



EHESP

AAH – DH- DS – D3S – IASS – MIRT

Promotion : **2013**

**Réforme de la médecine du travail :
Quelles conséquences sur la santé au
travail dans un établissement de soins ?**

ADJRAFI Karim

ALVES James

BROSSAT Jean-Michel

DARIN Jean-Philippe

DULUC Gilles

HOIBIAN Justine

LAKHAL Fouad

LEFEUVRE Hélène

PICAUD Sylvie

TOURRE Audrey

Sommaire

Remerciements	
Introduction	- 1 -
PARTIE 1 - Dans la continuité des réformes précédentes, la loi du 20 juillet 2011 vise à renforcer la prévention primaire et la pluridisciplinarité	- 5 -
A. La loi du 20 juillet 2011 tente de répondre aux limites des réformes précédentes et aux défis émergents.....	- 5 -
1. Un dispositif original en constante évolution	- 5 -
2. Les limites du dispositif antérieur à la réforme	- 6 -
3. De nouveaux défis à relever.....	- 7 -
B. La pluridisciplinarité se présente comme un élément clé de la prévention des risques professionnels	- 8 -
1. La loi de 2011 renforce le volet prévention de la médecine du travail	- 8 -
2. Le renforcement de la pluridisciplinarité	- 10 -
3. Le rôle d’animateur et de coordonnateur du médecin du travail au sein de l’équipe pluridisciplinaire.....	- 11 -
PARTIE 2 - Les professionnels de santé nous livrent leur retour d’expérience sur la mise en œuvre de la réforme	- 13 -
A. Le premier bilan apparaît mitigé.....	- 13 -
1. Un manque de clarté sur l’applicabilité de la réforme à la FPH et une méconnaissance globale de cette dernière	- 13 -
2. Des freins nombreux subsistent :	- 14 -
3. Une pénurie en ressource médicale persistante	- 16 -
B. Le repositionnement du médecin du travail est inégalement perçu et les conséquences de la réforme sur la santé sont difficilement mesurables	- 18 -

1. La place du médecin du travail au sein de l'équipe pluridisciplinaire reste imprécise	- 18 -
2. Des ambiguïtés demeurent et interrogent les professionnels de la santé au travail.....	- 20 -
3. Des conséquences difficilement prévisibles sur la santé au travail.....	- 22 -
PARTIE 3 - En dépit d'avancées positives, des pistes d'améliorations peuvent être envisagées	- 25 -
A. La logique des réformes portées par la loi de juillet 2011 doit être renforcée : place du médecin et refonte de la structure institutionnelle de la médecine du travail	- 25 -
1. La mise en œuvre d'une pluridisciplinarité perfectible.....	- 25 -
2. Développer la capacité du médecin du travail à travailler en mode projet, dans le cadre d'une prévention primaire et collective.	- 26 -
3. Refondre l'architecture institutionnelle de la médecine du travail	- 27 -
B. La réforme apparaît néanmoins insuffisante au regard des défis majeurs posé à la santé au travail.....	- 29 -
1. Repenser la formation des professionnels de santé, médicaux comme paramédicaux.....	- 29 -
2. Répondre au problème de la démographie médicale.....	- 30 -
Conclusion	- 31 -
Bibliographie.....	- 32 -
Liste des annexes.....	I
Résumé.....	I

Remerciements

Nous adressons à Laurent MADEC et Ronan GARLANTEZEC, animateurs de ce groupe, nos remerciements pour leur soutien, leur accompagnement, ainsi que pour les échanges qui ont pu naître de notre collaboration.

Nous remercions tout particulièrement les nombreuses personnes qui nous ont reçus et qui nous ont consacré un temps précieux pour ce travail, au travers d'entretiens fructueux et constructifs.

Nous tenons également à remercier l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) pour la mise en place de ce Module Inter-Professionnel (MIP) qui nous a permis de rencontrer et de travailler entre étudiants des différentes filières. Cette collaboration a considérablement nourri nos réflexions.

Nous remercions le responsable du MIP Christophe LE RAT et ses collaborateurs, tout particulièrement Emmanuelle GUEVARA, pour leur soutien tout au long de ce temps d'échange.

Enfin, nous tenons à remercier le Service Informatique de l'EHESP pour son aide et ses conseils.

Liste des sigles utilisés

AAH	Attaché d'Administration Hospitalière
ARS	Agence Régionale de Santé
CEHUMT	Collège des Enseignants Hospitalo-Universitaires en Médecine du Travail
CH	Centre Hospitalier
CHRU	Centre Hospitalier Régional Universitaire
CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CSPRP	Conseil Supérieur de la Prévention des Risques Professionnels
DGAFP	Direction Générale de l'Administration et de la Fonction Publique
DGT	Direction Générale du Travail
DH	Directeur d'Hôpital
DIRECCTE	Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DRH	Direction des Ressources Humaines
DS	Directeur des Soins
D3S	Directeur d'Etablissements Sanitaire, Social, Médico-Social
EHESP	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
FIPHFP	Fonds d'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique
FPH	Fonction Publique Hospitalière
HAS	Haute Autorité de Santé
IASS	Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
INSERM	Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

IPRP	Intervenant en Prévention des Risques Professionnels
MIP	Module Inter-Professionnel
MIRT	Médecin Inspecteur Régional du Travail
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PH	Praticien Hospitalier
PPS	Projet Pluriannuel de Service
PU-PH	Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
QVT	Qualité de Vie au Travail
SST	Service de Santé au Travail
TMS	Troubles Musculo-Squelettiques

« *Le travail, c'est la santé, ne rien faire c'est la conserver ...* »,
or en santé au travail c'est tout faire pour la préserver...

Introduction

L'étymologie latine du mot travail *tripalium*, instrument de torture à trois pieux, est éclairante de la relation ambivalente du travailleur vis-à-vis de son travail à la fois source d'épanouissement, d'indépendance, mais également de souffrance. L'évolution des conditions de travail depuis l'antiquité n'a pas fait disparaître cette ambiguïté. La modernisation des techniques et des modes de gestion des travailleurs a fait apparaître de nouveaux risques. Ces dernières années, pour y faire face, la prévention a acquis une place prépondérante au sein des organisations.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) « *la prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps* ». Trois différentes formes de prévention peuvent être distinguées. La première renvoie à la prévention primaire, soit l'ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population. La prévention secondaire vise elle à réduire la prévalence d'une maladie dans une population, par la mise en œuvre de mesures tendant à réduire l'évolution d'une pathologie ou à en faire disparaître les facteurs de risques. Enfin, la prévention tertiaire regroupe les mesures destinées à réduire la prévalence des maladies chroniques, les incapacités, les invalidités, et à améliorer la qualité de vie. En France, les médecins du travail constituent historiquement les garants et les principaux artisans de la mise en œuvre de cet objectif de prévention en matière de santé au travail. En effet, dès sa création en 1946¹, la médecine du travail se voit assignée pour objectif « *d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, notamment en surveillant les conditions d'hygiène* ».

Obligatoire, la médecine du travail s'applique à tous les salariés et employeurs. Sa gestion financière et organisationnelle en fait un modèle assez unique en Europe. En France, elle présente en effet plusieurs spécificités. Ses grands principes structurant sont : l'universalité, la gestion patronale, la spécialisation, l'indépendance, et son orientation exclusivement préventive. La médecine du travail a fait l'objet de plusieurs réformes, sous l'impulsion de l'Union européenne (Directive cadre du 12 juin 1989), transcrite par la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002², et mise en œuvre par le décret du 28 juillet 2004³). L'appellation Médecine du travail cède alors la place à celle de santé au travail, et aux Services de Santé au Travail (SST). Ces derniers visent à traduire une orientation nouvelle,

¹Loi n°46-2195 du 11 octobre 1946 relative à l'organisation des services médicaux du travail

²Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale

³Décret n° 2004-760 du 28 juillet 2004 relatif à la réforme de la médecine du travail et modifiant le Code du Travail

davantage tournée vers la prévention des risques professionnels, un périmètre d'intervention élargi, et le développement de la participation de nouveaux acteurs, tels les ergonomes ou les psychologues. Les objectifs de ces réformes successives ont néanmoins été confrontés dans leur mise en œuvre à des freins culturels, organisationnels, managériaux, mais aussi stratégiques. En particulier, en dépit de la réforme de 2004⁴, le manque de coordination au sein de l'équipe entre le médecin du travail et les autres professionnels, la faible attractivité de la profession⁵, et le manque d'implication des partenaires sociaux persistent. Or, la médecine du travail constitue un enjeu majeur de nos sociétés. Selon le Plan Santé au Travail 2010-2014, le nombre d'accidents du travail se maintient à un niveau élevé, à savoir 700 000 cas par an, dont plus de 44 000 accidents graves. On estime par ailleurs que plus de 13% de la population active est aujourd'hui exposée à au moins un agent cancérigène.

L'établissement public de santé constitue souvent le premier employeur du territoire et concentre une multiplicité de risques liés à la variété de ses activités de soins et activités associées. La dernière réforme, issue de la loi du 20 juillet 2011, mise en œuvre par les décrets du 30 janvier 2012, tout en ressuscitant la notion de médecine du travail disparue en 2004, précise les objectifs du service de santé au travail, lesquels sont désormais définis à l'article L. 4622-2 du Code du Travail : « *les services de santé au travail ont pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail* ». Applicable à l'ensemble des entreprises, établissements publics et privés, la réforme a également vocation à s'appliquer aux établissements de soins. Ces derniers correspondent tout d'abord, aux établissements de santé stricto sensu, dont les missions sont rappelées à l'article L. 6111-1 du Code de la Santé Publique, à savoir « *assurer le diagnostic, la surveillance, et le traitement des malades, des blessés, et des femmes enceintes* ». Les établissements de soins correspondent également aux structures qui, de manière large apportent une prise en charge, un traitement aux personnes hébergées ; ces derniers se regroupent sous la notion d'établissements médico sociaux. Ces deux types d'établissements peuvent, en fonction de leur effectif, adhérer à un service de santé au travail inter établissements, détenir en leur sein⁶, ou partager un ou plusieurs médecins du travail. Dans le cadre de la présente étude, le choix a été fait de prendre pour référence la situation plus particulière des établissements de santé publics, relevant de la Fonction Publique Hospitalière (FPH), (tout en ne s'interdisant

⁴ Cf. décret précité

⁵ Benoit Dorémus, *La réforme de la médecine du travail : une réponse aux attentes sociétales en santé et sécurité au travail?*, p.195, Revue Droit et Santé, n°46, Mars 2012, collection les études hospitalières

⁶ 1 ETP médecin du travail pour un effectif de 1500 agents (article R4626-14 du code du travail)

toutefois pas d'illustrer notre propos en se référant à la situation existante au sein des établissements de santé privés). Dans ce type de structures, la médecine du travail a la particularité d'avoir été instaurée dans les années 1960 alors qu'elle ne le sera que dans les années 1980 dans les autres fonctions publiques. Elle est régie par le Code du travail avec des dispositions qui lui sont spécifiques. Confrontés à l'augmentation du nombre des maladies professionnelles, à la problématique des accidents du travail suivis d'arrêts maladie longs ou de courte durée mais fréquents, à l'émergence de risques nouveaux liés au recours à de nouvelles méthodes de travail, à l'utilisation de matériels dangereux, à la montée des risques psychosociaux, les établissements de santé se sont progressivement retrouvés contraints de porter une attention toute particulière à la santé de leurs personnels, afin d'optimiser leur fonctionnement. Mettre l'accent sur la pluridisciplinarité des acteurs pouvant intervenir sur la santé au travail, créer de nouveaux outils de planification, et redéfinir les contours de la médecine du travail, tels sont les objectifs recherchés par la dernière réforme. Choix a été fait de se concentrer sur les changements ayant un impact direct sur les établissements de soins en particulier en termes de prévention et de pluridisciplinarité.

Quelle est la réalité de la mise en œuvre de la réforme de la médecine du travail au sein des établissements de soins, dans le but d'une amélioration de la santé au travail?

Afin de répondre à cette question, il sera nécessaire de dresser un panorama synthétique des principaux enjeux et apports de la réforme de 2011, en insistant sur deux notions clés que sont la prévention et la pluridisciplinarité (I). Puis, en se fondant sur les recueils d'entretiens réalisés sur le terrain avec différents acteurs de la santé au travail (méthodologie présentée en annexe), il sera possible d'établir un bilan de la mise en œuvre de la réforme au sein des établissements de santé à ce jour (II). Ses principales limites pourront dès lors être repérées, et il pourra être envisageable de formuler quelques propositions et pistes d'action (III).

PARTIE 1 - Dans la continuité des réformes précédentes, la loi du 20 juillet 2011 vise à renforcer la prévention primaire et la pluridisciplinarité

A. La loi du 20 juillet 2011 tente de répondre aux limites des réformes précédentes et aux défis émergents

1. Un dispositif original en constante évolution

L'institution de la Médecine du Travail en 1946

La Médecine du travail est officiellement instituée en 1946 par le vote de la loi du 11 octobre⁷. Celle-ci étend à tout le secteur privé l'obligation de créer des services médicaux du travail, par les employeurs. Elle précise, en son article 1^{er}, que « *ces services seront assurés par plusieurs médecins qui prennent le nom de médecins du travail et dont le rôle, exclusivement préventif, consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs, du fait de leur travail, notamment en surveillant les conditions d'hygiène de travail, les risques de contagion et l'état de santé des travailleurs* ».

L'instauration de la notion de « Tiers Temps » en 1979

Le décret du 20 mars 1979⁸ complète l'organisation des services médicaux du travail en instaurant la notion de « tiers temps ». Ainsi, le médecin du travail est dorénavant tenu de consacrer un tiers de son temps à ses activités en milieu de travail (et non plus exclusivement dans son cabinet médical) dans le but de proposer le plus en amont possible une prévention des risques adaptée à chaque situation, via différentes actions (études de poste, enquêtes, fiches d'entreprise, observations du travail réel...).

⁷ Loi n° 46-2195 du 11 octobre 1946 relative à l'organisation des services médicaux du travail

⁸ Décret n° 79-228 du 20 mars 1979 relatif aux comités d'hygiène et de sécurité et à la formation à la sécurité

L'influence de l'Europe dès 1989 : une approche pluridisciplinaire de la santé au travail

C'est surtout l'influence de l'Europe qui va faire évoluer la médecine du travail dès 1989. En effet, la Directive du Conseil des Communautés Européennes du 12 juin 1989⁹ introduit la prévention primaire à travers l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, ainsi que le concept de pluridisciplinarité comme éléments centraux de la médecine du travail. Une nouvelle orientation est alors définie, passant d'une médecine du travail de surveillance à la santé au travail, dans le cadre d'une prévention des risques professionnels favorisant le recours à des compétences nouvelles, techniques et organisationnelles, dans le but de mettre en place une véritable pluridisciplinarité.

2004 : du service de médecine du travail au service de santé au travail

Cette nouvelle orientation est véritablement confirmée par la loi du 17 janvier 2002¹⁰, dite de « modernisation sociale » et le décret du 28 juillet 2004¹¹, qui font de la pluridisciplinarité le pivot d'une réforme transformant les services de médecine du travail en services de santé au travail (SST). Dans ce nouveau dispositif, les compétences médicales sont complétées par une approche non médicale délivrée par des intervenants en prévention des risques professionnels (techniciens, ingénieurs hygiène et sécurité, ergonomes, épidémiologistes, psychologues...)

2. Les limites du dispositif antérieur à la réforme

Des dysfonctionnements majeurs et des critiques de plus en plus nombreuses

Malgré les évolutions successives de la médecine du travail, les critiques se multiplient. Ainsi, dès 1970, un rapport annuel de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS)¹² estime que les initiatives n'ont pas abouti à donner une efficacité suffisante à la médecine du travail. De plus, les employeurs et les médecins déplorent que les obligations légales (visites médicales obligatoires en particulier) ne soient que partiellement respectées en raison d'un manque de temps médical, que des services fonctionnent sans agrément et que des médecins exercent parfois sans titre requis. En outre, la complexité de l'organisation

⁹Directive 89/391/CEE du Conseil, du 12 juin 1989 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail

¹⁰Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale

¹¹Décret n° 2004-760 du 28 juillet 2004 relatif à la réforme de la médecine du travail

¹²Rapport IGAS 1970

française de la santé au travail et son cloisonnement sont pointés par de nombreux acteurs. Par ailleurs, des dysfonctionnements se multiplient. Ainsi, le drame de l'amiante a mis en lumière les limites de la médecine du travail, laquelle n'a pas été en mesure d'éviter les effets sur la santé d'une exposition à un produit répandu, mais nocif. De plus, la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAM-TS) alerte sur la progression constante des cas reconnus de maladies professionnelles dont les Troubles Musculo-Squelettiques (TMS) et le développement des troubles psycho-sociaux.

Une prévention des risques professionnels insuffisante

Au-delà de ces différents points, la prévention dans la santé au travail n'apparaît pas globalement suffisante au regard des risques encourus par les personnes en situation de travail dans des organisations plus complexes et plus exigeantes. Ainsi, la logique de prévention n'est pas inscrite suffisamment clairement dans les missions de la santé au travail. Il n'existe ainsi ni projet pluriannuel avec des objectifs clairement définis, ni projet préventif capable de prévenir les risques susceptibles d'affecter la santé des travailleurs. Le travail des différents acteurs de la santé au travail apparaît peu coordonné et le pilotage stratégique insuffisant au niveau régional et national. Ces manques nécessitent la mise en œuvre d'une réforme permettant une évolution des pratiques déjà inscrites dans les textes ou ayant cours, mais pas toujours appliquées pleinement sur tout le territoire. En effet, s'il aura fallu quinze ans à la France pour voir intégrés dans les textes l'évaluation des risques et le concept de pluridisciplinarité, ceux-ci ne semblent pas suffisamment opérationnels dans les faits. De plus, cette lente évolution ne rend pas compte de la disparité des situations entre les régions et entre les établissements.

3. De nouveaux défis à relever

Des évolutions économiques, sociales et techniques

Il s'agit en premier lieu des évolutions économiques, sociales et techniques qui font muter le cadre de l'intervention même de la médecine du travail. D'une part, les formes de travail se diversifient avec le développement du travail à domicile, du travail intérimaire, des contrats à durée déterminée. D'autre part, une tertiarisation de l'économie s'opère avec le développement de nouveaux métiers, de la sous-traitance, de nouvelles formes de travail et

l'intensification du travail. Ceci génère de nouveaux risques et constitue un défi pour la médecine du travail, d'autant plus que se développe la mobilité professionnelle.

Le vieillissement de la population active

Deuxièmement, la structure de la population active a évolué en raison d'un vieillissement de la population. La pyramide des âges ainsi que les réformes portant sur l'âge légal de départ en retraite ont vu une hausse significative de la part des plus de 50 ans dans la population en situation de travail. Dans ce cadre, la prévention de l'usure au travail est une problématique de plus en plus prégnante afin de permettre aux personnes travaillant de pouvoir réaliser une carrière complète en protégeant leur capital physique et psychique.

Une démographie médicale préoccupante

Enfin, la démographie des médecins du travail est particulièrement préoccupante. En effet, cette ressource médicale s'est raréfiée (7030¹³ médecins pour l'ensemble du territoire). L'âge moyen des médecins du travail dépasse les 50 ans et les départs prévus ne seront pas compensés par les nouveaux spécialistes en formation. En l'occurrence, alors qu'un médecin sur quatre avait plus de 50 ans en 2001, trois médecins sur quatre ont plus de 50 ans en 2007¹⁴. Mais la raréfaction n'est pas le fruit d'une logique uniquement comptable. C'est aussi la conséquence d'un manque d'attractivité du métier. En l'occurrence, l'image de la médecine du travail semble dégradée auprès des étudiants en médecine, et son mode d'exercice atypique (ni libéral, ni hospitalier) peut expliquer en partie ce déficit.

Au regard de l'ensemble de ces éléments, une réforme est apparue nécessaire.

B. La pluridisciplinarité se présente comme un élément clé de la prévention des risques professionnels

1. La loi de 2011 renforce le volet prévention de la médecine du travail

La réforme de 2011 a pour objectif d'améliorer la prévention des risques professionnels. En effet, l'article 1^{er} de la loi de 2011 dispose que « *Les services de santé au*

¹³ Chiffres du bilan annuel des conditions de travail 2010

¹⁴ Rapport IGAS sur le bilan de réforme de la médecine du travail n°2007-087 d'octobre 2007

travail ont pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail »¹⁵. Leurs politiques de prévention s'appuient sur une anticipation des risques professionnels.

Dans ce prolongement, les Services de Santé au Travail (SST) chargés de veiller à la santé et à la sécurité des agents se voient reconnaître une « *compétence générale* » en matière de prévention tout au long de la carrière, compétence anciennement dévolue exclusivement à la médecine du travail.

S'agissant du médecin du travail, celui-ci voit également ses missions recentrées et élargies autour de la prévention. Ainsi, la loi de 2011 précise les modalités d'exercice de son droit d'alerte. Le médecin du travail peut en effet proposer par un « *écrit motivé et circonstancié des mesures visant à préserver la santé des agents. L'employeur doit prendre en considération ces propositions et, en cas de refus, fait connaître par écrit les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite* »¹⁶. Or, comme le rappellent les Professeurs Yvan Barel et Sandrine Frémeaux dans leur étude consacrée au rôle du médecin du travail dans la prévention primaire, jusqu'à présent l'employeur ne devait prendre en considération que « *l'avis médical relatif à des mesures individuelles tels que des mutations ou changements de postes (...) Il n'était pas tenu, sauf exception, de prendre en considération un avis du médecin du travail ayant une portée collective, et n'avait pas non plus l'obligation de l'informer des raisons motivant son inaction* »¹⁷. Ainsi « *le législateur réalise une innovation majeure qui est de nature à inciter l'employeur à mettre en place des mesures de prévention.* » Le cas échéant, l'employeur pourrait voir sa responsabilité engagée au titre de la faute inexcusable. Enfin, lorsque le médecin du travail constate une inadéquation entre l'emploi occupé et l'état de santé de l'agent, il peut proposer à l'employeur des mesures de maintien dans l'emploi¹⁸.

De son côté, l'employeur a la possibilité en cas de risque repéré, de solliciter le médecin du travail pour toute question relevant de ses missions. Le médecin du travail étant tenu de communiquer par écrit ses préconisations¹⁹. De la sorte, l'employeur, responsable (et

¹⁵ Disposition codifiée à l'article L. 4622-2 du Code du travail. Dans la FPH, les SST doivent obligatoirement être constitués sous forme de service propre dans les établissements ou syndicats inter-hospitaliers de plus de 1500 agents. En dessous de ce seuil, les SST sont établis en général sous forme d'un service commun. Enfin ils peuvent être mis en place dans le cadre de convention.

¹⁶ Article L. 4624-3 du Code du travail

¹⁷ BAREL Yvan, FREMEAUX Sandrine, Le rôle des médecins du travail dans les actions de prévention primaire, AGRH, vol n°3, pages 69-88, Nantes, 2012

¹⁸ Article L. 4622-2 du Code du travail

¹⁹ Article L. 4624-3 alinéa II du Code du travail

donc garant²⁰) de la sécurité de ses agents est *de facto* associé à la mission de prévention de la médecine du travail.

2. Le renforcement de la pluridisciplinarité

Afin d'améliorer l'objectif de prévention mais également dans le contexte de diminution du nombre de médecins du travail, la réforme de 2011 rend obligatoire la constitution au sein des établissements, d'équipes composées de médecins du travail²¹, d'infirmières diplômées d'Etat (IDE)²² et d'autres professionnels (assistants de SST, ergonomes, psychologues,...) recrutés après avis du médecin du travail²³. Le législateur a retenu une conception extensive de la pluridisciplinarité puisque les SST « *comprennent un service social du travail ou coordonnent leurs actions avec celles des services sociaux du travail* »²⁴. Comme le souligne Benoît Dorémus, cette équipe pluridisciplinaire s'inscrit dans une volonté d'établir « *une stratégie globalisante* »²⁵ qui se traduit par la recherche d'une « *prévention des risques a priori* ». Les champs d'intervention et de responsabilité respectifs de l'employeur et de l'équipe pluridisciplinaire sont dans ce cadre bien délimités : l'employeur assure la gestion des risques²⁶ tandis que les membres de l'équipe pluridisciplinaire interviennent essentiellement au titre des missions de conseil/information santé et de propositions d'actions.

Par ailleurs, le Professeur Dorémus considère que la loi de juillet 2011 entérine une conception de la pluridisciplinarité consacrée par le pouvoir réglementaire il y a déjà plus de dix ans. En effet, la circulaire du 18 avril 2002 relatif au document unique d'évaluation des risques, consacre la nécessité de considérer l'évaluation des risques dans une perspective « *globale et exhaustive* » et dans ce cadre, la pluridisciplinarité est envisagée comme « *un outil contribuant à une amélioration globale de la santé* »²⁷. A ce titre, comme le souligne

²⁰ Cf. l'obligation de résultat de l'employeur en matière de sécurité des salariés consacrée par l'article L 4121-1 du Code du travail

²¹ Y compris des médecins internes en formation et des collaborateurs médecins non encore qualifiés médecins spécialistes en médecine du travail

²² L'employeur ayant l'obligation d'inscrire l'infirmière membre de l'équipe pluridisciplinaire non qualifiée en santé au travail lors de son recrutement dans une formation dans l'année.

²³ Article. L. 4622-8 du Code du travail.

²⁴ Article L. 4622-9 du Code du travail

²⁵ DOREMUS, Benoît. La réforme de la médecine du travail : une réponse aux attentes sociétales en santé et sécurité au travail, Rennes, Revue droit et santé, mars 2012, p 198

²⁶ Cf article L4121-2 du Code du travail

²⁷ DOREMUS, Benoît. La réforme de la médecine du travail : une réponse aux attentes sociétales en santé et sécurité au travail, Rennes, Revue droit et santé, mars 2012, p 198

Benoît Dorémus, « depuis dix ans les SST ont l'obligation de recourir aux prestations des professionnels de la prévention des risques en entreprise »²⁸. La réforme de 2011 semble prolonger la réforme précédente « en érigeant la pluridisciplinarité comme principe de fonctionnement »²⁹.

La loi de 2011 vient renforcer sinon rendre effective une pluridisciplinarité le plus souvent restée lettre morte, faute de réelle préparation et d'implication des personnels, et fait du médecin du travail le chef d'orchestre de cette coordination.

3. Le rôle d'animateur et de coordonnateur du médecin du travail³⁰ au sein de l'équipe pluridisciplinaire

La coordination peut se définir comme le moyen qui « évite la dispersion », et l'animation comme ce qui « donne (...) âme à l'action »³¹. Dans le même temps, il est possible de s'interroger sur l'absence de reconnaissance d'un rôle de « direction »³² au médecin du travail, reconnaissance qui aurait clarifié le « positionnement hiérarchique » de celui-ci et les niveaux de « responsabilité » de chacun³³. Comment en effet, en cas de divergence³⁴ au sein de l'équipe pluridisciplinaire, en l'absence d'un pouvoir hiérarchique du médecin du travail, mener une action de prévention et de suivi des agents qui soit maîtrisée ? Ces difficultés ne devraient guère s'observer en matière de suivi individuel dans la mesure où les champs d'intervention du médecin du travail et de l'infirmier sont délimités par le Code de la santé publique, et cette rationalisation des fonctions ne pose en pratique aucune difficulté. En revanche, la question se pose légitimement en matière d'action sur le milieu de travail.

Par ailleurs, a été mis en place un dispositif de pilotage: le Projet Pluriannuel de Service (PPS). Ce projet qui définit les orientations et les objectifs de prévention, a aussi vocation à faciliter la coordination au sein de l'équipe³⁵.

²⁸DOREMUS, Benoît. La réforme de la médecine du travail : une réponse aux attentes sociétales en santé et sécurité au travail, Rennes, Revue droit et santé, mars 2012, p 199

²⁹BAREL Yvan, FREMEAUX Sandrine, Le rôle des médecins du travail dans les actions de prévention primaire, Nantes, 2012

³⁰ Art. L. 4622-8 du Code du travail

³¹ DOREMUS, Benoît. La réforme de la médecine du travail : une réponse aux attentes sociétales en santé et sécurité au travail, Rennes, Revue droit et santé, mars 2012, p 199

³²*Ibid.* 201

³³*Ibid.* 199, 201

³⁴ Par exemple en ce qui concerne le choix des priorités d'actions de prévention.

³⁵Dans les services interentreprises, ce document construit par la commission médico-technique au sein de laquelle interviennent les médecins du travail), et validé par le Conseil d'administration, est mis en œuvre par le directeur du service.

Le sens d'une réforme dépend toutefois en grande partie de la manière dont les acteurs de terrain se l'approprient.

PARTIE 2 - Les professionnels de santé nous livrent leur retour d'expérience sur la mise en œuvre de la réforme

A. Le premier bilan apparaît mitigé

1. Un manque de clarté sur l'applicabilité de la réforme à la FPH et une méconnaissance globale de cette dernière

Au travers de nos entretiens, il est apparu un manque de clarté des dispositions applicables à la FPH. Certains de nos interlocuteurs ont ainsi évoqué un « *mille feuille juridique* ». Tout d'abord, la plupart des personnes enquêtées s'interrogent sur l'application des dispositions de la réforme à la FPH. En effet, cette dernière a un statut tout à fait particulier en ce qui concerne la santé au travail. La Partie IV du Code du Travail lui est applicable depuis la loi du 31 décembre 1991 sous réserve des règles statutaires particulières qui la régissent (Fonction Publique en général et la FPH en particulier) dont deux décrets en date du 16 août 1985 qui lui adaptent les dispositions du Code du Travail (Comités d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) et régime de la médecine du travail). Plusieurs de nos interlocuteurs ont ainsi souligné que la réforme de 2011 s'applique par défaut à la FPH (effet de l'application du Titre IV Code du Travail). L'application à la FPH n'est ainsi prescrite nulle part dans la loi de 2011. Son application relève de la décision de la Direction Générale de l'Administration et de la Fonction Publique (DGAFP)³⁶. L'application à la FPH a été faite article par article, ce qui a pour conséquence un manque de cohérence globale. Les dispositions apparaissent floues concernant le système hospitalier. Il se pose par exemple la question de l'application de l'obligation d'agrément du SST aux hôpitaux: « *Si l'agrément est rendu obligatoire qui le supervisera ? L'Agence Régionale de Santé (ARS) ? Le doute subsiste* »³⁷. Par ailleurs, les décrets de 1985 spécifiques n'ont pas été mentionnés par les décrets d'application de la loi de 2011, ils restent donc en vigueur.

³⁶ Extrait de l'entretien du 3 mai 2013 réalisé avec M. X, Professeur des Universités -Praticien Hospitalier (PU-PH), responsable Service de Santé au Travail (SST)

³⁷ Extrait de l'entretien du 7 mai 2013 réalisé avec M. Y, Coordinateur de deux services interentreprises de santé au travail

Ensuite, une méconnaissance générale de la réforme apparaît. Aucune information particulière n'a été diffusée dans les établissements contactés (sauf un). Un manque d'implication institutionnelle a été souligné. L'information est plutôt passée par les organisations syndicales et les réseaux professionnels. De manière générale, les personnels des SST des établissements de soins ne se sont pas sentis concernés par la réforme, car pour eux elle s'applique avant tout au secteur privé. Par ailleurs, son titre substituant au vocable « Santé au Travail » celui de « Médecine du Travail » sème le doute sur sa signification et laisse penser à un retour en arrière. Le recentrage du texte autour de la médecine du travail suscite beaucoup d'incompréhension alors que sont pourtant mentionnés dans le texte les notions de pluridisciplinarité et de prévention des risques psycho-sociaux. Pour un de nos interlocuteurs, le titre de la loi est dû essentiellement à l'influence de « lobby »³⁸ des médecins du travail.

Enfin, l'application de la réforme est variable selon la taille et la nature des établissements (Centre Hospitalier Universitaire (CHU), Centre Hospitalier (CH), Etablissement Hébergement Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)).

2. Des freins nombreux subsistent :

*« La réforme ouvre beaucoup de possibilités mais il faut que les pratiques évoluent »*³⁹. En effet, des freins nombreux ont été relevés au cours des entretiens.

Des freins individuels

Pour garantir l'application de la réforme, il est nécessaire que les équipes s'approprient le texte. Des freins psychologiques et sociaux peuvent être soulevés notamment au travers de la résistance au changement. En effet, la réforme a pour apport principal une réorganisation de la médecine du travail, ce qui entraîne une nouvelle façon de travailler, parfois non comprise, brouillant les repères de chaque acteur.

Des freins culturels

Le médecin est habitué au cours de ses études et de sa pratique professionnelle à travailler seul. Le qualificatif d'« individualiste »⁴⁰ a même été mentionné. Cette conception

³⁸Ibid

³⁹Extrait de l'entretien du 7 mai 2013 réalisé avec Mme Z., Médecin Inspecteur Régional du Travail (MIRT)

du travail n'est pas sans conséquences. Dès le début, les médecins du travail ont semblé réticents (« *On nous pique notre boulot* »⁴¹), se sentant dépossédés de leur mission au profit du service, et craignant un glissement de leurs tâches vers les infirmiers.

Le recours trop tardif au médecin du travail reste un « *regret* »⁴². Ce médecin est souvent entendu comme un curateur intervenant pour pallier aux troubles en santé, alors qu'il doit être avant tout un préventeur. Un interviewé appuie ce point de vue en qualifiant le médecin du travail de « *pompier* »⁴³. Cette vision du médecin du travail est un frein important pour la réforme qui vise avant tout la prévention primaire.

Des freins financiers

Selon M. Y, « *les transformations sont excessivement coûteuses et cela a été très sous-estimé* »⁴⁴. Cette sous-estimation générale du coût a pour conséquence de n'allouer aucun moyen supplémentaire, particulièrement en termes d'effectifs. M. B, médecin du travail, souligne que : « *la notion qui règne en maître c'est : budget constant* »⁴⁵, preuve que les moyens n'ont pas suivis les ambitions de la réforme. Néanmoins, cette situation n'est pas « *catastrophique* »⁴⁶. Certains pallient à ce manque de financement en recourant à d'autres moyens⁴⁷ (moyens du maintien dans l'emploi, moyens du Fonds d'Insertion des Personnes Handicapées de la Fonction Publique (FIPHFP), et développement d'un réseau inter établissements). Le contexte de crise a également une incidence : ainsi, M. D indique que : « *Malgré nos recommandations, nous sommes soumis aux réalités financières* »⁴⁸. Par conséquent, certains médecins du travail s'« *auto-censurent* »⁴⁹ dans leurs recommandations par crainte d'impossibilité financière à réaliser les demandes formulées.

⁴⁰Extrait de l'entretien du 7 mai 2013 réalisé avec M Y, Coordonnateur de deux services interentreprises de santé au travail

⁴¹ Extrait de l'entretien du 7 mai 2013 réalisé avec Mme Z, MIRT

⁴² Extrait de l'entretien du 3 mai 2013 réalisé avec M D, Responsable d'un Service de Santé au Travail

⁴³ Extrait de l'entretien du 6 mai 2013 réalisé avec M B, Médecin du travail

⁴⁴ Extrait de l'entretien du 7 mai 2013 réalisé avec M Y, Coordonnateur de deux services interentreprises de santé au travail

⁴⁵ Extrait de l'entretien du 6 mai 2013 réalisé avec M B, Médecin du travail

⁴⁶ Extrait de l'entretien du 6 mai 2013 réalisé avec M B, Médecin du travail

⁴⁷ Extrait de l'entretien du 30 avril 2013 réalisé avec M C, Ergonome

⁴⁸ Extrait de l'entretien du 3 mai 2013 réalisé avec M D, Responsable d'un Service de Santé au Travail

⁴⁹Extrait de l'entretien du 7 mai 2013 réalisé avec M D, Coordinateur national de l'INSERM

Des freins organisationnels

Au cours des entretiens une difficulté a émergé quant au rattachement hiérarchique de l'équipe pluridisciplinaire au SST. En effet, dans certains établissements des ergonomes ou des psychologues se retrouvent rattachés à la Direction de la Qualité ou la DRH, qui sont parfois éloignées géographiquement du SST. Comment faire naître un sentiment de cohésion? Se pose également la question de la répartition des tâches. Des entretiens infirmiers peuvent être réalisés à l'issue desquels le médecin du travail doit être interpellé si nécessité estimée. Dès lors, quelle responsabilité si l'infirmier n'a pas recours au médecin à propos ? La question n'est pas tranchée par la réforme. De plus, l'enjeu de la responsabilité se retrouve confronté aux fonctions d' « animateur » et de « coordonnateur » attribuées au médecin du travail. L'autre effet pervers dû à cette organisation encore floue est « *la tentation pour l'infirmier de se prendre pour le médecin du travail* »⁵⁰, le risque que les différents acteurs « *campent sur leurs positions* », et que « *les relations soient en outre obscurcies par des « non-dits »* »⁵¹.

3. Une pénurie en ressource médicale persistante

Le nombre de médecins du travail disponibles à ce jour au sein des établissements de santé et des services inter établissements demeure insuffisant pour réaliser l'ensemble des missions relevant de la médecine du travail⁵² : « *Aucun CHU n'y parvient, on me [médecin du travail] demande d'étendre encore mon activité mais je ne suis pas un sur homme..!* »⁵³. Il ressort plus particulièrement l'impossibilité de réaliser les visites médicales annuelles⁵⁴, ainsi que les activités prévues dans le cadre du tiers temps de travail⁵⁵. A défaut de pouvoir matériellement réaliser l'ensemble des missions réglementaires, les médecins du travail ont tendance à recentrer leur activité sur les visites d'embauche, les visites de reprise, la

⁵⁰ Extrait de l'entretien du 3 mai 2013 réalisé avec Mr P, président d'un conseil départemental de l'Ordre des infirmiers, infirmier en santé au travail dans un SST autonome

⁵¹ Extrait de l'entretien du 3 mai 2013 réalisé avec Mme S, ancienne Directrice des Ressources Humaines

⁵² Précisées à l'article R. 4623-1 du Code du Travail

⁵³ Extrait de l'entretien du 3 mai 2013 réalisé avec M.X Professeur des Universités praticien hospitalier, et Chef de structure interne

⁵⁴ Visites médicales périodiques au sens de l'article R 4624-16 du Code du Travail : « *Le salarié bénéficie d'examen médicaux périodiques, au moins tous les vingt-quatre mois, par le médecin du travail. Ces examens médicaux ont pour finalité de s'assurer du maintien de l'aptitude médicale du salarié au poste de travail occupé et de l'informer sur les conséquences médicales des expositions au poste de travail et du suivi médical nécessaire* »

⁵⁵ Telles la visite sur place des établissements, la réalisation d'études ergonomiques, les prélèvements d'atmosphère, l'inventaire des produits manipulés par les agents, ... (Article R 4624-1 Code du Travail)

prévention de la pénibilité, et les actions orientées vers le maintien dans l'emploi⁵⁶. Pour Mme Z, Médecin Inspecteur Régional du Travail, il n'y aurait pas à proprement parler de pénurie de médecin du travail, mais un déficit plus général de médecins toutes spécialités confondues. Mais au fil des entretiens réalisés, il n'en ressort pas moins, toutefois, que la profession de médecin du travail semble globalement méconnue des étudiants en médecine, et être déconsidérée. A titre d'exemple, un PU-PH, enseignant en Santé au travail, précise qu'au début de son enseignement à la faculté dans les années 1980, il comptait une centaine d'étudiants en formation de médecin du travail dans sa région. Trente ans plus tard ce nombre s'élève à trois. Une étude de la Direction de la Recherche des Etudes et des Statistiques (DREES) parue en février 2010 renforce cette idée de déficit d'attractivité de la profession, les étudiants privilégiant en majorité à l'issue de l'examen classant national les spécialités médicales et chirurgicales (cardiologie, ophtalmologie, neurologie, ...), de préférence à la santé publique ou la santé au travail⁵⁷.

Le vieillissement de la population active des médecins du travail et le nombre important de départs en retraite à venir, accroissent les difficultés déjà existantes⁵⁸: « *Nous sommes passés de 9 000 médecins du travail à 6 000 aujourd'hui ; En 2020 si la situation continue de cette façon, il n'en restera que 4 000, que ce soit dans le public et dans le privé* »⁵⁹. Diverses mesures palliatives ont été prévues par la dernière réforme, telle recrutement possible depuis le 1^{er} juillet 2012 de médecins collaborateurs⁶⁰. Ayant pour but d'encourager les reconversions professionnelles, la création de ce dispositif vise également à pallier l'insuffisance du nombre de médecins du travail, et est subordonnée à l'accomplissement d'une formation spécialisée⁶¹. Il s'agit ensuite de l'inclusion d'infirmiers spécialisés en santé au travail⁶², au sein des Services de santé au travail.

Ces services de santé au travail cherchent également à s'ouvrir tant à l'accueil d'internes en médecine, qu'aux étudiants externes, afin de mieux faire connaître le métier de médecin du travail, et susciter des vocations. Un des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) visités, longtemps déficitaire en médecin du travail, a entamé une importante réflexion

⁵⁶*Ibid*

⁵⁷ *Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2009*, Direction de la Recherche des Etudes Et de la Statistique (DREES), publié le 23 février 2010

⁵⁸ Extrait de l'entretien du 7 mai 2013 réalisé avec M. Y, Coordinateur de deux services interentreprises de santé au travail, + éléments ressortant du rapport de la Cour des Comptes de novembre 2012 sur *Les services de santé au travail interentreprises : quel devenir ?*

⁵⁹ Entretien réalisé avec M.X Professeur des Universités praticien hospitalier

⁶⁰ Article R4623-25 Code du Travail

⁶¹ Formation en vue de l'obtention de la qualification en médecine du travail

⁶² Une formation spécifique leur est réservée, tel le Diplôme inter universitaire Santé au travail option infirmier

il y a quelques années afin de renforcer l'attractivité de l'hôpital au recrutement sur ces postes spécialisés. L'inclusion des médecins du travail au sein du Centre de consultation des pathologies professionnelles du CHU, la proposition d'un véritable statut de praticien hospitalier avec une grille indiciaire associée, le travail en équipe pluridisciplinaire, sont autant d'éléments ayant permis de renverser la vapeur. « *Pour recruter des médecins il faut savoir leur proposer des conditions de travail et un salaire attractifs* »⁶³.

L'analyse des entretiens réalisés avec différents acteurs de services de santé au travail ont permis de faire ressortir un bilan plutôt mitigé de la mise en place de la réforme au sein des établissements de santé. Un bilan mitigé pouvant se corréliser avec des ressentis divers.

B. Le repositionnement du médecin du travail est inégalement perçu et les conséquences de la réforme sur la santé sont difficilement mesurables

1. La place du médecin du travail au sein de l'équipe pluridisciplinaire reste imprécise

Les entretiens divers ont permis de recueillir de grandes orientations ou schémas communs, mais aussi des points de vue différents.

Un consensus sur la mission médicale dévolue au médecin du travail

Une convergence de points de vue apparaît sur le rôle du médecin du travail autour du suivi personnalisé des agents en fonction du poste et des risques professionnels encourus. Le médecin du travail est vu comme une ressource pour développer le bien être au travail (physique et moral), apporter une expertise, une écoute et des conseils en fonction des besoins. Le rôle d'évaluation, de diagnostic et de conseil (études de postes, enquêtes épidémiologiques,...) dans le cadre du tiers temps est cité comme essentiel.

Dans ce domaine pas de rôle nouveau mis en évidence, si ce n'est pour certains la difficulté d'être présent sur le terrain faute d'effectif en médecins suffisant (choix à faire entre

⁶³ Extrait de l'entretien du 3 mai 2013 réalisé avec M. X,PU-PH

le tiers temps de terrain et le rythme des suivis individuels), de présence aux instances et de glissement de fonctions.

La place du médecin au sein de l'équipe pluridisciplinaire

La plupart des médecins rencontrés ne souhaite pas être positionné comme responsable de l'équipe pluridisciplinaire, même si pour certains, ils participent aux évaluations des membres non médicaux de l'équipe. Tous se situent dans des liaisons fonctionnelles et non hiérarchiques.

Parmi ceux qui sont résolument contre cette appropriation, dans ce cas aucun médecin n'est identifié dans l'équipe comme coordonnateur « *on n'est pas des managers, on est des médecins. La coordination peut s'envisager pour orienter des enquêtes, des études de poste, être coordinateur épidémiologique ... Manager l'équipe, ce n'est pas le métier du médecin du travail, il a déjà assez à faire avec ses missions propres* »⁶⁴. Pour d'autres, le rôle de coordination se traduit comme le médecin « *boite aux lettres et interlocuteur privilégié pour l'institution, qui centralise les informations et en assure le partage au niveau de l'équipe.* »⁶⁵

La mise en place partielle des équipes pluridisciplinaires

Une représentativité médicale et administrative est majoritairement retrouvée. Concernant les infirmières, de plus en plus sont formées en santé au travail ou sont dans cette perspective ; elles ont accueilli favorablement la réforme et s'impliquent de plus en plus dans le suivi médical *via* les entretiens infirmiers.

Le rattachement des autres professionnels reste ensuite totalement dépendant de l'histoire et de l'organisation institutionnelle, sans lien réel avec la réforme de 2011. Cependant le plus souvent, psychologue, assistante de service social, ergonomes sont rattachés fonctionnellement à la Direction des Ressources Humaines (DRH). Le préventeur des risques (Intervenant en Prévention des Risques Professionnels (IPRP)) est, d'après les entretiens, rattaché soit à la DRH soit à la Direction Qualité et Gestion des Risques. La présence d'un cadre de santé n'a été observée que dans un seul des établissements enquêtés (poste à 80% partagé entre SST et le service des pathologies professionnelles). Les médecins souhaiteraient que l'ensemble de ces professionnels soient rattachés au SST, en particulier pour l'ergonome, qui a une grande partie de ses interventions sollicitées par le médecin du travail. L'avis des

⁶⁴ Extrait de l'entretien du 6 mai 2013 réalisé avec M. B, médecin du travail dans un Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU)

⁶⁵ Extrait de l'entretien du 7 mai 2013 réalisé avec Mme S, médecin du travail coordonnateur dans un CHRU

autres professionnels est moins unanime (certains prônent la collaboration tout en souhaitant conserver leur indépendance)⁶⁶.

L'organisation des articulations de tous ces professionnels, du SST avec la DRH

Les articulations apparaissent facilitées lorsque le service bénéficie au moins d'un médecin coordonnateur administratif. Des réunions régulières (mensuelles, voire hebdomadaires) sont animées dans ce cas par celui-ci, et sont rapportées comme très positives au niveau de la coordination et des échanges pluridisciplinaires.

La réalisation de projets de service

Aucun projet de service n'est fait dans les SST des établissements publics de santé enquêtés. Plusieurs arguments sont avancés : « *Le service n'est pas reconnu au niveau de l'établissement comme un vrai SST, notre projet est d'être un vrai service reconnu* », « *L'obligation ne s'applique pas à la FPH* » ou encore « *difficulté d'avoir un projet global en raison du nombre d'interlocuteurs qui doivent valider ce projet (développement de projets spécifiques)* ». ⁶⁷

2. Des ambiguïtés demeurent et interrogent les professionnels de la santé au travail

L'efficacité du droit d'alerte

C'est un outil intéressant mais celui-ci peut être perçu « *comme une agression, une injonction pour l'employeur* ». Les interlocuteurs soulignent en effet la nécessité d'établir un climat favorable à l'échange et à la recherche de solutions négociées. « *Il faut que le recours au droit d'alerte par l'intermédiaire de la lettre soit mesuré. Cet outil permet au médecin de se couvrir et de se libérer de sa responsabilité* » ⁶⁸. Ce point peut interroger les professionnels sur la responsabilité du SST et des médecins à ne pas utiliser ce droit d'alerte en privilégiant l'échange.

⁶⁶ Extrait de l'entretien du 30 avril 2013 réalisé avec M. C, ergonomiste en CHRU

⁶⁷ Extrait des entretiens du 6 et 7 mai 2013 réalisés auprès de trois médecins du travail en CHRU (M. B, Mme S et Mme T)

⁶⁸ Entretien avec M. Y., Coordinateur de Services de santé au Travail inter-entreprises, le 7 mai 2013

L'indépendance du médecin du travail et de l'équipe du SST vis à vis de l'employeur

Les avis sur les relations avec la DRH et l'encadrement sont partagés. Certains font état d'une méfiance liée à d'éventuelles pressions (perçues comme rares) exercées sur le médecin du travail. D'autres pointent la relation constructive qui permet au SST de pouvoir compter sur le soutien non négligeable de la DRH au sein de l'organisation.

D'une part en raison de leur qualité de salariés, les membres des SST peuvent voir leur indépendance fragilisée; néanmoins les médecins du travail, de par leur statut particulier et leur relative rareté, bénéficient d'une meilleure protection. D'autre part, il ne faut pas négliger le fait que les moyens des SST autonomes d'établissements publics de santé soient négociés avec la Direction.

Enfin, l'ensemble des professionnels des SST pointent du doigt une rareté des relations et des liens entretenus avec les services. « *On est toujours dans le questionnement parce qu'on trouve que l'on n'est pas suffisamment sollicité* »⁶⁹. Le médecin est interpellé lorsque des difficultés apparaissent mais n'est pas intégré en amont dans l'étude des changements. Ce constat amène des professionnels à s'interroger sur les moyens donnés à la prévention.

La problématique du reclassement des agents

La réforme est peu prolixe sur cette problématique et interroge les professionnels sur leur capacité à agir. L'expérience des professionnels les amène à travailler étroitement avec la DRH, la Direction des soins et l'encadrement, afin de trouver des aménagements et des reclassements adaptés, acceptables et acceptés. Cependant, « *il y a moins de marges de manœuvre qu'auparavant* » avec l'intensification de l'activité car « *il n'y a plus de services doux comme on les appelait autrefois* »⁷⁰ ou aménageables, ce qui tend à réduire les marges de manœuvre du SST dans ce cadre, même si des instances de négociation telles que des commissions de maintien dans l'emploi au sein des pôles peuvent permettre de travailler en lien direct avec les cadres de proximité.

⁶⁹Entretien du Dr V., médecin du travail coordinateur, mardi 7 mai 2013

⁷⁰ Entretien du Dr B., médecin du travail, lundi 6 mai 2013

3. Des conséquences difficilement prévisibles sur la santé au travail.

Une évaluation difficile

Les conséquences de la réforme sur la santé au travail semblent pour l'heure incertaines et aucun des entretiens réalisés n'a relevé clairement son incidence dans un sens ou dans l'autre. Ceci s'explique par plusieurs raisons. Tout d'abord, le manque de recul dont dispose les acteurs pour tirer des conclusions, et la question de son application ambiguë à la FPH. « *C'est court pour un bilan. En plus, la réforme ne s'applique que partiellement pour nous.* »⁷¹ De plus, la question de l'évaluation des effets de la réforme sur la santé, et notamment de l'efficacité de la prévention pose la question du recueil et l'analyse d'indicateurs pertinents, qui ne peut être que le fruit d'une longue et laborieuse investigation avec un protocole défini. A cela s'ajoute une autre difficulté non moins importante : celle liée au caractère multifactoriel et complexe de certains risques, tels les risques psycho-sociaux ou les TMS, et au temps de latence de la survenue de certains symptômes (exemple : risques à effets différés).

Des effets contrastés

Cependant, si l'essentiel des conséquences observées sont relatives à l'organisation des services de santé, quelques éléments ont cependant été pointés ponctuellement comme pouvant avoir un impact sur la santé. Tel est le cas du renforcement de l'obligation de traçabilité des expositions professionnelles dont on pourrait espérer qu'elle améliore la prévention. De la même manière, la formalisation de l'obligation de conseil des médecins, et les enjeux de responsabilité en découlant, devraient améliorer son effectivité « *les médecins vont peut-être maintenant exercer pleinement leur rôle en matière de prévention collective* »⁷². Cependant, en dépit de ces avancées, certains mettent paradoxalement en avant les dérives possibles d'une prévention accrue sur certains risques. Ainsi, suite à la réalisation d'actions d'information et de formation spécifiques sur certains risques tels que les TMS dans un établissement de santé, il a pu être constatée une augmentation significative des travailleurs se déclarant atteint de cette pathologie : « *pourtant, les TMS n'augmentent pas vraiment, mais les salariés les déclarent plus car l'ergonome a appuyé sur leur existence et le*

⁷¹ Entretien du 06 mai 2013 avec M.T, Médecin du Travail dans un CHU

⁷² Extrait de l'entretien du 7 mai avec M.X, Professeur de droit et de Médecine

régime qui leur est applicable (prise en charge, assurance...). »⁷³ De même, une crainte a été émise au sujet de la lutte contre la toxicomanie et l'alcoolisme, nouvelle mission dévolue à la médecine du travail, qui pourrait être surinvestie par l'équipe pluridisciplinaire à la demande de l'employeur « *l'équipe risquerait de s'engluer et de se détourner de problématiques plus prégnante, comme l'organisation du travail*⁷⁴. »

D'une manière générale, les différents acteurs rencontrés pensent que la prévention accrue et la pluridisciplinarité renforcée affirmées par la réforme sont des moyens majeurs pour agir sur la santé des travailleurs « *les équipes pluridisciplinaires étaient vues en 2004 comme une obligation ; en 2011, c'est un besoin* ». ⁷⁵

Les retours d'expérience des professionnels de santé ont permis d'élaborer des pistes de réflexion et d'ouvrir des débats favorables à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes en situation de travail par les SST.

⁷³ Extrait de l'entretien du 7 mai avec M.Y, médecin coordinateur de services de santé au travail inter-entreprises

⁷⁴ Extrait de propos recueillis le 13 mai auprès de M. A, Médecin Inspecteur Régional du Travail

⁷⁵ Extrait de l'entretien du 7 mai avec Mme Z, MIRT

PARTIE 3 - En dépit d'avancées positives, des pistes d'améliorations peuvent être envisagées

A. La logique des réformes portées par la loi de juillet 2011 doit être renforcée : place du médecin et refonte de la structure institutionnelle de la médecine du travail

1. La mise en œuvre d'une pluridisciplinarité perfectible

Les rôles des différents professionnels doivent être spécifiés et précisés

Une précision de ces rôles permettrait d'éviter que ne se développe une interprétation de la loi conforme à la crainte actuelle de bon nombre de médecins du travail. A cet égard, le rapport pour la Direction Générale du Travail de 2007 a mis en exergue deux formes de pluridisciplinarité : d'une part la juxta-pluridisciplinarité qui implique des « *activités exercées de manière parallèle sans véritable rencontre entre elles* » et d'autre part « *l'interdisciplinarité qui permet des activités intégrées et une mise en commun des méthodologies, des objectifs ou des ressources* »⁷⁶. De fait, il est aujourd'hui nécessaire d'orienter l'organisation de la médecine du travail dans un sens favorable à l'interdisciplinarité. En effet, juxtaposer des compétences, certes complémentaires, mais dépourvues de cadre propice à l'échange ne permettra pas d'améliorer la prise en charge de la santé des travailleurs.

Le médecin du travail doit pouvoir exercer ses fonctions en qualité de véritable « entrepreneur » de la médecine du travail.

Premièrement, la pluridisciplinarité ne devrait pas signifier l'affaiblissement du rôle du médecin du travail, dans son rôle de coordonnateur de l'équipe pluridisciplinaire, alors que sur ce point, force est de constater que le flou persiste dans les textes de la réforme sur son

⁷⁶Direction Générale du Travail, *Bilan de la mise en œuvre de la pluridisciplinarité en matière de santé et de prévention des risques professionnels*, Rapport pour la Direction générale du travail, Ministère du Travail, des Relations Sociales et de la Solidarité, Paris, décembre 2007.

positionnement réel. De fait, un travail de communication et de pédagogie aurait pu être réalisé en amont et pendant la mise en œuvre de la réforme. Au mieux, une mauvaise interprétation pourrait conduire à une désaffection du métier de médecin du travail. Au pire, cela pourrait avoir pour effet de limiter la portée de la réforme sur l'un de ses volets principal, la pluridisciplinarité. Enfin, le médecin « coordonnateur » doit être un médecin du travail « gestionnaire » de son équipe, possédant une polyculture de gestion des structures et des organisations.

Les professionnels paramédicaux des équipes pluridisciplinaires de santé au travail doivent bénéficier de formations adaptées.

Ces professionnels sont aujourd'hui indispensables à bien des égards, afin de faire face à la complexification des différents modes et conditions de travail. Par ailleurs, ils s'avèrent utiles pour la prise en charge nécessaires du durcissement des conditions de vie ayant un impact sur la santé au travail (précarité, ...). Toutefois, d'une part leur formation doit être adaptée à la complexité croissante des conditions de travail (ergonomie, toxicologie, toxicologie-ergonomie, psychologie) ; D'autre part, les formations doivent permettre de favoriser les professionnels ayant un parcours de formation et/ou professionnel cohérent avec les exigences induites par la spécialisation recherchée.

2. Développer la capacité du médecin du travail à travailler en mode projet, dans le cadre d'une prévention primaire et collective.

Développer une gestion de long terme de la santé au travail.

Il est indispensable de poursuivre le développement des projets de service. Il est fréquent que les services de santé au travail des établissements de soins réalisent des réunions périodiques faisant le bilan de l'activité et établissant les objectifs à réaliser. Pour autant, il ne s'agit que d'objectifs transitoires qui devraient être complétés par la mise en place d'objectifs de moyen et de long terme. A ce titre, les équipes de santé au travail doivent être en mesure de planifier leurs actions, d'en contrôler l'efficacité et d'établir des constats à court, moyen et long terme de la pertinence de leurs recommandations. Cela supposerait de mettre en place des indicateurs de suivi et d'évaluation. Cette logique s'inscrit dans le cadre de l'amélioration de la qualité de vie au travail (QVT) à travers une amélioration de la qualité

des procédés mis en œuvre par les services chargés d'en effectuer le contrôle et de recommander les pistes de perfectionnement.

Réformer la périodicité des visites d'aptitude

Il apparaît nécessaire de rallonger l'intervalle entre les visites d'aptitude. En effet, le modèle actuel engendre de grandes difficultés pour les médecins du travail à concentrer leur activité sur la prévention primaire, alors même qu'elle constitue un objectif prioritaire de la santé au travail. Par ailleurs, le surplus de visites obligatoires surchargeant les médecins du travail, ne permet pas à ces derniers de dégager du temps leur permettant d'identifier les secteurs ou procédures à risques dans l'environnement de travail. Par ailleurs, certains salariés présentant un risque de pathologie lourde pourraient être suivis plus étroitement par les SST. Ce n'est que dans ce cadre renouvelé que les SST pourront élaborer de véritables plans d'actions en matière de prévention collective.

En outre, une telle avancée suggère de repenser et sans doute de relativiser l'importance encore accordée aujourd'hui à la notion d'aptitude ou d'inaptitude. La visite d'aptitude n'était historiquement qu'une visite d'embauche et de rupture du contrat. Or, progressivement, elle est devenue une notion centrale de la médecine du travail. Cependant, le rôle véritable du médecin du travail n'est-il pas de garantir la bonne santé des travailleurs tout au long de leur carrière professionnelle ? Ainsi, la notion d'aptitude pourrait s'effacer pour laisser place à l'adaptation des postes de travail aux hommes et aux femmes qui les occupent.

Dans le même temps, la présence limitée du médecin du travail dans le colloque singulier avec le travailleur, pourrait être compensée par un positionnement renforcé des personnels paramédicaux. Dans ce cadre, il s'agit de donner aux personnels infirmiers une place définie, valorisée et indispensable.

3. Refondre l'architecture institutionnelle de la médecine du travail

Intégrer la médecine du travail dans la santé publique

L'insertion des services de santé au travail dans le cadre des contrats d'objectifs et de moyens constitue une première étape dans le mouvement de transfert que doit opérer la médecine du travail du Ministère du travail au Ministère de la santé. En effet, la réforme du 20 juillet 2011 permet d'améliorer la coordination entre les services de santé au travail et les acteurs publics de la santé. Concrètement, les services de santé doivent désormais conclure

des contrats présentant les objectifs à tenir et les moyens d'y parvenir avec l'autorité administrative en charge de la santé dans le territoire et les organismes de Sécurité sociale compétents. Ces contrats d'objectifs et de moyens auront pour objet la mise en œuvre des politiques nationales en matière de santé, de sécurité et d'amélioration des conditions de travail, ainsi que l'adaptation régionale de ces politiques aux particularités locales⁷⁷. Il serait sans doute opportun de parachever cette réforme en intégrant la médecine du travail dans le champ des politiques de santé publique, en qualité de subdivision de cette dernière. La question peut se décliner également au niveau local. Qui est à même de piloter le mieux la santé au travail ? La géométrie de la mise en œuvre d'une santé au travail efficace pose la difficulté d'établir quel niveau d'action doit être privilégié et quels leviers doivent être utilisés afin de parvenir à une Qualité de Vie au Travail (QVT).

Plus fondamentalement, cette question pose également celle de la direction des services de santé au travail. Notre avis est qu'il faudrait construire un cadre susceptible de donner à la médecine du travail une latitude décisionnelle plus importante, favorisant la valorisation de son indépendance. Les services de santé au travail inter entreprises demeurent dirigés par les employeurs qui disposent d'une voix prépondérante. Or, cette situation ne présente pas toutes les garanties en termes de prévention des conflits d'intérêts. Le paritarisme qui est un pilier fondateur de la Sécurité sociale semble constituer une structure adéquate pour un tel pilotage, au-dessus des intérêts en présence au quotidien.

Structurer au niveau régional les services de médecine du travail et de santé au travail

Du choix de l'échelon adéquat dans la conduite de la médecine du travail, et dans le contrôle de son efficacité, dépendra la qualité de la prise en charge de la santé au travail. Il est à noter que si l'on privilégie une approche de proximité, bénéfique en termes d'adaptation de la politique de santé au travail aux spécificités locales, le gain pour les travailleurs serait plus visible, et la valorisation du métier de médecin du travail et des équipes de santé au travail une conséquence notable. A ce titre, quelques propositions ont déjà été faites afin d'élaborer une nouvelle structuration de la santé au travail dans le territoire. Dans le cadre d'une coordination renforcée entre la médecine du travail et l'inspection du travail, il serait possible de permettre l'émergence d'une pluridisciplinarité de la médecine du travail au niveau régional, et ce, dans un cadre de coopération entre employeurs, salariés, et organismes de

⁷⁷ Article. L. 4622-10 du Code du Travail

contrôle. L'autonomie gagnée par ces services serait un atout évident pour l'amélioration de la santé au travail.

B. La réforme apparaît néanmoins insuffisante au regard des défis majeurs posé à la santé au travail

1. Repenser la formation des professionnels de santé, médicaux comme paramédicaux

Etablir des passerelles entre fonction de médecin du travail et professeur des universités

Pour palier au nombre insuffisant de Professeurs d'université, il est envisageable de solliciter les médecins du travail des services de santé au travail les plus importants. En devenant Professeur des universités, Maître de conférences, ou intervenant ponctuel, un lien entre le terrain et la théorie serait rendu plus aisé. Cela permettrait également d'offrir un complément de rémunération aux médecins du travail, et dès lors de rendre plus attractif certains postes à hautes responsabilités.

Développer la formation universitaire in situ

L'un des constats de la formation des médecins du travail est qu'elle est trop éloignée de la réalité des pratiques quotidiennes. Dès lors, il serait opportun de développer la formation in situ en utilisant les services de santé du travail à demeure dans les CHU. Ces derniers seraient des terrains de stages naturels pour les étudiants de médecine. Et cela qu'ils se destinent ou non à la médecine du travail. Trop souvent en effet, les externes ne choisissent pas la spécialisation « médecine du travail » par méconnaissance.

Intégrer dans la spécialisation des internes, les champs de la pluridisciplinarité

La formation des médecins du travail n'intègre pas les différents champs composants l'équipe pluridisciplinaire qu'ils auront à coordonner. Aussi, il apparaît indispensable de mettre en place des cours relatifs à ces différents champs : ergonomie, risques psychosociaux, ...

2. Répondre au problème de la démographie médicale

Pallier la démographie par un pont entre médecine générale et médecine du travail.

Face à un accroissement continu du manque de médecins du travail, il serait sans doute opportun de donner la possibilité à un médecin généraliste de se reconvertir plus aisément dans une activité de médecine du travail. En effet, en milieu ou fin de carrière, il semblerait que les médecins généralistes soient davantage disposés à devenir médecin du travail.

Fusionner les services de pathologies professionnelles et les services de santé au travail au sein des CHU

Les CHU constituent des socles pour une formation efficace, et un développement de l'exercice du métier de médecin du travail ; les fusions avec les services de pathologies professionnelles sont à ce titre une évolution presque inéluctable.

Conclusion

Depuis sa création en France en 1946, la médecine du travail a fait l'objet de plusieurs réformes dont la dernière, datant du 20 juillet 2011, a tenté de redéfinir les contours d'intervention, en mettant l'accent sur la pluridisciplinarité indispensable de son fonctionnement, en confiant au médecin du travail un rôle d'animateur et de coordinateur de l'équipe de santé au travail, et en renforçant la prévention des risques professionnels. Ces derniers représentent un enjeu considérable pour les établissements de santé publics. Toutefois, en passant sous silence la question de son applicabilité aux hôpitaux, la réforme fut dès l'origine, de nature à semer le doute dans l'esprit des différents acteurs. Ceux-ci ont dès lors pu se livrer, selon leur capacité, à des expérimentations, dont l'impact sur la santé des travailleurs est difficile à évaluer à ce jour, notamment par manque d'indicateurs disponibles. Face à la montée de risques notamment liés à la souffrance au travail, à l'augmentation des TMS, et du nombre des maladies professionnelles, la médecine du travail nécessite plus que jamais de porter un regard des plus vigilants, auquel l'infirmier en santé au travail, l'IPRP, ou encore l'ASST, ne pourront que contribuer, surtout dans un contexte de « *démographie médicale déclinante* »⁷⁸.

Préserver la santé et la sécurité des travailleurs, tels sont les principaux objectifs assignés dès l'origine à la médecine du travail ; le médecin du travail n'est désormais plus le seul à pouvoir y contribuer. La principale difficulté restant pour chaque acteur à pouvoir trouver sa place au sein de ce dispositif, et suffisamment de légitimité pour mener à bien sa mission, dans le respect des prérogatives et compétences de chaque membre du service de santé.

Moins de deux ans après la réforme, il est encore trop tôt pour tirer un bilan définitif et incontestable des principaux apports de la réforme sur la santé au travail au sein des établissements publics de santé. Un nouveau texte, leur précisant de manière claire son application, et selon quelles modalités, sera de nature à faciliter l'appropriation de la réforme par l'ensemble des acteurs, et à favoriser sa mise en œuvre effective.

⁷⁸ Cf. Rapport précité de la Cour des comptes, *Les services de santé au travail interentreprises, une réforme en devenir ?*, novembre 2012

Bibliographie

Textes juridiques :

Directive :

- Directive 89/391/CEE du Conseil, du 12 juin 1989 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail

Lois :

- Loi du 9 avril 1898 sur les responsabilités des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail (Bulletin de l'Inspection, n°2, 1898)
- Loi n°46-2195 du 11 octobre 1946 relative à l'organisation des services médicaux du travail
- Loi n°91-1414 du 31 décembre 1991 modifiant le Code du Travail et le Code de la Santé Publique en vue de favoriser la prévention des risques professionnels et portant transposition de directives européennes relatives à la santé et à la sécurité du travail
- Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale
- Loi n°2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail

Décrets :

- Décret n°79-228 du 20 mars 1979 relatif aux Comités d'hygiène et de sécurité et à la formation à la sécurité
- Décret n°85-946 du 16 août 1985 modifiant le Code du Travail (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) et relatif aux Comités d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail dans les établissements mentionnés à l'article L 792 du Code de Santé Publique et dans les Syndicats Inter-hospitaliers.
- Décret n°85-947 du 16 août 1985 modifiant le code du travail (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) et relatif à l'organisation et au fonctionnement des services médicaux du travail dans les établissements mentionnés à l'article L. 792 du Code de la Santé Publique et dans les syndicats interhospitaliers.
- Décret n° 2004-760 du 28 juillet 2004 relatif à la réforme de la médecine du travail et modifiant le code du travail

- Décret n°2012-135 du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation de la médecine du travail
- Décret n°2012-137 du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation et au fonctionnement des services de santé au travail

Codes :

- Code de la Santé Publique
- Code du Travail

Circulaires :

- Circulaire DRT n°6 du 18 avril 2002 prises pour l'application du décret n°2001-1016 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, prévue par l'article L 230-2 (actuels articles L 4121-2 et L 4121-3 du Code du Travail et modifiant le Code du Travail)
- Circulaire Direction Générale du Travail n°13 du 9 novembre 2012 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine du travail et des services de santé au travail

Plan :

- Plan de Santé au Travail 2010-2014

Bilan :

- Conditions de travail, Bilan 2010, Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Direction Générale du Travail : Bilans & Rapports, La Documentation Française

Etude :

- VANDERSCHELEN M., 2009, *Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2008*, Etudes et Résultats (Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES)), N°676

Rapports :

- Rapport de la Cour des Comptes, *Les services de santé au travail interentreprises : une réforme en devenir*, novembre 2012, La Documentation Française

- *Le bilan de réforme de la médecine du travail*, Inspection Générale des Affaires Sociales RM2007-149P – IGAENR n°2007-087, octobre 2007, La Documentation Française
- *Bilan de la mise en œuvre de la pluridisciplinarité en matière de santé et de prévention des risques professionnels*, Direction Générale du Travail, Rapport pour la Direction générale du travail, Ministère du Travail, des Relations Sociales et de la Solidarité, Paris, décembre 2007

Reuves :

- ANONYME, *Les dispositions de la loi sur la médecine du travail du 20 juillet 2011*, Médecins, Bulletin d'Information de l'Ordre National des médecins, N°20, novembre-décembre 2011
- BAREL Yvan, FREMEAUX Sandrine, *Le rôle des médecins du travail dans les actions de prévention primaire*, AGRH, vol n°3, Nantes, 2012
- DOREMUS Benoît, *La réforme de la médecine du travail : une réponse aux attentes sociétales en santé et sécurité au travail ?*, Revue Droit et Santé, n°46, Mars 2012, collection les études hospitalières

Liste des annexes

1. Méthodologie
2. Extraits de la loi n° 2011-867 du 20 juillet relative à l'organisation de la médecine du travail
3. Circulaire DGT/n°13 du 09 novembre 2012 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine du travail et des services de santé au travail
4. Tableau de bord des entretiens
5. Grille type d'entretien
6. Grille d'entretien adaptée
7. Retranscriptions et synthèses d'entretiens

Annexe 1 : Méthodologie

Afin de mener à bien notre étude l'ensemble des membres du groupe a tout d'abord pris connaissance du dossier documentaire du MIP.

Lors de la première semaine nous avons tout d'abord échangé nos premières réflexions autour du sujet (*brain storming* sur tableau blanc). Chacun a pu à partir de ces premiers éléments réaliser une recherche documentaire sur Internet et à la bibliothèque de l'EHESP. Nous avons ensuite élaboré la problématique et avons tenté de dresser une liste exhaustive de l'ensemble des professionnels qu'il serait nécessaire de rencontrer. Les entretiens ont été répartis en fonction de nos centres d'intérêts respectifs et de nos régions d'origine. Les rendez-vous ont été pris par téléphone et par courriel. Un budget prévisionnel a été établi sous la coordination de deux membres du groupe référents. Nous avons réalisé une grille d'entretien commune, composée de plusieurs items⁷⁹, et adapté à la marge en fonction des différents interlocuteurs. Nous avons composé l'introduction (à partir de plusieurs propositions), établi une première ébauche de plan général, et un plan détaillé de la partie I concernant les enjeux et les apports de la réforme. Les premiers entretiens ont été réalisés en fin de semaine.

La seconde semaine du MIP a été consacrée à la réalisation des entretiens sur le terrain ou par téléphone, par binôme, trinôme ou en solitaire. Nous avons ensuite échangé les comptes rendus par courriel. La rédaction de la première partie a été réalisée par deux binômes du groupe.

Enfin, la dernière semaine a été consacrée à l'élaboration du plan détaillé de la deuxième partie de notre rapport, qui concerne l'analyse des entretiens. Les comptes rendus ont été comparés afin d'en rechercher les éléments communs et les divergences. Nous avons aussi repéré les propositions d'action qui constituent le matériau de notre troisième partie. Nous avons ensuite procédé à la répartition de la rédaction des deux dernières parties entre trois groupes (deux chargés de la partie II, et un chargé de la partie III). La bibliographie a été établie au fur et à mesure, chaque membre du groupe portant une attention particulière à recenser les sources utilisées. Un temps important a été réservé à la relecture en commun du document et à sa mise en forme.

Tout au long de ces trois semaines nous avons régulièrement échangé avec nos animateurs référents qui ont suivi et validé la progression de notre rapport.

⁷⁹Cf. Annexe

Annexe 2 : Extraits de la loi n° 2011-867 du 20 juillet relative à l'organisation de la médecine du travail

JORF n°0170 du 24 juillet 2011

Texte n°1

LOI

LOI n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail (1)

NOR: ETSX1104600L

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Article 1

I. — Le code du travail est ainsi modifié :

1° Les articles L. 4622-2 et L. 4622-4 sont ainsi rédigés :

« Art. L. 4622-2.-Les services de santé au travail ont pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail. A cette fin, ils :

« 1° Conduisent les actions de santé au travail, dans le but de préserver la santé physique et mentale des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel ;

« 2° Conseillent les employeurs, les travailleurs et leurs représentants sur les dispositions et mesures nécessaires afin d'éviter ou de diminuer les risques professionnels, d'améliorer les conditions de travail, de prévenir la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail, de prévenir ou de réduire la pénibilité au travail et la désinsertion professionnelle et de contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs ;

« 3° Assurent la surveillance de l'état de santé des travailleurs en fonction des risques concernant leur sécurité et leur santé au travail, de la pénibilité au travail et de leur âge ;

« 4° Participent au suivi et contribuent à la traçabilité des expositions professionnelles et à la veille sanitaire. »

« Art. L. 4622-4.-Dans les services de santé au travail autres que ceux mentionnés à l'article L. 4622-7, les missions définies à l'article L. 4622-2 sont exercées par les médecins du travail en toute indépendance. Ils mènent leurs actions en coordination avec les employeurs, les membres du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ou les délégués du personnel et les personnes ou organismes mentionnés à l'article L. 4644-1. » ;

EHESP – « Réforme de la médecine du travail : quelles conséquences sur la santé au travail dans les établissements de soins ? » – 2013V

2° La section 2 du chapitre II du titre II du livre VI de la quatrième partie est complétée par des articles L. 4622-8 à L. 4622-10 ainsi rédigés :

« Art. L. 4622-8.-Les missions des services de santé au travail sont assurées par une équipe pluridisciplinaire de santé au travail comprenant des médecins du travail, des intervenants en prévention des risques professionnels et des infirmiers. Ces équipes peuvent être complétées par des assistants de services de santé au travail et des professionnels recrutés après avis des médecins du travail. Les médecins du travail animent et coordonnent l'équipe pluridisciplinaire.

« Art. L. 4622-9.-Les services de santé au travail comprennent un service social du travail ou coordonnent leurs actions avec celles des services sociaux du travail prévus à l'article L. 4631-1.

« Art. L. 4622-10.-Les priorités des services de santé au travail sont précisées, dans le respect des missions générales prévues à l'article L. 4622-2, des orientations de la politique nationale en matière de protection et de promotion de la santé et de la sécurité au travail, d'amélioration des conditions de travail, ainsi que de son volet régional, et en fonction des réalités locales, dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu entre le service, d'une part, l'autorité administrative et les organismes de sécurité sociale compétents, d'autre part, après avis des organisations d'employeurs, des organisations syndicales de salariés représentatives au niveau national et des agences régionales de santé.

« Les conventions prévues à l'article L. 422-6 du code de la sécurité sociale sont annexées à ce contrat.

« La durée, les conditions de mise en œuvre et les modalités de révision des contrats d'objectifs et de moyens prévus au premier alinéa sont déterminées par décret. » ;

3° L'article L. 4622-8 devient l'article L. 4622-17 ;

4° La sous-section 2 de la section unique du chapitre III du titre II du livre VI de la quatrième partie est complétée par un article L. 4623-8 ainsi rédigé :

« Art. L. 4623-8.-Dans les conditions d'indépendance professionnelle définies et garanties par la loi, le médecin du travail assure les missions qui lui sont dévolues par le présent code. » ;

5° Le chapitre IV du même titre II est ainsi modifié :

a) L'intitulé est ainsi rédigé : « Actions et moyens des membres des équipes pluridisciplinaires de santé au travail » ;

b) Il est ajouté un article L. 4624-4 ainsi rédigé :

« Art. L. 4624-4.-Des décrets en Conseil d'Etat précisent les modalités d'action des personnels concourant aux services de santé au travail ainsi que les conditions d'application du présent chapitre. » ;

6° Le titre IV du livre VI de la quatrième partie est ainsi modifié :

a) A son intitulé, après le mot : « Institutions », sont insérés les mots : « et personnes » ;

VI - EHESP – « Réforme de la médecine du travail : quelles conséquences sur la santé au travail dans les établissements de soins ? » – 2013

b) Il est ajouté un chapitre IV ainsi rédigé :

« Chapitre IV

« Aide à l'employeur pour la gestion de la santé

et de la sécurité au travail

« Art. L. 4644-1.-I. — L'employeur désigne un ou plusieurs salariés compétents pour s'occuper des activités de protection et de prévention des risques professionnels de l'entreprise.

« Le ou les salariés ainsi désignés par l'employeur bénéficient, à leur demande, d'une formation en matière de santé au travail dans les conditions prévues aux articles L. 4614-14 à L. 4614-16.

« A défaut, si les compétences dans l'entreprise ne permettent pas d'organiser ces activités, l'employeur peut faire appel, après avis du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ou, en son absence, des délégués du personnel, aux intervenants en prévention des risques professionnels appartenant au service de santé au travail interentreprises auquel il adhère ou dûment enregistrés auprès de l'autorité administrative disposant de compétences dans le domaine de la prévention des risques professionnels et de l'amélioration des conditions de travail.

« L'employeur peut aussi faire appel aux services de prévention des caisses de sécurité sociale avec l'appui de l'Institut national de recherche et de sécurité dans le cadre des programmes de prévention mentionnés à l'article L. 422-5 du code de la sécurité sociale, à l'organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics et à l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail et son réseau.

« Cet appel aux compétences est réalisé dans des conditions garantissant les règles d'indépendance des professions médicales et l'indépendance des personnes et organismes mentionnés au présent I. Ces conditions sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

« II. — Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret. »

II. — Le 6° du I entre en vigueur à la date de publication des décrets prévus au II de l'article L. 4644-1 du code du travail et au plus tard le 1er juin 2012.

III. — L'habilitation d'intervenant en prévention des risques professionnels délivrée avant la date d'entrée en vigueur de la présente loi vaut enregistrement, au sens de l'article L. 4644-1 du code du travail, pendant une durée de trois ans à compter de la date de promulgation de la présente loi.

IV. — A l'issue d'un délai de dix-huit mois à compter de la promulgation de la présente loi, les clauses des accords collectifs comportant des obligations en matière d'examen médicaux réalisés par le médecin du travail différentes de celles prévues par le code du travail ou le code rural et de la pêche maritime sont réputées caduques.

Article 2

Le chapitre IV du titre II du livre VI de la quatrième partie du code du travail est complété par un article L. 4624-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 4624-3.-I. — Lorsque le médecin du travail constate la présence d'un risque pour la santé des travailleurs, il propose par un écrit motivé et circonstancié des mesures visant à la préserver.

« L'employeur prend en considération ces propositions et, en cas de refus, fait connaître par écrit les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite.

« II. — Lorsque le médecin du travail est saisi par un employeur d'une question relevant des missions qui lui sont dévolues en application de l'article L. 4622-3, il fait connaître ses préconisations par écrit.

« III. — Les propositions et les préconisations du médecin du travail et la réponse de l'employeur, prévues aux I et II du présent article, sont tenues, à leur demande, à la disposition du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ou, à défaut, des délégués du personnel, de l'inspecteur ou du contrôleur du travail, du médecin inspecteur du travail ou des agents des services de prévention des organismes de sécurité sociale et des organismes mentionnés à l'article L. 4643-1. »

Article 3

La section 2 du chapitre II du même titre II est complétée par un article L. 4622-11 ainsi rédigé :

« Art. L. 4622-11.-Le service de santé au travail est administré paritairement par un conseil composé :

« 1° De représentants des employeurs désignés par les entreprises adhérentes ;

« 2° De représentants des salariés des entreprises adhérentes, désignés par les organisations syndicales représentatives au niveau national et interprofessionnel.

« Le président, qui dispose d'une voix prépondérante en cas de partage des voix, est élu parmi les représentants mentionnés au 1°. Il doit être en activité.

« Le trésorier est élu parmi les représentants mentionnés au 2°.

« Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret. »

Article 4

La même section 2 est complétée par un article L. 4622-12 ainsi rédigé :

« Art. L. 4622-12.-L'organisation et la gestion du service de santé au travail sont placées sous la surveillance :

VIII - EHESP – « Réforme de la médecine du travail : quelles conséquences sur la santé au travail dans les établissements de soins ? » – 2013

« 1° Soit d'un comité interentreprises constitué par les comités d'entreprise intéressés ;

« 2° Soit d'une commission de contrôle composée pour un tiers de représentants des employeurs et pour deux tiers de représentants des salariés. Son président est élu parmi les représentants des salariés. »

Article 5

La même section 2 est complétée par des articles L. 4622-13 et L. 4622-14 ainsi rédigés :

« Art. L. 4622-13.-Dans le service de santé au travail interentreprises, une commission médico-technique a pour mission de formuler des propositions relatives aux priorités du service et aux actions à caractère pluridisciplinaire conduites par ses membres.

« Art. L. 4622-14.-Le service de santé au travail interentreprises élabore, au sein de la commission médico-technique, un projet de service pluriannuel qui définit les priorités d'action du service et qui s'inscrit dans le cadre du contrat d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 4622-10. Le projet est soumis à l'approbation du conseil d'administration. »

Article 6

L'article L. 1237-15 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Pour les médecins du travail, la rupture conventionnelle est soumise à l'autorisation de l'inspecteur du travail, après avis du médecin inspecteur du travail. »

Article 7

Après l'article L. 4623-5 du même code, il est inséré un article L. 4623-5-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 4623-5-1.-La rupture du contrat de travail à durée déterminée d'un médecin du travail avant l'échéance du terme en raison d'une faute grave ou de son inaptitude médicale, ou à l'arrivée du terme lorsque l'employeur n'envisage pas de renouveler un contrat comportant une clause de renouvellement, ne peut intervenir qu'après autorisation de l'inspecteur du travail dont dépend le service de santé au travail, après avis du médecin inspecteur du travail, dans les conditions prévues à l'article L. 4623-5. »

Article 8

Après l'article L. 4623-5 du même code, il est inséré un article L. 4623-5-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 4623-5-2.-L'arrivée du terme du contrat de travail à durée déterminée n'entraîne sa rupture qu'après constatation par l'inspecteur du travail que celle-ci n'est pas en lien avec l'exercice des missions de médecin du travail et ne constitue pas une mesure discriminatoire.

« L'employeur saisit l'inspecteur du travail un mois avant l'arrivée du terme.

« L'inspecteur du travail statue avant la date du terme du contrat. »

Article 9

Après l'article L. 4623-5 du même code, il est inséré un article L. 4623-5-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 4623-5-3.-Le transfert d'un médecin du travail compris dans un transfert partiel de service de santé au travail par application de l'article L. 1224-1 ne peut intervenir qu'après autorisation de l'inspecteur du travail dont dépend le service de santé au travail, après avis du médecin inspecteur du travail. L'inspecteur du travail s'assure que le transfert n'est pas en lien avec l'exercice des missions du médecin du travail et ne constitue pas une mesure discriminatoire. »

Article 10

I. — Au chapitre V du titre II du livre VI de la quatrième partie du même code, il est inséré un article L. 4625-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 4625-2.-Un accord collectif de branche étendu peut prévoir des dérogations aux règles relatives à l'organisation et au choix du service de santé au travail ainsi qu'aux modalités de surveillance de l'état de santé des travailleurs dès lors que ces dérogations n'ont pas pour effet de modifier la périodicité des examens médicaux définie par le présent code.

« Ces dérogations concernent les catégories de travailleurs suivantes :

« 1° Artistes et techniciens intermittents du spectacle ;

« 2° Mannequins ;

« 3° Salariés du particulier employeur ;

« 4° Voyageurs, représentants et placiers.

« L'accord collectif de branche étendu après avis du Conseil national de l'ordre des médecins peut prévoir que le suivi médical des salariés du particulier employeur et des mannequins soit effectué par des médecins non spécialisés en médecine du travail qui signent un protocole avec un service de santé au travail interentreprises. Ces protocoles prévoient les garanties en termes de formation des médecins non spécialistes, les modalités de leur exercice au sein du service de santé au travail ainsi que l'incompatibilité entre la fonction de médecin de soin du travailleur ou de l'employeur et le suivi médical du travailleur prévu par le protocole. Ces dispositions ne font pas obstacle à l'application de l'article L. 1133-3.

« En cas de difficulté ou de désaccord avec les avis délivrés par les médecins mentionnés au septième alinéa du présent article, l'employeur ou le travailleur peut solliciter un examen médical auprès d'un médecin du travail appartenant au service de santé au travail interentreprises ayant signé le protocole. »

II. — En l'absence d'accord étendu dans un délai de douze mois à compter de la date de promulgation de la présente loi, un décret en Conseil d'Etat pris après avis du Conseil national de l'ordre des médecins détermine les règles applicables à ces catégories de travailleurs.

X - EHESP – « Réforme de la médecine du travail : quelles conséquences sur la santé au travail dans les établissements de soins ? » – 2013

III. — Le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur l'évaluation du recours à des médecins non spécialisés en médecine du travail prévu à l'article L. 4625-2 du code du travail, dans un délai de trois ans après l'entrée en vigueur de la présente loi.

Article 11

La section 2 du chapitre II du même titre II est complétée par un article L. 4622-15 ainsi rédigé :

« Art. L. 4622-15.-Toute convention intervenant directement ou par personne interposée entre le service de santé au travail et son président, son directeur ou l'un de ses administrateurs doit être soumise à l'autorisation préalable du conseil d'administration.

« Il en est de même des conventions auxquelles une des personnes visées au premier alinéa est indirectement intéressée.

« Sont également soumises à autorisation préalable les conventions intervenant entre le service de santé au travail et une entreprise si le président, le directeur ou l'un des administrateurs du service de santé au travail est propriétaire, associé indéfiniment responsable, gérant, administrateur, membre du conseil de surveillance ou, de façon générale, dirigeant de cette entreprise.

« Lorsque les trois premiers alinéas sont applicables au président du service de santé au travail ou à l'un de ses administrateurs, il ne peut prendre part au vote sur l'autorisation sollicitée.

« Lorsque les conventions portent sur des opérations courantes ou conclues à des conditions usuelles, elles font uniquement l'objet d'une communication au président et aux membres du conseil d'administration. »

Article 12

L'article L. 4623-1 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation au premier alinéa, un décret fixe les conditions dans lesquelles les services de santé au travail peuvent recruter, après délivrance d'une licence de remplacement et autorisation par les conseils départementaux compétents de l'ordre des médecins, à titre temporaire, un interne de la spécialité qui exerce sous l'autorité d'un médecin du travail du service de santé au travail expérimenté. »

Article 13

La section 2 du chapitre II du titre II du livre VI de la quatrième partie du même code est complétée par un article L. 4622-16 ainsi rédigé :

« Art. L. 4622-16.-Le directeur du service de santé au travail interentreprises met en œuvre, en lien avec l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail et sous l'autorité du président, les actions approuvées par le conseil d'administration dans le cadre du projet de service pluriannuel. »

Article 14

Le chapitre V du même titre II est ainsi modifié :

1° Après le mot : « médicale », la fin de l'intitulé est ainsi rédigée : « de catégories particulières de travailleurs » ;

2° Il est inséré un article L. 4625-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 4625-1.-Un décret détermine les règles relatives à l'organisation, au choix et au financement du service de santé au travail ainsi qu'aux modalités de surveillance de l'état de santé des travailleurs applicables aux catégories de travailleurs suivantes :

« 1° Salariés temporaires ;

« 2° Stagiaires de la formation professionnelle ;

« 3° Travailleurs des associations intermédiaires ;

« 4° Travailleurs exécutant habituellement leur contrat de travail dans une entreprise autre que celle de leur employeur ;

« 5° Travailleurs éloignés exécutant habituellement leur contrat de travail dans un département différent de celui où se trouve l'établissement qui les emploie ;

« 6° Travailleurs détachés temporairement par une entreprise non établie en France ;

« 7° Travailleurs saisonniers.

« Ces travailleurs bénéficient d'une protection égale à celle des autres travailleurs.

« Des règles et modalités de surveillance adaptées ne peuvent avoir pour effet de modifier la périodicité des examens médicaux définie par le présent code.

« Des règles adaptées relatives à l'organisation du service de santé au travail ne peuvent avoir pour effet de modifier les modalités de composition et de fonctionnement du conseil d'administration prévues à l'article L. 4622-11.

« Pour tenir compte de spécificités locales en matière de recours à des travailleurs saisonniers, l'autorité administrative peut approuver des accords adaptant les modalités définies par décret sous réserve que ces adaptations garantissent un niveau au moins équivalent de protection de la santé aux travailleurs concernés. »

Article 15

I. — Après la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 717-3 du code rural et de la pêche maritime, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« Par exception aux dispositions de l'article L. 4622-11 du code du travail, le service de santé au travail est administré paritairement selon les modalités prévues au troisième alinéa de l'article L. 723-35 du présent code. »

XII - EHESP – « Réforme de la médecine du travail : quelles conséquences sur la santé au travail dans les établissements de soins ? » – 2013

II. — L'article L. 717-7 du même code est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Elles apportent également leur contribution à la prévention de la pénibilité. » ;

2° Les deuxième et troisième alinéas sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :

« Les modalités de fonctionnement des commissions sont précisées par un accord collectif national étendu ou, à défaut, par décret. » ;

3° Les deux dernières phrases du quatrième alinéa sont ainsi rédigées :

« Les membres employeurs bénéficient d'une indemnité forfaitaire représentative du temps passé d'un montant égal à celui prévu par l'article L. 723-37 pour les administrateurs du troisième collège de la caisse de mutualité sociale agricole. Les frais de déplacement exposés par les membres de la commission, les salaires maintenus par les employeurs ainsi que les cotisations sociales y afférentes et les indemnités représentatives du temps passé sont pris en charge par le Fonds national de prévention créé en application de l'article L. 751-48 et, dans les départements d'outre-mer, par le Fonds national de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles géré par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. » ;

4° Le dernier alinéa est ainsi rédigé :

« Un décret détermine les conditions d'application du présent article. » ;

Article 16

Le code du travail est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa de l'article L. 4745-1, la référence : « L. 4623-7 » est remplacée par les références : « L. 4624-3 et L. 4644-1 » ;

2° Les articles L. 5132-12, L. 7214-1 et L. 7424-4 sont abrogés ;

3° Le 5° de l'article L. 7221-2 est ainsi rédigé :

« 5° A la surveillance médicale définie au titre II du livre VI de la quatrième partie. » ;

4° L'article L. 7211-3 est complété par un 7° ainsi rédigé :

« 7° A la surveillance médicale définie au titre II du livre VI de la quatrième partie. » ;

5° L'article L. 5132-17 est ainsi rédigé :

« Art. L. 5132-17.-Un décret détermine la liste des employeurs habilités à mettre en œuvre les ateliers et chantiers d'insertion mentionnée à l'article L. 5132-15. »

Article 17

Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

1° Après le premier alinéa de l'article L. 717-1, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« L'article L. 4625-2 du code du travail ne s'applique pas aux voyageurs, représentants et placiers dont les employeurs sont mentionnés au premier alinéa du présent article. » ;

2° L'article L. 717-2 est ainsi modifié :

a) La première phrase du premier alinéa est ainsi rédigée :

« Des décrets déterminent les règles relatives à l'organisation et au fonctionnement des services de santé au travail en agriculture ainsi que les conditions d'application des articles L. 4622-10, L. 4622-14, L. 4625-1 et L. 4644-1 du code du travail. » ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Des décrets en Conseil d'Etat précisent les modalités d'action des personnels concourant aux services de santé au travail en agriculture et les conditions d'application des articles L. 4624-1 et L. 4622-16 du code du travail. »

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 20 juillet 2011.

Nicolas Sarkozy

Par le Président de la République :

Le Premier ministre,
François Fillon
Le ministre du travail,
de l'emploi et de la santé,
Xavier Bertrand

(1) Travaux préparatoires : loi n° 2011-867. Sénat : Proposition de loi n° 106 (2010-2011) ; Rapport de Mme Anne-Marie Payet, au nom de la commission des affaires sociales, n° 232 (2010-2011) ; Texte de la commission n° 233 (2010-2011) ; Discussion et adoption le 27 janvier 2011 (TA n° 57, 2010-2011). Assemblée nationale : Proposition de loi, adoptée par le Sénat, n° 3120 ; Rapport de M. Guy Lefrand, au nom de la commission des affaires sociales, n° 3529 rectifié ; Discussion le 30 juin 2011 et adoption le 5 juillet 2011 (TA n° 702). Sénat : Proposition de loi, modifiée par l'Assemblée nationale, n° 709 (2010-2011) ; Rapport de Mme Anne-Marie Payet, au nom de la commission des affaires sociales, n° 720 (2010-2011) ; Texte de la commission n° 721 (2010-2011) ; Discussion et adoption le 8 juillet 2011 (TA n° 164, 2010-2011).

Annexe 3 : Circulaire DGT/n°13 du 09 novembre 2012 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine du travail et des services de santé au travail

Le ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social

à

Mesdames et Messieurs les Préfets de région,

Mesdames et Messieurs les Directeurs régionaux des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi,

Mesdames et Messieurs les Préfets de département,

Mesdames et Messieurs les Responsables d'unité territoriale,

Mesdames et Messieurs les Chefs de pôle T,

Mesdames et Messieurs les Médecins inspecteurs du travail,

Mesdames et Messieurs les Inspecteurs et contrôleurs du travail

CIRCULAIRE DGT/ n° 13 du 9 novembre 2012 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine du travail et des services de santé au travail

Date d'application : immédiate

NOR : ETST1239145C

Mots clés : Médecine du travail – Service de santé au travail – Travail
Textes de références : Loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail Décret n° 2012-135 du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation de la médecine du travail Décret n° 2012-137 du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation et au fonctionnement des services de santé au travail
Textes créés : Articles L. 4622-2 et suivants du code du travail Articles R. 4621-1 et suivants du code du travail
Textes abrogés : Circulaire du 17 février 1992 relative à la médecine du travail des travailleurs temporaires Circulaire du 13 janvier 2004 relative à la mise en œuvre de la pluridisciplinarité dans les services de santé au travail Circulaire du 7 avril 2005 relative à la réforme de la médecine du travail Circulaire du 5 février 2007 relative à l'application de la santé au travail à destination des salariés éloignés

SOMMAIRE

INTRODUCTION	4
NOTE SYNTHETIQUE	5
1. Une réforme en profondeur mais dans la continuité des précédents textes.....	5
2. Le sens de la réforme issue de la loi du 20 juillet 2011 et des décrets du 30 janvier 2012 et ses principaux apports	7
3. Principaux repères pour l'action	14
PRESENTATION DETAILLEE	17
PREMIERE PARTIE : LES SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL	19
I. L'ORGANISATION DES SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL	19
1.1. Une organisation des services de santé au travail autonomes simplifiée et améliorée	20
1.1.1. La création d'un SST de groupe	20
1.1.2. La possibilité de faire suivre les salariés de certaines entreprises par un service autonome.....	20
1.1.3. Les SST inter-établissements ou de groupes, constitués d'établissements ou d'entreprises situés dans des régions différentes.....	21
1.1.4. Le contrôle social du SST autonome.....	22
1.2. Les services de santé au travail interentreprises.....	22
1.2.1. Les différentes formes de services de santé au travail interentreprises	22
1.2.2. Des relations entre l'entreprise adhérente et le SSTI précisées.....	23
1.2.3. La gouvernance paritaire du service de santé au travail interentreprises	24
1.2.4. La commission médico-technique, une instance professionnelle.....	27
II. UNE PLURALITE D'ACTEURS AU SERVICE DE LA PLURIDISCIPLINARITE	29
2.1. L'équipe pluridisciplinaire de santé au travail.....	29
2.2. Les personnels concourant au service de santé au travail.....	30
2.2.1. Le médecin du travail.....	30
2.2.2. Le collaborateur médecin	39
2.2.3. L'étudiant de deuxième cycle et l'interne en médecine du travail	41
2.2.4. Le personnel infirmier.....	42
2.2.5. L'assistant de service de santé au travail.....	44
2.3. L'Intervenant en Prévention des Risques Professionnels	45
2.3.1. L'IPRP dans les services de santé au travail interentreprises	45
2.3.2. L'IPRP externe	47
2.4. L'appel à compétences pour s'occuper des activités de protection et de prévention des risques professionnels de l'entreprise.....	49
III. LES MISSIONS ET ACTIONS DES SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL	53
3.1 Les actions sur le milieu de travail.....	53
3.1.1. Les principales actions en milieu de travail	53
3.1.2. Des moyens garantis pour s'assurer de l'effectivité des actions sur le milieu de travail.....	55
3.2. Le suivi individuel de l'état de santé du salarié	57
3.2.1. L'examen d'embauche.....	57
3.2.2. Les examens périodiques dans le cadre de la surveillance médicale, y compris renforcée	58
3.2.3. Les examens de pré-reprise et de reprise	60
3.2.4. L'examen à la demande.....	62

3.2.5. Les examens complémentaires.....	62
3.2.6. La déclaration d'aptitude et d'inaptitude.....	62
DEUXIEME PARTIE : CONTRACTUALISATION, AGREMENT, CONTROLE ET PILOTAGE.....	64
I. LE PROJET DE SERVICE PLURIANNUEL.....	65
II. L'AGREMENT.....	66
2.1. L'agrément, un instrument renouvelé qui répond à des objectifs ambitieux.....	66
2.2. La procédure d'agrément : une procédure harmonisée et simplifiée.....	69
2.2.1. La demande d'agrément par le service de santé au travail.....	69
2.2.2. L'examen de la demande par le DIRECCTE.....	70
2.2.3. L'agrément conditionnel, la modification, et le retrait de l'agrément (article D. 4622-51 du code du travail).....	72
2.2.4. Les voies et délais de recours.....	72
III. LA CONTRACTUALISATION AVEC LES SSTI.....	73
3.1. Une démarche structurante pour les SSTI.....	73
3.2. Un cadre fédérateur pour toute contractualisation avec des SSTI.....	74
3.3. La construction de partenariats étroits entre les différents acteurs.....	74
3.4. Des repères communs pour le contenu du CPOM.....	76
IV. LE CONTROLE ET LE PILOTAGE DES SST PAR L'ETAT.....	78
4.1. Le contrôle administratif.....	78
4.1.1. Deux interlocuteurs privilégiés et complémentaires.....	78
4.1.2. Le contrôle du service.....	79
4.2. Le contrôle de l'inspection du travail.....	81
TROISIEME PARTIE : LES CATEGORIES PARTICULIERES DE TRAVAILLEURS.....	84
I. LES TRAVAILLEURS TEMPORAIRES.....	84
1.1. Un agrément spécifique du service de santé au travail.....	84
1.2. Les actions du médecin du travail.....	86
1.2.1. Les actions sur le milieu de travail.....	86
1.2.2. Les examens médicaux.....	86
II. LES TRAVAILLEURS DES ASSOCIATIONS INTERMEDIAIRES.....	87
2.1. Une adhésion à un service de santé au travail interentreprises obligatoire.....	88
2.2. Les missions et actions du SSTI.....	88
III. LES SALAIRES SAISONNIERS.....	89
IV. LES SALAIRES DES ENTREPRISES EXTERIEURES TRAVAILLANT DANS UNE ENTREPRISE UTILISATRICE.....	90

Annexe 4 : Tableau de bord des entretiens

Filière	Nom Prénom	Date	Lieu du rendez vous	Initiale	Titre ou fonction
DS	PICAUD Sylvie	30 avril	ILLE-et-VILAINE	M. C	Ergonome FPH
D3S	LE FEUVRE Hélène				
MIRT	ALVES James				
MIRT	ALVES James	02 mai	Entretien téléphonique	M.B	Infirmier en santé au travail CH Chargé du dossier santé travail Santé Sociaux UNSA
IASS	ADJRAFI Karim	03 mai	ILLE-et-VILAINE	Mme S	DRH CHU
AAH	HOIBIAN Justine				
D3S	LE FEUVRE Hélène	03 mai	Entretien téléphonique	Mme L	Directrice EHPAD en Mayenne
AAH	TOURRE Audrey	03 mai	BREST	M. Z	PU-PH Enseignant en santé au travail
DH	DARIN Jean-Philippe				
MIRT	ALVES James	03 mai	Entretien téléphonique	M. P	Président d'un conseil départemental de l'ordre des infirmiers Infirmier en santé au travail dans un SST autonome
DS	PICAUD Sylvie	06 mai	POITOU-CHARENTES	M. B	Médecin du travail FPH
DH	DARIN Jean-Philippe	07 mai	LYON	M. Y	Médecin coordonnateur des Services au Travail inter-entreprises
AAH	TOURRE Audrey				
DH	DULUC Gilles	07 mai	RENNES	M. D	Docteur en droit et en Médecine coordonnateur des Services au Travail inter-entreprises
D3S	LE FEUVRE Hélène				
DS	PICAUD Sylvie	07 mai	Entretien téléphonique	Mme S	Assistante administrative de santé au travail CHRU
DS	PICAUD Sylvie	07 mai	ILLE-et-VILAINE	Mme V Mme T	2 Médecins du travail FPH
AAH	TOURRE Audrey	07 Mai	VILLEURBANNE	Mme Z	MIRT
DH	DARIN Jean-Philippe				
DH	DULUC Gilles	13 mai	PARIS	M. G	Délégué fédéral FO santé
D3S	LAKHAL Fouad				
DH	DULUC Gilles	13 mai	PARIS	M. B	Médecin du travail AHPH
D3S	LAKHAL Fouad				
D3S	BROSSART Jean-Michel	13 mai	ROUEN	Mme F	Cadre de santé de SST
DH	DULUC Gilles	17 mai	PARIS	M. D	Président de la CNAM-TS
D3S	LAKHAL Fouad	17 mai			

Annexe 5 : Grille type d'entretien

Questionnaire MIP groupe n°26 : Réforme de la médecine du travail

I- Présentation de l'interlocuteur et de son environnement

- Pouvez-vous nous présenter vos fonctions ? Votre situation (statutaire) ? L'articulation de vos fonctions avec la médecine du travail ?
- Quelle est la composition de l'équipe à laquelle vous appartenez? De quelles formations ont-ils bénéficiés ?
- De combien d'agents s'occupe la médecine du travail dans votre établissement ?
- Quels sont vos interlocuteurs privilégiés ?

II-Point de vue sur la médecine du travail

- Quelle est votre conception de la médecine du travail ?
- Quelle est pour vous la constitution d'une équipe de médecine du travail ? Quelle serait pour vous sa constitution idéale ? Connaissez-vous les IPRP (Intervenants en Prévention des Risques Professionnels), ASST (Assistant des Services de Santé au Travail) ?
- Quel rôle particulier occupe le médecin du travail au sein de la médecine du travail ?
- Quel est votre pouvoir d'action sur la santé des agents ?
- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans votre activité ? Estimez-vous avoir les moyens suffisants pour agir ?

III- La réforme de la médecine du travail de 2011

- Avez-vous eu une information concernant la réforme de la médecine du travail de 2011?
- A votre avis, quels sont les principaux apports de la réforme ?
- Selon vous renforce-t-elle la pluridisciplinarité ? Avez-vous des exemples ?
- Avez-vous des projets en cours, en lien avec la réforme ?
- Quel est votre avis sur l'indépendance du médecin du travail ?
- Existe-t-il un projet de service ? Un projet pluriannuel ?
- Comment conciliez-vous les contraintes du service (service de soins) avec le pouvoir de préconisation du médecin du travail ?
- Quel est votre regard sur l'extension du droit d'alerte du médecin du travail ?
- Avez-vous eu les moyens de mettre en œuvre la réforme? Si non, pourquoi ? Si oui, depuis quelle date ?
- Quels seraient vos souhaits et propositions ?

Annexe 6 : Grille d'entretien adaptée

Questionnaire MIP groupe n°26 : Réforme de la médecine du travail

Exemple de grille d'entretien adaptée :

entretien M. Z PU-PH Enseignant en santé au travail

I- Présentation de l'interlocuteur et de son environnement

- Pouvez-vous nous présenter vos fonctions ? Votre situation (statutaire) ? L'articulation de vos fonctions avec la médecine du travail ?
- De combien d'agents s'occupe la médecine du travail au sein de votre établissement ?
- Quels sont vos interlocuteurs/partenaires privilégiés ?
- **Quels sont vos rapports avec la DIRECCTE, l'ARS, les Caisses de Sécurité Sociale ?**

II-Point de vue sur la médecine du travail

- Quelle est votre conception de la médecine du travail ? Qu'est ce qu'elle recouvre, selon vous ?
- Quelle est la constitution d'une équipe de médecine du travail ? Quelle serait pour vous sa constitution idéale ? Connaissez-vous les IPRP (Intervenants en prévention des risques pro), ASST (assistant des services de santé au travail) ?
- Quel rôle particulier occupe le médecin du travail au sein de la médecine du travail ?
- Quel est votre pouvoir d'action sur la santé des agents ?
- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans votre activité ? Estimez-vous avoir les moyens suffisants pour agir ?
- Quel est votre avis sur l'attractivité du métier de médecin du travail ?

III- La réforme de la médecine du travail de 2011

- Comment s'est réalisée l'information concernant la réforme de la médecine du travail de 2011? Et quel en a été le circuit de diffusion au sein de vos services ?
- A votre avis quels sont les principaux apports de la réforme ?
- Avez-vous eu les moyens de la mettre en œuvre ? Si non pourquoi ? Si oui depuis quelle date ?
- Selon vous renforce-t-elle la pluridisciplinarité ? Avez-vous des exemples ?
- Avez-vous des projets en cours, en lien avec la réforme ?
- Quel est votre avis sur l'indépendance du médecin du travail ?
- Existe-t-il un projet de service ? Un projet pluriannuel ?
- Existe-t-il une catégorie de risques auxquels votre structure porte une attention particulière au titre de la prévention ?

- **Quel type d'actions mène votre structure au titre de la prévention ? Et pour quelle efficacité ?**
- Avez-vous des retours sur les difficultés à concilier préconisation du médecin du travail et faisabilité des DRH ?
- Quel est votre regard sur l'extension du droit d'alerte du médecin du travail ?
- Quelles sont selon vous les limites de la réforme ?
- Quels seraient vos souhaits et propositions ?
- **Nous avons vu que vous êtes le responsable pédagogique du DIU Santé au travail option infirmier à l'Université, pouvez vous nous en parler ? Avez-vous des retours ? Effectuez-vous d'autres formations ?**
- Souhaitez-vous nous faire passer un message plus particulier ?

Annexe 7 : Retranscriptions et synthèses d'entretiens :

Synthèse de l'entretien réalisé avec M D, docteur en droit et en médecine, le 07 mai de 14h à 15h30

Ses propos et points de vue pourront être cités en sa qualité de coordinateur national d'EPST (établissement public à caractère scientifique et technologique), en l'occurrence l'INSERM (institut national de la santé et de la recherche médicale)

1. Fonctions

- actuellement, médecin du travail coordinateur à l'INSERM et chercheur associé au CNRS.
- auparavant, médecin généraliste, puis médecin du travail dans un service inter-entreprise depuis 1998
- docteur en droit (master et thèse droit santé et éthique)

2. Rôle de la médecine du travail

Préservation de la santé physique et mentale des travailleurs, au sens d'une préservation biomédicale. (cf - définition c. du travail).

Souhait de M.D que la médecine de conseil reste une médecine de conseil et pas de décision (ce qui est le rôle des employeurs). Référence à l'actualité concernant les 3 médecins du travail poursuivis en conseil de l'ordre pour ne pas avoir détecté la relation entre conditions de travail et santé des travailleurs.

3. Médecine du travail dans le public et le privé

Pas vraiment de différence selon lui. Le pouvoir du médecin et son action sur la santé des travailleurs sont relativement semblables (à l'exception de quelques différences de procédure).

Par rapport à la fonction publique d'Etat, le Pr. D considère que les pouvoirs du médecin du travail sont équivalents avec ceux du médecin du travail dans le privé. Il évoque toutefois une notion qui établit une différence entre médecin du travail dans le privé et médecin du travail dans la FPE : l'aptitude. En effet, il n'y a pas d'inaptitude dans la FPE qui permette de faire perdre son emploi à un agent. Son poste oui, son emploi non. Il y a en revanche une inadéquation entre l'état de santé du travailleur et le poste concerné.

Les recommandations du médecin du travail doivent faire l'objet d'un agrément de la part de l'employeur. Sinon, l'employeur doit motiver sa décision de rejet. Dans ce cas, le CHSCT en est informé.

Dans la FPH : La seule différence selon notre interlocuteur est que dans le secteur privé, le médecin du travail ne peut en aucun cas se substituer aux prérogatives de l'employeur. Mais, dans la FPH, le médecin du travail peut se le permettre sur un aspect : la vaccination. De plus, le seuil de 1500 constitue une différence.

4. Apports de la réforme (peu selon lui)

- Formalisation de l'obligation de conseil du médecin envers l'employeur en matière de prévention collective et réciproquement (avant, c'était juste une obligation de suivi individuel). De cette obligation, découlent des enjeux de responsabilité importants notamment dans le cas des risques cancérogènes à effets différés et les risques psycho-sociaux.

- Mesures pour pallier au manque de médecins du travail, telles que les médecins collaborateurs et les entretiens infirmiers... Vive critique de ces 2 dispositifs :

- l'infirmière ne peut faire le travail du médecin (pas de compétence sur l'aptitude ni possibilité de réaliser un examen médical) et n'assurera plus ses activités de soins... d'où incohérence et hypocrisie du système, risque de frustrations et de conflits d'intérêts. En effet, le Pr D décompose la logique comme suit : l'entretien médical avec le MT a lieu tous les 4 ans. Entre temps, au bout de deux ans, c'est l'infirmier qui réalise cet entretien. En cas de problème, l'infirmier renvoie vers le MT qui

confirme ou infirme. Si, en revanche, aucun problème n'est soulevé à l'occasion de l'entretien infirmier, l'aptitude est, de facto, prorogée. Quid dès lors de la responsabilité juridique de l'infirmier ?

- La pluridisciplinarité a été renforcée à travers la prévention primaire (dénutrition, Risques cardio-vasculaires, etc). Mais, d'une part, ce n'est pas pour cela qu'elle a été créée, et d'autre part il n'y a pas de pluridisciplinarité lorsque l'on parle des IDE ou des médecins collaborateurs. En revanche, évoquer les ergonomes, les psychologues confirment un renforcement de la pluridisciplinarité. C'est un atout selon notre interlocuteur.

Ce n'est pas nouveau et ça a mal fonctionné. Elle est devenue obligatoire en 2002. C'est le fait d'apporter des spécialités non médicales (ergo, psycho...) pour avoir une approche globale de la prévention des risques. Pour que la pluridisciplinarité fonctionne, il faut la même protection et indépendance pour tous les membres, ce qui n'est pas le cas sauf pour le médecin, sinon risque de pression par les employeurs.

Si l'on va plus loin : en 2002, la pluridisciplinarité est devenue une obligation légale (loi de modernisation sociale) à travers le recrutement de personnels de spécialités non médicales. Or, ça n'a pas fonctionné : il existe deux cultures différentes. Pour que cela fonctionne, il faudrait qu'il y ait une même indépendance, et une protection juridique des contrats de travail équivalente. Quid de l'indépendance pour notre interlocuteur de l'IPRP ? L'employeur public doit désigner un agent qualifié dans la prévention des risques. Aujourd'hui, nous parlons d'assistant en prévention des risques (unité de travail) et de conseiller en prévention des risques (au niveau régional). Or, comment un travailleur peut-il être indépendant alors même qu'il a été désigné voire recruté par un employeur à qui il doit rendre des comptes. Un temps, il sera affecté à l'équipe pluridisciplinaire en présence du MT, qui lui, est tenu par le secret médical et une déontologie qui lui impose un cadre juridique contraignant ; un temps, il sera affecté à un poste de conseiller ou d'assistant et sera tenu en sa qualité de rendre compte à son supérieur hiérarchique. Tout cela confine à une certaine schizophrénie, selon les termes de M. DOREMUS.

- le médecin collaborateur en raison de son statut ne peut effectuer qu'une partie des compétences du médecin du travail ("quasi-travail d'infirmière pendant 4 ans"), d'où un intérêt limité, d'un point de vue coût/efficacité.

- obligation de traçabilité des expositions.

5. Conséquences de la réforme sur la santé des travailleurs : "sans"

M. D ne voit pas de changements notables par rapport à avant. Il souligne la particularité du système français très médicalisé et l'absence de cause à effets en résultant (il n'y a pas plus de pathologies professionnelles médicales en France qu'ailleurs). Toutefois, il pense que va poser la question du rôle de l'écoute (des infirmières dans le cadre de leurs entretiens de suivis). Que vont-elles en faire? Ne précède-t-on pas la demande dans le cas des risques psycho-sociaux?

De plus, en raison de la formalisation de l'obligation de conseil, les médecins vont peut-être exercer pleinement leur rôle de conseil en matière de prévention collective (ex : tendance pour les médecins à s'auto-censurer dans leurs préconisations car ils savent que l'employeur ne les mettra pas en œuvre, faute de moyens). Enfin, l'obligation de traçabilité des expositions devrait permettre d'améliorer la prévention. Concernant cette traçabilité des pathologies et des risques : le médecin du travail n'a pas accès au DMP du patient, mais au dossier de la médecine du travail. Tout ceci reste cloisonné, et les médecins du travail veulent conserver ce statu quo. En effet, un décloisonnement présenterait un risque de sélection par l'aptitude/l'inaptitude par l'employeur.

Le risque étant aujourd'hui d'aller vers un transfert de l'identification de ces pathologies par la médecine libérale de ville. Ceci pose avec une grande importance la question de l'articulation entre médecine du travail, hôpital, médecine de ville : le territoire et l'offre de soins.

6. Question du champ d'application de la réforme : complexe

Date de mise en œuvre : 1 fev 2012 mais la plupart des textes prévoyaient juill 2012.

- Elle s'applique au secteur privé et partiellement au secteur public : au cas par cas en fonction des articles du code du travail qui sont transposés ou qui le précisent (ex: les médecins collaborateurs). Il faudra faire une autre réforme pour obtenir un texte global sur la prévention dans la fonction publique. M. D parle d'un "mille-feuille juridique" concernant la réglementation de la médecine du travail.

EHESP – « Réforme de la médecine du travail : quelles conséquences sur la santé au travail dans les établissements de soins ? » – 2013XXIII

- cette réforme ne s'applique qu'au secteur privé. Mais, elle s'applique à la FPH parce que la médecine du travail dans la FPH figure dans le code du travail. A noter que cette application n'est prescrite nulle part. Il s'agit d'une décision de la DGAFP, au cas par cas. La FPE et la FPT ne sont pas concernées puisqu'elles ne figurent pas à ce titre dans le code du travail.

7. Propositions

Il faudrait une meilleure articulation de l'approche individuelle et collective de la médecine du travail (ex : Canada : dimension collective exclusivement de la médecine du travail). Mais comment? Il y a un réel problème de temps médical et de pénurie de médecins qui ne va pas diminuer (dans 10 à 15 ans, il n'y aura presque plus de médecins du travail)... Il faut former davantage de médecins, rendre la profession plus attractive. Se pose également la question du rôle du médecin traitant et la question du découplage médecin de ville/hôpital/médecin du travail : parcours de soins.

Lorsqu'en 1989, la pluridisciplinarité a été ajoutée par la réglementation européenne, il s'agissait d'un ajout en cas de manque fonctionnel. Il ne fallait pas nécessairement médicaliser à outrance la médecine du travail. Il fallait rajouter des compétences si nécessaire. Nous avons choisi en France un développement libéral de la médecine du travail. La médecine du travail n'est plus une médecine de santé publique comme cela était le cas avant 2005.

Module interprofessionnel de santé publique (MIP) 2013

Groupe n°26

Réforme de la médecine du travail : quelles conséquences sur la santé au travail dans un établissement de soins ?

Entretien avec Monsieur Y, Coordinateur des Services au Travail inter-entreprises, Prévention Santé Travail :

Date : Mardi 7 mai 2013

Durée : 10h30 à 12h10

I- Présentation de l'interlocuteur et de son environnement

-Pouvez-vous nous présenter vos fonctions ? Votre service ? L'articulation de vos fonctions avec la médecine du travail ? De combien d'agents s'occupent la médecine du travail ?

Monsieur B est responsable de la coordination d'un service inter-entreprise entre les deux structures. Auparavant appelé XXXX (GIE sans salarié propre) lors de la réforme de 2000, il devient le service de Prévention Santé au Travail YYY – AST. Monsieur B est placé sous la responsabilité de deux directeurs, représentant chacun XXX YY. Ce service inter-entreprise est l'un des 10 plus gros services de France. Il comprend 160 médecins du travail, réciproquement 80 pour XXX et 80 pour YYYYY. Son champ d'action concerne le Grand Lyon, suite à un découpage territorial permettant de délimiter le territoire de chacun des 250 services de santé au travail inter-entreprises. Le service de Monsieur B comprend 34 000 adhérents, ce qui correspond à 450 000 salariés suivis. A noter que 80 à 90% des entreprises qui font appel à ce service sont des entreprises de moins de 50 salariés. Les services inter-entreprises se distinguent des services de santé au travail autonomes qui sont mis en place directement par les employeurs.

Ce service est composé en 4 pôles :

- Actions pluridisciplinaires d'aide à l'accompagnement des salariés : pôle composé d'une conseillère du travail, de deux ergonomes, assistantes sociales. Ces personnels sont mis à la disposition du médecin du travail pour des cas individuels.
- Actions pluridisciplinaires de prévention auprès des adhérents : 3 risques sont pris en compte : les TMS, les RPS et les Risques Chimiques. Chaque risque est traité par un animateur de pôle et des spécialistes (intervenants).
- Actions pluridisciplinaires coordonnées : il est composé d'un chef de projet avec des groupes de travail. Il s'agit d'actions par branche.
- Documentation : c'est un service de support, qui répond aux besoins de toute la région, par des outils tels qu'une newsletters.

Le service de Monsieur B couvre tous les secteurs d'activités sauf le BTP. Au sein de YYY, a été créé un secteur médical particulier pour les établissements de soins où des médecins interviennent spécifiquement.

-Quels sont vos interlocuteurs/partenaires privilégiés ? Rapports avec l'ARS, la DIRECCTE, la CARSAT ?

Les interlocuteurs privilégiés sont la DIRECCTE, et la CARSAT. L'ARS commence à intervenir sur le champ d'action de la santé au travail. Néanmoins, son rôle est très peu développé dans ce domaine, car dans la pensée française, la santé au travail reste prise en charge par la Direction du Travail. Un mouvement existe vers l'ARS notamment avec l'exemple de la Directrice de XXX fait partie d'un groupe de travail de l'ARS. L'ANACT est également un partenaire du service de Prévention Santé Travail YYYYY.

II-Point de vue sur la médecine du travail

- Quel rôle particulier occupe le médecin du travail au sein de la médecine du travail ?

Le médecin du travail a un rôle de diagnostic, d'évaluation et par conséquence d'information. Il est une aide mais également il permet une alerte.

III- La réforme de la médecine du travail de 2011

-Comment s'est réalisée l'information concernant la réforme de la médecine du travail de 2011? Et quel en a été le circuit de diffusion au sein de vos services ?

Il faut garder à l'idée que ce dossier de la réforme de la médecine du travail est un dossier mineur pour les partenaires sociaux dans le débat social.

-A votre avis quels sont les principaux apports de la réforme ?

Apports positifs :

Un des apports de la réforme est d'avoir donné la mission de santé et sécurité des salariés au travail au service, alors qu'elle était auparavant exclusivement dévolue au médecin. Les décisions collectives s'imposent par conséquent à tous.

La contractualisation avec le CPOM est un autre apport. Il rend obligatoire le fait de travailler ensemble.

Autre apport est celui de la mise en place des projets de service.

Points négatifs :

Le revirement du titre de la réforme pose question. Il s'agit sans doute du résultat de lobbying, mais ce changement d'intitulé demeure un vrai mystère. Au moment des négociations, les syndicats n'étaient à peu près d'accord sur rien, sauf sur la visite médicale.

La réaffirmation de la visite médicale est un point négatif car un rééquilibrage entre visite médicale et accompagnement de l'entreprise avait été engagé. C'est un retour en arrière, la visite médicale est remise en avant alors qu'on pensait pouvoir s'en écarter.

- Selon vous, renforce-t-elle la pluridisciplinarité ?

La circulaire de 2004 marque la volonté d'une pluridisciplinarité, source d'accompagnement et d'évaluation des risques. La circulaire sur ce thème était claire, contrairement à la Réforme de 2011 qui se recentralise sur le médecin du travail. La Réforme de 2011 n'apporte pas une plus-value à la pluridisciplinarité. Toutefois un élément peut être soulevé avec l'ajout de l'indépendance de l'IPRP.

-Quel est votre avis sur l'indépendance du médecin du travail ?

L'autonomie du médecin est contrainte du fait de son statut de salarié. Néanmoins les employeurs font attention à le laisser libre car il est « une denrée rare ».

Le médecin a une responsabilité morale vis-à-vis du salarié, mais de l'autre côté il vit les pressions de l'employeur, c'est un rôle difficile.

- Existe-t-il un projet de service ? Un projet pluriannuel ?

Il existe un projet de service à XXX mais pas à YYY. Le projet de service permet une aide à la contractualisation voulue dans la réforme de 2011. La contractualisation devient alors obligatoire. Cela permet à la santé au travail de s'inscrire dans une politique de santé publique. Le CPOM permet de garantir une modulation avec les entreprises, notamment au sujet de la visite médicale. Dans le cadre de notre entretien, Monsieur B a évoqué des projets qui sont déjà signés avec la DIRECCTE et avec la CARSAT.

- Existe-t-il une catégorie de risques auxquels votre structure porte une attention particulière au titre de la prévention ? Quel type d'actions mène votre structure au titre de la prévention ? Et pour quelle efficacité ?

Il est porté une attention toute particulière aux RPS. C'est un risque difficile à appréhender car les RPS regroupent des choses différentes.

Il n'y a pas de prévention, s'il n'y a pas d'implication de l'employeur.

-Avez-vous des retours sur les difficultés à concilier préconisation du médecin du travail et faisabilité des DRH ?

Le médecin essaye de faire avancer les situations, mais les employeurs également. Néanmoins tous les médecins ne font pas de bonnes recommandations, et certains employeurs résistent. Parfois certaines

positions médicales, voire des positions idéologiques des médecins s'apparentent à des postures anti-patronales.

- *Que pensez vous de la réforme faisant du médecin du travail un animateur et un coordonnateur d'équipe?*

Ces termes sont issus d'un lobbying des médecins. Pour la pluridisciplinarité, plusieurs regards doivent être confrontés et ne doivent pas être assujettis aux regards d'un seul.

Les médecins ont un point commun ils sont plutôt individualistes. Néanmoins, certains médecins sont favorables à une collaboration pluridisciplinaire. Dans ce cadre là, les termes d'« animateur » et de « coordonnateur » sont acceptables, car il est logique qu'il existe un lien entre les différents acteurs des services de santé au travail mais s'il y a un respect des positions de chacun.

Quant aux autres médecins, ils revendiquent ces deux titres.

- *Quel est votre regard sur l'extension du droit d'alerte du médecin du travail ?*

Le droit d'alerte est renforcé par le fait que l'employeur doit répondre à cette alerte. « C'était une demande de la part des médecins qui pouvaient avoir l'impression de parfois prêcher dans le désert ». Ces échanges se font par l'intermédiaire d'une lettre recommandée avec accusé de réception. Néanmoins l'utilisation de la lettre recommandée peut être ressentie comme une agression, une injonction pour l'employeur, un simple contact par téléphone ou par entretien n'est-il pas plus productif ? Par conséquent il faut que le recours au droit d'alerte par l'intermédiaire de la lettre soit mesuré. Cet outil permet au médecin de se couvrir et de se libérer de sa responsabilité.

- *Que pensez vous du titre de la réforme, avec l'utilisation du terme de « médecin du travail » au détriment de service de santé au travail ?*

Ce nom est assez mystérieux. Néanmoins ce titre semble convenir aux partenaires sociaux qui sont en accord sur l'idée du suivi médical car il protège les employeurs et en même temps il est un acquis social.

- *Quelles sont selon vous les limites de la réforme ?*

Cette réforme n'était pas vraiment attendue pour Monsieur B. Même si elle reste indispensable pour une certaine conformité juridique au vu de la problématique des obligations de visite, elle est trop rentrée dans les détails. « Les textes sont trop précis, mais ils noient les grands principes qui sont eux les mêmes [pour le public et le privé] ». « La mise en musique doit se caler sur l'organisation » car la déclinaison du texte ne peut pas être la même pour tous. On risque d'oublier « l'intelligence des organisations ». La Réforme parle souvent du CHSCT, or de nombreuses entreprises qui font appel à un service inter-entreprises de santé au travail n'ont pas cette instance du fait qu'elles ont moins de 50 salariés...quelle application en faire ?

Beaucoup d'avancées ont été réalisées. On passe d'un médecin seul à une équipe de santé au travail. Néanmoins, les transformations sont excessivement coûteuses et cela a été très sous-estimé. Cette réforme prendra plus de temps que prévu. Un regret quant à la réforme de 2011 perd les orientations stratégiques sur lesquelles s'appuient la première réforme. Cela engendre des doutes...

- *Souhaitez-vous nous faire passer un message plus particulier ?*

Les hôpitaux ne sont pas plus avancés en termes de prévention. Les hôpitaux ont beaucoup travaillé sur la sécurité des patients, mais peu sur la sécurité des travailleurs. Conseiller du personnel médical sur des questions de santé est très difficile. Les problématiques de santé au travail sont pourtant globalement les mêmes qu'ailleurs, mais c'est compliqué de parler santé avec un médecin.

Ces réformes sont des « réformettes ». Elles portent beaucoup d'attentes mais ne sont pas des vraies réformes.

- *Avez-vous perçu une amélioration de la santé au travail ?*

C'est difficile de donner une réponse car il n'existe pas de chiffres, pas d'indicateurs. Après le passage des services de santé au travail, des aménagements sont enregistrés mais aucune amélioration ne peut être enregistrée. En effet, à titre d'exemple, lorsque l'ergonome vient parler des TMS, on enregistre une nette augmentation des TMS : les TMS n'augmentent pas vraiment, mais les salariés les déclarent

plus car l'ergonome a appuyé sur leur existence et le régime qui leur est applicable (prise en charge, assurance...). De plus l'appréciation sur l'amélioration de la santé au travail est difficile à dégager du fait de la multiplicité de facteurs qui touchent la santé au travail. L'évaluation est une réelle difficulté.

**Interview du Dr , médecin du travail FPH POITOU CHARENTES , le lundi 6 mai 2013
Questionnaire MIP de 13h30 à 14H30**

Réforme de la médecine du travail : quelles conséquences sur la santé au travail dans un établissement de soins ?

- Quel bilan de son application aux établissements de santé est-il possible de dresser à ce jour ?
- Quelles sont les conséquences sur la santé au travail de l'adoption de cette réforme ?
- Dans quelle mesure le rôle joué par le médecin du travail a-t-il été redéfini par la récente réforme et pour quel résultat(s)?

Présentation de l'interlocuteur et de son environnement

- *Pouvez-vous nous présenter vos fonctions ? Votre situation (statutaire) temps plein ou non, date d'entrée dans ce poste ? Vos fonctions au niveau de la médecine du travail ?*

10 ans en tant que médecin du travail au CHU

Mais auparavant (entre 1981 et 2003) médecin du travail avec une activité inter entreprises dans le secteur privé.

Il n'est pas médecin coordinateur. Il est à 0.7 ETP sur la médecine du travail

Il n'est pas ergonomiste, mais il a fait deux ans de formation sur l'ergonomie et la psycho-dynamique du travail (avec le CNAM).

- *Quelle est la composition de l'équipe à laquelle vous appartenez? Y a-t-il un interne en médecine générale ou de spécialité médecine du travail ? Y a-t-il eu un recrutement de collaborateur médical ? De quelles formations ont-ils bénéficié ? Quel organigramme ??*

Effectif médical : 5 médecins actuellement soit 4,3 ETP

1 des médecins a démissionné en mai dernier.

Un médecin va partir en retraite en fin d'année.

Pas de médecin coordinateur.

L'équipe :

4 secrétaires (pas de formation particulière)

3 IDE dont une en santé au travail (deux ont un DU de santé au travail). Une IDE part en retraite en fin d'année, elle est déjà remplacée par une IDE qui n'a pas encore de DU.

Spécificité : IDE recrutées avec des cela a été longtemps des IDE qui venaient car avaient des problèmes physiques. Avant elles tournaient tous les 3 ans, maintenant ce n'est plus le cas. Elles sont par contre toutes en poste adapté.

Une seule psychologue clinicienne

Un seul ergonomiste depuis seulement deux ans (cadre kiné qui a fait la formation)

Ils sont tous rattachés au service de la santé au travail (situation géographique : dans le même bâtiment).

Le SST dépend de la DRH

Une assistance de service social rattachée directement à la DRH travaille en étroite collaboration avec le SST.

Les membres de l'équipe précitée : Ils sont tous rattachés au service de la santé au travail (situation géographique : dans le même bâtiment).

Organigramme : Pas de chef de service

Le SST est lui rattaché à la DRH

- *De combien d'agents s'occupe la médecine du travail chez vous ? Combien de sites sont concernés ? Suit-elle les médecins hospitaliers et l'ensemble des étudiants y compris ceux en médecine et pharmacie ?*

Environ 10 000 agents dont les professionnels médicaux, tous les étudiants paramédicaux des instituts de formation, les élèves sages femmes, les étudiants en médecine et pharmacie à partir du moment où ils sont en stage sur le CHU.

Avez vous des internes ? le service vient de refaire une demande cette année. Et il y a eu aussi des externes.

Sites :

2 sites hospitaliers principaux (CHU et CHS) + 2 CH de proximité + quelques EHPAD

Déplacement sur les différents sites : OUI

Moyens mis à disposition : Utilisation du véhicule personnel, mais possibilité d'utiliser des véhicules de fonction si le SST le demande.

- *Quels sont vos interlocuteurs privilégiés ? Où sont ils situés géographiquement ?*

Dans les services : les cadres de santé, les salariés qui ont accès aux consultations

Au niveau des instances : Le CHSCT (donc le syndicat, la direction)

On siège au CTE, au CLIN, l'équipe d'hygiène hospitalière, la radioprotection, tous les risques professionnels.

Il n'y a pas de préventeur. « C'est à l'ordre du jour. La DRH veut en recruter un, mais pas d'accord sur le fait que cela soit fait sur le budget de la médecine du travail, car ce serait sur à budget constant. Or, il faut remplacer notre médecin du travail actuellement, donc on doit avoir une réunion à ce sujet. On est tous d'accord sur le diagnostic, il faut un préventeur.

On travaille aussi beaucoup sur les risques psychosociaux dans le cadre du document unique actuellement.

Parmi les autres interlocuteurs privilégiés :

L'assistante sociale rattachée au personnel à la DRH (site DRH)

Le pôle de neuro-sciences (autre site) avec les consultations de pathologie professionnelles (allergologie, toxicologie, souffrance au travail): Fort lien de collaboration., mais indépendance de ces deux secteurs entre eux.

Et les autres médecins hospitaliers ? On ne les voit quasiment jamais, ou uniquement pour des enquêtes de terrain telle celle pour établir les tableaux des risques professionnels dans le cadre du document unique en allant sur les secteurs.

Point de vue sur la médecine du travail

- *Quelle est votre conception de la médecine du travail aujourd'hui? Qu'est ce qu'elle recouvre, selon vous ?*

« Si on se réfère à l'histoire, la médecine du travail est en lien à la médecine d'aptitude qui renvoie qu'en même à une certaine forme de médecine de sélection, et en France elle très liée à la législation **avec une structure très atomisée**, en fait il y a des médecins qui dépendent de FP, ceux qui dépendent de services autonomes, ceux qui dépendent d'association de loi 1901, inter entreprises. Pour moi, c'est une mauvaise chose, que cela soit atomisé. Le fait qu'il n'y ait pas de structure organisée, et que la gestion soit souvent celle des employeurs, je suis en désaccord là aussi, il y a confusion des genres et on ne peut pas être juge et partie. »

« Et en plus ma conception de la santé au travail, est celle qui est donnée par la loi, c'est à dire prévenir l'altération de la santé, et adapté le poste au travailleur et non pas le contraire, ce qui n'est dans la réalité actuellement que tout à fait insatisfaisant, ce n'est pas un service gratifiant de ce point de vue la, car c'est très compliqué et difficile de trouver des postes adaptés et de faire de la prévention primaire. »

Temps de travail pris beaucoup par des consultations dont des consultations systématiques périodiques qui embolisent, d'autant plus qu'elles ne présentent pas forcément beaucoup d'intérêt. Certaines sont délaissées par contre du fait de l'effectif des médecins du travail (pas assez nombreux

- *Quelle est, pour vous, la constitution idéale d'une équipe de médecine du travail ? Connaissez vous les IPRP ? (intervenants en prévention des risques professionnels), ASST (assistant des services de santé au travail) ?*

Une équipe pluridisciplinaire : Oui, telle qu'elle est constituée (ergonome inclus, idem psychologue, pourquoi pas gestionnaire des risques).

La répartition des tâches avec les membres de l'équipe. :

Il ne faut pas que cela soit la gestion de la pénurie médicale, ce qui est un peu le cas. Pour l'IDE dédiée à la santé au travail, celle-ci travaille avec le médecin sur les AT, les AES, et des tâches d'accompagnement du médecin (ex : sur des études de poste).

C'est un peu flou au niveau de la législation du travail au niveau des entretiens individualisés quelle pourrait faire en 1^{ère} ligne (ex : sur les entretiens périodiques systématiques). il n'y a pas pas de souci de principe.

La gestion de l'équipe : Cela doit se définir au cas par cas, selon l'établissement, selon l'équipe.

L'idéal : Que l'équipe définisse ensemble les tâches. S'il y a un bon collectif, c'est possible qu'elle se gère elle même.

Un cadre de santé, pourquoi pas, mais à étudier au cas par cas.

IPRP : Connait, mais il n'y en a pas sur le CHU.

ASST : Connait.

Avez vous des réunions ? **Il y en a, mais pas de façon régulière. Ce sont uniquement des réunions de service.**

- *Quel rôle particulier occupe le médecin du travail au sein de la médecine du travail ? Quelle spécificité pour le médecin coordonnateur ?*

Pour le rôle du médecin :

« On n'est pas des managers, on est des médecins. La coordination peut s'envisager pour orienter des enquêtes, des études de poste, être coordonnateur épidémio.

Par contre pas d'accord pour tout mélanger et faire n'importe quoi. Manager l'équipe, ce n'est pas le métier du médecin du travail, il a déjà assez à faire avec ses missions propres. . Il ne faut pas que cela soit fait à la place du reste du travail principal.

La notion de management, on ne sait pas ce qu'il y a derrière. C'est une façon de gérer la pénurie. »

Notion de liens fonctionnels.

Quelle répartition au niveau des médecins du travail selon les instances puisqu'il n'y a pas de coordinateur ?

Pour les instances : répartition selon les emplois du temps des uns et des autres sauf une référente CLIN et AES. Idem pour la commission de réforme selon les emplois du temps

- *Quel est votre pouvoir d'action sur la santé des agents ?*

On a une réunion collective (tous les mois et demi) avec la DRH, le bureau du personnel, y compris la coordinatrice des soins sur des problématiques individualisées d'agents ou l'on essaie de trouver des solutions de reclassement et d'aménagement.

On a parfois des bons résultats, parfois pas. Il y a eu des études qui ont été faites pour trouver la faisabilité de postes identifiés dits aménagés. Le constat est que c'est très difficile et on y est pas arrivé, et ce n'est pas par mauvaise volonté. il y a moins de marges de manœuvre qu'auparavant. Il n'y a plus de services doux comme on les appelait autrefois.

- *Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans votre activité ? Estimez vous avoir les moyens suffisants pour agir ?*

« La prévention primaire, nous (médecin et ergonome) ne sommes pas consultés sur les conceptions, c'est à dire là où on devrait l'être. C'est très compliqué d'être consulté. On l'est comme pompier. Tout ce qui est en terme d'ergonomie, en terme de risque d'altération de la santé, on n'est jamais, jamais consulté. Il y a un gros problème à ce niveau là »

EHESP – « Réforme de la médecine du travail : quelles conséquences sur la santé au travail dans les établissements de soins ? » – 2013XXXI

Les moyens sont insuffisants : ce n'est pas catastrophique.

- *Y a-t-il un interne en médecine générale ou de spécialité médecine du travail ? Y a-t-il eu un recrutement de collaborateur médical ? Quel est votre avis sur l'attractivité du métier de médecin du travail aujourd'hui ? D'après vous la réforme le rend-il plus attractif ? La FPH est-elle plus attractive que dans le privé ou dans d'autres FP ?*

Présence d'internes ? Il y en a déjà eu. Le service vient de redemander un agrément. Il y a eu aussi des externes.

Il y a aussi des internes présents au niveau des consultations de pathologies professionnelles (où le DR BOUET-intervient en dehors de son activité de médecine du travail, dans le cadre de consultations de suivi de souffrance au travail). Ces internes font une spécialité de santé au travail.

L'attractivité est faible, mais elle n'a jamais été forte. Mes collègues ne connaissent pas les missions du médecin du travail. Ce n'est pas un métier connu, on se demande à quoi il sert. Il a même été un peu méprisé, c'est peut-être moins le cas aujourd'hui.

Ils connaissent mieux le service lorsqu'ils sont venus consulter. La médecine du travail est mal connue globalement : On parle encore souvent de médecine préventive.

Est-ce que vous suivez depuis longtemps les médecins au niveau de la médecine du travail ? Très peu, à part les internes. On les voit dans le cas de problématiques de reprise de travail (maladie, maternité).

La réforme peut-elle rendre le métier plus attractif ? le fait de parler de médecin coordonnateur, de pluridisciplinarité ? NON, ce qui peut attirer et ce n'est pas nouveau, c'est le mode d'exercice qui est sans garde, dimanche, sans WE, sans férie. Donc ce n'est pas lié à la réforme.

La réforme de la médecine du travail de 2011

- *Comment s'est réalisée l'information concernant la réforme de la médecine du travail de 2011 ? Et quel en a été le circuit de diffusion au sein de vos services ?*

Il n'y a pas eu d'information particulière. On n'est pas en première ligne pour la réforme. On est dans le flou sur ce qui s'applique de la réforme dans notre système hospitalier. Tout le monde n'est pas d'accord. Pour l'instant on reste dans le flou, même les médecins inspecteurs ne sont pas tous d'accord entre eux.

Il y a eu une information par les médecins inspecteurs pour l'ensemble de la région, mais elle s'adressait surtout aux médecins travaillant dans le privé. Les médecins hospitaliers étaient simplement invités.

- *A votre avis quels sont les principaux apports de la réforme ?*

En terme d'apport, peut-être la pluridisciplinarité. La prévention, oui, mais dans les mots uniquement, car les moyens n'y sont pas. Cette réforme, j'y suis plus ou moins opposé car je ne vois pas ce qu'elle amène de plus.

La notion qui règne en maître, c'est **budget constant**. Donc aucun moyen supplémentaire ne vient sur la prévention.

- *Selon vous renforce-t-elle la pluridisciplinarité ? avez-vous des exemples ?*

Le fait de rencontrer des agents de façon systématique : ce serait une bonne idée de maintenir ces entretiens mais de les confier à l'IDE à partir d'un entretien type et qu'elle puisse interpeller le médecin à chaque fois que besoin. Tous les médecins y sont très favorables.

- *Avez-vous des projets en cours, en lien avec la réforme ? Avez-vous des exemples ? Existe-t-il une catégorie de risques auxquels votre structure porte une attention particulière au titre de la prévention ?*

Surtout sur les RPS, c'est notre travail essentiel avec en ce moment avec une psychologue qui a été recrutée dans le cadre d'un CLACT, la médecine du travail participe au comité de pilotage interne.

Le manque d'interpellation.

- *Quel est votre avis sur l'indépendance du médecin du travail ?*

Elle est garantie par le code de déontologie. Pas de remarque à faire sur son indépendance que ce soit en privé ou ici. Par contre, il y a des cas dans le privé où l'indépendance du médecin du travail a eu des pressions (cela a été le cas de collègues).

Des tiraillements entre politique d'établissement et CHSCT ? le médecin du travail est pris souvent en tenaille ou a témoin, mais cela fait partie du jeu social et il faut l'accepter. C'est normal que chacun avance ses arguments et c'est au MdT de parler de la santé au travail.

Il n'y a pas plus de pression depuis l'apparition de la notion des RPS ? Le médecin du travail est le dernier endroit où on peut aller parler ou pleurer. Cela arrive d'objectiver certains sujets et certains problèmes, ce qui peut ne pas faire plaisir aux uns et aux autres, mais il n'y a pas eu de pression directe induite.

- *Existe-t-il un projet de service ? Un projet pluriannuel ?*

NON, on y pense.

Dans les faits il est sur les RPS mais il n'est pas encore formalisé.

- *Comment conciliez vous les contraintes de service (service de soin) avec le pouvoir de préconisation du médecin du travail ? Avez-vous des retours sur les difficultés à concilier préconisation du médecin du travail et faisabilité des DRH ?*

Pas d'interpellation en amont des réorganisations ou des constructions.

- *Quel est votre regard sur l'extension du droit d'alerte du médecin du travail ?*

Il a devoir de mettre en lisibilité des choses. une fois dans sa carrière : c'est quelque chose à utilisé avec parcimonie, pour mettre la lisibilité sur la santé des salariés, que cela aille ou non dans le sens de l'entreprise.

- *Avez vous eu les moyens de la mettre en œuvre ? Si non pourquoi ? Si oui depuis quelle date ?*

C'est court pour faire un bilan.

En plus la réforme ne s'applique que partiellement pour nous.

Au niveau des moyens, cela n'a rien induit en termes d'effectif → Donc pas eu de changement notable

- *Quelles sont selon vous les limites de la réforme ?*

Les moyens

- *Quels seraient vos souhaits et propositions ? Souhaitez-vous nous faire passer un message plus particulier ?*

Cela serait d'être associé avec l'ensemble des partenaires à la prévention primaire ; Beaucoup plus en amont ce qui n'est pas fait du tout (ex : phases de conception)

La prévention accès sur la santé au travail.

Interview de monsieur Georges C, ergonome ILLE et VILAINE, le mardi 30 avril 2013
Questionnaire MIP De 16h à 17h

Présentation de l'interlocuteur et de son environnement

- *Pouvez vous nous présenter vos fonctions , Votre situation (statutaire) ? L'articulation de vos fonctions avec la médecine du travail ?*

3 missions :

améliorer les conditions de travail par des actions d'ergonomie de conception et de correction, relation « sociale, suivi avec le CHSCT

prévention primaire, secondaire et tertiaire

maintien dans l'emploi, adaptation des postes de travail RQTH (reconnaissance de la qualité de travailleurs handicapés) Rattachement auprès du DRH, en poste depuis 2000. Saisine sous forme de lettre de saisine par les directeurs de pôle (de soins?), le médecin du travail, les cadres de santé, les médecins des services, DRH (envoi des fiches d'aptitude avec aménagement,...)

- *Quelle est la composition de l'équipe à laquelle vous appartenez? De quelles formations ont-ils bénéficié ?*

Un ergonome, Une étudiante en cours de formation (master psychologie/ergonomie), Un temps de secrétariat

- *De combien d'agents s'occupe la médecine du travail chez vous ?*

7000 agents

- *Quels sont vos interlocuteurs privilégiés ?*

DRH adjointe, médecin du travail (rattachement DRH), psychologue (intégré dans le service de santé au travail), assistante sociale (rattachement DRH), gestionnaire des risques (rattachement DRH)

Point de vue sur la médecine du travail

- *Quelle est votre conception de la médecine du travail ?*

2 notions importantes :

facilitateur de l'évolution de la médecine du travail

santé médecin de prévention avec difficultés pour aller sur la gestion de la prévention La coopération entre l'ergonome, gestionnaire des risques serait un facteur au travail

- *Quelle est, pour vous, la constitution d'une équipe de médecine du travail ? Quelle serait, pour vous, sa constitution idéale ? Connaissez vous les IPRP ? (intervenants en prévention des risques professionnels), ASST (assistant des services de santé au travail) ?*

5 médecins du travail représentant 4.5 ETP Des infirmières assurant le suivi individuel de salariés, peu impliquées dans l'action collective ou dans l'action sur le milieu de travail

Équipe idéale : médecins du travail, des spécialistes (ergonome, psychologue), gestionnaire des risques (hygiène et sécurité) dans le cadre d'une autonomie et une bonne coopération

Cela semble envisageable.

- *Quel rôle particulier occupe le médecin du travail au sein de la médecine du travail ?*

Expertise en santé (spécialiste de la problématique santé)

XXXIV - EHESP – « Réforme de la médecine du travail : quelles conséquences sur la santé au travail dans les établissements de soins ? » – 2013

acteur de prévention
coordinateur de la gestion des risques

- *Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans votre activité ? Estimez vous avoir les moyens suffisants pour agir ?*

Difficultés

- manque de temps
- en prévention primaire, sous sollicitation sur la gestion d'actions en amont (ergonomie de conception) et sur sollicitation en action palliative (ergonomie de correction). Moyens suffisants
- moyens mis en place pour le maintien dans emploi
- mise en place du Fond d'Insertion des Personnels Handicapés dans la Fonction Publique (FIPHFP)
- travail en réseau avec des établissements hospitaliers d'Angers, Le Mans, Paris, sur des problématiques ergonomie

La réforme de la médecine du travail de 2011

- *Avez vous eu une information concernant la réforme de la médecine du travail de 2011 ?*
Pas d'information spécifique de l'institution Ne s'applique pas à la FPH

- *Avez vous des projets en cours, en lien avec la réforme ? Avez vous des exemples ?*

Pas de modification particulière mais :

création d'un espace télématique commun sur l'intranet dédié à la santé au travail,
réunion de travail avec les médecins du travail une fois par semaine,
réunions organisées tous les deux mois avec tous les partenaires
plan d'action et de prévention construit par la DRH en concertation avec les médecins du travail, le gestionnaire des risques, l'ergonome,....

- *Existe-t-il un projet de service ? Un projet pluriannuel ?*

Pas de projet de service

- *Comment conciliez vous les contraintes de service (service de soin) avec le pouvoir de préconisation du médecin du travail ?*

Destinataire des fiches d'aptitude préconisant des aménagements de poste réalisées par le médecin du travail une étude ergonomique est menée avec réalisation systématique d'un rapport d'enquête sous forme de lettre, courriel ou rapport parfois volumineux

- *Quels seraient vos souhaits et propositions ?*

Souci de coordination des actions et d'améliorer l'efficacité des attentes

Thème n°26

Réforme de la médecine du travail : Quelles conséquences sur la santé au travail dans les établissements de soins ?

Résumé : Mettre l'accent sur la pluridisciplinarité, positionner le médecin du travail en tant que coordonnateur et animateur, renforcer la prévention, tels sont les principaux objectifs visés par la réforme de la médecine du travail. Cependant, en ne mentionnant pas expressément son application aux établissements de santé publics, en substituant au vocable santé au travail celui de médecine du travail disparu en 2004, la réforme a dès l'abord semé le doute dans l'esprit de l'ensemble des acteurs. Sa mise en œuvre rencontre de nombreux freins identifiés à l'issue d'entretiens réalisés sur le terrain. Dans le même temps, des interrogations persistent sur l'indépendance du médecin du travail, et sur les bénéfices de l'extension du droit d'alerte.

L'évaluation des conséquences de la dernière réforme sur la santé au travail au sein des établissements de soins est à ce jour particulièrement difficile, faute d'indicateurs existants. Or la création et le suivi de ces derniers s'avèreraient d'autant plus indispensables que les risques sur la santé des travailleurs hospitaliers publics sont nombreux, et renforcent l'importance d'un regard prioritairement préventif de la médecine du travail.

Une mise en œuvre efficace de la réforme au sein des hôpitaux nécessiterait l'adoption d'un texte de clarification. Mieux valoriser la profession de médecin du travail, notamment par le biais des formations, l'octroi d'un statut attractif, renforcer l'éducation à la santé au travail et tous les modes de prévention primaire, rendre systématique la pluridisciplinarité au sein des services de santé au travail, seraient autant de pistes d'action permettant de favoriser l'application de la réforme.

Mots clés : médecine du travail, loi du 20 juillet 2011, service de santé au travail, fonction publique hospitalière, pluridisciplinarité, prévention, formation des professionnels

L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs