigoureuses et l'émergence de réseaux de connaissance, liées à différents objectifs :

- l'application plus effective du « tiers temps » que le médecin du travail doit consacrer à l'action en milieu de travail, dans un objectif non seulement de promotion de la prévention primaire, prioritairement par rapport à la réparation, mais aussi d'approche collective plus qu'individuelle. Il s'agit là de faire en sorte que le cœur de métier du médecin du travail ne soit pas la visite médicale, mais l'action dans l'entreprise, en prise avec l'organisation, la réalité et les conditions du travail ;
- le développement d'équipes pluridisciplinaires de santé au travail, afin de répondre aux obligations communautaires supposant des compétences techniques tout en préservant le rôle « pivot » du médecin du travail, avec l'intérêt parallèle ou recherché de répondre aux enjeux démographiques de la profession. Il s'est alors agi de favoriser cette pluridisciplinarité autour du médecin du travail avec l'apport de compétences complémentaires (ingénieurs, techniciens, ergonomes...);
- une certaine remise en ordre dans l'application du droit, s'agissant en particulier du problème des agréments au sujet desquels des graves manquements avaient été constatés, révélateurs notamment d'une

définition insuffisante des missions et des objectifs des services de santé au travail ;

- la réponse aux enjeux liés à la veille sanitaire, en mettant en place, au travers de la médecine du travail, un système d'alertes sanitaires, en lien avec l'Institut national de veille sanitaire (InVS) ;
- une prise en compte de l'évolution démographique et de la pyramide des âges des médecins du travail, afin d'assurer la ressource nécessaire pour compenser la baisse des effectifs par l'arrivée de nouveaux médecins, selon des modalités d'accès qui ont de fait « *troublé les modes de recrutement habituel de la médecine du travail et ont diminué leur attractivité relative* » d'après le rapport sur *Le bilan de la réforme de la médecine du travail*.

Ces réformes ont été dans leur ensemble difficilement acceptées par la profession, notamment parce qu'elles se sont réalisées dans un contexte de tension démographique pouvant alimenter l'idée qu'elles étaient conduites par nécessité plus que par objectif de renforcer l'efficacité du système. A cet égard, la pluridisciplinarité est apparue comme une évolution imposée par la directive européenne sans qu'elle soit suffisamment conçue comme une condition d'une véritable réussite du nouveau concept de santé au travail. Elle a pu également être vue comme un moyen de faire face à la crise démographique ou comme une menace pour la profession.

Aujourd'hui encore, persiste une inquiétude réelle sur l'avenir de la médecine du travail, auquel ces réformes, bien que nombreuses, n'ont pas pleinement ou véritablement répondu. Si des changements substantiels ont indéniablement été apportés au fonctionnement de la médecine du travail, leur bilan est, de façon assez unanime, considéré comme mitigé.

IV - DES CONTRAINTES MAJEURES, DES PROBLÈMES STRUCTURELS NON RESOLUS, DES DOUTES SUR L'EFFICACITÉ ET L'AVENIR MÊME DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL

Notre assemblée considère que dans ce processus de réformes, deux grandes limites apparaissent dans la situation actuelle de la médecine du travail.

D'une part, la mise en œuvre de ces mesures n'est pas entrée dans les faits et dans les mœurs de façon égale sur tout le territoire. Elles ont même fait l'objet de certaines formes de contournements, comme par exemple le recours fréquent à la Surveillance médicale renforcée (SMR) conduisant à maintenir un rythme annuel de visites médicales.

D'autre part, et plus fondamentalement, le système lui-même n'a pas été transformé et il reste, de fait, des questionnements majeurs et des problèmes manifestes. Ils nous semblent être de trois ordres : qualitatif, systémique et quantitatif.

D'un point de vue plus qualitatif, les réformes ont modifié les moyens et outils, mais dans un cadre global inchangé. Alors qu'elle devait devenir une

médecine de prévention, la médecine du travail est restée trop centrée sur une logique d'obligation réglementaire se référant à des individus et non à des populations de salariés, avec des pratiques essentiellement structurées autour des visites médicales d'aptitude, et ce, malgré l'introduction déjà ancienne de la notion de tiers temps. A titre d'exemple, l'espacement de la visite médicale tous les deux ans, s'il vise à permettre un temps accru en milieu de travail, ne questionne pas la pertinence même de ce type d'action. En outre, les médecins du travail n'ont pas été systématiquement formés à cette évolution de leur métier, pourtant substantielle, vers le travail de terrain et de prévention et quand cette formation a eu lieu, elle n'a pas toujours été réellement utilisée. Enfin, aucun temps n'a été prévu réglementairement pour permettre aux médecins de travailler hors de l'entreprise, dans le cadre d'actions de coopération ou de réseaux permettant de renforcer la veille sanitaire, au-delà du volontariat de certains.

De façon systémique, les questions de l'indépendance, du mode de financement et de la gouvernance des services de santé au travail semblent avoir été considérées comme intangibles. Les auteurs du rapport sur *Le bilan de la réforme de la médecine du travail* ont ainsi estimé qu'il ne leur appartenait pas de se prononcer sur ces questions. Pourtant, elles déterminent la confiance accordée par les salariés dans l'institution, tout comme les conditions permettant réellement d'ancrer la santé au travail dans la santé publique, au-delà de ce qui apparaît parfois comme un slogan.

Enfin, le problème évoqué, à juste titre, de façon récurrente reste celui de la crise démographique. Les réformes n'ont, en effet, pas apporté de réponse permettant soit de conforter les effectifs au regard des enjeux démographiques à venir, soit de modifier suffisamment la structure pour apporter des solutions durables. La situation reste préoccupante : trois quarts des médecins du travail sont âgés de plus de 50 ans et 1 700 départs en retraite sont prévus dans les cinq années à venir. Cette situation démographique défavorable engendre d'ailleurs des effets secondaires « pervers » sur l'image et le recrutement, dans une profession déjà dévalorisée par rapport aux autres spécialités de la médecine. La question de l'attractivité de la médecine du travail, lors de la formation initiale ou d'une reconversion éventuelle, n'a pas trouvé de réponses à la hauteur de l'enjeu, alors qu'elle nous semble essentielle.

Système puissant, par ses effectifs et son organisation, la médecine du travail est aussi caractérisée par des résultats qui ne semblent pas à la hauteur de ses moyens, et plus encore par l'incapacité à juger de ceux-ci. Au total, la médecine du travail est à la croisée des chemins : sauf à considérer que la mise en cause de son existence même est inévitable, son avenir suppose que le processus de réformes soit mené à son terme, en réunissant les conditions de son accomplissement sans lesquelles ses véritables objectifs ne seront pas atteints.

CHAPITRE II

UNE RÉFORME URGENTE À ACCOMPLIR POUR UNE NOUVELLE MÉDECINE DU TRAVAIL

I - NOTRE HORIZON : UNE NOUVELLE ORGANISATION DE LA SANTÉ AU TRAVAIL, AU SERVICE DE LA PRÉVENTION ET DE LA QUALITÉ DES PARCOURS PROFESSIONNELS

S'appuyant sur les constats établis, notre assemblée est convaincue qu'il est aujourd'hui urgent de franchir un pas décisif sur le chemin de la réforme afin de garantir l'avenir de la médecine du travail et d'assurer son efficacité. Dans notre esprit, il ne s'agit pas de promouvoir une « enième » réforme, mais bien de permettre l'accomplissement plein et entier du processus engagé, ce qui suppose certaines évolutions supplémentaires ainsi que la réunion des conditions de leur effectivité. Avant de préciser ce que devraient être ces évolutions, il nous faut décrire les grands principes qui guideront les pistes concrètes et en donnent le sens. A cet égard, le Conseil propose six principes directeurs.

- Incrire pleinement la santé au travail dans la santé publique tout en conservant sa spécificité

La santé au travail correspond, à notre sens, à une double légitimité : un enjeu de santé publique et une exigence en milieu de travail. Depuis les années 2000, la santé au travail est reconnue, tant dans les textes que dans les prises de position des différents acteurs, comme une composante de la santé publique. Cette évolution doit être confortée et désormais mieux assurée dans les faits. La santé au travail est indéniablement un élément fondamental de la santé publique, compte tenu de l'importance du temps passé au travail dans la vie des personnes, ainsi que de la façon dont le travail, ses conditions et son organisation peuvent avoir des conséquences non seulement sur les salariés dans leur vie professionnelle et personnelle, mais aussi sur l'environnement. Le vieillissement de la population active renforce cette nécessaire inscription de la santé au travail dans les politiques de santé publique.

Appliquée au milieu du travail, la santé publique recouvre toutefois une spécificité pour plusieurs raisons. La nature même de la relation de travail n'est pas anodine : le lien entre le salarié et l'employeur fait que le salarié, dans l'exécution de son contrat de travail, est tenu au respect des règles internes et hiérarchiques, ce qui détermine en partie les comportements et nécessite une organisation particulière.

Il nous semble ainsi que la santé au travail doit être pleinement intégrée dans les politiques de santé publique, sans pour autant y être diluée, au vu de sa spécificité. Ceci a pour conséquence que la compétence partagée des ministères du travail et de la santé doit être affirmée.

- Instaurer une réelle culture commune de la prévention

La véritable mutation de la médecine du travail vers un système de santé au travail suppose une prise de conscience par tous les acteurs concernés des impératifs de la prévention. Or, nous partons d'un système dans lequel le risque est toléré, voire valorisé, tant du côté de certains employeurs que de certains salariés, engendrant, dans certains métiers, une résistance à l'utilisation des moyens de protection. Même si le risque nul n'existe pas, la construction d'un nouveau système de santé au travail suppose le développement d'une indispensable culture partagée de la prévention des risques, afin que les actions menées dans ce domaine soient concrètes, durables et efficaces.

- Maintenir la place essentielle du médecin du travail dans l'organisation de la santé au travail

Notre assemblée souhaite affirmer son attachement à un système français de santé au travail accordant une place centrale à la médecine du travail. Les évolutions proposées dans le présent avis se situent toutes dans le souci de renforcer son efficacité. Elles sont précisées par la suite avec l'idée de mieux qualifier le métier de médecin du travail.

- Renforcer la pluridisciplinarité sans affaiblir le rôle du médecin du travail

Dans la même logique, il nous semble essentiel que la pluridisciplinarité ne soit pas envisagée, comme cela a pu être le cas, sous l'angle d'un palliatif des difficultés de la démographie médicale. A ressources démographiques constantes, les propositions du présent avis seraient, en très grande partie, les mêmes. Nous tiendrons compte *in fine* de la problématique démographique, mais elle ne conditionne pas la logique de notre avis. Le passage d'un système de médecine du travail à un système de santé au travail suppose une pluridisciplinarité, à même de renforcer l'efficacité globale. De plus, le rôle des infirmiers et assistants de santé au travail sera évoqué, y compris pour une délégation de fonctions actuellement assurées par le médecin, mais à la double condition qu'il s'agisse de tâches sur lesquelles la compétence du médecin n'est pas indispensable et que ce temps libéré lui permette de se réinvestir sur des actions en milieu de travail dans l'objectif prioritaire de la prévention.

- Replacer l'aptitude dans la logique de prévention et du maintien dans l'emploi

La logique actuelle de l'aptitude et de ses modalités nous semble devoir être repensée. En effet, l'activité du médecin du travail reste très largement centrée sur la constatation périodique de l'aptitude, ce qui pose deux séries de problèmes. D'une part, elle est chronophage et bride le développement d'autres actions plus qualitatives et collectives du point de vue de la prévention. D'autre part, elle pose le problème de la qualité de la relation entre le médecin et le salarié. Celle-ci est, en effet, influencée par le fait que le médecin est à la fois celui qui délivre le certificat d'aptitude et celui qui est censé conseiller le salarié. Des modifications du régime de l'aptitude, telles qu'elles sont précisées

ultérieurement dans le présent texte, doivent permettre d'apporter des améliorations profondes dans l'exercice du métier du médecin du travail.

Enfin, la priorité devrait être celle du maintien dans l'emploi, et donc de l'adaptation du travail à l'homme, qui doit prévaloir sur celle de l'homme au travail. La notion de maintien dans l'emploi, figurant parmi les missions du médecin du travail définies dans le Code du travail, vise à appréhender toutes les possibilités : maintien dans le poste sous réserve d'adaptation, reclassement sur un autre poste dans la même entreprise, enfin, reclassement dans une autre entreprise du même secteur professionnel, voire dans un autre secteur. Il s'agit là d'un objectif essentiel.

- Couvrir l'ensemble de la population active dans une logique de parcours professionnel

Actuellement, la médecine du travail ne concerne pas l'ensemble de son champ d'action potentiel. Dès lors en effet qu'il s'agit de viser la santé au travail, tout au long du parcours professionnel, un certain nombre de composantes de la population active doit être concerné, à commencer par les demandeurs d'emploi. La réflexion devrait s'étendre à la couverture des travailleurs indépendants et des chefs d'entreprise, en particulier dans les Très petites entreprises (TPE) et l'artisanat où le travail exercé par le salarié et l'employeur sont souvent d'une grande proximité et contiennent donc potentiellement les mêmes risques.

Par ailleurs, les fonctions publiques, d'Etat, hospitalière et territoriale, sont aujourd'hui couvertes par des systèmes spécifiques de médecine de prévention, confrontés eux aussi à un besoin d'évolution. Si les motifs qui ont présidé à la création de systèmes différents persistent, des évolutions plus profondes liées aux conditions de travail et aux exigences de santé publique sont communes aux sphères publique et privée et peuvent relever de démarches analogues. Rien n'empêche d'imaginer à terme un rapprochement des organisations publiques et privées, s'il contribue à améliorer la mutualisation des moyens et le développement de la prévention et si les conditions de mise en œuvre sont étudiées et le permettent.

La nécessaire couverture de l'ensemble de la population active par le système de santé au travail, quels que soient le statut de la personne et sa situation d'emploi à un moment donné, suppose aussi d'envisager les moyens d'un suivi longitudinal des salariés tout au long de leur parcours professionnel, d'une traçabilité des risques et des expositions. Cela nécessite notamment de rechercher les moyens de la transmission d'informations entre médecins du travail, ainsi qu'avec la médecine de ville, dans le respect du secret médical et dans le seul intérêt du suivi de la santé des salariés et de la prévention des risques.

II - DES MESURES URGENTES POUR DES PERSPECTIVES D'AVENIR

Cette urgence relève de la nécessité d'un progrès considérable de la santé publique en milieu de travail exigé tant par l'évolution des conditions et des organisations de travail combinée à la tendance lourde au vieillissement de la population active, que par le rôle central du travail dans la structuration de la personnalité et par l'impact de la vie au travail (ou de la vie sans travail...) sur la santé. Ce défi est également relevé à l'échelle de l'Union européenne, comme en témoigne la récente proposition de résolution du Parlement européen sur la *Stratégie communautaire 2007-2012 pour la santé et la sécurité au travail*.

L'évolution de la médecine du travail vers la santé au travail prescrite en France par la loi est encore largement à l'état de projet, et ce projet ne peut être accompli sans l'engagement de la profession : elle en a les moyens et son avenir en dépend.

A - DETERMINER LES MISSIONS DES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL ET LE MÉTIER DE MÉDECIN DU TRAVAIL

L'ordre en effet n'est pas ici indifférent. Passer d'un service de médecine du travail à un service de santé au travail fondé sur la pluridisciplinarité des approches et des compétences exige logiquement de définir préalablement les missions d'un tel service de santé avant de décrire le rôle spécifique et la place particulière du médecin du travail en son sein. Or, comme le précise le rapport sur *Le bilan de la réforme de la médecine du travail*, « les textes applicables se limitent à exposer les obligations des médecins et réduisent en réalité les services de santé au travail à une réunion de moyens ». Le Conseil économique et social considère la proposition dudit rapport « de donner une définition législative des missions des services de santé au travail, centrée sur la prévention » comme une des préconisations les plus fondamentales.

1. Définir les missions des services de santé au travail

Si l'esprit annoncé des réformes passées a été d'inscrire la santé au travail dans le cadre général de la politique de santé publique ainsi que de transformer les services de médecine du travail en services de santé au travail, le cadre légal définissant ces services n'a pas évolué de façon cohérente.

Le Code du travail contient, en effet, un titre consacré aux services de santé au travail qui aborde directement leur organisation et leur fonctionnement sans que soient précisées clairement leurs missions.

Celles-ci doivent être centrées sur des objectifs prioritaires dont la réalisation sur les lieux de travail présente une importance majeure : prévention primaire, traçabilité des risques et des expositions, veille sanitaire...

Elles doivent également consacrer le principe que toute démarche de santé publique en milieu de travail doit viser, dans des conditions adaptées, l'accès à l'emploi, sans discrimination, couplé à la perspective du maintien dans l'emploi le plus longtemps possible. A ce titre, l'accent particulier mis sur la prévention

primaire ne diminue en rien l'attention portée aux autres stades de la prévention, l'ensemble justifiant la participation du service de santé au travail à un système de suivi longitudinal et d'accompagnement des parcours professionnels.

Afin d'être en mesure d'assurer ces deux missions génériques, le service de santé au travail doit pouvoir connaître, comprendre et agir en prenant en compte globalement :

- tous les facteurs de risque physiques, chimiques, biologiques ou psychosociaux ;
- l'analyse du travail réel développée par l'ergonomie ;
- l'analyse des rapports que le salarié noue avec son travail, dans ses différents aspects relatifs à l'organisation du travail, aux relations interpersonnelles et à la reconnaissance professionnelle.

C'est la raison pour laquelle le service de santé au travail ne peut être que pluridisciplinaire dans ses compétences et coordonné dans son activité.

La mission de prévention du service de santé au travail relève directement de l'équipe pluridisciplinaire de prévention, qu'il s'agisse du travail de formation-information des salariés et des employeurs, de l'élaboration des interventions ou de la restitution en entreprise.

Si la santé n'est pas de la seule compétence du médecin du travail, celui-ci a cependant un rôle irremplaçable. Il apparaît donc légitime qu'il assure le plus souvent le pilotage des services de santé au travail, compte tenu de l'exigence du maintien de la médicalisation de ces services. Pour autant, ce pilotage global n'interdit pas qu'au cas par cas, selon la nature du problème, le type d'intervention et la discipline la plus à même d'y répondre, d'autres acteurs du service assurent cette fonction dans un souci d'efficacité.

Selon ces principes, notre assemblée préconise une définition légale des missions des services de santé au travail dans l'article L. 241-2 du Code du travail autour des idées suivantes :

- les services de santé au travail ont pour mission de veiller à la préservation de la santé des salariés tout au long de leur parcours professionnel ;
- à ce titre, ils mettent en œuvre des actions visant la prévention des risques sanitaires en milieu de travail, par un suivi individuel des salariés et des actions collectives. Ils participent également à la veille sanitaire de la population au travail dans le cadre de la politique de santé publique ;
- ces services sont composés de médecins du travail, d'infirmiers et assistants de santé au travail et d'intervenants en prévention des risques professionnels ;
- leur activité est définie dans le cadre d'un plan national pluriannuel de santé au travail décliné au plan régional.

2. Qualifier le métier du médecin du travail

Le Code du travail confie au médecin du travail la mission de veiller à ce que l'exécution du contrat de travail respecte bien la limite du maintien de l'intégrité physique et mentale du salarié. Notre Conseil n'imagine pas que cette mission puisse être dévolue à un autre intervenant parce qu'elle ne voit pas comment elle pourrait l'être dans des conditions alliant au même niveau éthique et compétence. Notre assemblée estime que le médecin du travail occupe ainsi dans le dispositif de santé au travail une place particulière qui lui confère la possibilité et le devoir d'exercer un rôle d'animateur, d'informateur et d'organisateur dans les différents réseaux de compétences, d'influence et de communication indispensables à un véritable décollage du système de santé publique spécifique organisé dans et pour le monde du travail. C'est en ce sens que l'on peut parler d'un rôle « pivot » au sein de chaque service de santé au travail comme de la communauté plus large des acteurs de la santé au travail. Situé au croisement de la prévention des risques et du suivi des populations, il est le mieux placé pour combiner dans une démarche globale :

- le repérage des risques potentiellement pathogènes liés à l'organisation et aux conditions de travail ;
- la surveillance des travailleurs exposés à des risques particuliers ;
- le dépistage des pathologies professionnelles ;
- la veille sanitaire en milieu de travail dans un objectif de santé publique ;
- les préconisations et conseils relatifs à l'aménagement des postes de travail ;
- le maintien dans l'emploi, par la réorientation des salariés en difficulté de santé et par l'accompagnement médical des salariés en situation de rupture professionnelle.

C'est bien sur la base de l'exercice de ces missions conjuguant l'expertise médicale et la connaissance de l'entreprise que l'intervention du médecin dans les processus de reconnaissance de l'aptitude (ou de non contre-indication) et de diagnostic de l'inaptitude peut trouver son sens et être intégrée à chaque niveau de la prévention.

Dans sa mission de santé publique, le médecin du travail ne peut pas être limité par le lien à l'entreprise, quelles que soient sa nature et ses modalités. Il doit en particulier pouvoir participer à un travail de recherche et à des enquêtes en épidémiologie, en réseau avec le secteur des soins.

Le rôle des médecins du travail est de veiller à un recueil des données de qualité, ce qui suppose une organisation et un équipement permettant une homogénéité des données recueillies et une saisie fiable.

Le médecin du travail doit devenir un maillon essentiel du réseau de vigilance en santé au travail piloté par les agences nationales que sont l'InVS et l'Afsset.

B - RENFORCER L'EFFICACITÉ DE L'ACTION DU MÉDECIN DU TRAVAIL

Les enjeux de santé au travail imposent d'affirmer la prévention comme mission prioritaire du médecin du travail passant impérativement par un renforcement de son action dans l'environnement même du travail.

1. Viser un équilibre entre le maintien d'une approche individuelle et le renforcement de l'action en milieu de travail

Cette exigence doit s'inscrire dans le cadre de deux volets de son activité structurant la mission du médecin du travail.

Il importe, en effet, de viser un équilibre entre approche individuelle et logique de population. Pour le Conseil, il ne saurait être question de retenir ni une approche exclusivement individuelle, ni une logique uniquement centrée sur la dimension collective. Ces deux angles d'attaque sont en effet complémentaires et s'alimentent l'une l'autre. La surveillance médicale individuelle, avec l'observation privilégiée qu'elle offre à la fois sur la personne et le poste de travail concerné, doit être replacée dans une dimension collective permettant une approche globale des activités et de la prévention.

Pour notre assemblée, cette démarche, pour produire pleinement des effets, doit être ciblée à un double niveau :

- sur des actions prioritaires, qui devront être définies en fonction des risques professionnels propres au milieu de travail et des populations concernées ;
- sur des catégories prioritaires. Dans la logique de l'accord national interprofessionnel du 13 septembre 2000 sur la santé au travail, celles-ci devraient être définies au sein de l'entreprise pour des postes particuliers, ou en dehors de l'entreprise en raison d'un éloignement plus ou moins important d'un collectif de travail : salariés des TPE, intérimaires, demandeurs d'emploi, travail auprès de particuliers employeurs, saisonniers...

2. Modifier les modalités de l'appréciation du maintien dans l'emploi

Différents travaux, dont le rapport d'Hervé Gosselin, pointent un certain nombre d'interrogations quant aux modalités de la reconnaissance de l'aptitude - ou de l'inaptitude- et de leurs conséquences tant sur le plan du maintien dans l'emploi, que sur celui de la qualité de la relation entre le médecin du travail et le salarié ou encore de la prévention de l'usure et de la pénibilité.

Notre assemblée est convaincue que l'évaluation de cette pratique nécessite une profonde réflexion de tous les acteurs de la santé au travail.

Dès lors que la visite d'embauche a conduit à la constatation de l'aptitude au poste ou à l'emploi considéré, et selon les modalités de surveillance médicale définies en fonction du poste, des risques y afférents et de l'état de santé du salarié lui-même, rien ne justifie que le médecin du travail renouvelle périodiquement sa déclaration d'aptitude, en l'absence de toute modification significative tant du point de vue du salarié que du poste ou de l'emploi occupé.

En conséquence, notre assemblée serait d'avis de renverser la logique de la procédure actuelle en remplaçant l'avis d'aptitude délivré systématiquement par le médecin du travail par un avis d'inaptitude uniquement pour les cas où l'état de santé du salarié l'impose. Il faut toutefois préciser que ce nouveau cadre ne concernerait pas la situation spécifique des salariés employés sur des postes de sécurité réglementés, qui suppose un contrôle sanctionné par un avis d'aptitude formalisé.

Cette proposition de nouvelle logique impose de tordre le cou aux possibles interprétations erronées de son contenu et de ses finalités. Il ne s'agit en aucun cas d'abandonner la surveillance médicale du salarié, notamment par rapport à l'emploi occupé, mais de la référer de façon claire à une connaissance effective et actualisée des conditions de travail réelles. Elle n'exonère donc en rien le médecin du travail quant à son appréciation des capacités du salarié à occuper un emploi donné, mais privilégie dans ce cadre la dimension de prévention qui pour de multiples raisons, reste insuffisante, voire obérée par des contraintes de temps. Afin d'assurer la sécurité juridique de cette procédure au regard de la responsabilité de l'employeur, des modifications en ce sens devraient être apportées à la réglementation.

Cette nouvelle approche du suivi médical, en n'étant plus axée directement sur la délivrance d'un certificat d'aptitude systématique, mais sur des préoccupations de préservation de la santé, aurait en outre pour effet de favoriser une relation de confiance entre le médecin du travail et le salarié. Sur cette base, des échanges pourraient être facilités par exemple autour des difficultés rencontrées par le salarié, qui n'aurait plus à craindre, à tort ou à raison, qu'ils puissent avoir des conséquences directes sur son emploi. La meilleure connaissance, par le médecin du travail, des problèmes du salarié et la recherche de solutions conduite en commun permettraient ainsi de mieux garantir les conditions du maintien dans l'emploi, qui doit constituer un objectif prioritaire dans un contexte de marché de l'emploi défavorable, en particulier pour les seniors.

A cet égard, la réforme législative de 2005 relative aux personnes handicapées et le décret de 2004 sur le maintien dans l'emploi participent d'une même philosophie d'accompagnement du parcours professionnel des salariés en situation de désadaptation. Le Conseil souligne en ce sens qu'il ne devrait pas exister de discontinuité entre les logiques de maintien dans l'emploi et de réadaptation fonctionnelle.

3. Passer des visites de routine à des actions ciblées, demandées ou programmées

Les visites médicales constituent la partie la plus visible de l'action du médecin du travail, la plus chronophage aussi, au détriment d'un temps suffisant pour l'action en milieu de travail. Elles soulèvent également des questions quant à leur efficacité au regard de l'objectif de préservation de la santé des salariés, puisqu'elles semblent davantage s'inscrire dans une logique de vérification

régulière de l'aptitude des salariés au travail, répondant à une obligation réglementaire relevant de la responsabilité des employeurs.

Notre assemblée rejoint à cet égard les constats établis et les orientations proposées par les auteurs des rapports sur *Aptitude et inaptitude* et *Le bilan de la réforme de la médecine du travail*. Elle considère, en effet, que la logique des visites dites d'aptitude doit être totalement repensée, d'une part en s'affranchissant de leur caractère systématique, d'autre part en les réorientant de façon plus ciblée.

C'est en ce sens qu'elle préconise une nouvelle démarche, structurée autour des trois points suivants : la visite d'embauche, les visites médicales périodiques, les visites après un arrêt de travail prolongé.

En premier lieu, il paraît essentiel que la visite d'embauche soit l'occasion, pour le médecin du travail, d'informer le salarié sur son poste de travail, les principaux risques auxquels il est exposé et les mesures de prévention adaptées, ceci en s'appuyant sur une fiche de poste clairement définie. Celle-ci devrait en outre être actualisée de façon permanente : les articles R 231-54-16 relatif aux risques chimiques et R. 231-56-11 du Code du travail, sur les agents cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction (sous réserve des autres difficultés posées par cet article), introduisent l'obligation d'indiquer sur la fiche du salarié la date de l'étude de poste et de la mise à jour de la fiche d'entreprise qui doit être scrupuleusement respectée, sauf à vider la visite d'embauche d'une grande partie de son sens. La visite d'embauche doit, en outre, conduire le médecin du travail à définir, en fonction de l'ensemble de ces éléments et de l'état de santé du salarié, les modalités et la périodicité du suivi médical qui doivent être mises en place de façon personnalisée. Il importe enfin que le médecin du travail puisse faire un point sur les conditions d'emploi antérieures du salarié, notamment en ce qui concerne les expositions à des risques professionnels, afin de construire un historique. Notre assemblée a pour autant conscience que cette logique n'est pas pertinente dans le cas du travail temporaire ou pour les recrutements de très courte durée, qui supposent un suivi médical spécifique (*cf.* partie C du présent chapitre).

La situation des salariés embauchés sur des postes à risques ou sur des postes de sécurité réglementés nécessite évidemment de ce point de vue une attention particulière, à condition cependant que soient précisément définis les postes concernés, l'appréhension de leur dimension « sécuritaire » pouvant varier d'un secteur à un autre et n'étant pas pertinente dans certains cas, comme le soulignent les rapports précités.

En ce qui concerne, en second lieu, les visites médicales périodiques, il semble nécessaire qu'elles fassent place à une démarche privilégiant des actions ciblées sur des populations prioritaires, tout en réaffirmant le principe de visites à la demande de tout salarié, en faisant mieux connaître cette possibilité et les bénéfices qu'elle procure et en facilitant l'accès. Ces populations prioritaires doivent s'entendre à un double niveau : d'une part, les salariés relevant d'une surveillance médicale renforcée aux termes du Code du travail, d'autre part, les salariés dont les conditions d'emploi et de travail et l'état de santé particulier

amènent le médecin du travail à juger nécessaire un suivi spécifique. Il convient également d'ajouter sur ce point que la surveillance médicale renforcée doit répondre à ce même souci d'adaptation et d'individualisation pour chaque salarié concerné et devrait être modulée en fonction des caractéristiques de chaque situation, notamment au regard de la nature et du niveau du risque. Cette démarche appelle une amélioration constante des référentiels scientifiques et pratiques des professionnels de la santé au travail en même temps qu'elle participe directement à leur acquisition et leur diffusion. La surveillance médicale peut, à travers la veille sanitaire, s'inscrire de façon positive dans une préoccupation de préservation de la santé.

A cet égard, les infirmiers du travail, dont la spécialisation et la formation pourraient être valorisées, devraient pouvoir, dans le cadre du suivi médical, collaborer de façon plus étroite avec le médecin du travail, à l'instar des pratiques existant par exemple en milieu hospitalier ou dans le secteur libéral. Notre assemblée considère que la voie de la délégation de compétences, déjà expérimentée dans certains services de santé au travail sur la base de protocoles précis établis par le médecin du travail et sous son entière responsabilité, constitue une des solutions mobilisables, sous réserve d'un cadre réglementaire clair et accepté par toutes les parties. Cette procédure, qui fait alterner et se compléter les interventions des médecins et des infirmiers du travail autour d'une approche personnalisée adaptée à chaque salarié, semble présenter l'intérêt d'assurer un suivi plus efficace et de libérer du temps au profit de l'action en milieu de travail. Elle répondrait également aux difficultés liées aux ressources médicales contraintes, dans des conditions strictes et transparentes n'autorisant aucune dérive vers une sous-médicalisation de la médecine du travail.

Enfin, s'agissant des visites à l'occasion d'un arrêt de travail prolongé, notre assemblée souhaite souligner l'importance de la visite dite de pré-reprise qui devrait permettre notamment, outre l'évaluation des capacités fonctionnelles, l'anticipation des adaptations éventuellement nécessaires du poste de travail, voire un reclassement interne ou externe ou une réorientation professionnelle, le cas échéant. Il s'agit de s'inscrire dans une démarche plus globale de retour à l'emploi en assurant la reprise de l'activité professionnelle dans les meilleures conditions et en mobilisant en tant que de besoin les compétences d'autres disciplines médicales ou techniques. Au-delà, il est nécessaire de créer les conditions d'un accompagnement médical qui ne s'interrompt pas en cas de rupture professionnelle et s'inscrirait dans la logique de la sécurisation des parcours, telle que notre assemblée l'a promue dans un récent avis.

4. Donner au médecin du travail les moyens de l'efficacité de son action pour revaloriser son rôle

4.1. Accorder une réelle marge d'appréciation au médecin du travail pour adapter son action à la spécificité des situations

L'activité des médecins du travail est aujourd'hui contrainte par des obligations réglementaires instaurant des exigences strictes et qui ne tiennent pas compte des diverses réalités des milieux de travail.

Ainsi, l'idée importante du développement de l'action en milieu de travail s'est traduite par l'instauration d'un chiffrage de son temps de travail, sous la forme du tiers-temps. Il apparaît pourtant évident que, selon les secteurs professionnels et les situations de travail, la part respective de l'action en milieu de travail et du suivi individuel doit pouvoir être modulée.

De la même façon, s'il répond à un objectif essentiel de préservation de la santé des salariés concernés, le rythme des visites en cas de travail de nuit, fixé par le Code du travail à six mois, devrait pouvoir être ajusté, à la hausse ou à la baisse, selon les situations rencontrées par le médecin du travail.

Pour le Conseil, il est donc important de donner une réelle marge d'appréciation au médecin du travail, ce qui suppose une modification des textes en vigueur. Cette marge est une des conditions du renforcement de l'efficacité de son action. Elle doit être mise au service d'une meilleure intégration de son activité dans le cadre des plans de santé au travail établis notamment au niveau régional et dans la procédure de contractualisation des objectifs auxquels ils devront donner lieu entre les instances d'élaboration et de pilotage de ce plan et les services de santé au travail (*Cf.* partie C du présent chapitre).

Cette évolution contribuerait en outre à modifier la logique du système de financement fondé sur la seule réalisation des obligations réglementaires, sans prise en compte de l'aspect qualitatif.

4.2. Garantir une véritable prise en compte et un suivi des préconisations du médecin du travail

Cette prise en compte concerne les deux domaines de compétence et de responsabilité du médecin du travail : l'action en milieu de travail et le maintien dans l'emploi.

Pour conférer une dimension opérationnelle à l'action en milieu de travail, les recommandations ou les préconisations du médecin du travail (et, si c'est le cas, de l'équipe pluridisciplinaire) qui a procédé à l'investigation sur le terrain doivent :

- être systématiquement formalisées pour être diffusées aux parties prenantes de l'entreprise ;
- faire l'objet de la part de l'employeur d'une réponse écrite, motivée après évaluation, sur les suites données ou les raisons pour lesquelles il n'a pas donné suite, réponse transmise au Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), ou à défaut aux représentants du personnel ;
- être consignées au titre de la traçabilité des conseils dans un registre destiné à l'information et au contrôle de l'inspection du travail et des services de la Sécurité sociale.

S'agissant de la mission de maintien dans l'emploi, le principe d'une réponse écrite doit également être instituée dans le cadre de l'article L. 241-10-1 du Code du travail (dont la rédaction, conformément à la proposition du rapport d'Hervé Gosselin doit être légèrement modifiée pour préciser que les mesures

préconisées par le médecin du travail sont des mesures d'adaptation du poste de travail ou de l'emploi ou de reclassement). Une procédure prévoyant la réponse motivée de l'employeur permettrait d'instaurer le dialogue indispensable à la recherche d'une solution entre l'employeur, le médecin du travail et le salarié. Elle faciliterait également le contrôle, par le juge, du respect de l'obligation d'adaptation du poste ou de reclassement.

4.3. Instaurer un devoir de saisine

Dans le cadre de son action en milieu de travail, le médecin du travail, au titre de sa propre compétence ou au nom de l'équipe pluridisciplinaire d'intervention, a évidemment le droit de faire part de ce qu'il considère comme des risques avérés ou des manquements graves susceptibles d'altérer la santé des travailleurs. Il serait judicieux que ce droit devienne un devoir d'information matérialisé par une saisine s'adressant en premier lieu à l'employeur puis à l'ensemble des acteurs de la santé au travail. Ce devoir de saisine devrait évidemment s'envisager dans le respect du secret professionnel, ce qui relèverait d'une réflexion de l'Ordre des médecins.

Ce nouveau devoir de saisine du médecin du travail n'est pas sans rapport avec le droit d'alerte du CHSCT qui doit être revisité comme le ministre en charge du travail l'a demandé aux partenaires sociaux, mais s'en distingue notablement par l'accent mis sur la responsabilité spécifique du médecin du travail et le lien qu'il entretient avec son indépendance.

C - METTRE EN ADÉQUATION LE FINANCEMENT ET LA GOUVERNANCE AVEC LES MISSIONS

1. Repenser le mode de financement

Pour le Conseil, le financement de la médecine du travail reposant sur des cotisations des employeurs doit être maintenu. La piste parfois évoquée d'un financement public nous semble devoir être écartée. La spécificité de la médecine du travail, et plus largement de la santé au travail, est directement liée aux conditions de travail en entreprise, sous la responsabilité de l'employeur. La préservation de la santé des salariés fait partie inhérente de la relation contractuelle de travail et la source du financement qui en résulte doit être maintenue, car elle renvoie à la responsabilité directe de l'employeur sans pour autant l'épuiser.

En revanche, les modalités de calcul des cotisations des employeurs doivent être profondément modifiées. Loin d'être une question technique, cette exigence est indispensable pour l'évolution souhaitée sur l'objectif de prévention et de développement de l'action en milieu de travail. Même si des évolutions sont notables dans le sens d'un financement fondé sur la masse salariale dans un certain nombre de services, il apparaît que le système liant la cotisation au nombre de visites effectuées par le médecin du travail perdure largement. Ce mécanisme empêche le plein aboutissement des réformes, dans la mesure où le service rendu par le médecin semble se résumer à cette prestation, alors même

que l'action en milieu de travail, qui est au cœur du principe de la prévention, est censée prendre progressivement une place majeure et structurante pour l'activité des services de santé au travail.

Un autre mécanisme de détermination des cotisations par l'employeur, qui serait à déterminer en fonction de critères à fixer par les partenaires sociaux, en incluant la masse salariale, mais aussi des aspects plus qualitatifs liés au secteur d'activité ou à la réalisation de plans d'action spécifiques, devrait être imaginé.

A cet égard, le mode de financement existant dans le cadre de la Mutualité sociale agricole (MSA) nous semble à même de fournir des références solides. Le « règlement de financement institutionnel » prévoit en effet les modalités de financement de la médecine du travail, désormais identiques dans tous les départements. Elles s'appuient sur une cotisation patronale au taux unifié, sans paiement à l'acte. Ce financement est mutualisé et permet de financer à la fois les actions et les personnels des caisses.

Les objectifs affichés dans ce règlement apparaissent clairement : déterminer le même taux de cotisations pour tous les services de santé au travail en agriculture, assurer le financement de ces services conformément aux besoins résultants de la réglementation, optimiser les procédures entre les organismes et la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA), garantir la transparence de l'information à l'égard des partenaires et du réseau des organismes de MSA. Est, en outre, prévue une évaluation annuelle par le Comité de protection sociale des salariés de la Ccmsa, afin d'envisager les évolutions nécessaires. Les travaux de ce Comité sont présentés aux membres de la commission de financement institutionnel et leur avis communiqué au Conseil d'administration de la Ccmsa appelé à statuer.

Pour notre assemblée, ce mode de financement présente ainsi le quadruple intérêt de :

- permettre une déconnexion entre niveau de cotisation et nombre de visites ;
- éviter la concurrence entre services, inefficace et inopportune ;
- permettre une mutualisation à même de favoriser le développement d'actions de prévention ;
- s'appuyer sur une gouvernance paritaire (*cf.* point 2), conférant une forte légitimité aux décisions stratégiques et financières.

2. Mettre en place une nouvelle gouvernance nationale et locale.

Le sujet de la gouvernance de la médecine du travail n'est pas traité dans le rapport sur *Le bilan de la réforme de la médecine du travail*, non pas parce qu'il serait secondaire, mais au motif qu'il relèverait d'une prise de décision politique. Pour notre assemblée, cet aspect est au contraire non seulement incontournable, mais il conditionne grandement la capacité à poursuivre et accomplir véritablement le processus de réforme. Cette nécessaire adéquation entre l'évolution des missions, déjà entamée, et celle de la gouvernance doit se traduire par des évolutions aux plans national et local.

2.1. Au niveau national

Notre assemblée considère que deux pistes doivent être clairement exclues : d'une part, celle du *statu quo*, compte tenu des besoins d'évolution manifestes, d'autre part celle de la nationalisation du système qui s'appuierait sur un financement public, dont la non pertinence a été explicitée précédemment.

A l'heure actuelle, la médecine du travail ne constitue ni une entité ni même un réseau structuré. En outre, à l'ambiguïté originelle du système décrite dans le chapitre I, doit succéder une légitimité forte, à même de donner l'impulsion nécessaire permettant d'inscrire réellement la santé au travail dans la santé publique : la santé au travail fournirait à celle-ci un terrain de prédilection et d'excellence pour le développement de la médecine préventive.

Il apparaît clairement que plusieurs acteurs sont directement concernés par la gouvernance du système : les salariés et leurs représentants, qui sont les bénéficiaires d'une politique de santé au travail, les employeurs qui en sont responsables au niveau de l'entreprise et financeurs, l'Etat qui doit poser les exigences collectives de santé publique, la Sécurité sociale, directement concernée par les enjeux de la prévention et disposant d'une large antériorité dans le développement d'une culture de la prévention en milieu de travail et de sa transmission dans les réseaux de santé au travail. Insister sur cette expérience pionnière ne nous empêche pourtant pas de noter que, même au sein de la Sécurité sociale, les enjeux de la santé au travail, portés par la branche Accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP), sont insuffisamment mis en exergue en dépit de leurs effets évidents sur la santé publique. Les CRAM sont cependant déjà des partenaires actifs des services de santé au travail en finançant un certain nombre d'initiatives importantes.

Dans ce cadre, il apparaît que la Sécurité sociale a à la fois l'intérêt à agir et la légitimité pour le faire : l'intérêt car la prévention des risques professionnels doit permettre une baisse des accidents du travail et des maladies professionnelles (et plus largement des maladies pour lesquelles les conditions de travail sont un facteur potentiel) et des coûts qui y sont liés ; la légitimité car elle repose sur une gestion paritaire, notamment dans la branche AT-MP.

L'organisation propre à la MSA est particulièrement intéressante : la gestion paritaire y est effective et globale ; le système MSA s'appuie très fortement sur la pluridisciplinarité, en assurant la complémentarité et la cohérence entre les missions des médecins du travail, des médecins conseil, des ingénieurs et des travailleurs sociaux. L'entreprise bénéficie de ce système de « guichet unique ». D'ailleurs, si la possibilité d'établir des services autonomes est permise par le Code rural, force est de constater qu'il n'en existe aucun.

Sans l'ériger en modèle, il nous semble que ce fonctionnement mérite qu'en soient retirés quelques enseignements. On peut d'ailleurs s'interroger sur les raisons de l'absence d'un système équivalent pour la Fonction publique, notamment dans l'Education nationale, où il pourrait s'appuyer sur la Mutuelle générale de l'Education nationale (MGEN).

La piste d'une gouvernance de la santé au travail assurée par la Sécurité sociale aurait ainsi de nombreux avantages. Pour le Conseil, cet horizon devrait être fixé tout en veillant à ce qu'une démarche pragmatique soit mise en place.

Elle pose toutefois une série de questions qui supposent qu'un certain nombre de précautions soient prises. Il pourrait ainsi être envisagé que la perspective soit clairement fixée et accompagnée d'étapes. Le « protocole de partenariat » signé très récemment entre la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et le Centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise (CISME) témoigne d'une volonté partagée d'avancer en même temps qu'il révèle les limites du système actuel et le différentiel de légitimité et de représentativité entre les deux acteurs. Il pourrait être envisagé au niveau national de demander aux services de santé au travail de travailler étroitement avec les Caisses régionales d'assurance maladie (CRAM) dans une série d'actions conjointes précises. Cette démarche pourrait être inscrite dans la loi afin de fixer un cap et une échéance.

L'Etat, dans son rôle de garant et promoteur de la santé publique, pourrait alors décliner les axes prioritaires de santé publique qu'il souhaite voir traiter par la Cnamts dans le cadre de la contractualisation sous la forme de la Convention d'objectifs et de gestion (COG). A cet égard, le calendrier est favorable à une amorce rapide puisque la prochaine COG 2009-2012 sera négociée au cours de l'année 2008 entre l'Etat et la branche AT-MP.

Notre assemblée a conscience que la proposition de cette nouvelle gouvernance peut apparaître ambitieuse. Loin d'être démesurée, cette ambition nous semble au contraire nécessaire pour relever les défis posés par la santé au travail.

2.2. Au niveau régional

En cohérence, la gouvernance au niveau infranational devrait se réaliser au niveau régional, niveau pertinent pour de nombreuses raisons et commun à de nombreux acteurs intervenant dans le champ de la santé (ARH, CRAM...) ou des conditions de travail (ARACT, CRAM, ORST, CRPRP...). Les services de santé au travail gagneraient à avoir un champ d'action plus large et à inscrire leur action dans le cadre d'une sectorisation à même d'éviter la concurrence entre services auprès des entreprises. Leur action conjointe et étroite avec les CRAM devrait se renforcer dans la perspective décrite précédemment.

Dans ce cadre, un pilotage politique de la santé au travail est nécessaire. A l'heure actuelle, les Comités régionaux de la prévention des risques professionnels (CRPRP) ne sont, en effet, que des instances de dialogue et d'échange. Ils devraient à l'avenir assurer ce pilotage, sous réserve que soit remplie une double condition : leurs missions et leurs prérogatives devraient être étendues et les conditions d'une meilleure articulation de leur activité avec celles des Observatoires régionaux de la santé au travail (ORST) être recherchées. L'élaboration du plan régional de santé au travail pourrait ainsi être réalisée de façon plus concertée et fournir la base de la contractualisation avec les services de santé au travail.

Par ailleurs, l'agrément des services de santé au travail interentreprises régionaux devrait aussi être revu. En amont, une procédure de certification de ces services devrait être envisagée, à l'instar de ce que la Haute autorité de santé (HAS) réalise déjà pour les établissements de santé. Cela supposerait que l'HAS établisse un référentiel de certification national correspondant à la spécificité et à la pluridisciplinarité de la santé au travail. Afin d'assurer cette mission, l'HAS, sous réserve qu'on lui en donne les moyens, pourrait d'ailleurs utilement s'appuyer sur l'expertise de la CNAM ainsi que l'InVS, l'INRS et l'ANACT. L'agrément en tant que tel continuerait à être réalisé par les services déconcentrés de l'Etat (ou à terme par la seule Sécurité sociale dans le cadre des CRAM), mais pourrait requérir une contractualisation.

Le cas des services autonomes nécessite quant à lui une réflexion spécifique. Pour le Conseil, ces services ont surtout leur pertinence dans le cadre des grandes et des très grandes entreprises et ont d'ailleurs parfois développé des activités de recherche qu'il convient de prendre en compte et de valoriser. Les obligations qui devraient s'imposer aux services de santé au travail, à travers la définition de leur mission par la loi, valent évidemment pour les services autonomes comme pour les services interentreprises. Pour certains services autonomes, notamment de faible dimension, il serait dès lors pertinent de tendre vers une mutualisation au sein des services de santé au travail interentreprises, ce qui pourrait conduire à transformer l'obligation actuelle de création des services autonomes au-delà de certains seuils en une option qu'il appartiendrait aux partenaires sociaux de lever s'ils le souhaitent. Enfin, le suivi paritaire des services autonomes devrait faire l'objet d'une négociation et son évolution vers une gestion paritaire pourrait faire l'objet d'une réflexion.

2.3. Au niveau local

La définition souhaitable de services de santé interentreprises régionaux suppose que leur action soit ensuite inscrite au plus près du terrain pour tout ce qui relève de l'action opérationnelle. Le bassin d'emploi semble à cet égard pertinent pour mettre en oeuvre un certain nombre d'actions prioritaires de santé au travail.

Ainsi, au niveau du bassin d'emploi et en relation étroite avec les branches, des antennes du service de santé au travail devraient être consacrées aux actions et catégories prioritaires, parmi lesquelles les salariés des très petites entreprises, ou encore les intérimaires et les demandeurs d'emplois. Pour ces deux dernières catégories, qui font partie des populations les plus fragiles, la proximité est en effet un facteur essentiel de l'accès effectif au service de santé au travail et du suivi du salarié.

D - CRÉER UN VÉRITABLE RÉSEAU DE LA SANTÉ AU TRAVAIL

La santé au travail, par les divers aspects qu'elle recouvre, fait intervenir une multitude de compétences et d'acteurs, qu'il apparaît aujourd'hui nécessaire de rassembler autour d'une vision commune, celle de la préservation de la santé des salariés et de la prévention des risques professionnels. C'est la raison pour

laquelle la santé au travail doit s'inscrire dans une démarche de réseau de connaissances et de partenariats dans et hors de l'entreprise. Celle-ci associerait l'ensemble des intervenants, du médecin du travail aux partenaires sociaux, en passant par les préventeurs que sont les CRAM, les organismes tels que l'INRS, l'AFSSET, l'InVS, les ARACT, ou encore l'inspection du travail dans son rôle de contrôle, mais aussi de conseil et d'appui aux entreprises et aux salariés.

1. Dans l'entreprise

1.1. Développer une pluridisciplinarité effective et de qualité

Le rapport sur *Le bilan de la mise en œuvre de la pluridisciplinarité en matière de santé et de prévention des risques professionnels* remis en janvier 2008 au ministre chargé du travail fait le constat d'une culture de la pluridisciplinarité désormais plutôt ancrée dans les pratiques professionnelles, mais qui se heurte cependant à des questions touchant l'indépendance et le positionnement des intervenants en prévention des risques professionnels.

Pour notre assemblée, il apparaît fondamental que l'ensemble des compétences médicales ou techniques puissent être mobilisées autant que de besoin, et indépendamment de la taille des structures. L'organisation de services de santé au travail au niveau régional, et la mutualisation qu'elle permet, devraient conduire en outre à disposer des ressources nécessaires dans tous les domaines (ergonomes, psychologues du travail, toxicologues, épidémiologistes, hygiénistes industriels...). Les services de santé au travail autonomes devraient pouvoir y faire également largement appel lorsqu'ils ne disposent pas des compétences requises en leur sein, sous réserve de leur contribution à ce service.

En outre, la situation actuelle qui fait reposer l'agrément des services de santé au travail à la présence quantitative de disciplines complémentaires à l'action du médecin du travail, de même que la procédure d'habilitation des intervenants en prévention des risques professionnels qui ignore trop largement la reconnaissance d'expériences et de capacités professionnelles, n'apparaissent à ce titre pas satisfaisantes. L'instauration de filières professionnelles débouchant sur des certifications de niveau 1 et 2 est nécessaire. D'une façon générale, le Conseil estime qu'en ce domaine doit prévaloir une approche plus qualitative sur les compétences requises. Cette démarche aurait également pour avantage de garantir une plus grande légitimité aux intervenants en prévention des risques professionnels, dont l'importance du rôle et la pertinence des actions ne sont pas toujours suffisamment reconnues, une définition de leurs droits et devoirs étant à ce titre souhaitable, notamment pour établir leur indépendance.

Par ailleurs, l'ensemble des acteurs de prévention doit agir en complémentarité dans une logique de partenariat au service de la prévention et de la préservation de la santé au travail. La coordination que cette démarche suppose de reconnaître au médecin du travail, compte tenu de sa vision globale des problèmes de santé au travail, un rôle central autour duquel devraient s'organiser les interventions, indépendamment de situations particulières où cette coordination serait assurée par un autre intervenant en prévention des risques

professionnels. En tout état de cause, il est indispensable que les interventions soient coordonnées sur la base d'un protocole commun, qui serait défini en amont de façon générale et décliné lors des actions spécifiques, permettant notamment de déterminer la prise de responsabilité collective. Il importe également que des circuits d'information soient mis en place pour assurer la connaissance des différents acteurs sur les investigations et les décisions prises.

Enfin, notre assemblée souligne l'intérêt pour le médecin du travail d'être associé à la démarche de reclassement ou de réinsertion professionnelle des salariés dont l'inaptitude a été reconnue et à celle d'insertion des personnes handicapées.

1.2. Renforcer l'implication des partenaires sociaux via notamment le CHSCT

Si l'enjeu de la santé au travail relève de chacun des acteurs de l'entreprise, l'implication des partenaires sociaux est de première importance. En ce sens, dans un contexte marqué par une profonde évolution du domaine de la santé et de la sécurité au travail, il apparaît que les CHSCT doivent voir leurs moyens d'action renforcés (ainsi que ceux des délégués du personnel à défaut de CHSCT).

Notre assemblée est convaincue du rôle irremplaçable de cette instance qui reste encore insuffisamment valorisée. L'amélioration du taux de couverture des entreprises de plus de 50 salariés, soumises à l'obligation de mettre en place un CHSCT, doit être un objectif prioritaire.

Au-delà, il convient de rechercher les moyens d'une part, d'optimiser la mission du CHSCT qui exige une technicité de plus en plus grande, d'autre part d'en accroître la représentativité et l'autorité afin d'asseoir sa légitimité. La durée du mandat des membres pourrait être portée de deux à quatre ans, compte tenu notamment des exigences de formation, et le crédit d'heures de délégation alloué pourrait être augmenté en fonction des spécificités des secteurs professionnels et de risques de l'entreprise. Le Conseil estime également que la question de l'élection directe des membres du CHSCT par les salariés eux-mêmes pourrait être posée.

1.3. Rechercher d'autres voies de dialogue social sur la santé au travail pour les TPE et les travailleurs isolés

S'agissant par ailleurs des entreprises de moins de 50 salariés - qui représentent près de la moitié des salariés -, et en particulier dans des plus petites d'entre elles (TPE et entreprises artisanales), et plus globalement de la situation des travailleurs isolés (par exemple travail à domicile ou chez un particulier), il est nécessaire d'imaginer d'autres voies de dialogue social sur la santé au travail.

L'accord du 13 septembre 2000 sur la santé au travail et la prévention des risques professionnels prévoit la création de commissions locales paritaires interprofessionnelles chargées notamment de l'observation des risques et de leur évolution ainsi que de la diffusion des recommandations des branches professionnelles. Des commissions paritaires d'hygiène, de sécurité et des

conditions de travail ont par ailleurs été mises en place au niveau de branches et/ou de territoires comme par exemple dans le secteur agricole ou à titre expérimental dans le département des Deux-Sèvres.

Ces deux démarches obéissent à une même logique qu'entend promouvoir notre assemblée, au service des petites entreprises et des travailleurs isolés. Il serait souhaitable de parvenir à un seul type d'instance paritaire, clairement identifiable, et dont les missions seraient plus largement de promouvoir la formation à la sécurité et les méthodes et procédés destinés à prévenir les risques professionnels, de contribuer à l'amélioration des conditions d'hygiène et de sécurité au travail et à l'étude des risques et des conditions de travail dans les branches professionnelles concernées.

2. Hors de l'entreprise

2.1. Etablir des liens nécessaires avec la médecine de ville et hospitalière

Il est aujourd'hui clairement reconnu que les conditions et l'environnement de travail sont des éléments structurants de l'état de santé de la population. Or, le constat doit être fait d'une insuffisance de liens entre médecine du travail et médecine de ville et hospitalière, alors même qu'il importe de garantir un suivi individuel d'un emploi à un autre, et tout au long de la vie du salarié, d'assurer notamment la traçabilité des expositions aux risques, et de participer en l'alimentant à la veille sanitaire.

Notre assemblée souhaite qu'une réflexion soit engagée en ce sens quant aux moyens de favoriser les échanges entre les deux volets de la médecine, en les formalisant. Un volet spécifique « expositions et risques professionnels » du Dossier médical personnel (DMP) pourrait être mis en place. Lui seul serait accessible à l'ensemble des médecins du travail tout au long du parcours professionnel et pourrait être diffusé aux autres médecins. Son unique objet serait d'assurer la traçabilité des risques professionnels et des expositions et de permettre des échanges sur les conditions d'emploi et de travail des salariés dans un souci de cohérence du suivi. A la suite de la conférence tripartite sur les conditions de travail du 4 octobre 2007, une réflexion est en cours sur les moyens d'assurer la traçabilité des expositions auxquelles chaque salarié est soumis durant sa vie professionnelle. Le Conseil économique et social souhaite vivement que cette réflexion tienne compte de la présente proposition parmi les pistes à explorer. L'accès du médecin du travail au DMP est actuellement interdit aux motifs de la protection du salarié et de la préservation du secret médical. Cette question continue de faire débat au sein de la profession. Si une évolution devait être envisagée, elle ne pourrait se faire qu'en respectant scrupuleusement les exigences précitées.

Sur un autre plan, il convient de réaffirmer l'importance du rôle des services de consultation spécialisés en pathologie professionnelle existant dans les centres hospitaliers universitaires. Ils ont, en effet, pour vocation essentielle de contribuer à une meilleure connaissance et à la prévention des pathologies

professionnelles en offrant aux médecins un dispositif spécialisé de conseil et d'aide à la recherche sur leurs causes.

Il apparaît également essentiel qu'à l'instar de l'expérience innovante menée dans le Nord-Pas de Calais, à l'initiative de médecins du travail, une coopération s'établisse entre la médecine du travail et la médecine de réadaptation fonctionnelle.

2.2. Rendre lisible et cohérent le paysage institutionnel, en clarifiant les missions des différentes institutions en santé au travail et santé publique

Un nombre important d'institutions interviennent dans le champ de la prévention des risques professionnels, de la santé au travail et/ou de la santé publique : l'InVS chargé de surveiller l'état de santé de la population, y compris de celle au travail, l'Afsset, qui a notamment pour mission de mobiliser et coordonner l'expertise scientifique pour éclairer la décision publique dans le champ santé environnement et santé au travail, l'INRS qui conduit études et recherches et propose une assistance pour la prévention des risques professionnels, en s'appuyant en particulier sur le réseau des CRAM, le réseau de l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) qui vise à améliorer à la fois la situation des salariés en matière de conditions de travail et l'efficacité des entreprises.

Si les champs de compétences de ces organismes semblent ainsi assez bien définis dans les textes, en revanche les objectifs des différentes interventions sont en pratique plus ou moins lisibles. Il semble par conséquent souhaitable que les missions de chacune des institutions soient clairement définies pour rendre cohérent l'ensemble du dispositif de prévention et de santé. L'élaboration, en amont, d'une convention-cadre commune aux différentes institutions et précisant leur champ d'intervention respectif, dans une démarche de complémentarité et de synergie, semble être de nature à répondre à cette préoccupation.

2.3. Aller vers un système d'information commun aux services de santé au travail

Un fonctionnement en réseau des services de santé au travail est indispensable pour optimiser les connaissances et le recueil de données sanitaires en liaison avec les risques professionnels. Il constitue le seul moyen d'identifier l'apparition de nouveaux risques pour la santé des travailleurs. Or, il n'existe aujourd'hui aucun système permettant la mise en commun des données de chacun des services de santé au travail et leur exploitation aux niveaux régional et national. Il en résulte une perte d'informations dommageable à la connaissance des évolutions de la santé au travail et à l'accompagnement des médecins du travail dans le suivi médical des salariés et l'action préventive en milieu de travail. Une démarche organisée en ce sens aurait en outre pour effet, dans le cadre d'un objectif de veille sanitaire et d'épidémiologie, d'institutionnaliser le lien entre médecine du travail et santé publique.

C'est la raison pour laquelle le Conseil économique et social préconise la mise en place, à terme, d'un système informatisé commun de recueil de données, renseigné par chacun des services de santé au travail et accessible à ces mêmes services. L'instance qui serait habilitée au niveau national à exploiter et analyser les données recueillies reste à déterminer, en lien direct avec les propositions du présent avis relatives à la gouvernance. Le développement d'un système d'information commun conçu comme un élément essentiel de la contractualisation devrait accroître l'intérêt pour les médecins du travail à s'inscrire dans un tel réseau et favoriser en retour leur utilité pour la santé publique.

2.4. Développer la formation et la recherche pour répondre aux enjeux actuels et à venir

Il apparaît en premier lieu essentiel que toutes les mesures soient prises pour favoriser le recrutement de médecins du travail.

Notre assemblée ne peut que réaffirmer l'importance d'une augmentation substantielle du nombre de places ouvertes en spécialité de médecine du travail, en respectant le ratio actuel médecin du travail/médecin en exercice de 3,2 %, soit à terme un recrutement de 170 par promotion au lieu de 60 actuellement. Il importe de répondre non seulement aux besoins liés en particulier au contexte démographique mais aussi aux évolutions, notamment organisationnelles et technologiques du travail, qui impacte la santé des salariés.

Il convient également d'apporter une attention particulière à la promotion des métiers de prévention de la santé dans le cadre de la santé publique et de porter les efforts vers le renforcement de l'attractivité de la médecine du travail. Au-delà d'actions volontaires en ce sens dans le cadre de la formation initiale, notamment quant aux modalités de choix des spécialités au regard des besoins réels des disciplines, le développement des possibilités de seconde carrière des médecins en activité participe de cette démarche.

Par ailleurs, la remise à plat du système de santé au travail, qui devrait concerner aussi bien le secteur privé que la Fonction publique, nécessite une réflexion sur les formations nécessaires des professionnels intervenant dans le champ. On peut constater en effet que seuls les médecins du travail sont soumis à une obligation de formation initiale qui reste encore cependant centrée plus sur l'approche individuelle que sur la dimension collective de prévention. S'agissant des infirmiers de santé au travail, si des diplômes spécifiques ont été créés dans certaines régions, ils n'existent pas au niveau national. La question du contenu de la formation pour la spécialisation « santé au travail » des infirmiers du travail, ainsi que les conditions de la reconnaissance de cette spécialisation, appellent en outre une réflexion de l'ensemble des acteurs concernés. Une récente étude de l'INRS sur les besoins et les perspectives en matière de formation continue des médecins du travail souligne à cet égard la nécessité de partenariat et l'importance de la formation de l'ensemble des acteurs impliqués.

Il semble effectivement indispensable, compte tenu de l'évolution des missions et des objectifs des services de santé au travail, que la formation de tous les intervenants, qu'ils soient professionnels ou gestionnaires, comprenne un corpus de connaissances axé sur la prévention, la santé au travail et le mode de l'entreprise.

Enfin, s'agissant de la recherche dans le domaine de la médecine et de la santé au travail, force est de constater qu'elle demeure insuffisante pour diverses raisons liées au déficit d'enseignants-chercheurs, mais aussi à un intérêt encore trop peu marqué. Les réformes mises en place en ce sens au travers du Plan national santé-environnement (PNSE), du Plan santé travail (PST) et de la création de l'Agence nationale de la recherche et de l'Afsset exigent du temps pour que l'on puisse en mesurer les premiers effets. Notre assemblée souscrit donc pleinement aux préconisations formulées dans le rapport sur *Le bilan de la réforme de la médecine du travail*, qui tendent à l'élaboration d'un large socle de référentiels scientifiques disponibles en médecine et santé au travail, et à la création de pôles interrégionaux d'excellence d'enseignement et de recherche.

Afin de développer la recherche en santé au travail, des financements complémentaires pourraient être envisagés, par exemple via des fondations d'entreprise, comme cela existe pour la protection de l'environnement.

E - MAÎTRISER LA CONTRAINTE DÉMOGRAPHIQUE

1. Un enjeu essentiel même s'il n'épuise pas le sujet

La situation actuelle et surtout l'évolution prévisible de la démographie des médecins du travail, quel que soit leur mode de recrutement, sont préoccupantes. Elles s'inscrivent évidemment dans le contexte général de pénurie relative de personnel médical dont on sait qu'il est principalement dû à la conjonction des effets pervers du *numerus clausus* et d'une prospective des besoins défailante. On sait aussi qu'au moins une décennie sera nécessaire pour inverser le processus.

Ce phénomène général est aggravé par l'attractivité actuellement plutôt faible du métier de médecin du travail et plus généralement de la médecine de santé publique. Celle-ci trouve sa source profonde dans le caractère subalterne, particulièrement accusé en France, du statut de la médecine de prévention par rapport à celui de la médecine de soins. Cette situation défavorable persistante est objectivement mesurable par la très grande disparité de la place et des moyens accordés à l'une et à l'autre. Elle est entretenue par une sous-estimation de l'impact de la médecine de prévention sur la santé et sur son coût, laquelle imprègne tant l'ensemble du milieu médical, praticiens, professeurs et chercheurs, que la société elle-même. Comme on l'a vu plus haut, elle existe également dans la sphère du système de la Sécurité sociale, là où la médecine de prévention devrait pourtant rapidement trouver les raisons de sa promotion et les bases de son changement d'échelle.

2. Un objectif de qualité, quatre axes d'action, trois conditions de succès

Maîtriser la contrainte démographique sans porter préjudice à la qualité du service rendu par la médecine du travail, dans le cadre pluridisciplinaire de la santé au travail, passe donc par une action concomitante selon quatre axes :

- favoriser par tous les moyens le maintien en exercice des médecins actuels, notamment par un effort soutenu de formation continue, la diversification des parcours en y incluant un investissement nécessaire dans l'animation des actions en direction des TPE et celle des réseaux de santé au travail ;
- améliorer l'efficacité des services de santé au travail en s'appuyant sur le nouveau cadre législatif esquissé précédemment qui en définit clairement les missions et permet de mieux utiliser les compétences médicales sur la base d'une combinaison rigoureuse entre rationalité scientifique, responsabilité sociale et éthique professionnelle ;
- développer l'attractivité du métier de médecin du travail (plus globalement de tous les professionnels de la prévention, et plus largement de tous ses acteurs), c'est-à-dire valoriser toutes les facettes de ce que nous avons appelé « qualifier le métier », en conférant à celui-ci toutes les caractéristiques d'une pratique innovatrice, pionnière par de nombreux aspects, disposant d'une marge d'autonomie certaine tout en s'inscrivant dans des actions programmées et concertées entre les services de santé au travail et les instances de pilotage des plans de santé au travail ;
- promouvoir des campagnes d'information et de sensibilisation des étudiants, fondées sur la perspective d'un métier revalorisé, porté par une organisation adaptée à des objectifs ambitieux favorisant l'essor d'une culture de la prévention et de la santé publique.

Cette maîtrise de la contrainte démographique suppose également que soient remplies trois conditions structurelles afin d'assurer le maintien d'un flux suffisant de médecins spécialistes du travail garantissant la qualité et le haut potentiel de ce réseau :

- adapter leur formation à l'évolution du mode d'exercice grâce à une place plus large donnée aux risques émergents, aux techniques issues de la santé publique, et organiser une voie pérenne de reconversion dans cette spécialité, destinée aux médecins en exercice et différente de la voie actuelle ;
- les préparer au monde de l'entreprise et au travail collectif, notamment à travers une application spécifique du principe de formation en alternance dans le cadre de la formation initiale ou continue ;
- créer des pôles interrégionaux d'excellence en matière d'enseignement et de recherche en santé au travail.

S'agissant de certains départements ou territoires d'Outre-mer, la difficulté majeure qu'y connaît la médecine du travail est le recrutement de médecins pour travailler sur place. Le recrutement en métropole et à l'international est difficile à mettre en œuvre malgré les offres financièrement intéressantes qui sont faites.

F - PROPOSITION DE MÉTHODE POUR RÉFORMER SANS ATTENDRE

Le rapport sur *Le Bilan de la réforme de la médecine du travail* propose d'ouvrir une période d'expérimentation encadrée d'une durée minimum de deux ans. Cet angle est justifié selon les auteurs d'une part par la difficulté supposée à dégager un consensus, d'autre part par l'hétérogénéité dans la situation des services et le dynamisme des acteurs.

Pour notre assemblée, il est au contraire urgent de ne plus attendre. Le diagnostic établi ainsi que le temps déjà écoulé dans une succession de réformes conduisent à préconiser une prise en compte rapide des voies d'amélioration par les pouvoirs publics tout en envisageant les conditions de réussite et les étapes nécessaires.

S'agissant des conditions, il nous semble que les deux obstacles mis en avant par le rapport précité peuvent être levés : en effet, notre assemblée pense contribuer utilement par son avis à dégager le chemin d'un consensus possible entre l'ensemble des composantes de la société civile ; par ailleurs, l'hétérogénéité des situations suppose que des solutions adaptées soient recherchées, ce que le présent avis a tenté de faire, par exemple en évoquant de façon précise la situation des services interentreprises et des services autonomes.

Il convient donc d'envisager les étapes du processus, sans le conditionner à une expérimentation préalable qui ne ferait que confirmer des diagnostics déjà bien établis, renforcer les disparités territoriales et repousser l'accomplissement de la réforme.

Quatre temps forts pourraient rythmer ce processus :

- il serait pertinent de proposer les pistes dégagées dans le cadre d'une réunion exceptionnelle de la conférence tripartite sur les conditions de travail dès le printemps, puis de créer en son sein un groupe opérationnel, au nombre de participants réduit, chargé de la préparation et de l'évaluation régulière de la réforme en temps réel ;
- les modifications législatives et réglementaires indispensables au décollage du processus pourraient être prises avant l'été, en particulier en ce qui concerne la définition des services de santé au travail et du métier de médecin du travail, ainsi que les évolutions relatives à l'équilibre recherché entre suivi individuel et prévention collective ;

- avant la fin de l'année, la négociation de la convention d'objectifs et de gestion de la Cnamts serait l'occasion de fixer les objectifs prioritaires de santé publique et les engagements correspondants, dans le cadre d'un partenariat renforcé entre les services de santé au travail et les CRAM ;
- les évolutions relatives au financement et à la gouvernance seraient en conséquence mises en œuvre progressivement au cours de l'année 2009.

CONCLUSION

Au terme de ce travail, il convient de revenir à l'objectif qui était fixé à notre assemblée par la saisine du Premier ministre visant à proposer des modalités de réorientation de l'activité du médecin du travail, d'articulation avec les autres acteurs des services de santé et d'approfondissement de la modernisation en cours des structures.

Pour le Conseil économique et social, les missions qu'il faut clairement assigner aux services de santé au travail constituent la référence qui a orienté sa réflexion et qu'il propose pour l'action. La définition que nous en avons volontairement donnée dans les termes de ce qui pourrait figurer dans un projet de loi, contient les mots clés : préservation de la santé, prévention des risques, parcours professionnels, qui témoignent de son inscription dans le cadre d'une action de santé publique dans et pour le monde du travail.

C'est sur la base de l'explicitation de ces missions que le Conseil économique et social affirme qu'un service de santé au travail ne peut être que pluridisciplinaire dans ses compétences et coordonné dans son activité. Toutes les préconisations faites dans cet avis, qu'elles concernent l'organisation, le financement, la gouvernance, le déploiement, la cohérence, la coordination et l'animation des réseaux, la maîtrise de la contrainte démographique, sont guidées par leur mise en œuvre opérationnelle.

L'investissement des médecins du travail dans le suivi médical doit privilégier les salariés qui en ont le plus besoin, ce qui suppose une forte interaction de cette mission avec le dépistage et l'évaluation des risques, la mise en place d'une organisation et d'un système d'information permettant la traçabilité des expositions et le suivi longitudinal des salariés tout au long de leur parcours professionnel.

Se situant dans la perspective ouverte par son avis sur la *Sécurisation des parcours professionnels*, le Conseil économique et social considère que le maintien dans l'emploi est un objectif majeur, auquel le médecin du travail doit contribuer.

La prise en compte du vieillissement de la population active et l'objectif d'un taux d'activité beaucoup plus élevé des seniors s'inscrivent totalement dans ce cadre. La préservation de la santé et l'aménagement des postes de travail sont des conditions essentielles du succès. Il s'agit d'un exemple emblématique de l'impact économique, social et sociétal d'une politique de santé publique déclinée dans le monde du travail.

Le Conseil économique et social estime enfin que rien ne pourra s'accomplir sans un engagement des médecins du travail eux-mêmes, engagement personnel de chacun et engagement collectif du corps de spécialistes qu'ils constituent. Voilà pourquoi notre avis a tenu à mettre en valeur la noblesse, l'actualité et la promesse d'avenir d'une profession en prise avec des réalités sociales qui sont au cœur du développement de notre société et de son développement durable, associant indéfectiblement ses dimensions économiques, sociales et environnementales.

Notre assemblée considère que si la médecine du travail a un passé, les médecins du travail ont un avenir, à condition de l'inscrire dans un cadre renouvelé, dynamique et cohérent fédérant l'ensemble des acteurs de la santé au travail.

LISTE DES PERSONNALITES RENCONTREES OU CONSULTEES¹

Autès Michel,	vice-président chargé de la prévention et de la santé, Conseil régional Nord-Pas de Calais
Balmes Marie-Laure,	directrice régionale, direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle du Nord-Pas de Calais
Bilquez Jean-Marc,	secrétaire confédération CGT-FO, secteur Protection sociale
Blanc Philippe,	président de l'Association médecine et santé au travail (Amest) et du Cisst
D ^r Boin Jean-Alain,	médecin de prévention au CES
Buet Nathalie,	chargée de mission à la protection sociale, Medef
D ^r Buisset Claude,	médecin du travail coordinatrice pluridisciplinarité, Association médecine et santé au travail (Amest) réseau Evrest régional
Buisson Jean-René,	président de la commission protection sociale au Medef, membre du CES (groupe des entreprises privées)
Cantineau Alain,	professeur des universités, praticien hospitalier
D ^r Colin Michel,	médecin du travail, CGT-FO, Béthune
Couillard Guillaume,	chef du bureau des accidents du travail et des maladies professionnelles, direction de la Sécurité sociale, ministère de la santé, de la jeunesse et des sports
Cuisse Alain,	directeur général de l'Association de santé au travail (AST 62/59) et du Groupement inter-services santé et travail (Gisset)
D ^r Danan Jacques,	ancien médecin inspecteur du travail et de la main- d'œuvre au niveau national
D ^r Dayre Marylène,	médecin du travail coordinatrice TPE et projets collectifs, Association médecine et santé au travail (Amest)

¹ Liste par ordre alphabétique avec l'indication des fonctions exercées au moment du contact ou de l'entretien.

D ^f Debarge Didier,	médecin du travail coordinateur pluridisciplinarité, Association interentreprises de médecine et de santé au travail Roubaix-Tourcoing (Aimst)
P ^f Debout Michel,	professeur de médecine légale, ancien vice-président de la section du travail du CES
Decherf Bruno,	représentant du Medef Nord-Pas de Calais
D ^f Delon Jacques,	médecin du travail, secrétaire du syndicat des médecins du travail CGT-FO, Lyon
D ^f Fontaine Bernard,	médecin du travail coordonnateur, Association médecine et santé au travail (Amest)
D ^f Forest Henri,	expert du groupe de la CFDT au CES
Pr Furon Daniel,	président de l'Institut de santé au travail du Nord de la France (ISTNF)
P ^f Gentilini Marc,	président de l'académie de médecine, ancien président de la Croix-Rouge, membre du CES (groupe des personnalités qualifiées)
D ^f Grillet Jean-Pierre,	médecin chef de l'échelon national de santé au travail, MSA Caisse centrale
Hardy Louis-Marie,	directeur de l'Association médecine et santé au travail (Amest), coordonnateur du Cisst
D ^f Hennion Thierry,	médecin du travail coordonnateur pluridisciplinarité Association interentreprises des services de santé au travail (Aisst), président de Cinergie
Houssin Didier,	directeur général de la santé, ministère de la santé, de la jeunesse et des sports
D ^f Imbernon Ellen,	Institut national de veille sanitaire (InVS)
Jandrot Philippe,	directeur délégué aux applications, INRS
Krasinski Michel,	délégué CGT, entreprise Firestone, membre de la commission de contrôle Ast 62/59
P ^f Lasfargues Gérard,	Chef du département santé au travail, Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (Afsset)
Laxalt Jean-Michel,	président de la Mutuelle générale de l'Education nationale (MGEN), membre du CES (groupe de la mutualité)

D ^f Legrand-Cattan Karine,	médecin du travail, responsable de l'action « La démarche d'évaluation des risques dans les cafés-hôtels-restaurants », Association médecine et santé au travail (Amest)
Lemaire Philippe,	directeur adjoint, direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle du Nord-Pas de Calais
Libault Dominique	directeur de la Sécurité sociale, ministère de la Santé, de la jeunesse et des sports
P ^f Matran Régis,	président du groupement d'intérêt public Cereste, Lille
Marot Clément,	restaurateur, représentant de l'Union des métiers et des industries de l'hôtellerie, Lille
Mulliez Raphaël,	président de l'Association interentreprises de médecine et de santé au travail (Amest) Roubaix-Tourcoing
Neyrand Bertrand,	assistant confédéral sur la santé au travail à la CGT-FO
Noraud Patrice,	sous-directeur, direction santé sécurité au travail, MSA
Obéniche Jean-Baptiste,	directeur général de l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact)
D ^f Pascual Marie,	médecin responsable technique AICAC, service de santé au travail interentreprises
D ^f Pellet François,	médecin conseil au Medef
Radondy Henri-Pierre,	directeur général de la CRAM Nord Picardie
Robert Pierre-Marie,	directeur du groupement d'intérêt public Cerest, Lille
Rouccoulet Henri,	président du comité de protection sociale des salariés, MSA
Rousseau Frédérique,	infirmière santé-travail, Association médecine et santé au travail (Amest) Roubaix-Tourcoing
Ryon Martine,	infirmière au Conseil économique et social
D ^f Salengro Bernard,	secrétaire national Europe et international Santé au travail CFE-CGC, expert du groupe de la CFE-CGC au Conseil économique et social
Seiller Stéphane,	directeur des risques professionnels, CNAMTS

D^r Siano Philippe, chef du département Etudes et assistance médicales,
INRS

Vanberkel Danièle, secrétaire générale, Institut de santé au travail du
Nord de la France (Istnf)

Vandenbussche Stéphane, responsable rédaction istnf.fr, chargé des relations
avec les réseaux santé travail, Istnf

LISTE DES RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Bressol Elyane, *Organisation du travail et nouveaux risques pour la santé des salariés*, avis et rapport du CES, brochure n° 10, 7 avril 2004
- Bulletin d'information du bureau technique syndical européen pour la santé et la sécurité, n° 21, juin 2003
- Buzzi Stéphane, Devinck Jean-Claude et Rosental Paul-André, *La santé au travail 1880-2006*, repères, La découverte, 2006
- Professeurs Conso Françoise et Frimat Paul, Claire Aubin, Régis Pelissier, de Saintignon Pierre, Veyret Jacques, rapport sur *Le bilan de réforme de la médecine du travail*, octobre 2007
- Dejours Christophe, *Conjurer la violence - Travail, violence et santé*, édition Payot, octobre 2007
- Filoché Gérard, *Vingt ans de comité d'hygiène et sécurité et des conditions de travail*, étude du CES, brochure n° 21, 23 octobre 2001
- Gollac Michel et Volkoff Serge, *Les conditions de travail aujourd'hui*, Repères, La Découverte, 2007
- Gosselin Hervé, *Aptitude et inaptitude médicale au travail : diagnostic et perspectives*, rapport pour le ministre délégué à l'emploi, au travail et à l'insertion professionnelle des jeunes, janvier 2007
- INRS, *Enquête Sumer 2002-2003 - Bilan de la collecte*, études et enquêtes, n° 99, 3^e trimestre 2004
- Ministère de l'emploi, de cohésion sociale et du logement, *Le travail en France, santé et sécurité 2005-2006*, éditions Liaisons, 2006
- Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité pour la Direction générale du travail, *Bilan de la mise en œuvre de la pluridisciplinarité en matière de santé et de prévention des risques professionnels*, décembre 2007
- Ramaut Dorothée, *Journal d'un médecin du travail*, Le cherche midi, 2006
- Rochaix Maurice, *La médecine du travail*, avis et rapport du CES, 6 juillet 1988
- Santé, société et solidarité, *Santé et travail*, revue de l'Observatoire Franco-Québécois de la santé et de la solidarité, Québec, n° 2, 2006
- Santé & Travail, magazine trimestriel, n° 59 de juillet 2007 ; n° 60 d'octobre 2007 ; n° 61 de janvier 2008
- Sénat, *L'organisation de la médecine du travail*, Les documents de travail du Sénat, série Législation comparée, novembre 1999

Théry Laurence, *Le travail intenable, résister collectivement à l'intensification du travail*, Entreprise & Société, La découverte, 2006

Valeyre Antoine, Les conditions de travail des salariés dans l'Union européenne à quinze selon les formes d'organisation, Travail et Emploi n° 112, octobre-décembre 2007

TABLE DES SIGLES

AFSSET	: Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail
ANACT	: Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail
AT-MP	: Accidents du travail-maladies professionnelles
CCMSA	: Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
CHSCT	: Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CISME	: Centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise
CMR	: Agents cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction
CNAMTS	: Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
COG	: Convention d'objectifs et de gestion
CRAM	: Caisse régionale d'assurance maladie
CRPRP	: Comité régional de la prévention des risques professionnels
CRPRP	: Comités régionaux de la prévention des risques professionnels
DMP	: Dossier médical personnel
HAS	: Haute autorité de santé
IGAENR	: Inspection générale de l'administration de l'Education nationale et de la recherche
IGAS	: Inspection générale des affaires sociales
InVS	: Institut national de veille sanitaire
MGEN	: Mutuelle générale de l'Education nationale
MSA	: Mutualité sociale agricole
OMS	: Organisation mondiale de la santé
ORST	: Observatoire régional de la santé au travail
PNSE	: Plan national santé-environnement
PST	: Plan santé travail
SMR	: Surveillance médicale renforcée
SST	: service de santé au travail
TPE	: Très petites entreprises