

Construire un vrai métier de médecin dans le monde du travail

Introduction

La réforme de la santé au travail, initiée en 2002, et achevée sur le plan réglementaire en 2004, a beaucoup de mal à se mettre en place.

Imposée par la nécessité d'appliquer la directive européenne de 1989 et par le drame de l'amiante, elle affirme la priorité de la prévention primaire.

Les services de médecine du travail deviennent dans cet objectif des **services de santé au travail, pluridisciplinaires**, où les **médecins du travail** bénéficient de garanties d'indépendance renforcées et doivent privilégier l'action en milieu de travail et le maintien dans l'emploi des salariés menacés d'inaptitude à leur poste.

Beaucoup de questions restent en suspens, malgré plusieurs décrets, de nombreux rapports et des déclarations solennelles récurrentes :

- quid de l'organisation de la pluridisciplinarité et du pilotage des services ?
- quelle évaluation permettra de vérifier que le cap de la prévention primaire est tenu et que les actions initiées auprès des entreprises sont efficaces ?
- comment répondre à la pénurie de médecins du travail, déjà amorcée, et qui rend inapplicables les règles définies par le décret de juillet 2004 ?
- comment s'assurer que les objectifs du Plan Santé Travail pourront être atteints, alors que les services de santé au travail (SST) n'ont quasiment rien engagé dans ce domaine ?
- comment construire la coopération indispensable avec tous les acteurs de la santé au travail, (CRAM et ARACT en premier lieu) ?

Le bilan de la réforme (rapport IGAS-Conso-Frimat) est pessimiste voire alarmiste. Le constat est très sombre sur l'état des services, leur mobilisation, leur capacité d'innovation... Les propositions contenues dans le rapport tentent d'installer l'application des principes forts qui encadrent la réforme. Mais c'est comme si ces principes étaient totalement nouveaux et qu'on ne partait de rien et il s'agirait de faire découvrir aux acteurs des ex-services de médecine du travail le sens de leurs métiers ? Posture bizarre qui fait l'économie de l'analyse précise de l'échec du système.

Pour les praticiens de terrain que nous sommes il est très étonnant de mesurer l'écart qui existe entre les intentions affichées dans les prises de position du ministère, le Plan Santé Travail, les textes réglementaires et les différents rapports qui se succèdent, et la réalité des services tels que nous les connaissons depuis plus de 20 ans.

Comment expliquer qu'aucun de ces rapports, aucun de ces experts, aucun de ces responsables politiques n'aborde clairement la question de l'organisation, de la structure et de la gouvernance des services, alors qu'elle est au centre de leur activité quotidienne ?

Comment comprendre que les décrets de mise en place de la réforme, plutôt rigoureux sur l'habilitation des IPRP, fassent totalement l'impasse sur les compétences en santé publique des dirigeants des services de santé au travail, à qui ils confient une "mission de service public"?

Alors que tous les principes mis en avant pour orienter l'action des SST : prévention primaire, veille sanitaire, traçabilité des expositions professionnelles, prévention des inaptitudes et maintien dans l'emploi, sont en échec dans le système actuel, pourquoi n'y a-t-il aucune analyse sérieuse des raisons de cette faillite ?

Il semble malheureusement qu'au-delà d'une banale insuffisance d'analyse, liée à la méconnaissance du terrain, il s'agit plutôt d'une cécité volontaire : en témoigne la façon dont la question de "l'indépendance" du médecin vis-à-vis de l'entreprise et celle de la confiance du salarié envers le médecin dans les situations d'inaptitude sont traitées dans le rapport Gosselin sur l'aptitude, avec une légèreté qui laisse perplexes n'importe quel médecin de terrain.

Nous sommes des médecins du travail "expérimentés", de services interentreprises, qui essayons depuis des années de "tenir", justement sur les objectifs qui sont mis en avant par la réforme. Nous pouvons témoigner de la difficulté à maintenir le sens de notre activité de médecins dans cette institution et de l'énergie qu'il faut déployer pour lutter contre le système qui la verrouille.

Nous pouvons facilement expliquer pourquoi ces objectifs ne sont pas atteints (et ne peuvent pas l'être) malgré les moyens considérables dont disposent les SST. Ce n'est pas un hasard car "le système est conçu pour ne pas fonctionner selon les objectifs affichés".

C'est pourquoi nous pensons qu'il est absolument indispensable de **redéfinir les missions des SST et de réorganiser ces services** afin qu'ils soient en mesure de les assumer. Toute réforme, aussi ambitieuse que soient les principes affichés, échouera si elle n'intervient pas sur l'organisation et la gouvernance.

Nous allons expliquer, à partir de la pratique, sur chaque thème de l'activité mis en avant par la réforme, la logique du système et les raisons de la faillite.

I- Analyse

1- Analyse de l'activité du médecin, en référence aux objectifs affichés par la réforme et prônés par les rapports:

1) La veille sanitaire

- La théorie

Les services de santé au travail, ex-services de médecine du travail, représentent en France un puissant dispositif (6000 médecins, couverture de toutes les entreprises jusqu'à la plus petite, moyens financiers considérables...) dont on pourrait attendre une capacité exceptionnelle de recueil de données sur les conditions de travail et la santé des salariés tout au long de leur vie professionnelle.

- La pratique

Les salariés ne bénéficient d'aucun suivi cohérent (sauf pour les grandes entreprises à service autonome), d'autant plus qu'ils ont un parcours irrégulier (plusieurs entreprises, plusieurs métiers... donc plusieurs médecins, plusieurs SST...).

Ils passent des visites médicales successives, au cours desquelles le médecin s'occupe en général exclusivement de "l'aptitude au poste" actuellement occupé.

Nombre de visites médicales sont en fait des premiers (et uniques) contacts entre un médecin et un salarié (environ la moitié des examens réalisés par un médecin de service inter en région parisienne), du fait de la mobilité professionnelle des salariés, de la précarité des emplois, du turnover des entreprises et de la sous-traitance, des changements de médecin ou de SST sur un même secteur...

Le plus souvent les dossiers médicaux ne sont pas transmis d'un service à l'autre, il n'y a aucun travail en commun entre les médecins de différents services, et cette dispersion vide de son sens le suivi médical des salariés dans les régions où interviennent en concurrence de nombreux services.

Les données longitudinales recueillies pour le salarié lambda sont donc impossibles à retrouver dans le dédale des services interentreprises où il a passé de multiples visites médicales sans suite.

Les dossiers sont très peu renseignés sur les expositions professionnelles.

A la fin des années 90, au moment où a éclaté le scandale de l'amiante, les dossiers étaient rarement gardés dans les services au-delà de 5 ans après le départ du salarié, quelque soit l'âge de ce dernier !

Dans le système de santé au travail actuel seules des enquêtes transversales type SUMER sont possibles.

- Pourquoi ?

L'activité des services de médecine du travail n'était pas organisée à l'origine –loin s'en faut- selon un objectif de veille sanitaire, mais selon deux critères étroits :

- la définition de l'aptitude
- l'appartenance du salarié à l'entreprise adhérente;

Aucune autre considération n'était prise en compte et il était impossible pour un médecin du travail de sortir de ces rails. Il était rapidement rappelé à l'ordre par son administration.

Aujourd'hui, à part le délai de conservation des dossiers, le passage aux services de santé au travail n'a apporté aucun changement significatif.

Dans ces conditions il est impossible d'attendre des SST une contribution sérieuse à la veille sanitaire.

La logique est "le service rendu aux entreprises adhérentes" et l'aptitude des salariés aux postes qui leur sont attribués.

Ce ne sont pas les populations de salariés qui sont les "clients" des SST mais les entreprises. Or la santé publique ne fait pas partie des objectifs des entreprises.

Il ne faut pas être surpris de ne trouver dans les SST gérés par des employeurs, aucun ressort pour une dynamique de santé publique : ce serait en contradiction directe avec le consensus tacite de "ne pas faire de vague dans les entreprises", qui règne sur l'institution depuis qu'elle existe.

Par contre on peut s'étonner de l'allégeance des autorités de tutelle et du législateur qui n'osent même pas introduire dans une réforme qu'ils prétendent "de grande ampleur", la moindre contrainte de compétence dans le domaine de la santé publique aux directeurs des SST.

Faute d'avoir l'audace de mettre en cause la gouvernance, le minimum aurait été de poser cette exigence de formation en santé publique des dirigeants....

2) La traçabilité des expositions

- La théorie

Il paraît élémentaire que les SST soient en capacité de recenser les expositions des salariés, de les évaluer et d'en garder la trace.

La traçabilité des expositions est un élément de la veille sanitaire, spécifique de la santé au travail.

Le décret du 13 décembre 1996 relatif à la surveillance médicale des salariés ayant été exposés à l'amiante, confie explicitement au médecin du travail la surveillance post exposition même si le salarié travaille dans une entreprise n'ayant aucune responsabilité dans l'exposition passée.

Le code du travail inscrit la question du financement des examens complémentaires (article R 241-52) dans le registre des prérogatives de la commission de contrôle (R 241-14) et ceci bien avant la réforme de 2002.

- La pratique

Les salariés subissent des visites médicales souvent éparpillées entre différents médecins et différents services, au hasard de leurs histoires professionnelles, sans que les médecins qu'ils rencontrent se préoccupent vraiment de leurs expositions passées. Rappelons que le but officiel de ces examens est la "détermination de l'aptitude" ; dans certains traités de médecine du travail il est fait mention de la recherche de ces expositions passées mais dans l'objectif de rechercher d'éventuelles contre indications à l'embauche, ou de risque de maladies professionnelles, non dans un esprit de veille sanitaire.

Le suivi post exposition (SPE) n'est pas assuré dès lors que le salarié a quitté l'entreprise où il a subi cette exposition, c'est-à-dire dans la majorité des cas.

Si un médecin du travail prend l'initiative de prescrire des examens de SPE il est face à un barrage rédhibitoire dans le fonctionnement actuel des services inter : le financement. Pourtant le coût de ces examens, dans le budget d'un service inter, est dérisoire.

Le médecin interentreprises qui voudrait exercer cette mission, essentielle, à la hauteur de ses compétences et conforme à ce qu'attendraient les salariés concernés, se heurte à des difficultés quasi insurmontables : le temps nécessaire pour l'information (expliquer le risque de cancer à des salariés qui ont été effectivement exposés sans protection), la prise en charge du suivi (en cas de pathologie découverte par exemple) est incompatible avec les visites à la chaîne et l'organisation très administrative de la plupart des SST. Il sera vite découragé, s'il s'agit de populations précaires, de faire

"dans le vide" des interrogatoires professionnels difficiles pour des salariés qu'il voit une seule fois, qui ont des dossiers médicaux dans x services, et qui se demandent bien pourquoi on leur pose toutes ces questions alors qu'ils ont l'habitude de passer des visites "où on prend la tension et hop, 5 minutes, c'est fait".

Les attestations d'exposition ne font pas partie de l'activité de routine, (sauf dans les grands services autonomes ?). En interentreprises combien, parmi les salariés qui ont subi des expositions aux cancérrogènes, partent avec une attestation d'exposition ? Une infime minorité. Même s'ils dépendent d'un service spécifique de branche, le BTP par exemple.

Pourquoi les SST (médecins et direction) ne se sont-ils pas organisés pour faire ces bilans de fin de carrière ? Que signifie cet accord tacite pour ne pas prendre ce type d'initiative que rien n'interdit dans les textes ?

- Pourquoi ?

On voit bien avec cet exemple que l'organisation éclatée de la surveillance médicale et la logique de l'entreprise adhérente "cliente" du SST, (pour avoir des VM et des (in)aptitudes) "plombent" la dimension santé publique dans la pratique.

Certes il est facile à ces responsables de service et médecins coordonnateurs de s'écrier "ce n'est pas prévu dans les textes ! il nous faut un texte (et un financement) !"

L'autorité de tutelle elle-même a intégré ce veto puisque dans des brochures rédigées à l'intention des salariés et destinées aux salles d'attente des SST, la DRTEFP d'Ile de France s'autocensure sur la question du SPE et n'informent les salariés – qui attendent leur tour pour la visite médicale du travail - que sur leur droit au suivi post-professionnel, c'est-à-dire quand ils seront au chômage ou à la retraite !

Se réfugier derrière une application myope et tatillonne des textes sert surtout à masquer l'incompatibilité de la structure avec des objectifs de santé publique.

Justement dans le cas de l'amiante il existe un texte : combien de SST se sont organisés, depuis 1996, pour financer les examens de SPE amiante ? Eux qui sont si prompts à se retrancher derrière les obligations réglementaires et à brandir le spectre de "l'insécurité juridique" si les textes ne sont pas respectés, pourquoi n'appliquent-ils pas le texte de 1996 ?

Pourquoi les médecins ne se sont-ils jamais mobilisés pour obtenir, via les commissions de contrôle, les moyens d'assurer le suivi post-exposition ?

Pourquoi aucun compte n'est demandé aux SST par les DRTEFP et la DGT sur le SPE et les attestations d'exposition ?

La proposition de bilan de 50 ans (conférence de consensus de 1999 au sujet des expositions à l'amiante), reprise dans le rapport IGAS, ne peut être opératoire qu'avec une réorganisation des services autour de l'objectif de veille sanitaire. Il faut souligner à ce propos que la seule recommandation ANAES relative à la santé au travail, issue de cette conférence de consensus n'a été suivie d'aucun effet. dans les SST. On peut donc prévoir que le même sort serait réservé, dans l'organisation actuelle, à d'autres recommandations des autorités sanitaires souhaitées par la mission IGAS.

Personne ne peut lutter, isolé, contre un système conçu dans l'objectif contraire de ce qui est aujourd'hui affiché.
Et pourtant, pour le médecin du travail c'est la négation du sens de son métier : ne pas assurer, dans le système de santé la mission directement en lien avec ses compétences. Dans un vrai métier de médecin dans le monde du travail le SPP aussi ferait partie de ses fonctions.

3) Le maintien dans l'emploi, la prévention des inaptitudes

- La théorie

Le maintien dans l'emploi est une mission essentielle du médecin du travail, réaffirmée fortement par le rapport Gosselin et par la mission IGAS :

- *Anticiper les situations de menace d'inaptitude (maladie, accident, AT/MP, vieillissement)*
- *Aménager les postes*
- *Faire intervenir les professionnels du maintien dans l'emploi (Sameth etc....)*
- *Accompagner le salarié tout au long de cette période : conseils médicaux, coordination avec le soin, soutien, protection.*

- La réalité

Des licenciements pour inaptitude expéditifs, peu de recours aux Sameth, peu de coordination entre les médecins.

Peu de visites de pré-reprise, peu d'efficacité de ces visites (attitude attentiste fréquente des médecins du travail).

Même les démarches sociales initiées par le SST, ne sont pas menées à leur terme : la demande de RQTH peut être faite au moment de l'inaptitude mais le salarié ne pourra compter sur aucun accompagnement au-delà de cette première démarche : "vous ne faites plus partie de nos effectifs, nous ne pouvons rien pour vous"

- Pourquoi ?

Manque d'investissement des médecins

- dans la relation médecin-malade
- dans la recherche de solution adaptée

Le médecin se borne trop souvent à "constater" l'inaptitude. Même si dans certains cas l'inaptitude est prononcée parce que rien n'a marché dans les démarches de maintien, à la fin de tout un processus et en désespoir de cause, de nombreuses situations (quelle proportion ?) ne donnent lieu à aucune recherche de solution et sont traitées au dernier moment, de façon expéditive.

Opacité des décisions d'inaptitude (secret médical)

Intervention du médecin strictement limitée à l'entreprise en cause dans le contrat de travail (et donc liée à elle ?). Aucun suivi, aucune responsabilité dans la suite de l'histoire, le salarié est abandonné à son "inaptitude" On les retrouve ensuite souvent en intérim ou d'autres

entreprises sur des postes plus durs). **C'est un échec total de la mission de « préservation de la santé ».**

Pas d'évaluation des décisions d'inaptitude, relativement peu de recours (même s'ils sont en nette augmentation). Très peu d'initiatives de la part des autorités de tutelle pour connaître le devenir des salariés licenciés pour inaptitude, le nombre de ces licenciements, la qualité de la coopération entre SST et axes maintien.

Le travail de maintien dans l'emploi est complexe, délicat.

La compétence médicale est très précieuse, à condition que le médecin accompagne la personne jusqu'au bout et s'engage dans la relation médecin-soigné. Il est indispensable qu'il assume ce rôle jusqu'à ce que le salarié retrouve un équilibre.

Le SST doit assurer cette mission dans sa globalité.

La liaison exclusive à l'entreprise est incompatible avec la mission de maintien dans l'emploi du médecin du travail. Si la liaison entre le médecin et l'entreprise est indispensable à ces démarches, elle devient un frein si elle est exclusive. En effet ce travail de maintien dans l'emploi est difficile et exige de la part du médecin une conviction ferme, un travail de soutien du salarié important et une force de persuasion de l'entreprise. Rares sont ceux qui tiennent bon et il est beaucoup plus simple de convaincre tout le monde que l'inaptitude-licenciement est la solution "raisonnable".

Si le médecin appartient à une équipe dont la mission est le maintien dans l'emploi au sens large (dans un objectif de santé publique et non de gestion du personnel) et qu'il est responsable du devenir socioprofessionnel du salarié à long terme même en dehors de l'entreprise, il agira très différemment.

4) La prévention primaire

Compte tenu de l'organisation de l'activité du médecin autour des examens médicaux individuels, l'intervention en prévention primaire, quand elle existe, n'arrive en fait qu'en bout de chaîne, à partir des éléments recueillis auprès des salariés. Il faut aussi ne pas oublier que le médecin se sent, par nature, légitime à intervenir, à ses propres yeux mais aussi aux yeux d'un employeur, d'un CHSCT, d'un collectif de salariés, quand il y a souffrance, atteinte à la santé.

Certes l'activité en milieu de travail et la pratique des fiches d'entreprises (FE) permet d'avancer.

Mais l'activité des SST reste encore fortement dominée par la dimension médicale et nous pensons que seule la mise en place d'équipes pluridisciplinaires de fort niveau de compétences permettra de donner la priorité à la prévention primaire.

Deux exemples pour éclairer l'analyse du fonctionnement actuel :

a) le travail temporaire

▪ La théorie

Les intérimaires font partie des populations précaires, ils sont exposés à davantage de risques et de conditions défavorables.

Pour ces deux raisons ils sont cités dans la plupart des colloques, et rapports comme une priorité, méritant une attention particulière.

Les médecins des entreprises utilisatrices (EU) doivent connaître les postes attribués aux intérimaires, les recenser dans la FE, assurer la surveillance médicale renforcée (SMR)...

- La pratique

Dans les SST les intérimaires ne font l'objet d'aucune attention particulière, ils sont vus par n'importe qui, les effectifs des entreprises de travail temporaire (ETT) sont "saupoudrés" entre les médecins, ou attribués à des médecins peu motivés.

Les médecins ne connaissent pas les postes, revoient rarement les intérimaires, ne font pas d'examens complémentaires, n'interviennent quasiment jamais en milieu de travail.

La SMR n'est faite par personne.

Les directions de service sont peu intéressées car "ce n'est pas rentable financièrement" (paiement à l'acte, absentéisme important...).

Dans les EU, les médecins se préoccupent très rarement des intérimaires.

- Pourquoi ?

L'organisation des SST et des visites médicales (VM) suit une logique essentiellement commerciale : rendre un service aux entreprises.

Pour les ETT, le service c'est avoir des VM pour être couvert (en cas d'accident en particulier).

Par contre soulever la question des risques dans les EU c'est très mal venu et "ce n'est pas du tout commercial".

Le SST répond à cette seule demande de VM et se garde bien de déplaire en s'occupant d'autre chose.

La population intérimaire est très peu organisée : elle ne risque pas de revendiquer quoi que ce soit.

Les intérimaires subissent la médecine du travail, n'en attendent rien, voire la craignent s'ils ont un souci de santé.

Comment envisager une relation de confiance dans ces conditions ?

Comment prétendre répondre à un objectif de santé publique ?

La médecine du travail des travailleurs temporaires est une caricature du système. L'échec est total : pas de prévention sur des postes souvent les plus difficiles de l'entreprise, surveillance médicale dépourvue de sens, maintien dans l'emploi impossible. Bien que la question de la précarité soit présentée systématiquement comme prioritaire depuis 20 ans, les SST n'ont, sauf exception, jamais rien mis en place pour y faire face.

Il faudrait conduire un vrai projet avec des objectifs : (suivi longitudinal des salariés dans un centre spécifique avec enregistrement des expositions, plan d'action dans les entreprises utilisatrices par branche d'activité), un calendrier et une évaluation.

b) les chantiers de retrait et de confinement d'amiante (secteur 2 du décret de 96)

- La théorie

Le décret de décembre 1996 sur la surveillance médicale des travailleurs exposés à l'amiante dans les opérations de retrait et confinement ::

"tous les chantiers doivent être vus et étudiés"

- La réalité

RIEN n'a été mis en place par les services pour appliquer ce texte.

La plupart des chantiers ne voient jamais de médecin du travail.

- Pourquoi ?

Visiter efficacement un chantier ne s'improvise pas

Personne n'a intérêt dans les SST à appliquer ce texte, contraignant.

Les médecins font ce qu'ils veulent. Personne ne leur demande de comptes.

Il n'y a pas de risque de sanction.

L'application de ce texte suppose un SST organisé dans une logique de prévention et conduisant des projets dans un objectif de santé publique, au service des populations de salariés, avec des priorités hiérarchisées.

On en est très loin.

Il faudrait une toute autre gouvernance.

2 - Constats

Dans l'arbre des causes du fiasco de la médecine du travail, esquissé à partir de ces 4 grands axes, on retrouve un élément transversal : la gouvernance.

- le système est – bizarrement - piloté par des acteurs qui n'ont aucune raison de poursuivre des objectifs de santé publique : les chefs d'entreprise. Ce n'est pas leur métier. Les compétences nécessaires sont très éloignées des leurs : gestion, économie, ressources humaines... Rien d'étonnant à ce qu'ils pilotent les SST selon ces concepts : rentabilité financière, au mieux gestion RH.
La gestion patronale a fait de la médecine du travail un élément de GRH, avec pour pilier l'(in)aptitude, outil de gestion, voire de sélection.
Quant à la prévention primaire et au maintien dans l'emploi, qui engagent la responsabilité de l'employeur, ces missions ne sont à l'heure actuelle que faiblement intégrées à la gestion RH et par un nombre réduit d'entreprises.
- Les médecins du travail se sont trouvés dans un dilemme insoluble, duquel ils se sont protégés en se désinvestissant de leur rôle de médecin : "soulager la souffrance". Car dans un tel contexte, agir dans les entreprises (et donc résister à la consigne des directions de services "pas de vague"), être médecin c'est assumer des conflits tous les jours. D'où l'autocensure largement pratiquée par les médecins du travail. ("Sont-ils de vrais médecins ?" se demandent les gens, à juste titre...). Soit. Mais on peut tout de même s'interroger sur leur passivité face à la dimension veille sanitaire en santé publique et à l'abandon par beaucoup d'entre eux de leur responsabilité dans l'organisation d'un suivi cohérent des populations.

- Toutes les "anomalies" repérées ci-dessus découlent donc de ce principe : **on rend service aux entreprises** (et/ou aux salariés dans le cadre de leur contrat de travail), mais pas au-delà : inapte, licencié : dehors, on ne peut plus rien pour vous !) ; **pas aux populations**, ni même aux malheureux salariés éjectés pour handicap ou maladie et qui errent dans la nébuleuse des handicapés dépourvus de contrat de travail. Et si, d'aventure, un service de santé au travail s'engage dans une action de coopération auprès de ces salariés en grande difficulté pour aider à prévenir la désinsertion, les autorités lui rappellent vite que *"l'activité des SST est strictement limitée aux services rendus aux entreprises adhérentes"*¹

Cette simple clé suffit à comprendre le système et à en éclairer la cohérence.

En même temps on voit très bien que des mesures simples sont à portée de main, dont la légitimité par rapport aux objectifs affichés par la réforme est incontestable, et qui suffiraient pour amorcer un changement radical.

Ces mesures sont à prendre maintenant. Elles supposent une remise en cause de la gouvernance des SST : c'est la condition *sine qua non*, à affirmer dès aujourd'hui.

Contrairement aux conclusions du rapport IGAS il ne faut pas attendre. Et si une période transitoire doit être mise en place il faut une expérimentation véritablement audacieuse et déterminée, qui prenne la main sur la gouvernance actuelle.

Si les directions actuelles s'opposent à la réalisation de ces objectifs simples, alors c'est qu'elles trouvent dans le mode de gouvernance actuel (action strictement inscrite dans les limites de l'entreprise, gestion commerciale et concurrentielle des services) un intérêt inavoué.

II- Propositions

II-1 Une gouvernance santé publique / prévention organisée au niveau régional

Les différentes missions en santé au travail sont de niveaux d'approche différents mais s'appuient les unes sur les autres : la cohésion de l'ensemble suppose **un fonctionnement organisé en unités territoriales avec une double gouvernance :**

1. Pilotage santé publique :

- **Pour organiser la surveillance des populations par bassin d'emploi** : suivi médical, des salariés dans le temps et d'un emploi à l'autre, traçabilité des expositions, examens complémentaires SMR et SPE.
- **Pour assurer le suivi longitudinal des salariés en difficulté** (TH, salariés âgés...), au-delà d'éventuelles "inaptitudes au poste" tout au long de leur carrière professionnelle, en réseau avec le système de soins, de réadaptation, les organismes de protection sociale et les organismes de formation.

¹ Courrier AGEFIPH, s'appuyant sur un avis de la DRTEFP, pour refuser à des médecins expérimentés de faire des bilans médicaux dans le cadre d'un Cap Emploi.

- Pour assurer une information de qualité sur les grands problèmes de santé au travail auprès de la population générale.

2. Pilotage prévention, amélioration des conditions de travail :

- Pour analyser et prendre en charge en équipe pluridisciplinaire, de compétence exclusive, sur un bassin d'emploi, les problèmes de conditions de travail repérés par les médecins ou les autres professionnels (demande des entreprises, CHSCT, plaintes de salariés, AT-MP, y compris des intérimaires...)

Coopération organisée avec la CRAM et l'ARACT (associées à la gouvernance)

- Pour mettre en œuvre les démarches nécessaires au maintien dans l'emploi : amélioration des postes de travail dans une démarche de prévention des inaptitudes. Travail pluridisciplinaire associant à l'équipe pluridisciplinaire de prévention les professionnels du maintien dans l'emploi.

Ce fonctionnement suppose :

Un financement reposant sur un système de cotisation unique, sans concurrence, de provenance mixte (entreprises, état...?), contrôlé par l'instance régionale et établi selon plusieurs critères concernant les risques, les conditions d'emploi, les résultats en matière de prévention...

Une organisation qui n'est plus systématiquement connectée à l'entreprise, en particulier dans la mission santé publique.

Une équipe de prévention pluridisciplinaire travaillant selon des objectifs étudiés avec l'instance régionale

Des évaluations restituées annuellement aux différents partenaires, aussi bien sur les constats en matière de santé que sur les actions menées et leurs résultats.

II-2 Un vrai métier de médecin dans de vrais services de santé au travail

Depuis toujours le mode d'exercice en médecine du travail a été choisi "par défaut", qu'on s'en défende ou non.

Il fait l'objet d'une "image dégradée, trop souvent véhiculée, d'un professionnel effectuant des visites à la chaîne sans valeur ajoutée..." Mais contrairement à l'interprétation de la mission IGAS, ce n'est pas seulement la "méconnaissance" qui peut expliquer "l'image dévalorisée de la profession".²

² rapport IGAS pages 8 et 46

Ce n'est pas par hasard.

Dans les conditions d'exercice de la médecine du travail depuis 1946, il ne peut pas en être autrement même si nous sommes nombreux à avoir dépensé une énergie monumentale pour tenter de "renverser l'image" et si pour beaucoup d'entre nous, nous avons réussi à gagner la confiance des salariés et aussi des employeurs, à construire des savoir-faire solides, et à représenter pour beaucoup de salariés un précieux recours.

Mais à quel prix!

"La réforme" ou du moins les principes qui prétendent l'animer nous donnent raison pour toutes ces bagarres menées depuis des années contre l'institution dans une résistance tenace

- pour défendre le tiers-temps, l'action d'information dans les entreprises, le travail auprès des CHSCT, avec les représentants du personnel, la coopération avec la CRAM, l'IT
- pour défendre les actions de maintien dans l'emploi, la nécessité de savoir ce que deviennent les inaptés
- pour lutter contre la pression des VM à la chaîne, obtenir l'accès des salariés aux visites de pré-reprise (barrage téléphonique des services par exemple)

Car nous sommes sur ces questions depuis des années.

Le rapport IGAS semble découvrir qu'aujourd'hui les SST doivent passer de la gestion des VM à autre chose. Non, depuis presque 30 ans tous les professionnels savent que la priorité est la prévention.

Si la mission IGAS a eu cette impression alors elle doit vraiment s'interroger sur la compétence des directions de service et sur le consensus qui verrouille l'action des services depuis toujours, aussi loin des objectifs du code du travail.

Il y a donc un vrai métier de médecin à construire. Nous pouvons en témoigner à partir de notre expérience et malgré le bilan désastreux de cette institution, bilan qu'enfin les rapports successifs ont permis de mettre en débat.

Cette ouverture nous permet d'espérer que quelque chose va être possible. Or la question de la démographie ne nous laisse pas le choix :

- soit nous sommes en capacité de proposer un véritable renouveau, qui s'appuie sur le savoir-faire acquis des médecins du travail et se déploiera grâce à des mesures radicales de réorientation des services,
- soit le métier s'éteindra, dans le discrédit de la médiocrité.

La question de l'attractivité du métier ne peut pas être posée autrement.

Les vrais services de santé au travail

Pour être en cohérence avec l'évolution globale de la prévention (dans l'esprit des directives européennes, et en particulier de la **Loi du 17 -01- 2002 sur la Pluridisciplinarité, et le renforcement de participation des salariés**) il faudrait

- Aider à une autre dynamique entre entreprise et SST (passer de « médecine du travail obligatoire= VM et aptitude » à « le SST, en nous aidant à remplir nos obligations de prévention, nous permet d'améliorer les conditions de travail ». On

pourrait envisager de donner un nouveau contenu et une nouvelle force au document prévu à l'article R.241-25.

- Développer des compétences d'IPRP dans les SST dans le domaine de la **formation et de l'animation**, à côté des compétences "médicales, techniques et organisationnelle", pour "apprendre à faire" dans les entreprises. Cet apprentissage peut concerner soit des regroupements de petites entreprises, soit les acteurs internes des plus grosses.
Il s'agit d'aider les entreprises à être acteur et pilote de leur propre projet.
- C'est l'intervention pluridisciplinaire qui est la garantie de cette évolution des SST. Il ne faut pas réduire l'intervention pluridisciplinaire à une prestation de service prescrite par le médecin ou le directeur. Il s'agit d'une nouvelle dynamique pour construire ensemble, SST et entreprise, une action de prévention que l'entreprise, employeur et salariés, pourra s'approprier.:
- Notons qu'actuellement, ce sont les ergonomes qui se trouvent le plus dans ces capacités, du fait même du positionnement de l'ergonomie : analyse du travail dans le but de le transformer, dans le cadre d'approches participatives. Par exemple les formations –actions faites avec les ARACT à propos de l'évaluation des risques.
- Pour ces raisons l'évolution défavorable de la démographie médicale n'est pas si préjudiciable au développement de vrais services de santé au travail mais elle exige une grande qualité dans la mise en œuvre de la pluridisciplinarité.
- Les médecins pourront ainsi s'appuyer sur d'autres compétences et recentrer leur activité sur le cœur du métier de médecin du travail, qu'il s'agisse de l'action en milieu de travail ou de la clinique médicale.

Le vrai métier de médecin du travail :

Dans ces équipes pluridisciplinaires de santé au travail, la spécificité du médecin , c'est son approche individuelle, son regard centré sur la santé et son évaluation médicale, dans une démarche diagnostique et .d'accompagnement thérapeutique.

Les points forts du métier :

1) La connaissance du monde du travail

Même si sa formation initiale est très insuffisante sur la connaissance de l'entreprise, en économie et sociologie du travail en particulier, le médecin du travail peut vite acquérir une connaissance très spécifique grâce à sa capacité d'écoute et d'empathie. Il a des compétences en épidémiologie, en analyse des situations de travail (notions d'ergonomie, de psychosociologie...) ; il a accès à une documentation importante et à des possibilités de formation non négligeables.

C'est surtout dans la pratique qu'il fait son apprentissage de l'entreprise et le lien individuel avec les salariés, par le biais des visites médicales est un atout précieux. Ce qu'il apprend en écoutant les personnes parler de leur travail, des risques et des difficultés est un apport essentiel dans l'action de prévention.

Cependant ce savoir-faire peut-être partagé avec des infirmières à condition de garantir un bon fonctionnement des équipes médicales de santé au travail.

2) L'activité médicale :

- a. organisation de la surveillance médicale des populations, permettant le suivi longitudinal des populations et garantissant l'accès facile au médecin du travail pour les salariés,

Les visites médicales systématiques dévorent un temps médical important, inutilement. Le rapport IGAS indique clairement (p66) la nécessité de « transformer la procédure d'aptitude systématique en une procédure ciblée de prévention des inaptitudes », allant jusqu'à préconiser la suppression d'avis d'aptitude (simple attestation de visite) , pour se prononcer sur « des aménagements nécessaires à rendre le poste le poste apte à être occupé par un salarié' . Il insiste sur l'importance de « **ce renversement de logique** », dans la perspective de vieillissement de la population. On ne peut qu'être d'accord avec cela.

Une partie des visites médicales (situations sans risque avéré, salariés sans problèmes de santé repérés) sera alors transféré vers les infirmières.

Tout salarié qui le souhaite devra pouvoir rencontrer le médecin du travail

- b. accompagnement des salariés en difficulté, résolution de situations complexes où la question du travail est déterminante, en lien (en équipe ?) avec le secteur de soins, les services de réadaptation,

Le médecin du travail doit être l'acteur incontournable du maintien dans l'emploi, il est nécessairement "pivot" entre le salarié (secret médical, garantie de l'éthique dans la démarche).et l'entreprise.

Cette mission est difficile et complexe. Elle ne peut réussir que dans une organisation d'équipe pluridisciplinaire (médecin, infirmière, assistante sociale, services extérieurs de maintien dans l'emploi).

Le médecin est responsable de l'accompagnement de la personne, indépendamment de son appartenance à une entreprise.

Dans sa mission de santé publique le médecin du travail n'est pas limité par le lien à l'entreprise.

- c. études épidémiologiques : participation à un travail de recherche et à des enquêtes en épidémiologie, en réseau avec le secteur de soins (maladies professionnelles, AT)

Le rôle des médecins du travail est de veiller à un recueil des données de qualité. Ce qui suppose une organisation et un équipement permettant une homogénéité des données recueillies et une saisie fiable. Le médecin du travail doit devenir un maillon essentiel du réseau de vigilance en santé travail piloté par les agences nationales (InVS, AFSSET).

- d. organisation du SPP, des enquêtes de MP (reconstitution des expositions passées)

i. une des missions du médecin est d'assurer la traçabilité des expositions

- d'abord leur repérage dans l'entreprise (en coopération avec l'équipe de prévention : analyse des risques et incitation de l'entreprise à un travail collectif de mémoire sur les expositions passées),
- leur enregistrement dans le dossier médical

- mais aussi la reconstitution des expositions passées pour les salariés au parcours professionnel compliqué (emplois précaires, absence de données médicales anciennes etc....)

- ii. enquêtes dans le cadre des maladies professionnelles

La connaissance qu'a le médecin du travail des expositions et du travail devrait être mise à profit pour les enquêtes dans le cadre de reconnaissance des maladies professionnelles ; il pourrait participer aux travaux de recherche conduites par des équipes hospitalières

3) La participation à l'équipe pluridisciplinaire de prévention

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

La question du pilotage est posée, mais doit être résolue au cas par cas, selon la nature du problème et le type d'intervention, avec le souci d'une efficacité optimale. Elle dépend de la place de chaque discipline, en fonction du type de problème posé.

Le médecin garde un rôle spécifique de lien entre l'individuel et le collectif, qui est distinct du rôle de pilote de l'action (il peut être le pilote, mais pas nécessairement car il n'est pas forcément le mieux placé pour le faire).

Une véritable formation à la pluridisciplinarité est nécessaire

- Dès la formation initiale :

- champs communs d'acquisitions de connaissances

- mais aussi acquisitions en commun de savoir-faire (faire ensemble, un mémoire, un stage, une intervention, pour mieux comprendre le métier de l'autre, ses spécificités, ses règles).

Cette question est abordée timidement dans le rapport IGAS Frimat-Conso

- En formation continue :

- formations-actions impliquant tous les acteurs (des exemples existent : formations-actions à l'évaluation des risques,...).

C'est en forgeant qu'on devient forgeron, et c'est en travaillant ensemble, entre métiers différents, qu'on apprend à le faire. La question du leadership perd alors de son importance, dans les faits.

Conclusion : Réformer sans attendre.

Le débat actuel sur la santé au travail, la prévention des risques d'accident et de maladie liés au travail, le métier de médecin du travail doit conduire à une réforme en profondeur qui redéfinit les missions et les moyens c'est-à-dire l'organisation des services, leur financement et leur gestion.

La question de la démographie médicale donne à la situation une acuité particulière puisque à elle seule elle provoque à très court terme l'effondrement du système tel qu'il existe.

Nous considérons que c'est une chance car elle oblige à repenser ce métier, embourbé depuis 60 ans dans l'ambiguïté redoutable du service à l'entreprise.

Aujourd'hui les principes et objectifs sont clairs : la santé au travail s'inscrit dans la santé publique ; l'aptitude n'est pas un outil pertinent ; la pluridisciplinarité est indispensable à la prévention primaire ; l'amélioration des conditions de travail est une préoccupation prioritaire des pouvoirs publics ; la responsabilité des employeurs est lourdement engagée dans les atteintes à la santé des travailleurs ; le maintien dans l'emploi des plus de 50 ans est une condition déterminante de l'équilibre des systèmes de protection sociale.

Il ne s'agit plus d'ajouter des outils, recommandations, plans d'action mais de lever les verrous qui, depuis 1946, condamnent le système à échouer dans l'objectif affiché.

Dans une structure conduite dans un objectif global de santé publique – au service de la population au travail - le métier de médecin du travail pourra prendre une toute autre dimension.

Nous qui avons acquis une précieuse connaissance du monde du travail, et des liens complexes entre santé et travail, sommes prêts à nous investir pour réussir cette mutation, passer le relais à des équipes pluridisciplinaires, et transmettre nos savoir-faire à des jeunes médecins attirés par un métier difficile certes mais très utile et très riche et dont ils pourraient être fiers.