

Rapport remis aux
Ministre du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique
Ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche,
Ministre de la Santé et des Sports

La santé au travail

Vision nouvelle et professions d'avenir

- Propositions pour des formations et un réseau de
recherche en phase avec les missions -

Présenté par

Christian DELLACHERIE

*Membre du Conseil
économique, social et
environnemental*

Paul FRIMAT

*Professeur de médecine
du travail à l'Université de
Lille II, praticien
hospitalier au CHRU de
Lille*

Gilles LECLERCQ

*Médecin conseil
de l'ACMS*

Synthèse

La médecine du travail est en danger. D'ici 5 ans, si rien n'est fait pour aider les professionnels de la santé au travail à anticiper les départs à la retraite des praticiens et des enseignants hospitalo-universitaires, ce dispositif unique au monde, qui concerne en France près de 16 millions de salariés, pourrait s'éteindre, faute d'expertise et de perspectives. La discipline est en crise. Elle est depuis longtemps jugée peu attractive, et aujourd'hui les étudiants en médecine s'interrogent sur son avenir. Les médecins du travail, qui pâtissent d'une image sociale peu flatteuse, désespèrent d'un métier dont ils connaissent pourtant les atouts et mesurent les potentialités. Déjà confrontés à l'impossibilité de remplir l'ensemble des missions que leur a confié le code du travail, certains ne reconnaissent pas le métier qu'ils ont choisi dans ce qu'ils vivent ou ne se reconnaissent pas dans les évolutions annoncées. Beaucoup enfin se sentent atteints dans leur conscience professionnelle de ne pas pouvoir consacrer le temps qui leur paraît nécessaire aux salariés qui en ont le plus besoin.

La situation n'est pas meilleure dans le domaine de la recherche en santé au travail. Le déficit en la matière est criant depuis plusieurs années, au point que le manque d'experts pourrait mettre en péril les intérêts de la France dans les dossiers stratégiques défendus au niveau international ou européen, comme l'application de la réglementation REACH¹.

Pourtant, rarement la question de la santé des travailleurs s'est posée avec autant d'acuité. L'intensification du travail, les risques psycho-sociaux, les troubles musculo-squelettiques, les pathologies à effets différés, les risques nouveaux induits par des technologies en perpétuelle évolution, rendent nécessaire l'intervention coordonnée, au service de la prévention et du maintien dans l'emploi, d'une équipe de professionnels de la santé au travail, qu'ils ou elles soient médecins, infirmières, assistantes médicales, ergonomes, psychologues, toxicologues ou ingénieurs de sécurité. La médecine du travail a tout pour s'imposer comme une médecine moderne, à l'interface entre l'homme et son environnement, associant dans une démarche globale l'approche collective des risques professionnels et le suivi clinique individuel. Des freins et des obstacles subsistent à cet accomplissement, ils ont été dûment analysés par les rapports et avis qui se sont échelonnés entre 2007 et 2008. La profession s'interroge sur le contenu de la réforme annoncée, sur sa capacité à mettre en phase son organisation et ses missions.

C'est dans ce contexte que le Ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville, le Ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche, et le Ministre de la santé et des sports nous ont confié une mission de réflexion portant sur la formation des professionnels de la santé au travail et l'attractivité de ses métiers.

A l'issue des auditions, auxquelles plus d'une centaine de personnes ont participé, nous avons formulé plus d'une quarantaine de propositions, qui traduisent huit préoccupations principales :

- **Une approche intégrée pour un travail d'équipe :**

La formation d'une culture interdisciplinaire et d'une communauté d'objectifs partagée entre les professionnels travaillant dans les services de santé au travail est indispensable pour éviter que la pluridisciplinarité ne se réduise à une juxtaposition des compétences et pour que tous concourent, de manière coordonnée, à une prise en charge globale des risques en matière de santé au travail.

¹ Registration, evaluation and authorisation of chemicals

Constatant qu'une des faiblesses actuelles du dispositif est que les formations des professionnels sont pensées au niveau des métiers considérés un par un, aux dépens d'une logique plus globale, la mission préconise la mise en place d'un parcours de formation pluridisciplinaire modulaire commun, à la carte, permettant aux professionnels à la fois de se rencontrer, d'échanger, et de valider leurs compétences par un master Santé Travail.

Que le médecin soit ou non chargé de la coordination interdisciplinaire, une nouvelle articulation est à rechercher dans les services entre les équipes médicales et les équipes pluridisciplinaires. La mission encourage l'élaboration de chartes de coopération afin de clarifier et définir les responsabilités et les prérogatives des membres de l'équipe de santé au travail.

- Le besoin d'ouvrir la perspective d'une deuxième carrière aux médecins souhaitant se reconvertir et exercer la spécialité de médecine du travail :

Donner la possibilité d'exercer le métier de médecin du travail aux médecins expérimentés doit être rendu possible et facilité pour répondre aux souhaits d'évolution exprimés par les pairs. Pour réduire les freins à la reconversion, la mission propose de créer de manière urgente un Diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) permettant de se former au métier de médecin du travail par alternance, dans le cadre de la formation continue.

- Un effort en profondeur pour redynamiser la recherche et reconstituer le vivier des enseignants hospitalo-universitaires :

Pour revitaliser le secteur de la recherche en matière de santé au travail, la mission préconise, outre la pérennisation des appels à projet de recherche, de soutenir la création de pôles d'excellence en santé travail et de favoriser l'organisation de réseaux thématiques de recherche en santé travail.

La mission propose également d'attribuer des années recherche aux futurs médecins du travail en fonction des besoins recensés par interrégion ou par pôle d'excellence, ceci afin de reconstituer rapidement le vivier des enseignants hospitalo-universitaires. Dans l'attente, et de manière urgente pour éviter la disparition des ressources en formation, il convient d'organiser le maintien et la re-répartition des postes hospitalo-universitaires en « sanctuarisant » les postes actuellement occupés par des enseignants souhaitant partir à la retraite dans les cinq prochaines années.

- Une formation initiale des professionnels de santé adaptée aux nouvelles missions :

Des maquettes pédagogiques nationales doivent être élaborées pour l'ensemble des professionnels des services de santé au travail (infirmières, assistantes santé travail, intervenants en prévention des risques professionnels, etc.), comme elles ont été réalisées pour les médecins du travail, et les référentiels de formation déclinés au niveau régional.

Pour mener à son terme la réforme des services de santé au travail, il est primordial de reconnaître et de promouvoir le rôle, les missions et la place des infirmières de santé au travail. La mission propose de mettre en place une formation qualifiante au sein du master interuniversitaire Santé Travail. Seules les infirmières qualifiées en santé travail pourraient appliquer les protocoles de coopération prévus à l'article L.4011-1 du code de la santé publique. L'indépendance technique des infirmières santé travail, qui, pour deux tiers d'entre elles, travaillent dans les entreprises et ne dépendent pas d'un service de santé au travail, serait en outre garantie par l'attribution du statut de salariées protégées à celles qui bénéficient d'une délégation expresse du médecin du travail pour réaliser des actes médicaux.

Pour ouvrir de nouvelles perspectives professionnelles aux secrétaires médicales et mieux utiliser le temps des infirmières, la mission estime qu'une délégation de certains actes paramédicaux ou en milieu de travail aux assistantes de santé au travail est possible, sous réserve de l'obtention d'une qualification, et que cette délégation s'inscrive dans une procédure encadrée par le médecin (prescription ou protocole écrit).

La mission recommande de supprimer la procédure actuelle d'habilitation des intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP), de réserver ce titre d'IPRP aux seuls intervenants exerçant dans les services de santé au travail, et de conditionner sa délivrance aux seuls professionnels ayant suivi le module de formation commun aux acteurs de la santé au travail. Elle estime également nécessaire de former les directeurs des services de santé au travail, en formation initiale et continue, aux enjeux de santé publique et notamment aux problématiques de santé au travail afin qu'ils soient en capacité d'animer une dynamique de concertation au sein du champ santé au travail.

- La volonté de faire connaître et valoriser la médecine du travail en tant que discipline médicale :

Sur les 6 premières années d'études de médecine, seules 9 heures sont consacrées en moyenne à la « médecine et santé au travail ». Il n'est donc pas étonnant que cette discipline soit largement méconnue des étudiants, ce qui ne favorise pas l'attractivité de la spécialité à l'issue des épreuves nationales de classement, et, à plus long terme, les échanges entre médecins. Pour remédier à cette situation, la mission recommande dans un premier temps de préciser le contenu du module « Santé Publique, Société, Humanité » de la licence santé pour garantir que soient enseignées les premières notions en matière de médecine et de santé au travail.

Elle préconise vivement que soient développés les stages de terrain aux périodes clés où naissent et se confirment les aspirations professionnelles, en parallèle à l'acquisition du socle des compétences médicales (stages découverte aux étudiants en deuxième et troisième année de licence, stages dans les services de consultation de pathologies professionnelles et/ou dans les services de Santé-Travail aux étudiants en D2, D3 ou D4). Elle propose de présenter la spécialité de médecine du travail aux externes avant l'amphi garnison. Enfin, elle recommande de laisser libre le choix d'un stage professionnalisant aux internes de médecine du travail.

Enfin, partant du constat que quelles que soient ses modalités d'exercice, tout médecin peut être confronté à des pathologies résultant d'une exposition professionnelle, la mission estime indispensable d'introduire a minima un enseignement de santé au travail dans la formation des futurs médecins, notamment les médecins généralistes.

- Le souci de valoriser l'action des services de santé au travail et d'affirmer les prérogatives du médecin du travail :

La santé au travail est une branche de la santé publique, tant les conditions et l'environnement de travail sont des déterminants structurants de l'état de santé de la population. Les professionnels de santé au travail devraient être systématiquement associés à la mise en œuvre des réseaux de veille sanitaire.

La mission constate que l'employeur n'est actuellement pas tenu, sauf exception, de suivre ou prendre en considération l'avis du médecin du travail, lorsqu'il a une portée collective. Il n'a pas non plus l'obligation de lui faire connaître les raisons qui motivent son inaction, ce qui alimente le ressenti d'une faible efficacité de la part des professionnels. La mission recommande de renforcer les prérogatives du médecin du travail en élevant au rang d'une obligation une réponse motivée écrite de l'employeur qui ne prend pas en considération les recommandations ou les préconisations du médecin du travail après le constat dûment établi d'un risque patent ou persistant.

Enfin, prenant acte que plus de 70 % des médecins de soins ne connaissent pas les services de santé au travail de leur région et ont rarement - ou jamais - des échanges avec le médecin du travail de leurs patients², la mission souligne l'impérieuse nécessité d'améliorer la coordination des soins entre professionnels de santé. Elle invite à mettre en place les conditions nécessaires à la réalisation d'un suivi individuel des salariés tout au long de leur vie professionnelle, alors que se développent les risques à effets différés et que la mobilité accrue des personnels rend difficile l'identification et la mémorisation de leurs expositions professionnelles. Parmi ces conditions, figure la possibilité pour le patient de donner à son médecin du travail l'accès aux informations de son dossier médical personnel.

- La nécessité de faire évoluer les mentalités :

Il ressort des auditions que l'image et la perception de l'utilité des services de santé au travail est mauvaise, tant du point de vue des employeurs que de celui des salariés. La mission est d'avis de sensibiliser les employeurs au fait que de bonnes conditions de travail et une bonne santé au travail sont de réels investissements qui ont un effet sur les performances et l'image de l'entreprise, et d'encourager les entreprises à mettre en place avec les services de santé des plans d'actions en faveur de la santé et du mieux être en entreprise. S'agissant des salariés, un réel effort est nécessaire pour promouvoir l'action des services de santé, afin que ces derniers prennent conscience de l'intérêt de l'entretien médical ou infirmier dans le cadre d'un suivi de santé régulier tout au long de leur vie professionnelle.

- La prise en main du changement par les acteurs locaux :

La mise en œuvre d'une véritable pluridisciplinarité dans les services de santé au travail combinée à la perspective ouverte par l'inscription de leurs missions dans la loi et la contractualisation de leur activité au niveau régional représentent une transformation majeure du sens et de l'économie de leur activité. Pour accomplir ce changement, pour reconnaître et légitimer la réorganisation des services de santé au travail, la mission souligne le rôle fondamental que les acteurs locaux (professionnels de santé au travail, employeurs, syndicats, services de l'Etat, collectivités territoriales, etc.) seront amenés à jouer sur le terrain. Elle recommande que ces derniers concourent à créer les conditions d'un dialogue social informé en lançant un processus de consultation et de concertation au niveau régional, ayant pour objectif d'élaborer un nouveau schéma régional de santé au travail. Elle recommande également qu'ils valorisent le rôle et la place des CHSCT et favorisent une dynamique de projet au sein de chaque service de santé au travail, portée par son dirigeant et son comité médico-technique.

Ces recommandations reflètent la conviction de la mission de l'urgence qu'il y a à redonner tout son sens à la santé au travail, pour que les chercheurs, les médecins comme l'ensemble des professionnels des services de santé au travail en retirent une légitime fierté et soient reconnus dans l'exercice de leur profession.

² Enquête réalisée par Yvelines santé travail en juin 2008, auprès de 840 médecins traitants, généralistes et spécialistes, hospitaliers ou non du département des Yvelines

Sommaire

SYNTHESE	3
1. PREAMBULE.....	4
2. INTRODUCTION	4
3. CONTEXTE	4
3.1. <i>La médecine du travail traverse une crise démographique, en dépit d'atouts paradoxalement négligés.....</i>	4
3.1.1. Une crise démographique	4
3.1.2. Des ressources potentielles.....	4
3.2. <i>Le contexte des autres professionnels de santé au travail.....</i>	4
3.2.1. Les infirmières dans le monde du travail.....	4
3.2.2. Les secrétaires médicales et les assistantes en santé au travail.....	4
3.2.3. Les intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP)	4
3.2.4. Les assistantes sociales.....	4
3.2.5. Les directeurs des services de santé au travail.....	4
3.3. <i>Un départ programmé des ressources médicales en formation et en recherche</i>	4
4. COMMENT RENDRE LE CHAMP PROFESSIONNEL PLUS ATTRACTIF ?.....	4
4.1. <i>Reconfigurer des métiers passionnants dans le cadre d'une approche pluridisciplinaire....</i>	4
4.1.1. Clarifier et définir les responsabilités et les prérogatives des professionnels de l'équipe de santé travail	4
4.1.2. Redéfinir la fonction de médecin dans une équipe.....	4
4.1.3. Renforcer la prise en considération des recommandations du médecin du travail	4
4.2. <i>Faire reconnaître les services par les institutions.....</i>	4
4.2.1. Associer les médecins du travail aux politiques de santé publique.....	4
4.2.2. Associer l'ensemble des professionnels des services de santé au travail à la veille sanitaire.....	4
4.2.3. La prise en charge des missions de la médecine du travail par la médecine de ville ne peut être qu'une exception.....	4
4.2.4. Valoriser les pratiques professionnelles	4
4.2.5. Réviser la procédure d'agrément dans le cadre de la nécessaire réorganisation des services de santé au travail.....	4
4.3. <i>Faire connaître et valoriser la santé au travail auprès des pairs</i>	4
4.3.1. Former l'ensemble des médecins en santé au travail.....	4
4.3.2. Développer les relations entre les spécialistes et les partenariats entre les spécialités	4
4.3.3. Faut-il autoriser les médecins du travail à prescrire ?	4
4.3.4. Faut-il autoriser un exercice mixte ?	4
4.4. <i>Impliquer les employeurs dans la santé au travail.....</i>	4
4.4.1. Faire évoluer les mentalités	4
4.4.2. Encourager les entreprises à mettre en place avec les services de santé au travail des plans d'actions en faveur de la santé et du mieux être en entreprise	4
4.5. <i>Valoriser le rôle de l'équipe de santé au travail auprès des salariés.....</i>	4
4.6. <i>Associer les acteurs locaux à la mise en place du nouveau dispositif de santé au travail</i>	4
5. POUR UNE FORMATION INITIALE EN PHASE AVEC LES MISSIONS ET LES RESPONSABILITES.....	4
5.1. <i>De nouveaux référentiels de compétences pour les professionnels des services de santé au travail.</i>	4

5.2. Valoriser la spécialité de médecine du travail	4
5.2.1. Une mauvaise image liée à une méconnaissance de la discipline	4
5.2.2. Premier cycle	4
5.2.3. Deuxième cycle	4
5.2.4. Troisième cycle / DES médecine du travail	4
5.2.5. Troisième cycle / DES autres spécialités.....	4
5.2.6. Permettre aux étudiants d'exercer la médecine du travail à titre de remplaçant	4
5.2.7. Développer les stages professionnalisants en mettant en place le système des « internes sacs à dos ».....	4
5.3. Reconnaître l'expertise des infirmières de santé au travail	4
5.3.1. Qualifier les infirmières en « santé au travail »	4
5.3.2. Clarifier les conditions d'intervention des infirmières de santé au travail	4
5.3.3. Reconnaître et légitimer la plus-value des actes réalisés par les infirmières de santé au travail	4
5.4. Créer un nouveau métier : les assistantes médicales en santé-travail	4
5.5. Redéfinir la place et la formation des intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) dans le champ santé- travail.	4
5.6. Former les directeurs des services de santé au travail aux nouveaux enjeux de la santé publique, de la pluridisciplinarité et de la contractualisation	4
5.7. Former les membres des instances des services de santé au travail aux nouveaux enjeux... 4	
5.8. Un parcours de formation commun aux acteurs de santé au travail : du module au master 4	
6. ORGANISER UNE FILIERE DE RECONVERSION PERENNE VERS LA MEDECINE DU TRAVAIL ET DEVELOPPER LA FORMATION CONTINUE	4
6.1. Répondre aux besoins exprimés par les médecins.....	4
6.2. Un DESC par alternance, en formation continue.....	4
6.3. Organiser le concours spécial par région.....	4
6.4. Faire de la formation continue une obligation pour tous les professionnels de santé au travail.	4
6.5. Lier la délivrance de l'agrément au développement d'une politique de formation continue.....	4
7. REINVESTIR LE SECTEUR DE LA RECHERCHE.....	4
7.1. Mobiliser les ressources publiques en faveur de la recherche en matière de santé au travail et la rendre plus visible.....	4
7.2. Promouvoir la création de pôles d'excellence en santé au travail dans les centres hospitalo-universitaires.....	4
7.2.1. Une proposition visant l'excellence	4
7.2.2. Des décisions nécessaires	4
7.3. Associer les services de santé au travail à l'effort d'enseignement et de recherche.....	4
7.4. Reconstituer le vivier des enseignants hospitalo-universitaires.....	4
PRINCIPALES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	4
LETTRE DE MISSION.....	4
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	4
ANNEXE 1 :.....	4
ANNEXE 2 :.....	4
SIGLES UTILISES.....	4

Rapport

1. PREAMBULE

Par lettre en date du 30 décembre 2009, le Ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville, le Ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche, et le Ministre de la santé et des sports nous ont confié une mission de réflexion portant sur la formation des professionnels de la santé au travail et l'attractivité de ses métiers. Son objectif principal est « permettre de renforcer la démarche globale de réforme engagée par le Ministère du travail » notamment en formulant des propositions concrètes pour « renouveler le nombre de médecins du travail et de professionnels de la santé au travail et améliorer la formation tout au long de la vie des acteurs de la santé au travail ». Enfin, pour mieux développer les filières de formation et maintenir un niveau de recherche nécessaire, il est demandé à la mission d'étudier « comment des pôles d'excellence en santé au travail dans les centres hospitalo-universitaires pourraient être promus ».

La directive n°89/391/CEE du 12 juin 1989 précise que « l'employeur est obligé d'assurer la sécurité et la santé des travailleurs dans tous les aspects liés au travail » et que les obligations des travailleurs dans ce domaine « n'affectent pas le principe de la responsabilité de l'employeur ». Elle énonce et ordonne les principes généraux de prévention qui consistent en tout premier lieu à « éviter les risques », puis à « évaluer les risques qui ne peuvent être évités ». Il en a découlé une succession de mesures législatives et réglementaires entre 1991 et 2004 visant à mettre en œuvre une approche pluridisciplinaire des services de santé au travail.

Cependant, plus de vingt ans après la directive européenne, le dispositif législatif et réglementaire français, étant non abouti, n'est pas stabilisé, ce qui a contribué à entretenir la confusion sur les fondements et le devenir de la profession de médecin du travail déjà fragilisée par sa pyramide des âges. Les derniers textes ont certes permis de faire émerger le rôle que d'autres professionnels des services de santé au travail (infirmières, secrétaires médicales et assistantes en santé au travail, ergonomes, psychologues, toxicologues, ingénieurs sécurité, assistantes sociales, etc.) pourraient jouer en matière de prévention et d'accompagnement, mais les conditions d'une intervention coordonnée de l'équipe pluridisciplinaire ne sont toujours pas réunies.

Parallèlement, suite aux arrêts rendus en 2002 par la Cour de cassation, l'employeur est légalement responsable de la santé et de la sécurité de ses salariés et a une obligation de sécurité de résultat en la matière. A l'heure où la France prend conscience de l'impact du stress et des conditions de travail sur la santé psychologique des travailleurs, et où les étudiants en médecine s'interrogent sur l'avenir de la discipline médecine et santé-travail, la question des compétences nécessaires à la bonne articulation des services pluridisciplinaires de santé au travail prend une nouvelle actualité.

Le fil conducteur de notre réflexion et de nos propositions est de redonner tout son sens à la santé au travail, pour que les médecins comme l'ensemble des professionnels des services de santé au travail en retirent une légitime fierté et soient reconnus dans l'exercice de leur profession par la société toute entière qui souhaite une véritable prise en charge des interactions entre le travail et la santé.

2. INTRODUCTION

La médecine du travail a été instituée par la loi du 11 octobre 1946. Son principe fondateur et directeur est « *d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail* ». Ce principe renvoie au concept de prévention primaire. La prévention primaire exige l'identification des risques tant par l'observation directe et l'investigation sur le milieu de travail que par les approches de la clinique individuelle ou de l'activité, de la métrologie des expositions ou de l'étude épidémiologique. L'approche clinique individuelle, en même temps qu'elle est une intervention de premier recours, permet d'avérer les facteurs de risque à partir d'un questionnaire adapté du travailleur et du décryptage de leurs conséquences dans le cadre du colloque singulier. Combinant prévention secondaire et primaire, elle s'étend jusqu'à la prévention tertiaire, c'est-à-dire celle des aggravations ou des complications d'une pathologie installée, notamment pour contribuer à préserver l'insertion sociale par le maintien dans l'emploi. L'étude épidémiologique reposant sur des méthodes statistiques gagne à être guidée ou prolongée par des approches sociologiques, comme y incite notamment le maintien dans notre pays de fortes inégalités sociales de santé. La prévention des risques d'altération de la santé doit aussi obligatoirement s'appuyer sur des savoirs spécifiques comme, sans être exhaustif, l'ergonomie et la toxicologie. L'ergonomie s'applique en particulier à considérer tous les aspects du travail (physiologiques, psychologiques, facteurs sociaux, facteurs objectifs et subjectifs) en vue d'une meilleure adaptation du travail à l'homme avec pour résultat attendu la satisfaction des opérateurs, leur confort, leur santé mais aussi l'efficacité de leurs conduites : l'approche ergonomique se trouve donc à l'interface entre la prévention des altérations de la santé et l'organisation rationnelle du travail...

« Eviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail » conduit les professionnels des services de santé au travail :

- à explorer le champ de la santé au travail, afin notamment de mettre en évidence les situations susceptibles d'altérer la santé des travailleurs, ce qui nécessite l'acquisition de savoirs spécifiques,

- à conseiller employeurs, salariés et représentants des salariés à proposer, voire à accompagner les actions permettant de corriger les situations dangereuses, ce qui implique la mise en œuvre en synergie de savoir-faire pluridisciplinaires.

Le champ de la santé travail s'organise selon deux axes :

- celui de l'élucidation des dynamiques individuelles et collectives à l'œuvre dans les actes de travail réels s'opérant dans le respect global et la transgression permanente du travail prescrit (clinique ergonomique), et du rôle qu'elles jouent à la fois dans le processus de construction de la santé et de génération des risques de son altération (clinique ergonomique, médicale, psychodynamique,...).

- celui de l'identification, du dépistage, de l'analyse et de l'enregistrement des interactions entre la santé et l'itinéraire professionnel (clinique médicale, ergonomie, toxicologie, épidémiologie...), depuis la caractérisation et la mesure des expositions jusqu'au suivi post-professionnel.

Dans l'exercice de cette activité pluridisciplinaire, la mission pense que le médecin spécialisé en médecine et santé au travail doit rester le « pivot » du système, c'est-à-dire non pas l'ordonnateur de toutes les démarches et de tous les projets, mais le passeur et le responsable de la synthèse cohérente tant en termes de diagnostic des situations de travail qu'en termes de prescription et de conseil concernant les corrections ou améliorations de ces situations, dans le cadre d'une combinaison rigoureuse entre rationalité scientifique, responsabilité sociale et éthique professionnelle. Il ne pourra le rester que si son activité se redéploie en faisant un sort au caractère central du paradigme de l'aptitude qui continue à déterminer abusivement son économie et son sens.

L'effectivité de l'objectif « *d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail* » implique de faire prévaloir la prévention primaire, sans négliger les autres stades qui ouvrent vers le système de soins ou ceux du maintien dans l'emploi et de la réparation, mais en les intégrant dans une boucle de rétroactivité sur la prévention primaire. Il exige comme on l'a rappelé la pluridisciplinarité. C'est le premier ressort de l'évolution du concept de la médecine du travail vers celui de la santé au travail à la suite de la transcription de la directive européenne de 1989, plus précisément codifié par voie législative et réglementaire entre 2002 et 2004. Le second ressort de cette évolution réside dans la prise en compte du caractère déterminant de la santé au travail, c'est-à-dire de la prévention des risques en milieu de travail, lequel conduit à l'inscrire dans l'ensemble des actions concertées relevant de la santé publique. Pour être efficace, ce pan de l'action de santé publique doit tenir compte de la spécificité du travail salarié en n'oubliant pas que la relation sociale de subordination qui le caractérise expose potentiellement à des abus résultant d'occultations ou d'ignorances, suscite des tensions et structure des comportements individuels et collectifs qui jouent un rôle majeur dans les déterminants de la santé, circonstance qui fonde le principe d'obligation de sécurité de résultat incombant à l'employeur en matière de santé au travail depuis l'arrêt de la Cour de cassation de 2002, et celle de l'Etat depuis l'arrêt du Conseil d'Etat de 2004. Dès lors il n'est pas possible de promouvoir l'effectivité de la « non altération de la santé du fait du travail » en faisant abstraction des conditions de l'effectivité du contrôle social et de la qualité du dialogue social, de l'adéquation de l'organisation et de la gouvernance du système de santé au travail à l'objectif qui lui est assigné, en séparant, en droit et en fait, le domaine de l'évaluation de celui de la gestion des risques. Les évolutions annoncées du dispositif légal et réglementaire de l'organisation et du contrôle du système de santé au travail, en même temps qu'elles réaffirmeront l'inscription de la santé au travail dans le cadre global de la santé publique et la reconnaissance de sa spécificité, devraient viser à créer des conditions plus favorables à la mutation engagée mais non encore aboutie. C'est dans la perspective de ce cadre nouveau qui devrait lui être conféré que s'inscrit ce rapport. Les préconisations qu'il formule ne pourront être véritablement opérationnelles que si ce nouveau cadre intègre les principes fondamentaux qui les ont guidées et crée les conditions de leur mise en œuvre.

La définition rigoureuse et l'organisation méthodique d'un champ professionnel « santé -travail » qui explicitent et matérialisent son objet en même temps qu'elles le différencient nettement de prestations d'un autre ordre, ne peuvent résulter que de la coordination des différentes approches dans une démarche pluridisciplinaire unificatrice, orientée exclusivement vers la santé des travailleurs et informant le dialogue social. Elle implique un système de gouvernance permettant la lisibilité et la crédibilité de cet objet, et favorisant son développement dans le contexte d'une « régulation conjointe »³ des relations professionnelles. Cette dynamique doit trouver son accomplissement dans la production, la transmission et la diffusion d'une culture commune, tant par la mise en connexion et la capitalisation de savoirs multiples élaborés dans des réseaux séparés mais ouverts, que par la constitution en droit et la mise en pratique en fait, d'une déontologie partagée par l'ensemble du champ professionnel, établissant une référence fiable pour tous les acteurs. Seule la construction d'une culture interdisciplinaire autour du travail (« clinique du travail ») sera en mesure à la fois de promouvoir l'attractivité du champ et de résoudre par le haut les problèmes de légitimité et de pertinence actuellement générés par la juxtaposition, l'incohérence ou l'interférence de logiques et de pratiques concurrentes ou non maîtrisées. C'est à cette condition que pourront être optimisés le fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire et l'efficacité des actions de prévention. Constituant la matière de ce rapport, les évolutions nécessaires de la conception et des modalités de mise en œuvre des formations initiales, de reconversion et continues, en lien avec l'élaboration et la diffusion des référentiels scientifiques et professionnels sur lesquels elles se fondent, ne trouvent leur sens qu'en s'inscrivant dans cette perspective.

³ voir « Le conflit, la négociation et la règle » du sociologue Jean-Daniel Reynaud, 1999

3. CONTEXTE

Le secteur de la santé au travail, hors fonction publique, est couvert par un dispositif opérationnel sans équivalent à l'étranger⁴ :

- 15 820 000 salariés couverts, la plupart (près de 93%) par des services interentreprises,
- 894 services se répartissant en services interentreprises (311) et services autonomes d'entreprise (583),
- 6 915 médecins du travail sous contrat représentant 5 772 équivalents temps plein (ETP),
- 12 230 personnels des services médicaux : infirmiers (4 029), intervenants en santé au travail (544), intervenants en prévention des risques professionnels (267), secrétaires médicales (4 966) et agents divers (2 424)⁵.

Dans un contexte de pénurie des ressources médicales et de réforme du secteur de la santé au travail, donnant la priorité à l'action en milieu de travail, les rapports réalisés ces dernières années ont dressé un état des lieux de la santé au travail particulièrement préoccupant⁶, qui montre la nécessité de faire évoluer tant l'organisation générale de ce dispositif que les métiers qui y concourent.

3.1. *La médecine du travail traverse une crise démographique, en dépit d'atouts paradoxalement négligés*

3.1.1. Une crise démographique

La diminution démographique qui s'amorce concerne pratiquement toutes les spécialités médicales, mais le vieillissement de la population des médecins affecte différemment les régions, les spécialités et les secteurs d'exercice. Comme le montrent les travaux de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé, la médecine du travail fait partie des trois spécialités les plus touchées, avec la chirurgie générale et la gynécologie médicale, du fait des départs en retraite qui s'annoncent massifs dans cette discipline⁷.

En 2009, plus de 55 % des médecins du travail ont plus de 55 ans (voir tableau ci-dessous). Ce sont plus de 4 000 médecins qui auront atteint ou dépassé l'âge légal de départ à la retraite d'ici 5 ans⁸, et plus de 5 600 médecins à l'horizon de 10 ans, soit près de 80 % de la population totale des médecins du travail. A organisation constante des services de santé au travail, on ne pourra que constater la pénurie des ressources médicales, plus ou moins marquée selon les régions... voire leur disparition.

⁴ Cf. rapport sur le bilan de réforme de la médecine du travail. Claire AUBIN, Françoise CONSO, Paul FRIMAT, Régis PELISSIER, Pierre de SAINTIGNON, Jacques VEYRET, octobre 2007 et dernières données disponibles : « Conditions de travail, bilan 2008 », Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville

⁵ A noter que le nombre de ces intervenants devrait avoir sensiblement augmenté sur le plan national ces dernières années. Une enquête du CISME estime à 1 200 le nombre des intervenants en santé au travail dans les services interentreprises au 10 novembre 2009. La moitié est habilitée IPRP.

⁶ Cf. rapports pour le Ministre délégué à l'emploi, au travail et à l'insertion professionnelle des jeunes, Aptitude et inaptitude médicale au travail: diagnostic et perspectives, Hervé GOSSELIN, janvier 2007 et L'avenir de la médecine du travail, Avis du Conseil économique et social présenté par Christian DELLACHERIE, adopté le 27 février 2008

⁷ Rapport annuel 2008-2009 de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS)

⁸ Données Direction générale du travail, 2009, France métropolitaine, sauf régions Midi Pyrénées et Picardie.

Tableau 1 : Effectifs des médecins du travail
France métropolitaine sauf Midi-Pyrénées et Picardie, en ETP (2009)

	<35	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	>64	Total
Alsace	14	24	34	38	78	127	73	26	414
Aquitaine	6	13	21	25	67	103	48	13	296
Auvergne	3	2	7	17	33	52	21	7	142
Bourgogne	3	3	18	23	43	78	39	4	211
Bretagne	4	16	31	34	59	113	53	4	314
Centre	2	4	14	21	72	83	64	11	271
Champagne-Ardenne	2	5	6	11	24	38	24	2	112
Corse	0	2	1	4	4	5	6	2	24
Franche-Comté	1	5	14	9	30	56	20	4	139
Ile de France	24	82	127	142	425	672	427	0	1899
Languedoc Roussillon	6	3	14	29	52	74	36	15	229
Limousin	1	2	7	4	22	20	17	0	73
Lorraine	9	6	23	25	70	84	45	13	275
Basse Normandie	2	9	15	23	51	62	28	6	196
Haute Normandie	2	9	11	16	63	60	38	8	207
Nord Pas de Calais	14	24	34	38	78	127	73	26	414
Pays de la Loire	9	18	42	56	124	164	57	12	482
Poitou Charentes	1	2	11	23	38	69	30	7	181
Provence Alpes Côte d'Azur	13	25	38	50	89	198	82	12	507
Rhône Alpes	13	38	69	83	196	290	114	15	818
Total	129	292	537	671	1618	2475	1295	187	7 203

Source : Direction générale du travail, 2009 - L'absence de données pour les régions Midi-Pyrénées et Picardie est due au manque de médecins inspecteurs dans ces régions. Données non disponibles pour les collectivités et départements outremer (sauf Réunion et Mayotte).

Nota bene : les effectifs des médecins du travail en activité recensés par le Conseil national de l'ordre ou rapportés par l'ONDPS sont sensiblement différents (respectivement 5 897 au 1/1/2009 pour le premier, s'agissant des médecins du travail en activité régulière, et 4 975 pour le second, données ADELI France entière au 1/1/2008)

Du fait de la durée des études, le laps de temps séparant l'instauration d'un numerus clausus de son impact sur les effectifs médicaux en activité est au minimum de 10 ans : il n'est donc pas possible à court ou à moyen terme de remédier à cette « hémorragie » en augmentant les effectifs des étudiants en médecine. Quant aux mesures transitoires de régularisation, si elles ont permis temporairement de redresser les effectifs⁹, elles ont durablement porté atteinte à l'image de la profession.

Aujourd'hui, un médecin en équivalent à temps plein dans un service interentreprises suit en moyenne 3 050 salariés. Ce chiffre augmente d'une année sur l'autre – bien que cette donnée doit être considérée avec réserve, en raison de l'existence de disparités régionales importantes et d'un temps de travail des médecins qui n'est pas homogène. Dans 5 ans, 70 % des services dépasseront le niveau de 3 300 salariés par médecin en ETP en moyenne¹⁰.

⁹ On estime à environ 1 600 médecins le nombre des médecins du travail qui n'ont pas suivi la voie de l'internat.

¹⁰ Projection provisoire du CISME à partir de l'enquête réalisée du 28/10/2009 au 10/11/2009 auprès de 80% des SIST du secteur interprofessionnel adhérents du CISME

Cette situation critique, qui ne permet plus au médecin du travail de remplir l'ensemble des missions que lui a confié le code du travail et d'exercer son métier dans des conditions qui le rendent attractif, rend d'autant plus nécessaire une réforme ambitieuse qui aboutisse à un repositionnement du dispositif de la santé au travail et de ses acteurs dans le cadre de la prévention des risques professionnels et de la santé publique. Elle constitue une opportunité pour revaloriser la profession de médecin du travail, dont le rôle central a été souligné par l'ensemble des personnes rencontrées par la mission. L'enjeu est bien d'organiser les conditions d'une intervention coordonnée de l'équipe pluridisciplinaire qui prenne en compte les besoins qu'elle aura identifiés et les demandes de l'employeur, des salariés et des représentants du personnel, en s'appuyant sur le recrutement de professionnels de santé compétents (intervenant en prévention des risques professionnels¹¹, infirmières et assistantes en santé travail) et en conformant les processus de formation ou de qualification à ce nouveau mode d'exercice.

3.1.2. Des ressources potentielles

Un premier gisement est constitué par les médecins du travail. Une majorité d'entre elles – 70 % des médecins du travail en activité régulière sont des femmes¹² - a choisi d'exercer ce métier sous contrat à temps partiel. Si elles décidaient toutes d'exercer à temps plein, ce sont environ 1 100 médecins équivalents temps pleins (ETP) supplémentaires qui pourraient être mobilisés¹³. Cette hypothèse a peu de chances de se réaliser, tant que les motifs de ce choix et les freins à l'activité des médecins du travail n'auront pas été analysés aux différentes étapes de leur vie professionnelle et sociale, et des mesures incitatives mises en place. Une telle étude sociologique et anthropologique pourrait être réalisée par la DARES.

Les ressources potentielles semblent plus importantes parmi les jeunes médecins généralistes, dont les études montrent qu'ils sont de plus en plus attirés par l'exercice salarié, lequel minimise les contraintes liées à la gestion d'un cabinet et à des conditions de remplacement astreignantes (cf. § 6.1). D'après le Conseil national de l'Ordre, 66% des nouveaux inscrits choisissent le salariat, contre 25% préférant devenir remplaçant et seulement 10% s'installant en pratique libérale. Les jeunes médecins, qui obtiennent leur diplôme en moyenne à 30 ans, attendent de plus en plus longtemps avant de s'installer en pratique libérale¹⁴. En Ile de France, la moyenne d'âge de première installation s'élève à 37 ans (35 ans ½ pour les médecins généralistes). Moins d'un quart des remplaçants envisagent de s'installer en libéral dans les cinq années à venir.

A cette préférence marquée pour le salariat des jeunes générations s'ajoutent les désirs d'évolution de ceux qui sont installés et qui souhaitent s'arrêter ou changer de type d'exercice. De plus en plus de médecins libéraux quittent leur cabinet pour exercer comme remplaçants, ce qui explique que l'âge moyen d'inscription au tableau de l'Ordre comme remplaçant est de 49 ans. Près d'un cinquième des médecins généralistes récemment installés en Ile-de-France envisagent d'arrêter leur activité libérale ou de changer de type d'exercice.

Cette situation présente des risques dans le contexte de la prise en charge médicale d'une partie croissante de la population et des problèmes d'accessibilité aux soins que connaissent certaines zones géographiques. Elle montre aussi que les médecins restent très peu attirés par l'exercice de la médecine du travail alors même qu'ils sont nombreux à opter pour le salariat : une mutation profonde est bien à opérer pour restaurer son image par une affirmation et une valorisation de son utilité sociale et une insertion positive dans le système de santé publique.

¹¹ La nécessité de circonscrire ce terme IPRP de façon précise s'est imposée dès le début de la mission et fait l'objet d'une préconisation de ce rapport.

¹² Atlas du Conseil national de l'ordre, chiffre au 1^{er} janvier 2009

¹³ Conditions de travail, bilan 2008, Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville

¹⁴ « Evolution de la carrière libérale des médecins généralistes selon leur date d'installation (1979-2001) », CREDES, Questions d'économie de la santé, n°81, avril 2004.

Au 1^{er} janvier 2009, le tableau de l'Ordre recense 10 000 médecins remplaçants et 6 300 médecins temporairement sans activité, soit près de 8% de médecins n'exerçant pas une activité médicale régulière.¹⁵ Si tous ne sont pas des candidats potentiels à l'exercice de la médecine du travail, l'achèvement de la réforme des services de santé représente une opportunité de répondre au déficit d'image et de connaissance de la spécialité par les pairs, afin de rendre son exercice plus attractif auprès des médecins potentiellement intéressés par une reconversion professionnelle.

3.2. *Le contexte des autres professionnels de santé au travail*

3.2.1. Les infirmières dans le monde du travail

L'article R.4623-51 du code du travail impose l'emploi d'au moins une infirmière dans les établissements employant au moins 200 salariés s'ils sont industriels, et au moins 500 salariés pour les autres établissements. L'article R. 4623-54 précise que l'infirmière a notamment pour mission d'assister le médecin du travail dans l'ensemble de ses activités, et est mis à la disposition de médecin du travail de service interentreprises de santé au travail. La circulaire TE n° 25 du 25 juin 1975 (dite circulaire OHEIX) lui reconnaissait déjà la possibilité d'être associée, sous « l'autorité technique du médecin du travail », à son activité clinique comme à ses actions en milieu de travail.

A ce jour, toute infirmière titulaire du diplôme d'Etat ou autorisée à exercer sans limitation peut travailler en entreprise, mais seule une minorité d'entre elles est titulaire du diplôme interuniversitaire en santé au travail (DIUST) ou d'un autre diplôme (licence professionnelle ou généraliste en Santé-Travail).

Les infirmières¹⁶ qui travaillent dans le domaine de la santé au travail représentent environ 4 000 personnes, soit moins de 1% de la population totale des personnels infirmiers. Le contenu de leur travail est sensiblement différent selon qu'elles exercent ou non au sein d'un service de santé au travail et, dans ce cas, selon que ce dernier est autonome ou interentreprises. Certains services autonomes ont particulièrement développé les missions des infirmières, comme par exemple à la Poste, où sont engagées des expérimentations d'entretiens infirmiers ou encore chez Renault, où les infirmières réalisent les visites de nuit et font des études de poste. Les infirmières qui exercent leur métier dans un service interentreprises demeurent peu nombreuses (entre 180¹⁷ et 250¹⁸, selon les sources).

D'après une enquête réalisée en 2007 dans 4 régions auprès de 271 infirmières¹⁹, la plupart des infirmières travaillent dans des entreprises et ne dépendent pas d'un service de santé au travail (62,4%). 28,4 % d'entre elles sont employées par un service autonome, 6,3% par un service interentreprises de santé au travail et 2,9% par une autre structure. Les infirmières consacrent la moitié de leur temps de travail à des tâches de surveillance médicale ou liées à des fonctions propres d'infirmières (accueil, écoute, soins). L'action en milieu de travail représente 14 % du temps de travail (participation aux CHSCT, réalisation des enquêtes suite à des accidents du travail ou de maladies professionnelles, études de poste, participation à l'évaluation des risques)²⁰.

¹⁵ Chiffres France entière

¹⁶ Plus de 90% des personnels infirmiers étant des femmes, par commodité de lecture, le terme d'« infirmières » sera employé pour une commodité de lecture dans la suite de ce rapport.

¹⁷ Conditions de travail, bilan 2008, Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville

¹⁸ Enquête réalisée par le CISME par extrapolation des informations recueillies auprès de 80% des services interentreprises du secteur interprofessionnel adhérents du CISME entre le 28 octobre et le 10 novembre 2009

¹⁹ « L'exercice infirmier en santé au travail, résultats d'une enquête par questionnaire », enquête réalisée par la Direction générale du travail en collaboration avec les DRTEFP des régions Aquitaine, Centre, Poitou-Charentes et Nord Pas de Calais au cours du second semestre 2007, publiée dans la revue « Documents pour le médecin du travail », n°118, INRS, 2^{ème} trimestre 2009

²⁰ Cf. enquête ibid

Confrontés à une pénurie importante de médecins du travail, certains services interentreprises de santé au travail ont été autorisés à expérimenter le recours à des entretiens infirmiers pour compléter les examens réalisés par les médecins du travail. Ce principe a été discuté par les partenaires sociaux au cours de leur négociation de 2009 sur la modernisation de la médecine du travail, puis repris par le Ministre chargé du travail dans les axes de la réforme des services de santé au travail présentés aux membres du Conseil d'orientation des conditions de Travail (COCT) le 4 décembre 2009 (cf. annexe 1). Ces transferts de tâches et de compétences des médecins vers les infirmières s'inscrivent dans le cadre général du développement des coopérations entre les professionnels de santé, qui, après avoir été encouragées en 2003²¹ et expérimentées depuis 2004, sont désormais autorisées et encadrées par la loi²².

Le secteur de la santé au travail offre aux infirmières expérimentées des perspectives d'évolution professionnelle intéressantes, permettant d'avoir un poste à responsabilités et de bénéficier de conditions de travail attractives. Nombreuses sont en effet les infirmières, qui, à l'instar des médecins, sont soumises à des contraintes financières ou horaires particulièrement vives, notamment celles exerçant à l'hôpital, et qui recherchent des conditions de travail plus compatibles avec les contraintes de leur vie familiale et personnelle, ou plus conformes avec leur idéal d'équilibre de vie. L'exercice infirmier en santé au travail peut être une alternative à l'arrêt d'activité.

3.2.2. Les secrétaires médicales et les assistantes en santé au travail

Dans les services interentreprises de santé au travail, une secrétaire médicale²³ assiste chaque médecin du travail dans ses activités (article R. 4623-56 du code du travail). Le CISME estime leur nombre à 5 200 personnes²⁴. L'article 20 de la convention collective des services interentreprises de médecine du travail du 20 juillet 1976 portant classification des emplois définit la secrétaire médicale comme une « [collaboratrice] du médecin qui, préparant ou réunissant les éléments de son travail, l'assiste dans ses activités et assume les tâches de secrétariat qui en découlent ». Trois « degrés » de secrétaire médicale, correspondant à des coefficients de rémunération différents ont été définis. Le 3ème (coefficient 180) concerne la secrétaire ayant plus de 2 ans de pratique ou titulaire d'un Bac F8 ou d'un diplôme équivalent qui, « outre les tâches définies précédemment, assure régulièrement après formations appropriées, une assistance technique lors de la réalisation d'examens de métrologie clinique ou d'ambiances de travail effectués sous la responsabilité du médecin et/ou dans le déroulement de séances de formation ». Les partenaires sociaux se sont entendus²⁵ pour estimer que ces examens de métrologie clinique sont les audiogrammes, les examens de la vision (avec le « Visiotest », l'« Ergovision » ou un équipement équivalent) et les examens d'exploration fonctionnelle respiratoire, prescrits par le médecin du travail et réalisés en sa présence²⁶.

²¹ Cf. rapport « la coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences », professeur Yvon BERLAND, octobre 2003

²² Article 51 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST

²³ La majorité des secrétaires médicaux étant des femmes, par commodité de lecture, les termes d'« secrétaires médicales » et « d'assistantes santé travail » seront employés pour une commodité de lecture dans la suite de ce rapport.

²⁴ Enquête réalisée par le CISME par extrapolation des informations recueillies auprès de 80% des services interentreprises du secteur interprofessionnel adhérents du CISME entre le 28 octobre et le 10 novembre 2009

²⁵ Accord du 23 avril 1991, étendu par arrêté du 13 août 1991

²⁶ Commission paritaire nationale d'interprétation du 26 avril 2005

Les uns font remarquer que ces examens relèvent du décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmière. D'autres soulignent que ces examens peuvent difficilement être considérés comme une délégation d'actes médicaux, dans la mesure où ils sont très généralement réalisés à l'aide d'appareils automatisés. Cette pratique, qui enrichit le travail des secrétaires médicales, dégage un temps fort précieux pour les médecins du travail dans le contexte de crise démographique que connaît la profession. D'autre part, il n'apparaît pas souhaitable d'en faire l'activité essentielle d'infirmières en santé au travail.

Ce débat relatif aux examens de métrologie clinique qu'elles réalisent préoccupe les secrétaires médicales. Les prochains départs en retraite de nombreux médecins du travail et la différence des âges moyens des deux populations, souvent supérieure à 10 ans, génèrent des craintes concernant la pérennité de leur emploi. Prenant en compte la connaissance des employeurs et des salariés qu'elles ont acquise, notamment dans les TPE et les PME, certains services interentreprises de santé au travail ont proposé à leurs secrétaires médicales des formations complémentaires pour leur permettre d'assister les médecins du travail dans leurs activités en milieu de travail.

3.2.3. Les intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP)

L'instauration du principe de pluridisciplinarité par la loi dite de modernisation sociale du 17 janvier 2002 (article L. 4622-4 du code du travail) s'est traduit par l'obligation faite aux services de santé au travail de mettre en œuvre des compétences médicales, techniques et organisationnelles nécessaires à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail en faisant appel, en liaison avec les entreprises concernées :

- soit aux compétences des caisses régionales d'assurance maladie (CRAM), de l'organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics (OPPBT) ou des associations régionales du réseau de l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT),
- soit à des personnes ou des organismes dont les compétences dans ces domaines sont reconnues par les CRAM, par l'OPPBT ou par les ARACT.

Le décret n° 2003-546 du 24 juin 2003 introduit dans le code du travail le titre d'intervenant en prévention des risques professionnels (IPRP), personne physique ou morale auquel doit faire appel le service de santé au travail pour assurer l'application de l'article L. 4622-4 du code du travail. L'IPRP participe, dans un objectif exclusif de prévention, à la préservation de la santé et de la sécurité des travailleurs et à l'amélioration des conditions de travail²⁷, ce qui devrait différencier très clairement son intervention de celle de l'expert d'un cabinet conseil ou d'un préventeur salarié de l'entreprise dont les préoccupations peuvent également concerner l'amélioration du produit ou de la production. L'IPRP peut être soit une CRAM, soit l'OPPBT, soit une ARACT, soit une personne ou un organisme habilité par un collège réunissant sur une base (inter)régionale des représentants de la CRAM, de l'ARACT et de l'OPPBT. Cinq collèges ont été institués par l'arrêté du 24 décembre 2003. Les compétences professionnelles du demandeur sont reconnues au vu soit de ses titres et diplômes, soit de son expérience acquise dans les domaines de la prévention des risques professionnels et de l'amélioration des conditions de travail.

²⁷ Cf. article R. 4623-27 du code du travail

Près de 4 300 personnes physiques et 250 personnes morales ont été habilitées depuis 2004, ce qui ne préjuge en rien de leur activité réelle. Les personnes physiques qui exercent peuvent être salariées d'une entreprise, d'un service de santé au travail, d'un cabinet conseil ou consultants indépendants.

Tableau 2 : Nombre d'IPRP habilités depuis 2004 sur les 5 collèges

	Domaine médical	Domaine technique	Domaine organisationnel	Personne morale
Collège 1	38	386	462	57
Collège 2	6	463	481	49
Collège 3	6	540	528	27
Collège 4	6	332	264	64
Collège 5	1	393	362	49
Total	57	2114	2097	246

Source : CNAMTS

Le bilan de la mise en œuvre de la pluridisciplinarité, réalisé fin 2007 à la demande de la Direction Générale du Travail, estimait que 36,6% des IPRP personnes physiques en exercice étaient salariés d'un service interprofessionnel de santé au travail, 28,6% d'une entreprise et 26,3% exerçaient au sein d'un cabinet conseil ou comme expert indépendant. Fin 2009, le CISME dénombrait environ 600 IPRP salariés d'un service interentreprises de santé au travail.

Les IPRP personnes physiques constituent une population hétérogène avec des niveaux de qualification très différents, allant de la licence au doctorat, et des domaines d'intervention variés. Trois professions sont essentiellement recrutées par les services interentreprises de santé au travail, les ergonomes, les ingénieurs et techniciens de sécurité du travail ainsi que les psychologues et psychosociologues du travail. Les compétences en toxicologie ou hygiène du travail sont plus rarement rencontrées et sont assez généralement partagées avec les médecins du travail.

3.2.4. Les assistantes sociales

Le développement des situations de précarité, des risques psychosociaux, les problématiques de maintien dans l'emploi ou d'emploi de personnes en situation de handicap, conduisent de plus en plus souvent les services de santé au travail et les médecins du travail à faire appel aux compétences des assistants d'un service social du travail spécialisé.

Certains services interentreprises de santé au travail ont intégré dès leur création un service social du travail, d'autres ont tissé des liens avec des structures extérieures. L'intégration d'assistantes sociales dans un service de santé au travail favorise la complémentarité des approches et permet un accompagnement médical et social des salariés en difficulté pour des raisons de santé. Qu'elles soient salariées d'un service interentreprises de santé au travail, d'une entreprise ou d'une administration, elles peuvent informer, conseiller et accompagner les salariés pour les aider à appréhender les réalités de leur situation.

3.2.5. Les directeurs des services de santé au travail

Il ressort des auditions que le niveau de formation ou de connaissances des directeurs des services de santé au travail dans le domaine de la santé au travail est très hétérogène. L'évolution des missions des services de santé au travail rend nécessaire la mise en place d'un référentiel de compétences pour l'exercice de ce métier et la définition des formations que son respect exige.

3.3. *Un départ programmé des ressources médicales en formation et en recherche*

La situation démographique est tout aussi préoccupante du côté des enseignants en médecine du travail. La sous-section médecine et santé au travail du Conseil national des universités (CNU) comprend 55 enseignants chercheurs titulaires : 29 professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH) et 26 maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers (MCU-PH). Les effectifs ont connu au cours de la dernière décennie une phase de régression importante qui n'a pas encore été intégralement compensée.

La discipline médecine et santé-travail a perdu 15 % de ses postes hospitalo-universitaires (HU) titulaires sur les six dernières années. Les nominations intervenues en 2007 et 2008 - deux PU-PH (Paris et Grenoble) et deux MCU-PH (Paris, Strasbourg) – n'ont pas permis de compenser la perte des postes des dernières années. Comme le montre le tableau ci-dessous, le nombre de MCU-PH et de chefs de clinique des universités - assistants des hôpitaux (CCA) est actuellement trop faible pour permettre un vivier satisfaisant.

Tableau 3 : Effectifs de la discipline au 1^{er} mars 2010
professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH), maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers (MCU-PH) et assistants hospitaliers universitaires (AHU)

	PU/PH	MCU/PH	AHU	Total
1998	33	25	22	80
2009	29	26	20	75
2010 (prévisions)	29	25	19	73
Ecart	- 4	0	- 3	- 7

Source : Conseil national des universités (CNU)

Il n'y a aucun développement et les perspectives de départs laissent craindre une situation critique si la transition n'est pas assurée. Une étude réalisée par la sous-section de CNU et le Collège de la discipline confirme qu'entre 2011 et 2015, 12 PU/PH et 3 MCU/PH désirent faire valoir leur droit à la retraite.

Comme le soulignait le rapport IGAS/IGAENR en 2007, si le Plan Santé au Travail adopté en 2005 avait pour ambition de redresser la situation, la mise en œuvre s'est écartée des objectifs alors assignés. Le plan prévoyait en effet « d'améliorer la situation, sur le plan hospitalo-universitaire des disciplines concernées et, en premier lieu, de la médecine du travail, de sorte que les activités d'enseignement ainsi que les activités cliniques et de recherche, répondent aux besoins sur l'ensemble du territoire ». Il fixait des objectifs précis en la matière : « ... à court terme, le maintien des effectifs hospitalo-universitaires est une nécessité. A moyen terme, la création de 10 à 15 nouveaux emplois hospitalo-universitaires constitue un objectif minimum. Ces emplois devront être affectés en priorité à des pôles interrégionaux spécialisés en médecine du travail et disposant des moyens de développer une activité de recherche indispensable ainsi qu'un enseignement de haut niveau ».

Dans la pratique, ces objectifs semblent avoir été perdus de vue. Ainsi, certaines facultés n'ont plus aucun enseignant en médecine du travail, d'autres fonctionnent avec un seul enseignant non titulaire. Le renforcement des effectifs, de nature à permettre un meilleur ajustement lors de la période de renouvellement du corps enseignant qui s'annonce, ne s'est pas concrétisé. Le projet du PST2, qui prévoit le renforcement de la recherche, ne prévoit pas le maintien ou le renforcement des capacités d'encadrement et de formation. Ainsi, cinq PU/PH devraient partir en retraite en 2011, sans garantie de remplacement.

L'enjeu stratégique qui s'attache au renouvellement des ressources enseignantes en médecine du travail est évident. Suite au rapport IGAS/IGAENR sur le bilan de réforme de la médecine du travail, plusieurs réunions interministérielles ont eu lieu, qui ont montré la nécessité de mener une mission de réflexion à ce sujet. Nos conclusions nous amènent à proposer la création de pôles interrégionaux d'excellence en matière d'enseignement et de recherche (cf. § 7.2).

4. COMMENT RENDRE LE CHAMP PROFESSIONNEL PLUS ATTRACTIF ?

Constatant la multiplicité des facteurs et la complexité des processus à l'œuvre lorsqu'il s'agit de déterminer et de faire évoluer l'attractivité d'un champ professionnel, la mission estime que non seulement les professionnels du secteur de la santé au travail, mais l'ensemble des institutions et des acteurs de l'entreprise, ont un rôle déterminant à jouer pour rendre le champ professionnel plus attractif, faire évoluer l'image des services de santé au travail et les discours véhiculés par la société. Le présent chapitre illustre l'importance pour les professionnels de reconfigurer leurs métiers dans le cadre d'une approche pluridisciplinaire (§4.1), pour les institutions de reconnaître le rôle des services de santé au travail (§4.2), de faire connaître et de valoriser la santé au travail auprès des pairs (§4.3), des salariés (§4.5) et d'impliquer les employeurs et les acteurs locaux dans la mise en place d'un nouveau dispositif (§ 4.4 et § 4.6).

4.1. *Reconfigurer des métiers passionnants dans le cadre d'une approche pluridisciplinaire*

Dans un contexte d'élévation²⁸ de l'espérance de vie de la population que rien ne semble devoir modifier à court ou moyen terme, le maintien en bonne santé de la population active à tous les âges, la prévention de l'usure prématurée et l'élévation du taux d'activité des plus âgés sont des enjeux majeurs du dynamisme économique et du maintien de régimes de retraite et de protection sociale de qualité et viables. Les services de santé au travail devront avoir à l'avenir un rôle important à jouer pour atteindre ces objectifs en contribuant à promouvoir la santé comme principe d'action d'intérêt général conciliant bien-être et efficacité au travail.

La médecine du travail est une médecine moderne, à l'interface entre l'homme et son environnement, associant dans une démarche globale l'approche collective des risques professionnels et le suivi clinique individuel. L'objectif de la réforme de la santé au travail est de faire du médecin du travail un expert efficient, un acteur de santé publique, capable de diagnostiquer des situations, de proposer des solutions, d'élaborer et promouvoir des plans d'action, dont l'indépendance des décisions est garantie (cf. § 4.4.2 relatif au programme de santé au travail).

4.1.1. **Clarifier et définir les responsabilités et les prérogatives des professionnels de l'équipe de santé travail**

Le travail en équipe pluridisciplinaire doit permettre à chacun de se concentrer sur les tâches où sa valeur ajoutée est la plus forte. L'infirmière de santé au travail pourrait faire un autre usage du temps infirmier, au-delà des compétences dévolues par les articles R 4311-1 à R4311-15 du code de la santé publique, et notamment de la prise en charge des premiers secours. Sous réserve de suivre une formation appropriée, elle pourrait prendre en charge, sous la responsabilité du médecin du travail et en appui à celui-ci, des actes de prévention primaire et de suivi des salariés (cf. § 5.3.3 infra). Le médecin du travail pourrait ainsi faire un meilleur usage du temps médical et récuser l'image du médecin effectuant des visites médicales à la chaîne en se consacrant en priorité aux salariés les plus exposés aux risques ou soumis à une surveillance médicale renforcée.

Ce mode de fonctionnement pose la question des garanties d'indépendance technique de l'équipe pluridisciplinaire. En Belgique, l'ensemble des conseillers en prévention (psychologues, ergonomes) bénéficient d'une protection légale. En France, les IPRP et les infirmières n'ont pas le statut de salariés protégés. Cette protection insuffisante peut être vécue par les intervenants comme faisant obstacle à un travail en équipe (voir à cet égard les recommandations de la mission aux § 5.3.2 et § 5.5).

²⁸ Qui rend d'autant plus sensible le différentiel récurrent lié à l'origine sociale particulièrement aigu en France.

Les choix d'organisation du travail et des services sont très différents d'un service à l'autre. Le plus souvent, les intervenants en prévention des risques professionnels sont supervisés par un membre de la direction du service. Une nouvelle articulation est à rechercher entre les équipes médicales et les équipes pluridisciplinaires. La mission recommande qu'une charte de coopération approuvée par la commission médico-technique soit élaborée entre les équipes, que le médecin soit ou non chargé de la coordination interdisciplinaire. A cet effet, la composition de la commission médico-technique pourrait être élargie aux professionnels concernés par la mise en place d'une telle charte, notamment les infirmières. Dans tous les cas, la mission estime que le médecin devrait systématiquement être tenu informé et se voir communiquer les résultats des interventions qui ne sont pas réalisées à sa demande, lorsque ces dernières concernent les entreprises dont il a la charge.

Recommandation n°1 : Clarifier et définir les responsabilités et les prérogatives des membres de l'équipe de santé au travail dans des chartes de coopération.

4.1.2. Redéfinir la fonction de médecin dans une équipe

Les études de médecine ont formé les médecins au colloque singulier, et le paradigme de l'aptitude les a confinés dans cette approche. La réforme du dispositif, en redonnant la priorité à la prévention, rend une approche collective indispensable pour « réintroduire l'homme au cœur du travail »²⁹. A un exercice individuel s'ajoute une fonction de coordination (éventuellement d'encadrement) d'une équipe de professionnels ou, à tout le moins, une faculté d'insertion de son action dans ce nouveau dispositif. Les médecins qui souhaitent s'investir dans un rôle de « pivot » doivent acquérir de nouvelles compétences pour pouvoir coordonner, animer et faciliter le travail de l'équipe pluridisciplinaire. L'offre de formation – initiale et continue- doit être adaptée pour accompagner l'évolution du métier.

De nouvelles perspectives de carrière s'offrent aux médecins du travail tournant le dos à l'image caricaturale de l'automate en blouse blanche, « métronome de l'aptitude médicale »³⁰ installé dans une dimension routinière du métier. Les obligations croisées de l'élaboration du document unique par l'employeur et de la fiche d'entreprise par le médecin du travail³¹ structurent le rôle de conseil que ce dernier doit assumer au travers d'une approche globale de repérage des risques au service de tous (employeurs, salariés et leurs institutions représentatives). Ce rôle majeur pour protéger et promouvoir la santé des salariés, le médecin doit donc l'exercer en prolongeant la nécessaire alerte sur des situations de travail par des indications opérationnelles les plus précises possible, s'appuyant sur la combinaison de savoirs et d'investigations pluridisciplinaires. Il en résulte une évolution de l'étendue de ses compétences et de ses responsabilités qui doit s'accompagner d'une confirmation confortée de ses prérogatives (voir § 4.1.3 infra).

La mise en œuvre opérationnelle de la pluridisciplinarité ne peut en effet se résumer à la juxtaposition de professionnels de différentes disciplines à côté de l'équipe médicale. Elle rend nécessaire une nouvelle articulation entre les médecins et les autres intervenants, ce qui se traduira in fine par une nouvelle organisation des activités des médecins chargés d'une fonction de coordination plus large que celle de l'équipe médicale.

²⁹ Cité par nos interlocuteurs

³⁰ Cité par nos interlocuteurs

³¹ sans passer sous silence les difficultés pratiques de leur établissement et de leur mise à jour respectifs...

4.1.3. Renforcer la prise en considération des recommandations du médecin du travail

Le manque de temps, une surcharge de travail ainsi que, pour certains médecins du travail, le sentiment d'un non-respect de leur indépendance technique par les employeurs et d'une faible « auto-efficacité » constituent des freins à leur action³². L'un des moyens de revaloriser le rôle du médecin du travail auprès des employeurs, des salariés, des représentants du personnel et même des intervenants en santé travail est d'asseoir son rôle de conseil et de prescripteur.

Les employeurs ne sont actuellement tenus de prendre en considération les propositions ou avis du médecin du travail que lorsqu'ils concernent des mesures individuelles telles que mutations ou changements de postes (articles L.1226-2, L.1226-10 et L. 4624-1 du code du travail), ou l'application de la législation sur les emplois réservés et les travailleurs handicapés (article R.4624-6 du code du travail). En revanche, ils ne sont tenus ni de suivre, ni de prendre en considération les conseils qu'au titre de l'article R. 4623-1 du code du travail le médecin délivre en ce qui concerne la prévention, l'hygiène, les conditions de vie et de travail dans l'entreprise, ni, en cas de refus, de faire connaître les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite.

La mission propose que l'employeur soit tenu de répondre par écrit aux propositions argumentées du médecin du travail (« ordonnance de prévention ») lorsque celui-ci constate la persistance d'un risque collectif pour la santé des travailleurs et que l'employeur refuse ou néglige d'y donner suite ou estime ne pas pouvoir le faire. Cette obligation faite en dernier ressort à l'employeur de justifier son inaction est d'autant plus indispensable que l'objectif de la réforme est bien de privilégier la prévention primaire en lieu et place des actions correctives qui prévalent actuellement. La tentation est forte pour certains de ne pas agir tant que le risque ne s'est pas concrétisé.

Cette proposition ne vise pas à contraindre les entreprises à respecter les normes ni à faire de l'intervention de l'équipe santé au travail un exercice formaliste, mais à donner les moyens au médecin de faire valoir ses prérogatives, lorsqu'il l'estime nécessaire, et à amener l'employeur à assumer publiquement ses responsabilités. Elle est un élément essentiel de l'attractivité.

Recommandation n°2 : Elever au rang d'une obligation une réponse motivée écrite de l'employeur qui ne prend pas en considération les recommandations ou les préconisations du médecin du travail après le constat dûment établi d'un risque patent ou persistant.

4.2. Faire reconnaître les services par les institutions

4.2.1. Associer les médecins du travail aux politiques de santé publique.

Pendant longtemps, les médecins du travail ne se sont pas vus reconnaître un rôle en matière de santé publique. Localement, le cloisonnement entre les administrations de la santé et du travail n'a pas facilité l'articulation entre les services. Les acteurs du terrain se sont ignorés, voire se sont opposés.

³² Cf. « Médecins du travail et cancers professionnels : attitudes, opinions et pratiques. Une recherche qualitative dans le Sud-Est de la France », C. PARDON, H. DUMESNIL, D. CHARRIER, B. de LABRUSSE, C. LEBRETON, M.-P. LEHUCHER-MICHEL, A. VIAU, S. ARNAUD, M. SOUVILLE and P. VERGER ; Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, volume 57, décembre 2009.

La prise de conscience que la santé au travail est un élément déterminant de politique de la santé publique est récente (cf. la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique). Interrogés par la mission, nos interlocuteurs des administrations de la Santé, du Travail ou de la Sécurité sociale évaluent à seulement un tiers le nombre de médecins du travail qui estiment avoir un rôle à jouer en matière de santé publique. Ils évoquent les difficultés à articuler concrètement le plan régional de santé avec le plan santé au travail, ainsi que le gisement de données médicales dont les services disposent et qui pourraient être exploitées par les acteurs de la santé publique.

Si la mise en œuvre de la réforme a donné droit de cité au concept de pluridisciplinarité dans les services de santé au travail, la réalité opérationnelle n'a pas permis aux services d'intégrer la problématique de santé publique, ou de manière insuffisante. Il importe de réaffirmer que la santé au travail est une branche de la santé publique, tant les conditions et l'environnement de travail sont des déterminants structurants de l'état de santé de la population. L'intensification du travail, les nouveaux risques comme le stress, les troubles musculo-squelettiques (TMS) - notamment du fait du vieillissement de la population active -, les risques différés, renforcent encore cette exigence.

Recommandation n°3 : Intégrer les médecins du travail dans des actions menées en matière de santé publique.

4.2.2. Associer l'ensemble des professionnels des services de santé au travail à la veille sanitaire.

Près de 2,4 millions de salariés sont exposés à des produits cancérogènes³³. On estime que 4 % à 8,5 %³⁴ des cancers seraient liés à une exposition professionnelle, soit entre 11 000 à 23 000 cas de cancers qui surviennent chaque année. Seule une minorité d'entre eux est connue et indemnisée³⁵. Ces chiffres montrent, s'il en était besoin, la nécessité de développer, outre une politique du contrôle et de prévention des risques, des outils de surveillance, et d'associer l'ensemble des professionnels du secteur de la santé au travail de veille sanitaire.

Douze régions participent au réseau mis en place par l'Institut national de veille sanitaire (InVS) en 2002 et animé par les médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main d'œuvre (MIRTMO), qui permet aux médecins du travail de remonter leurs observations pour la surveillance des maladies à caractère professionnel. L'objectif de l'InVS est d'associer l'ensemble des régions au dispositif d'ici 2013 – dont l'Ile de France.

En outre, les professionnels de santé au travail participent au réseau Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P), mis en place par l'AFSSET et riche d'environ 130 000 observations, qui recense via les consultations en Centre Hospitalier Universitaire (CHU) et les services de santé au travail l'ensemble des données relatives aux pathologies professionnelles. Ce travail en commun est l'occasion de créer un lien entre la médecine du travail et celle de santé publique, la recherche et la formation. Les médecins qui y participent sont notamment formés à l'imputabilité des risques psychosociaux, qui représentent 30% des observations dans la base de données. Cette dimension « réseau » du métier qui n'est encore qu'émergente, sera dans l'avenir une source importante de notoriété et d'attractivité.

³³ Enquête SUMER (Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels) 2003

³⁴ Le chiffre est de plus de 15% s'agissant du cancer du poumon, dont le pronostic est un des plus mauvais.

³⁵ Le nombre de cancers professionnels indemnisés est de 1 771 en 2006 pour le régime général (source CNAMTS / DRP)

Les bilans annuels d'activité des professionnels des services de santé au travail rassemblent des observations portant sur les atteintes de la santé par le travail. Ces dernières pourraient être exploitées au niveau régional pour obtenir une synthèse qualitative, sous réserve que soient levées les difficultés techniques liées notamment à l'absence de standardisation des données. Il appartiendra à la nouvelle organisation mise en place dans le cadre de la gouvernance régionale d'apporter rapidement une solution sur ce point, lequel s'inscrit en bonne place dans le projet plus large de la mise au point d'un système d'information santé-travail, riche, accessible et performant. Les professionnels de santé au travail sont demandeurs d'une telle évolution, qui participent par exemple au réseau EVREST (Evaluation et relation en santé au travail).

Recommandation n°4 : Faire participer systématiquement les professionnels des services de santé au travail aux réseaux de veille sanitaire et créer les conditions de l'exploitation des données des services de santé au travail.

4.2.3. La prise en charge des missions de la médecine du travail par la médecine de ville ne peut être qu'une exception.

La mission a relevé la spécificité des certains publics, pour lesquels la question du suivi médical est préoccupante. C'est le cas notamment des aides à domicile employées à temps partiel par les particuliers. Les employeurs ne sont pas obligés d'adhérer à un service de santé au travail. La cotisation à un service interentreprises peut être dissuasive pour une personne aidée ayant de faibles revenus, employeur quelques heures par semaine, alors que l'accroissement numérique et le vieillissement des aides à domicile vont avoir pour effet d'augmenter les cas d'inaptitude.

De l'avis de la mission, l'activité des aides à domicile nécessite un suivi médical particulier qui, dans le cadre d'une prescription élaborée par le médecin du travail, pourrait être réalisé selon des protocoles par les infirmières santé au travail ou les médecins généralistes, afin de permettre à l'ensemble des salariés de bénéficier d'un véritable suivi de santé, éducation, prévention. Par contre, la mission pense que la problématique de l'inaptitude et du maintien dans l'emploi doit rester sous le contrôle du seul médecin du travail.

4.2.4. Valoriser les pratiques professionnelles

En médecine générale, les recommandations de bonnes pratiques constituent le premier outil d'aide à la prescription et à la prise en charge des patients. La médecine du travail est l'une des rares spécialités médicales pour laquelle il n'existe que trop peu de recommandations de bonnes pratiques validées par la HAS³⁶ pour informer les professionnels de santé et les patients et usagers du système de santé sur l'état de l'art et des connaissances. Les dispositifs de « recommandations réglementaires » ont retardé cette réflexion mise en place actuellement par la Société française de la médecine du travail (SFMT).

La question de l'Evaluation des pratiques professionnelles (EPP) se pose avec acuité en médecine du travail aux spécificités marquées et où les situations de travail sont très diverses. C'est ainsi que les médecins du BTP ont créé dès 1950 une société savante, le Groupement National des Médecins du Bâtiment et des Travaux Publics, pour mettre en commun les expériences et les compétences, et optimiser les pratiques. Ce dernier a mis en place dès 1970 des outils d'aide pour le médecin du travail, comme par exemple le Fichier actualisé des situations de travail (FAST), qui permet d'identifier et d'analyser les dangers des postes ou de l'activité, ou le Fichier actualisé des nuisances (FAN) pour l'appréciation du risque professionnel et le repérage des sujets à risque. Il travaille actuellement sur des Protocoles d'intervention du travail en équipe (PISTE).

³⁶ Voir par exemple « le dossier médical en santé travail », recommandation de bonnes pratiques, janvier 2009

Pour une majorité d'acteurs, la pratique professionnelle du médecin du travail paraît largement dictée par les dispositions législatives et réglementaires du code du travail. Cette caractéristique est assimilée à une contrainte limitant la marge de manœuvre du médecin. L'inscription de la médecine du travail dans des démarches de professionnalisation comparables à celles menées par la médecine de soins est de nature à rendre plus attractive cette profession auprès des étudiants et des pairs. Par exemple, il a aussi été évoqué lors des auditions l'intérêt de travailler sur le contenu des actes que les infirmières spécialisées en santé travail pourraient être amenées à prendre en charge (cf. § 5.3.3).

Recommandation n°5 : Développer l'élaboration des recommandations de bonnes pratiques sous l'autorité scientifique de la SFMT en lien avec la HAS pour améliorer la prise en charge et la qualité du service rendu par la médecine du travail

4.2.5. Réviser la procédure d'agrément dans le cadre de la nécessaire réorganisation des services de santé au travail

La procédure d'agrément des services de santé au travail n'est pas une garantie de qualité dans le temps, mais un préalable qui rend possible une prestation de qualité, contribuant ainsi à revaloriser l'image des professionnels qui concourent à l'exécution du service.

Les services de santé au travail doivent participer à la politique de santé au travail en inscrivant leur action dans le cadre des objectifs définis au niveau national par le COCT. La réforme devrait prévoir une déclinaison territoriale de ces objectifs dans les plans régionaux de santé au travail, et dans les contrats qui seront signés entre les services de santé au travail, les DIRECCTE et les CARSAT. La mission propose, dans le cadre de cette réorganisation régionale, de réviser la procédure d'agrément pour permettre une régulation de l'offre de service et définir de nouveaux standards de qualité.

Une restructuration de l'offre de santé au travail est en effet indispensable au niveau régional pour permettre le maillage des politiques de prévention. Comme le montre le tableau ci-dessous, on compte en France près de 700 services agréés, dont le nombre varie sensiblement selon les territoires, de 0 (la Réunion) à 77 (région Rhône-Alpes).

Tableau 4 : Nombre de services agréés (France entière, 2009)

	Nombre
Antilles-Guyane	2
Alsace	41
Aquitaine	30
Auvergne	14
Basse Normandie	11
Bourgogne	67
Bretagne	29
Centre	8
Champagne-Ardenne	22
Franche Comté	25
Haute Normandie	22
Ile de France	67
Languedoc Roussillon	23
Limousin	10
Lorraine	34
Midi-Pyrénées	32
Nord Pas de Calais	45
Pays de la Loire	33
Picardie	19
Poitou Charentes	12
Provence Alpes Côte d'Azur + Corse	66
Rhône Alpes	77
Réunion	0
Total	689

Source : Rapport annuel 2008-2009 de l'ONDPS

Entre 1998 et 2008, un tiers des services de santé au travail a disparu, leur nombre passant de 1327 à 894 services³⁷. Fin 2009, cette restructuration est toujours d'actualité pour au moins un tiers des services interprofessionnels de santé au travail, qui déclarent avoir engagé une réflexion ou un processus de fusion³⁸. La mission préconise d'accompagner cette réorganisation en mettant en place une régulation de l'offre des services de santé au travail dont les comités régionaux de prévention des risques professionnels (CRPRP) pourraient constituer le support. Elle pourrait s'effectuer de manière analogue à celles des autres structures de santé (référentiel de certification élaboré par la HAS, contrôle indépendant, etc.). Cette démarche de certification et de qualité est un élément important participant à l'image et à l'attractivité des services.

Recommandation n°6 : Réviser la procédure d'agrément pour accompagner la réorganisation des services et favoriser l'émergence de nouveaux standards de qualité.

³⁷ « Conditions de travail, bilan 2008 », Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville

³⁸ Enquête réalisée du 28/10/2009 au 10/11/2009 auprès de 80% des SIST du secteur interprofessionnel adhérents du CISME – donnée provisoire

4.3. *Faire connaître et valoriser la santé au travail auprès des pairs*

4.3.1. *Former l'ensemble des médecins en santé au travail*

La mission a constaté que la formation de base de tous les médecins se réduit à un apport de connaissances limité en matière de santé au travail (9 heures sur les 6 premières années d'études). Le rapport portant sur la formation des managers et des ingénieurs en santé au travail³⁹ propose de sensibiliser les responsables hiérarchiques et les dirigeants d'entreprise aux questions de santé au travail en leur permettant d'acquérir, en formation initiale et continue, un socle minimum de compétences. Il serait paradoxal que les médecins n'aient pas bénéficié d'une telle formation, quelle que soit leur spécialité, alors qu'ils peuvent être confrontés dans leur exercice à des pathologies résultant d'expositions professionnelles. La mission recommande d'étendre cette obligation à l'ensemble des étudiants en médecine.

Les avis sont partagés, concernant le moment le plus propice pour enseigner la santé au travail. Pour certains, c'est dès les premières années qu'il faut sensibiliser les étudiants. Pour d'autres, il faut être le plus proche possible du moment où les étudiants choisissent leur spécialité, à l'issue des épreuves classantes nationales (voir à cet égard § 5.2.1 infra).

4.3.2. *Développer les relations entre les spécialistes et les partenariats entre les spécialités*

D'une manière générale, la reconnaissance d'une profession se construit à partir des liens qui se tissent localement entre les professionnels issus du même milieu. Les relations entre les professionnels de l'hôpital, la médecine de ville et la médecine du travail sont trop peu développées. Ainsi, une enquête réalisée en 2008 par un service de santé au travail interentreprises⁴⁰, révèle que les médecins de soins ne connaissent pas les services de santé au travail de leur région (70%), qu'ils ont rarement - ou jamais - des échanges avec le médecin du travail de leurs patients (71 %), bien qu'ils estiment que 60 % des arrêts maladie ont souvent ou très souvent un lien avec le travail.

Les relations entre les médecins généralistes et les médecins du travail sont de qualité inégale, alors que la collaboration du médecin de soins avec le médecin du travail a un intérêt dans le traitement de certaines pathologies (TMS, lombalgies...), ou pour favoriser le retour à l'emploi (prévention de la désinsertion professionnelle) ou encore pour lever les nombreux freins à la déclaration en maladie professionnelle. Une étude à ce sujet, au travers des exemples des cancers du poumon liés à l'amiante et des lombosciatiques professionnelles,⁴¹ souligne ainsi la méconnaissance des principes et des procédures de déclaration, le manque de formation des médecins généralistes - qui n'ont pas accès à la réalité de l'entreprise et ne maîtrisent pas les différents mécanismes auxquels il peut être fait appel pour favoriser le maintien dans l'emploi des patients - et le manque d'outils pour les aider à repérer l'origine professionnelle des maladies de leurs patients.

La loi ne facilite pas la coopération entre les professions, lorsqu'elle interdit aux médecins du travail l'accès au dossier médical personnel. Ainsi, l'article L.161-36-3 du code de la sécurité sociale issu de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a considérablement nui à l'image de la profession et a entretenu le doute sur l'indépendance des décisions du médecin du travail vis-à-vis de l'employeur, alors même qu'il est tenu au secret médical, à l'instar de l'ensemble des personnels médicaux soignants et non soignants.

³⁹ Rapport sur la formation des managers et des ingénieurs en santé au travail, William DAB, mai 2008

⁴⁰ Enquête réalisée par Yvelines santé travail en juin 2008, auprès de 840 médecins traitants, généralistes et spécialistes, hospitaliers ou non du département des Yvelines

⁴¹ « Freins à la déclaration de maladies professionnelles : une étude auprès des médecins de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur », SE4S « Sciences Economiques & Sociales, Systèmes de Santé, Sociétés » (UMR 912 Inserm-IRD-Université Aix-Marseille) et Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (ORS PACA), Regard santé n°19, 2009

La mission est convaincue de la nécessité d'une modification législative, tant du point de vue de l'attractivité de la profession que dans le but d'assurer un meilleur suivi individuel des salariés et d'améliorer la coordination des soins entre professionnels de santé. Le développement du dossier médical informatisé offre une opportunité de construire un outil permettant les échanges d'informations entre professionnels de santé et d'assurer la traçabilité individuelle des expositions professionnelles des salariés. C'est la raison pour laquelle la mission propose que l'accès aux informations du dossier médical par le médecin du travail soit rendu possible, avec l'accord du patient, sur tout ou partie du dossier.

En tout état de cause, comme le montre le rapport sur la traçabilité individuelle des expositions professionnelles⁴², une réflexion sur les supports d'informations (carte vitale, dossier médical, autre) est d'autant plus nécessaire que se développent les risques à effets différés et que la mobilité accrue des personnels rend difficile l'identification et la mémorisation de leurs expositions professionnelles.

Recommandation n°7 : Donner au médecin du travail la possibilité d'accéder au dossier médical personnel, avec l'accord de la personne concernée en vue d'assurer un meilleur suivi de santé.

Recommandation n°8 : Associer les médecins du travail à la mise en place d'un support d'information permettant d'assurer la traçabilité individuelle des expositions professionnelles et leur communication à la médecine de soins.

4.3.3. Faut-il autoriser les médecins du travail à prescrire ?

Dans l'imaginaire collectif, le médecin soigne. En France, l'interdiction faite aux médecins du travail de prescrire des médicaments – sauf cas d'urgence - n'est généralement pas comprise, sauf par les professionnels eux-mêmes. Ainsi, beaucoup de salariés ne comprennent pas que le médecin du travail ne puisse pas soigner une « petite pathologie » à l'occasion de sa visite médicale. Pour les étudiants en médecine, renoncer à l'acte de prescription à la sortie des études est perçu comme une frustration, dès lors que leur cursus de formation les portent à exercer une médecine de soins, et qu'ils ont été formés à la prescription thérapeutique. D'une manière générale, la possibilité de prescrire contribue à la valorisation du métier par les pairs. Son absence constitue un handicap lorsque ces derniers envisagent une reconversion.

Pour les médecins du travail en exercice, cette question est secondaire. Ils estiment que leurs prescriptions sont d'une portée toute autre que celles qui figurent sur les ordonnances – tel l'exemple cité par un de nos interlocuteurs d'une solution trouvée aux nuisances sonores dans une chaudronnerie.

Les avis sont partagés, s'agissant de l'opportunité d'autoriser la prescription de médicaments, dans des circonstances autres que celles de l'urgence. Le risque est qu'une telle autorisation incite le médecin du travail à privilégier le colloque singulier aux dépens des actions collectives et à prescrire plutôt que de se concentrer sur son cœur de métier, à savoir la prévention primaire. Lors de la mission a été soulevée à plusieurs reprises la question de la nécessité d'un assouplissement des règles. Il serait souhaitable de mener plus avant cette réflexion, mais la mission demeure favorable au maintien de la situation actuelle.

4.3.4. Faut-il autoriser un exercice mixte ?

En France, un médecin peut être titulaire de plusieurs qualifications mais le Conseil national de l'Ordre estime qu'un médecin ne peut en exercer qu'une seule à un moment donné, au motif d'une interdiction imposée par la réglementation européenne.

⁴² Rapport sur la traçabilité des expositions professionnelles, Daniel LEJEUNE, octobre 2008

Changer de spécialité et de mode d'exercice n'est pas un choix facile. Le fait de devoir renoncer à la prescription est un symbole et un frein important à la reconversion. Pour beaucoup de médecins, ce choix est un pari sur l'avenir. Conserver la possibilité de revenir à l'exercice initial, si la pratique de la médecine du travail ne donne finalement pas satisfaction, est fondamental, même si les retours à la spécialité d'origine sont très rares.

Avant la réforme de 1982, des compétences ont été délivrées aux médecins ayant obtenu le CES de médecine du travail, qui leur permettaient d'exercer parallèlement médecine du travail et médecine générale. Le dispositif, qui ne concernait qu'une population réduite de médecins et n'était pas reconnu au niveau européen, a été définitivement supprimé en 2004.

Les partisans de la conciliation d'un exercice mixte invoquent l'enrichissement mutuel des pratiques. La plupart des médecins reconvertis auraient souhaité pouvoir aménager leur temps de travail professionnel et concilier les deux spécialités. En 1984, deux tiers des médecins libéraux se déclaraient prêts à abandonner une partie de leur activité libérale – en moyenne, deux jours par semaine - pour se consacrer à une activité populationnelle (dépistage de cancers, évaluations, recherches cliniques, etc.). La mixité des exercices professionnels correspond toujours aux aspirations des internes (cf. § 6.1), pour qui cette perspective constituerait un argument de poids lors du choix de la spécialité à l'issue des épreuves classantes.

D'autres estiment que l'exercice d'une médecine de qualité n'est pas compatible avec l'exercice de deux disciplines, à savoir une médecine de soins, fondée sur la prescription, et une médecine de prévention, dépassant la clinique individuelle pour embrasser l'homme dans son environnement de travail. Un exercice mixte contribuerait à brouiller un peu plus l'image de la médecine du travail.

La mission recommande de revisiter cette question de l'exercice simultané de deux spécialités, afin d'estimer sérieusement la valeur des attendus de ses partisans et de ses détracteurs. Les évolutions qui se produisent ou qui se profilent dans la diversification des modes d'exercice de la médecine libérale sont susceptibles de l'éclairer sous un jour nouveau. La mission est cependant favorable au maintien de la situation actuelle.

4.4. Impliquer les employeurs dans la santé au travail

4.4.1. Faire évoluer les mentalités

Les acteurs s'accordent pour reconnaître que les employeurs sous-estiment les liens entre travail et santé comme d'ailleurs entre santé et travail. La santé au travail n'est pas souvent perçue comme un levier de management, mais plutôt comme une obligation légale à satisfaire relevant plus de la contrainte que de la responsabilité sociale assumée, ou comme un risque pour l'image de l'entreprise. Sauf dans les secteurs les plus exposés au risque d'accident – tel que celui du bâtiment et des travaux publics -, la santé au travail est rarement envisagée dans les processus de gestion des ressources humaines. Ce n'est que lorsque l'accident survient ou lorsqu'il est confronté au risque que le chef d'entreprise prend conscience de l'importance du travail de prévention.

Encore faut-il ajouter que les employeurs ont tendance à réduire la médecine du travail à la réalisation des évaluations d'aptitude à l'emploi, la visite médicale étant considérée comme la contrepartie du versement des cotisations. Comme le montre le rapport IGAS/IGAENR (op.cit), cette conception limite les capacités du dispositif de santé au travail à évoluer vers une logique de prévention collective et de prévention primaire, de même que le maintien de l'obligation d'une visite médicale périodique pour les salariés qui ne sont pas soumis à des expositions professionnelles. La mission est favorable à « 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 apte à être occupé par un salarié ». Elle insiste sur l'importance de « ce renversement de logique », dans la perspective de vieillissement de la population. Ces programmes ciblés de suivi de santé, s'agissant des petites entreprises, doivent être déclinés au niveau de la branche, qui paraît être le niveau d'analyse pertinent en matière d'action de prévention dans un bassin d'emploi (garages, coiffeurs, teintureries...).

D'une manière générale, il convient de faire prendre conscience par l'encadrement hiérarchique de la ressource en santé dans l'entreprise et de sensibiliser⁴³ les employeurs à la contribution que de bonnes conditions de travail et qu'une bonne santé au travail peuvent apporter aux performances de l'entreprise et à son attractivité en particulier pour le recrutement des jeunes générations. En 2008, La Poste a par exemple mis en place une charte « de coopération entre les médecins de prévention professionnelle et les managers » pour créer les conditions d'une compréhension et d'une confiance mutuelle entre le management opérationnel, les fonctions de production et de gestion des ressources humaines et les médecins de prévention professionnelle qui sont les principaux experts et conseillers en santé au travail.

4.4.2. Encourager les entreprises à mettre en place avec les services de santé au travail des plans d'actions en faveur de la santé et du mieux être en entreprise

Au Québec, le médecin est chargé, avec l'équipe pluridisciplinaire, d'élaborer un programme de santé au travail en entreprise, qui est soumis à l'équivalent local du CHSCT. Ces programmes de santé et de mieux être en milieu de travail sont intégrés à la stratégie globale des grandes entreprises. Les employeurs sont convaincus qu'ils jouent un rôle crucial dans l'engagement du personnel et remarquent un lien important entre le mieux être et la productivité⁴⁴. D'après les études canadiennes recensées par le Groupe de promotion pour la prévention de la santé (GP2S)⁴⁵, chaque dollar investi dans un programme de santé en entreprise se traduit par un retour sur investissement estimé entre 2,75 \$ et 4 \$. Il serait souhaitable d'encourager en France la réalisation de telles analyses coûts-avantages dans le cadre des appels d'offre de recherche (cf. § 7.1).

⁴³ Un avis du Conseil économique social et environnemental consécutif à une saisine gouvernementale en date du 15 février 2010 devrait, fin juin, donner des éclairages nouveaux sur cette thématique.

⁴⁴ Enquête téléphonique du groupe santé MEDISYS, « Le mieux-être en milieu de travail : harmoniser les intentions et les résultats », 2008, http://www.medisys.ca/docs/whitepapers/wellness_top_100_fr.pdf

⁴⁵ GP2S, « La santé au travail, une avenue rentable pour tous », mémoire présenté le 19 janvier 2010 au ministre des Finances du Québec, dans le cadre des consultations prébudgétaires 2010-2011. www.gp2s.net/documents/divers/memoire_mfq_gp2s.pdf

Les services de santé au travail au Québec

Au Québec, la médecine du travail est hors de l'entreprise. Elle est intégrée dans le réseau public de santé. Les médecins responsables ne sont pas des salariés de l'entreprise ou des entreprises dans lesquelles ils interviennent. Ils sont rémunérés par la Régie d'assurance maladie sur la base des actes accomplis. Les services de santé au travail fonctionnent en équipe, composée généralement d'un médecin responsable, d'un infirmier et d'un technicien en hygiène industrielle. Tel fut le choix du législateur en 1979. Il traduit l'idée que la santé au travail fait partie des préoccupations de santé publique. Il ne s'agit pas d'une préoccupation d'ordre privé relevant du rapport singulier employeur/salarié.

La mission principale des médecins du travail n'est pas de procéder à des visites d'embauche, périodiques ou de reprise pour s'assurer que le travailleur est toujours apte à occuper son emploi. Leur action s'inscrit avant tout dans une démarche de prévention des risques pour la santé. (...) Toutes les entreprises ne sont pas dotées d'un programme de santé. L'obligation légale ne concerne, en vertu du règlement sur les services de santé au travail, que les groupes prioritaires. (...) Le programme de santé, propre à l'établissement et élaboré par le médecin responsable, prévoit plusieurs mesures parmi lesquelles la détection des risques, l'information des acteurs, les mesures de surveillance médicale ou encore l'établissement et la mise à jour des travailleurs exposés à un contaminant. Le médecin veille à l'application du programme. Il doit aussi signaler aux différents intervenants toute déficience susceptible de nécessiter une mesure de prévention et informer les travailleurs des situations pouvant les exposer à un danger, sous peine de voir sa responsabilité engagée.

Source : « Les institutions et les acteurs en santé au travail au Québec et en France : regard croisé », N. FERRE, institut de recherche interdisciplinaire sur les enjeux sociaux, INSERM, EHESS, Université de Paris XIII, CNRS.

Le rapport relatif au bien-être et à l'efficacité au travail⁴⁶ préconise la réalisation d'un bilan et un plan d'action annuels sur le sujet des risques psychosociaux pour les entreprises de plus de 50 salariés. La mission propose d'associer étroitement les services de santé au travail à la réalisation d'un tel plan. Ainsi, le plan d'activité établi annuellement par le médecin qui porte sur les risques de l'établissement, les postes et les conditions de travail⁴⁷, pourrait être enrichi pour devenir un programme de suivi de santé adapté aux besoins de l'entreprise, présentant les mesures prioritaires à mettre en œuvre pour mieux prévenir l'ensemble des risques susceptibles d'affecter la santé des travailleurs, et notamment les risques psycho-sociaux.

Recommandation n°9 : Encourager les entreprises à mettre en place avec les services de santé au travail des plans d'actions en faveur de la santé et du mieux être en entreprise

⁴⁶ Rapport « bien être et efficacité au travail », Henri LACHMANN, Christian LAROSE, Muriel PENICAUD, février 2010

⁴⁷ Articles D.4624-33 et suivants du Code du travail

4.5. Valoriser le rôle de l'équipe de santé au travail auprès des salariés

L'image sociale, a priori, du médecin du travail est peu flatteuse pour ne pas dire mauvaise : « le médecin du travail, c'est quelqu'un qui n'a pas fini ses études » ! La plupart des salariés qui n'ont pas encore été confrontés à l'expérience de l'accident, ou de l'arrêt maladie de longue durée n'ont pas une idée claire de l'objectif ou de l'intérêt de la visite médicale obligatoire. Elle est perçue comme faisant partie d'un rituel auquel il faut se soumettre pour que tout soit en ordre quand on veut un emploi ou qu'on veut le conserver. Ils ne savent pas qu'ils peuvent demander à rencontrer le médecin du travail à tout moment, et ce qu'ils peuvent lui demander. Cette ignorance ou cette distance sont d'autant plus fortes que leur statut est plus précaire, alors même que ce sont les salariés relevant d'un tel statut qui, statistiquement, ont le plus à attendre d'un dispositif santé-travail accessible et efficace.

Cette situation révèle la nécessité d'un travail pédagogique pour informer les salariés de l'intérêt de l'entretien médical ou infirmier dans le cadre d'un suivi de santé régulier tout au long de leur vie professionnelle (cf. § 5.3 infra). Il est de la responsabilité de l'employeur et gagnerait à être promu et relayé par le CHSCT lorsqu'il existe.

Plus généralement, c'est l'ensemble de la thématique et du dispositif santé-travail qui doit faire l'objet d'une promotion plus forte et plus constante, tant à tous les niveaux du dialogue social que dans la pratique des élus et mandatés du personnel et des responsables syndicaux. Dans ce cadre, notre mission soutient l'extension des moyens et des prérogatives des CHSCT et le principe de l'élection directe des représentants des salariés qui y siègent, préconisés par le rapport « bien être et efficacité au travail »⁴⁸. Elle estime par ailleurs nécessaire de former les membres du CHSCT aux problématiques de la santé au travail lors de leur nomination et de leur permettre d'actualiser leurs connaissances en cours de mandat.

Recommandation n°10 : Informer les salariés du rôle de l'équipe de santé au travail.

Recommandation n°11 : Former les membres du CHSCT aux problématiques de la santé au travail

4.6. Associer les acteurs locaux à la mise en place du nouveau dispositif de santé au travail

La mission propose de lancer un processus de consultation et de concertation au niveau régional, ayant pour objectif d'élaborer un nouveau schéma régional de santé au travail coordonné avec le schéma régional de santé et s'appuyant sur le concours de tous les acteurs concernés : professionnels de santé au travail et professionnels de santé publique, employeurs, syndicats, services de l'Etat, collectivités territoriales, etc. Pendant trois mois, tous les acteurs locaux du secteur de la santé au travail seraient invités à débattre lors de forums d'échanges thématiques pour faire émerger des propositions et des bonnes pratiques.

Un site internet permettant d'ouvrir les débats avec le public devrait être accessible.

Recommandation n°12 : Organiser régionalement des « Etats généraux » de la santé au travail

⁴⁸ Rapport « bien être et efficacité au travail », Henri LACHMANN, Christian LAROSE, Muriel PENICAUD, février 2010

5. POUR UNE FORMATION INITIALE EN PHASE AVEC LES MISSIONS ET LES RESPONSABILITES

De même qu'il n'est pas possible de faire évoluer l'attractivité d'un secteur professionnel, tel que celui de la santé au travail, sans associer à l'action des professionnels celle de l'ensemble des intervenants, la formation à la santé au travail ne concerne pas seulement les professionnels de santé, mais l'ensemble des acteurs de l'entreprise, parce qu'elle est le lieu où s'opèrent des synergies ou des ruptures entre social, santé, organisation et management. A cet effet, la mission fait sienne la préconisation formulée dans le rapport relatif à la formation des managers et des ingénieurs en santé au travail⁴⁹, visant à faire acquérir aux cadres dirigeants, en formation initiale et continue, un socle de compétences permettant la prise en compte des problématiques de santé au travail.

5.1. *De nouveaux référentiels de compétences pour les professionnels des services de santé au travail.*

La mission recommande la mise en place de maquettes pédagogiques nationales et des référentiels de formation validés par les trois ministères concernés : Travail, Santé, Enseignement Supérieur et Recherche. Ces référentiels devraient être déclinés au niveau régional et devraient concerner l'ensemble des professionnels des services de santé au travail (médecins, infirmières, assistantes santé travail, IPRP, etc.). La mission recommande à cet égard de porter une attention particulière à l'organisation mise en place pour assurer la coordination des enseignements interrégionaux.

S'agissant des médecins, le constat que la formation initiale ne répond pas aux besoins est largement partagé, car, quelles que soient ses modalités d'exercice, tout médecin peut être confronté à des pathologies résultant d'une exposition professionnelle. Pendant les deux premiers cycles des études de médecine, la « médecine et santé au travail » n'est abordée que sous l'angle des pathologies professionnelles (9 heures en moyenne sur les 6 années d'études) ; les aspects qui concernent l'environnement de travail et le monde de l'entreprise, qui rendent ce métier attractif, ne sont pas traités. Comme l'indique un de nos interlocuteurs, cela revient à « étudier les maladies infectieuses sans étudier les virus et les bactéries. »

Pour les médecins en formation « Santé-Travail », les principales lacunes rapportées à la mission concernent la connaissance du monde de l'entreprise (droit, « management » par objectif ou par projet, sociologie des organisations, organisation du travail et des relations sociales, communication), l'ergonomie, l'épidémiologie, la bio-métriologie, l'éducation pour la santé. Cette situation conduit certains étudiants à suivre parallèlement aux études de médecine d'autres cursus de formation (DU d'ergonomie, Master de santé publique pour maîtriser les outils de l'épidémiologie, etc.).

La discipline et le collège des enseignants hospitalo-universitaires ont mené une réflexion sur les compétences nécessaires aux futurs médecins du travail. La démarche a impliqué des enseignants de médecine du travail, mais également des médecins du travail en exercice, des internes de médecine du travail, des employeurs et des représentants des salariés. Elle a permis une évaluation des besoins ressentis par les « clients » que sont les entreprises et les salariés, mais également des besoins identifiés par la confrontation des pratiques professionnelles aux connaissances scientifiques actuelles. Un référentiel de compétences a été adopté (cf. annexe 2). Il est actuellement examiné au niveau interministériel par la Commission nationale de l'internat et du post-internat (CNIPI), avant d'être introduit dans le programme national d'enseignement des facultés de médecine.

⁴⁹ Rapport sur la formation des managers et des ingénieurs en santé au travail, William DAB, mai 2008

S'agissant de l'ergonomie, des recommandations ont été élaborées par le Collège des Enseignants chercheurs en ergonomie afin de faciliter la construction de programmes de formation au niveau master d'ergonomie par les établissements d'enseignement supérieur.

Par ailleurs, dans le cadre des relations nouvelles qui devront se développer entre l'Université, le monde de l'entreprise et du travail, les DIRECCTE et les CARSAT, une réflexion approfondie est devenue nécessaire pour que soient identifiés les différents métiers de « préventeurs »⁵⁰ et les diverses exigences de leur exercice dans le cadre d'investigations expertes et d'actions pluridisciplinaires. Cette identification devra être exprimée à la fois en termes de compétences, de positionnement dans le champ des relations sociales et professionnelles et dans celui des rapports de l'entreprise avec son environnement. Il est en effet important que les étudiants qui se destinent à un métier de préventeur comprennent que le sens et les modalités de son exercice dépendent fortement de ce positionnement.

Dans ce domaine comme dans les autres, l'université devra décliner les diplômes en « grilles de compétences » induisant une représentation différente de celles des enseignements permettant de mieux évaluer leur adéquation à chaque forme d'exercice d'un métier de préventeur.

Recommandation n°13 : Mettre en place un référentiel de compétences pour chaque profession de la santé au travail (médecin, infirmière, assistante, IPRP)

5.2. Valoriser la spécialité de médecine du travail

La médecine reste un métier associant aura morale du dévouement et prestige de l'autorité, valeurs auxquels les aspirants médecins sont très sensibles⁵¹. Le métier de médecin du travail ne sera pas attractif tant que l'image qu'en ont les jeunes générations – et, au-delà, la société – n'aura pas, à sa manière, recollé à cette double symbolique, en affirmant son originalité et sa spécificité.

5.2.1. Une mauvaise image liée à une méconnaissance de la discipline

C'est à l'issue des épreuves classantes nationales que les étudiants en médecine, qui ont validé leur deuxième cycle, lors d'un « amphi garnison », font « le choix d'une vie »⁵², c'est-à-dire qu'ils choisissent une discipline et un lieu de formation, en fonction de leur classement aux épreuves et du nombre de postes ouverts par les pouvoirs publics dans les différentes filières.

En fin de classement, on trouve les filières de la santé publique et de la médecine du travail, qui, de manière récurrente, ne pourvoient pas tous les postes qu'elles proposent. Ainsi, en 2009, sur 105 postes offerts en médecine du travail, seuls 63 ont été pourvus. La mission estime nécessaire de maintenir un nombre de postes suffisant ouverts aux ECN dans la filière médecine du travail (100 à 150 postes/an) malgré les problèmes d'attractivité.

⁵⁰ Entendus comme l'ensemble des professionnels intervenant dans le champ de la prévention.

⁵¹ « De « faire médecine » à « faire de la médecine » », DREES, série Etudes n°53, octobre 2005, A.C. HARDY-DUBERNET, C. GADEA

⁵² « Le choix d'une vie, Étude sociologique des choix des étudiants de médecine à l'issue des épreuves classantes nationales 2005 », Anne-Chantal HARDY-DUBERNET - Yann FAURE, série Etudes, N°66, DREES, décembre 2006

Les études médicales

Remarque : le présent schéma des études médicales s'applique jusqu'en juin 2010, date à partir de laquelle il est modifié pour tenir compte des évolutions issues de la réforme licence master doctorat (LMD).

Les études médicales sont décomposées en trois cycles d'études.

Le premier cycle des études médicales (PCEM) dure deux ans. Le nombre de places en deuxième année de premier cycle est limité par un quota, le *numerus clausus*, dont le niveau et la répartition par faculté sont fixés chaque année par les pouvoirs publics. À l'issue de la première année du premier cycle, seuls les étudiants classés en rang utile à l'issue du concours accèdent donc à la deuxième année.

Le deuxième cycle des études médicales (DCEM), également appelé externat, dure quatre ans. En dernière année du DCEM, les étudiants passent les épreuves classantes nationales (ECN). Celles-ci, instituées en 2004, se sont substituées aux concours de l'internat. Tous les étudiants achevant leur deuxième cycle des études médicales doivent se soumettre à ces épreuves pour accéder au troisième cycle des études médicales (TCEM).

Le TCEM est également appelé internat (pour toutes les spécialités depuis 2004), et dure trois ans pour la médecine générale et quatre à cinq ans pour chacune des autres spécialités. Au cours du troisième cycle, les internes préparent un diplôme d'études spécialisées (DES).

En fonction de leur rang de classement aux ECN et du nombre de postes ouverts en première année de troisième cycle par les pouvoirs publics, les étudiants ayant participé aux ECN choisissent une subdivision (un lieu de formation) et une discipline, sous réserve d'avoir validé leur DCEM. Les 28 subdivisions correspondent à une unité de formation et de recherche (UFR) ou plusieurs mais pas forcément à une région : quatre régions comptent plusieurs subdivisions (Bretagne, Pays de la Loire, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Rhône-Alpes).

Les disciplines sont au nombre de 11 : anesthésie-réanimation, biologie médicale, gynécologie médicale, gynécologie-obstétrique, médecine générale, médecine du travail, pédiatrie, psychiatrie, santé publique, spécialités médicales et spécialités chirurgicales. Les étudiants affectés dans la discipline « spécialités médicales » pourront s'inscrire aux diplômes d'études spécialisées (DES) en anatomie et cytologie pathologiques, cardiologie et maladies vasculaires, dermatologie et vénéréologie, endocrinologie et métabolismes, gastro-entérologie et hépatologie, génétique médicale, hématologie, médecine interne, médecine nucléaire, médecine physique et de réadaptation, néphrologie, neurologie, oncologie, pneumologie, radiodiagnostic, rhumatologie. La discipline « spécialités chirurgicales » englobe les DES de chirurgie générale, neurochirurgie, ophtalmologie, ORL et chirurgie cervico-faciale, et stomatologie.

Les étudiants ayant validé leur TCEM et soutenu leur thèse sont titulaires du diplôme d'État de docteur en médecine, et peuvent exercer en tant que médecins, dans la spécialité du DES qu'ils ont préparé. Certains d'entre eux préparent ensuite un diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC), qui leur confèrera le droit d'exercer dans une spécialité plus fine.

Source : DREES, dossiers solidarité et santé, La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées, n°12, 2009

Plusieurs éléments concourent à rendre la spécialité médecine et santé-travail peu attractive, et en premier lieu le fait qu'elle n'est pas connue des étudiants : il n'existe pas de stage pour cette spécialité durant le deuxième cycle. En fin de cursus, ils travaillent les questions de médecine du travail aux épreuves de classement uniquement dans une optique de « bachotage » et ont la plupart du temps oublié la dizaine heures de cours en santé publique dispensées en début de cursus. En outre, les six premières années d'études en médecine sont entièrement dédiées à l'apprentissage du diagnostic et de son enchaînement avec un traitement ; il n'y est pas question de prévention ; il en résulte une représentation univoque et tronquée de la fonction prescriptive du médecin fortement ancrée dans l'esprit des étudiants à la sortie des études, d'autant que les stages sont réalisés quasi exclusivement en milieu hospitalier.

Le drame de l'amiante, catastrophe sanitaire et sociale annoncée, a été un facteur décisif de prise de conscience de la nécessité de prévenir les dérives constatées. Il a suscité un débat public salutaire qu'il faudrait éviter de réduire à une critique simpliste, celle d'une médecine « bridée », « payée par les patrons »⁵³, sous peine d'occulter, au lieu de les éclairer, les vrais problèmes en matière d'organisation, de responsabilité, d'engagement des acteurs et de gouvernance du système. L'inaboutissement d'une réforme pourtant perçue comme nécessaire et urgente contribue à alourdir ce climat peu favorable à une vision sereine d'un métier parfois controversé et pas toujours bien défendu par ceux qui l'exercent.

Au final, pour beaucoup d'étudiants, le choix de cette spécialité lors de l'amphi garnison s'apparente à un « saut dans l'inconnu ». Il correspond dans certains cas à une stratégie d'évitement de la médecine générale. Elle est également choisie par les étudiants qui découvrent lors des stages qu'ils n'ont aucune appétence pour le soin, ou par ceux qui découvrent « par hasard » qu'il existe des consultations de pathologies professionnelles dans les hôpitaux.

La mission recommande vivement d'organiser la présentation aux futurs internes du domaine de la santé au travail et de la spécialité de la médecine du travail par des professionnels et des universitaires, avant la tenue de l'amphi garnison, comme cela a lieu dans certaines universités.

Elle estime par ailleurs que l'image de la médecine du travail ne peut être durablement modifiée, dans le cadre d'un plan de communication, que par des actions de communication institutionnelle initiées par les pouvoirs publics et le champ des professionnels, telle que, par exemple, la mise à jour régulière du site internet de l'université virtuelle de la médecine du travail⁵⁴.

Recommandation n°14 : Maintenir un nombre de postes suffisant ouverts aux ECN dans la filière médecine du travail (100 à 150 postes/an).

Recommandation n°15 : Présenter la spécialité de médecine du travail aux externes avant l'amphi garnison.

5.2.2. Premier cycle

A la rentrée 2010 sera mise en place la première année de la licence santé. Le concours de fin de première année permettra de sélectionner les étudiants admis à poursuivre des études médicale, dentaire, pharmaceutique, ou de maïeutique.

La licence santé, en ne précisant pas le contenu du module « Santé Publique, Société, Humanité », ne garantit pas que soit mis l'accent sur les humanités et la présentation des deux voies de sortie, à l'issue des études : la médecine de soin et la médecine de prévention. La notion de prévention n'est pas suffisamment développée, la prévention primaire n'est pas explicitée. Au Québec, tous les étudiants en deuxième et troisième année sont sensibilisés à ces aspects et suivent des cours qui traitent des interactions entre la médecine et la société, de la médecine sociale et de la médecine préventive.

La santé au travail ne peut s'aborder uniquement sous l'angle des pathologies. Il serait donc souhaitable que les premières notions en santé-travail soient abordées dans le cadre du module de santé publique « Santé Publique, Société, Humanité » en deuxième année, avant de développer plus avant la discipline dans le cadre d'un module spécifique, d'une dizaine d'heures, en deuxième ou en troisième année, laissant de côté les pathologies – abordées en deuxième cycle – pour se concentrer sur les aspects relatifs au rôle du médecin du travail à l'égard du travailleur, l'environnement de la santé au travail et la prise en charge médico-sociale.

⁵³ Le salariat est alors anticipé comme un handicap – alors même que ce mode d'exercice est plébiscité par les jeunes générations de médecins.

⁵⁴ <http://www.uvmt.org/>

De même, la mission est favorable à la création de modules optionnels et propose d'individualiser en L2 et L3 des parcours « Santé Publique » plus orientés sur les problèmes de société, liés à l'environnement, au travail, à l'économie, etc.

Enfin, des stages de « découverte » pourraient être proposés aux étudiants en deuxième et troisième année, comme le font d'autres filières (chirurgie, notamment).

Recommandation n°16 : Préciser le contenu du module « Santé Publique, Société, Humanité » de la licence pour garantir que soient enseignées les premières notions en matière de médecine et de santé au travail.

Recommandation n°17 : Créer des modules et/ou des parcours optionnels orientés Santé publique, Travail, Environnement.

Recommandation n°18 : Proposer aux étudiants en deuxième et troisième année des stages de découverte.

5.2.3. Deuxième cycle

Le deuxième cycle des études médicales (en abrégé DCEM) dure actuellement quatre années. Il est organisé sur la base de modules de formation théoriques et pratiques sur les différentes pathologies, des situations cliniques ou thérapeutiques.

L'organisation des cours magistraux de médecine du travail varie considérablement selon les universités. Certaines facultés n'en proposent pas, d'autres évoquent uniquement l'origine professionnelle de certaines pathologies dans les cours consacrées à certaines spécialités (pneumologie, dermatologie) ou à l'occasion d'enseignements dirigés (préparation aux ECN), d'autres encore organisent des conférences ou réalisent des documents pédagogiques (par exemple, un film à l'Université de Paris Descartes, accessible sur internet).

L'assiduité des étudiants aux cours, notamment en dernière année du second cycle (D4), varie généralement selon l'importance de la matière dans le programme des épreuves classantes nationales. Deux de ses items concernent la médecine du travail : l'organisation du monde du travail et de la prévention et la question des accidents du travail et des maladies professionnelles.

La formation pratique n'est pas assurée dans la majorité des facultés, en dehors de quelques stages organisés dans les services de consultations de pathologies professionnelles. Le deuxième cycle est pourtant une période clé des études, celle où naissent et se confirment les aspirations professionnelles, en parallèle de l'acquisition du socle des compétences médicales. Avant de choisir leur voie professionnelle, un stage « de terrain » permettrait aux étudiants de mieux connaître le métier et la pratique des services de santé au travail. La mission propose, comme c'est le cas pour d'autres spécialités, de développer les stages dans les services de pathologie professionnelle et dans les services de santé au travail. Ces stages pourraient être encadrés par les enseignants hospitalo-universitaires, mais aussi par des enseignants associés (voir § 7.3 infra).

Recommandation n°19 : Proposer aux étudiants en D2, D3 ou D4 des stages dans les services de consultation de pathologies professionnelles et/ou dans les services de santé au travail (autonomes ou interentreprises).

5.2.4. Troisième cycle / DES médecine du travail

Le DES de Médecine du Travail, qui, en formation initiale, est la seule voie de reconnaissance de la spécialité et de l'exercice professionnel dans l'ensemble des secteurs d'activité, dure quatre années. Il est organisé sur la base de semestres et de modules théoriques.

L'organisation des modules varie selon les régions. La maquette pédagogique se déroule en deux périodes :

- quatre stages indifférenciés dans les services de spécialités proches de la discipline dont un en service de pathologie professionnelle (cette période dite « indifférenciée » permet aux internes d'exercer leur droit au remords et de changer de filière avant la fin de la deuxième année de formation) ;

- quatre stages « spécifiques » dont deux en entreprises ou services de l'Etat et deux en service H/U de Médecine du Travail et de Pathologie Professionnelle.

La validation du diplôme s'effectue au niveau régional à la suite de la soutenance d'un mémoire devant un jury interrégional dont l'objectif est de traiter le cas d'une entreprise et d'apporter une solution aux problèmes individuels et collectifs rencontrés. L'exercice de rédaction du mémoire a été comparé par nos interlocuteurs à l'élaboration d'une thèse « non aboutie », tant il est parfois loin de l'objectif pédagogique initial - traiter un cas pratique mettant en jeu les compétences de l'équipe pluridisciplinaire.

La mission est favorable au développement des stages auprès des médecins conseils dans les services médicaux des caisses de la sécurité sociale, qui sont actuellement proposés aux internes de médecine générale, ainsi qu'à la mise en place de modules de formation spécialisée par branche professionnelle ou domaine technique (OPPBT⁵⁵, INMA). Elle propose également la mise en place d'un dispositif « année recherche » accessible aux internes de médecine du travail pour reconstituer le vivier des enseignants HU (cf. § 7.4 infra).

Par ailleurs, elle est favorable au maintien du diplôme et d'une durée de formation de 4 ans. Dans le cas où la réforme Licence-Master-Doctorat (LMD) aurait pour effet de porter à 5 années la durée du troisième cycle, la première année pourrait servir de tronc commun aux filières de santé publique, santé au travail et médecine générale, en particulier sur les aspects méthodologiques, tels que l'ingénierie de programme, la formation au management ou la médecine sociale, les aspects liés au droit, à la santé et à l'éthique, etc.

Recommandation n°20 : Aménager la maquette pédagogique pour rendre obligatoire au moins un stage en service de pathologie professionnelle et deux stages en services de santé au travail afin de permettre aux étudiants d'avoir un stage « libre » en rapport avec la discipline (service de prévention, inspection médicale, CARSAT, fonction publique, médecins conseils, etc.).

Recommandation n°21 : Clarifier les objectifs du mémoire de troisième cycle afin de promouvoir des travaux pluridisciplinaires.

⁵⁵ L'Organisme Professionnel de Prévention du Bâtiment et des Travaux Publics (OPPBT) a pour mission le conseil, la formation et l'information des acteurs de la branche du BTP en matière de prévention, sécurité, santé et amélioration des conditions de travail. Il propose notamment un module de formation aux médecins du travail et aux IPRP « connaître les métiers du BTP et leurs risques ».

5.2.5. Troisième cycle / DES autres spécialités

Une spécialité ne peut pas être attractive tant qu'elle n'est pas connue et reconnue par ses pairs. Une des faiblesses du système actuel est que les formations aux DES de médecine ont été pensées au niveau des spécialités prises une par une, aux dépens d'une logique plus globale. Tout médecin devrait avoir été formé aux enjeux de la santé au travail : principales pathologies de santé mentale, état des connaissances sur les troubles musculo-squelettiques (TMS), accidentologie, lien entre les pathologies chroniques et le travail, etc.

Comme nos interlocuteurs nous l'ont rappelé, « il n'est pas possible de soigner l'homme sans connaître sa profession ». La mission estime indispensable d'introduire à minima un enseignement de santé au travail dans la formation des futurs médecins généralistes. S'agissant des autres spécialités, la mission recommande de décliner le lien entre le travail et la santé dans des sessions spécifiques, à chaque fois qu'une pathologie peut avoir une origine professionnelle.

Recommandation n°22 : Introduire l'enseignement de la santé au travail dans la formation des futurs médecins généralistes.

Recommandation n°23 : Créer des sessions spécifiques de formation par spécialité pour montrer les liens entre le travail et la santé.

5.2.6. Permettre aux étudiants d'exercer la médecine du travail à titre de remplaçant

Il ressort des auditions que les jeunes internes remplissant « les conditions légales requises pour effectuer le remplacement d'un médecin spécialiste qualifié en médecine du travail » se voient dans la pratique interdire tout remplacement d'un médecin du travail par les Conseils départementaux de l'Ordre au motif que le cadre légal d'exercice autorisé aux titulaires d'une licence de remplacement concerne uniquement la médecine libérale.

La mission recommande de clarifier la réglementation sur ce point, afin de permettre aux internes en médecine du travail d'effectuer des remplacements⁵⁶ dans des conditions d'accomplissement de leurs études similaires à celles des internes des autres disciplines.

Recommandation n°24 : Clarifier la réglementation pour permettre aux internes en médecine du travail d'effectuer des remplacements de médecins du travail.

5.2.7. Développer les stages professionnalisants en mettant en place le système des « internes sacs à dos »

La mission propose d'étendre aux internes de médecine du travail le bénéfice du système dit des « internes sac à dos » mis en place pour la médecine générale. Ce dispositif consiste à faire sortir du budget des CHU la part correspondant à la rémunération de ces internes, et de faire gérer cette enveloppe financière de manière indépendante par une autre administration. Ce budget pourrait être alloué aux DRASS (ARS) en lien avec les MIRTMO, pour dissocier le besoin hospitalier en personnel de la nécessité de formation des internes. Cette mesure est d'autant plus indispensable que l'objectif est de développer les stages professionnalisants en supprimant les freins rencontrés par les étudiants souhaitant effectuer des stages extra-hospitaliers, comme par exemple dans les services de santé au travail.

Recommandation n°25 : Transférer des CHU aux DRASS une partie du budget de rémunération des internes de la filière.

⁵⁶ Articles L4131-2 et R4131-1, annexe 41-1 du Code de la santé publique

5.3. *Reconnaître l'expertise des infirmières de santé au travail*

Pour mener à son terme la réforme des services de santé au travail, il est primordial de reconnaître et de promouvoir le rôle, les missions et la place des infirmières de santé au travail. Les personnels infirmiers sont demandeurs d'une telle évolution. Cette reconnaissance découle de la mise en place d'une formation qualifiante et validante.

5.3.1. **Qualifier les infirmières en « santé au travail »**

Plusieurs universités (Strasbourg, Lille, Rouen, Tours, Bordeaux, Toulouse, Limoges) ont mis en place le Diplôme Interuniversitaire en Santé-Travail (DIUST), qui a permis depuis 10 ans de former des infirmières aux problématiques de l'entreprise. Cette avancée doit être validée et renforcée. Une réflexion est en cours au Ministère de la santé et des sports, suite notamment aux conclusions de la mission de réflexion autour des partages de tâches et de compétences entre professionnels de santé⁵⁷, qui recommande que soient validées les formations universitaires complémentaires au niveau master 1 ou 2 en fonction des responsabilités confiées aux futurs professionnels.

Seule une minorité des infirmières exerçant en entreprise sont titulaires du DIUST ou d'un autre diplôme (licence professionnelle ou licence généraliste en Santé-Travail). La mission estime qu'il est nécessaire de reconnaître les compétences et le savoir-faire des infirmières en entreprise en leur donnant la possibilité d'exercer un métier enrichissant. Pour les infirmières souhaitant réaliser des actes de plus forte valeur ajoutée, la mission recommande la création d'une filière de formation adaptée, de type master, intégrant la prévention et le suivi de la santé au travail. Cette spécialisation accessible dans le cadre de la formation continue devrait être rendue possible après quelques années d'expérience professionnelle, offrant ainsi aux infirmières exerçant en entreprise une nouvelle perspective d'évolution professionnelle.

Un master de ce type a été mis en place depuis septembre 2009 par l'Université d'Aix Marseille II et l'EHESP, qui est ouvert aux infirmières exerçant dans des champs d'activité autres que celui de la santé au travail. Ce master de « sciences cliniques infirmières » permet aux infirmières ayant au minimum quatre années d'exercice professionnel infirmier d'acquérir les compétences et l'expertise requises en matière de pratiques avancées. Le master 1 permet aux étudiants d'acquérir les connaissances fondamentales en soins cliniques infirmiers, avant d'accéder au master 2 qui spécialise les infirmières par champs d'activités : gérontologie, cancérologie et coordination de parcours complexes de soins.

Ainsi, la création dans les pôles d'excellence au niveau interrégional, d'un master interrégional en Santé-Travail permettrait des formations pluridisciplinaires (voir infra). Un diplôme d'exercice « Infirmier Santé-Travail » pourrait être obtenu au terme de la 1^{ère} année de master et il serait possible d'accéder à une formation complémentaire en master 2 (éducation, formation, gestion, encadrement, etc.).

Recommandation n°26 : **Créer une spécialisation « infirmier santé au travail » au sein d'un master interuniversitaire « santé au travail »**

⁵⁷ Rapport de la mission « Réflexion autour des partages de tâches et de compétences entre professionnels de santé », M. BRESSAND, M.H. ABADIE, R. HUSSON, novembre 2008

5.3.2. Clarifier les conditions d'intervention des infirmières de santé au travail

L'article R. 4623-54 du code du travail prévoit que l'infirmière a notamment pour mission d'assister le médecin du travail dans l'ensemble de ses activités. La mission recommande, lorsque l'infirmière d'entreprise est mise à disposition du médecin du travail du service de santé au travail interentreprises que ses modalités d'exercice (rattachement hiérarchique et fonctionnel, activités, temps dévolu à l'assistance du médecin du travail, moyens) soient précisées dans le document prévu à l'article D. 4622-65 du code du travail. Ce dernier pourrait prévoir la conclusion d'un protocole de coopération signé par l'infirmière et le médecin du travail, précisant les actes que l'infirmière est autorisée à réaliser.

Il ressort des auditions que le tandem médecin-infirmière ne fonctionne pas toujours bien, et notamment lorsque l'infirmière n'est pas placée sous l'autorité du médecin. Les infirmières sont aujourd'hui soit rattachées à la direction des ressources humaines de l'entreprise, soit au médecin du travail, au service sécurité ou à d'autres services. Un rattachement fonctionnel de l'infirmière en santé au travail autre qu'au médecin du travail peut poser des problèmes en termes de contenu de travail et d'indépendance technique dans le cadre de ses missions.

Il serait donc souhaitable de préciser le rattachement fonctionnel de l'infirmière au médecin du travail dans le document prévu à l'article D. 4622-65 du code du travail. La mission préconise par ailleurs d'attribuer un statut de salariée protégée, dès lors que l'infirmière est qualifiée en santé travail et qu'elle est chargée de réaliser des actes médicaux par délégation expresse du médecin.

Recommandation n°27 : Attribuer le statut de salariées protégées aux infirmières qualifiées en santé travail qui bénéficient d'une délégation expresse du médecin du travail pour réaliser des actes médicaux

Recommandation n°28 : Préciser les modalités d'exercice des infirmières d'entreprise dans le document prévu à l'article D. 4622-65 du code du travail

5.3.3. Reconnaître et légitimer la plus-value des actes réalisés par les infirmières de santé au travail

Les intervenants sont divisés, concernant la question de confier la pratique d'actes ou d'activités de la compétence du médecin du travail à des infirmières qualifiées. Certains voient dans cette évolution une intervention de l'infirmière concurrente avec celle du médecin, contribuant par là même à la dévalorisation de la profession. D'autres s'y opposent par souci de privilégier la prévention primaire par rapport à la prévention secondaire, tout en reconnaissant les compétences des personnels infirmiers en matière de prévention secondaire (cas des nurses en Grande Bretagne). La mission a la conviction que les interventions du médecin et de l'infirmière dans le champ de la santé au travail n'ont pas lieu d'être « concurrentes » mais doivent être « concourantes » parce que coordonnées et complémentaires. Par exemple, la plus-value de l'infirmière lors des entretiens est évidente, du fait de sa plus grande proximité avec les salariés.

Les expérimentations de coopération en cours⁵⁸ entre professionnels de santé montrent que la portée de la délégation peut être de nature très diverse. Il peut s'agir d'un acte technique à visée diagnostique, d'un rôle spécifique dans le cadre de la prise en charge en équipe d'un patient, d'un acte technique à visée thérapeutique, ou de la mise en œuvre de pratiques collaboratives intégrées. Il ressort des auditions qu'au-delà des expérimentations autorisées par le Ministère de la santé, ces pratiques de délégation seraient sur le terrain relativement fréquentes. Les articles R 4311-1 à R4311-15 du code de la santé publique (issus du décret dit « de compétences ») qui précisent les actes que les infirmières sont habilitées à pratiquer autorisent la réalisation d'entretiens individuels sous réserve d'une prescription écrite ou d'un protocole signé par le médecin, et prévoient la participation de l'infirmière à toute action coordonnée des professions de santé et des professions sociales conduisant à une prise en charge globale des personnes.

La généralisation ou l'extension de la mise en œuvre de ces pratiques implique la reconnaissance et la légitimation de celles-ci par les acteurs principalement concernés, par leurs communautés professionnelles et par les acteurs administratifs et institutionnels. La mise en place des protocoles de coopération prévus par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires devrait permettre de valider et de faire connaître les modes d'exercice et les pratiques les plus pertinentes⁵⁹. La mission estime qu'une délégation de tâches ne peut s'envisager que si l'infirmière est qualifiée et diplômée en santé travail.

5.4. Créer un nouveau métier : les assistantes médicales en santé-travail

La réforme en cours des services de santé au travail, qui vise à organiser une intervention coordonnée des professionnels de santé au travail, rend nécessaire une réflexion approfondie sur l'organisation de l'équipe pluridisciplinaire, et, au sein de cette équipe, sur le rôle des assistantes médicales⁶⁰. Ce dernier est évoqué en termes généraux par l'article R. 4623-56 du code du travail, qui prévoit qu'un secrétaire médical assiste chaque médecin du travail dans ses activités.

La majorité des médecins du travail des services interentreprises de santé au travail confient à leur assistante la réalisation d'actes paramédicaux, après une formation, en leur présence et sous leur responsabilité tels que les audiogrammes, les examens d'exploration fonctionnelle respiratoire, les examens de la vue, et même parfois des actes biologiques ou les électrocardiogrammes. Il a été évoqué lors des auditions le caractère illégal lié à la réalisation de tels actes et les risques pénaux encourus par les personnes concernées.

La mission est favorable à ce que cette pratique soit régularisée sous conditions de l'application d'un protocole et de la validation d'une formation appropriée concernant la connaissance des fonctions physiologiques explorées, de l'utilisation des matériels et des paramètres mesurés.

A la demande du médecin du travail, après une formation spécifique en matière d'évaluation des risques professionnels, les assistantes peuvent également être amenées à se déplacer dans les entreprises pour préparer les fiches des entreprises en particulier dans les PME/TPE, qui sont ensuite validées par le médecin, ou pour réaliser des mesures de bruit ou des prélèvements, qui sont ensuite interprétés par les médecins du travail ou les IPRP.

La mission estime qu'une délégation de certains actes aux assistantes de santé au travail est possible, sous réserve de l'obtention d'une qualification, et sous réserve qu'elle s'inscrive dans une procédure encadrée par le médecin (prescription ou protocole écrit).

⁵⁸ « Réalisation d'une étude sur l'évaluation qualitative des expérimentations de coopération entre professionnels de santé », HAS, février 2008

⁵⁹ Article L4011-1 et suivants du code de la santé publique

⁶⁰ Dans la suite du rapport et par commodité pour la lecture, le terme d'« assistante » sera utilisé, la très grande majorité des assistants étant des femmes.

La plupart des maquettes de Licence professionnelle ou généraliste en Santé-Travail ont prévu, à côté du parcours Infirmière Santé-Travail, un parcours « Assistant-Technicien en Santé-Travail »... Ces approches facilitent l'exercice pluridisciplinaire ultérieur. Plusieurs niveaux de formation sont disponibles, soit dans le cadre d'organismes de formation professionnelle, soit dans le cadre universitaire, allant du module de formation jusqu'à la licence. La création du métier d'« assistant de santé au travail » renforcerait l'attractivité du métier de secrétaire médicale dans les services de santé au travail en ouvrant de nouvelles perspectives de carrière.

Recommandation n°29 : Conditionner la réalisation d'actes paramédicaux par les assistantes médicales à l'application de protocoles et à la validation d'une formation appropriée.

Recommandation n°30 : Conditionner la délégation expresse par le médecin du travail aux assistantes des actes en milieu de travail à la validation d'une formation sanctionnant une qualification en santé au travail.

5.5. *Redéfinir la place et la formation des intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) dans le champ santé- travail.*

Les auditions ont conforté le constat d'une insuffisante structuration des métiers d'intervenants en prévention des risques professionnels. Sont habilités IPRP des préventeurs aux profils très différents : ergonomes, consultant en évaluation des risques professionnels, responsable hygiène, sécurité et environnement, techniciens hygiène, sécurité et conditions de travail, ingénieurs en santé, sécurité, prévention, psychologue, métrologue, etc. Tous les niveaux d'études sont représentés.

Les modalités d'exercice, de saisine et les priorisations d'action sont également sensiblement différentes, selon que ces professionnels travaillent dans les services interentreprises de santé au travail, dans les services autonomes, dans un service de l'entreprise autre que celui de santé au travail, dans des cabinets de consultants. Un intervenant extérieur à l'entreprise aura généralement pour principal objectif l'amélioration des conditions de travail dans un but de performance, alors que les intervenants des services de santé au travail feront prévaloir la dimension de la santé au travail. Dit autrement, lors des auditions, « certains IPRP font de la mesure de polluants, et d'autres de la mesure de polluants dans le cadre de la santé au travail ».

De l'avis des personnes rencontrées, la notion d'IPRP demande à être précisée pour correspondre à une réalité plus opérationnelle. En outre, les modalités d'habilitation actuelles ne permettent pas de s'assurer formellement de la qualité des personnes physiques ou morales ainsi labellisées. La réglementation ne limite pas la durée pour laquelle l'habilitation est délivrée.

Par ailleurs, une telle habilitation se résume à une formalité sans grande valeur à un moment où certains préventeurs développent leur propre procédure de certification qualité, tel que les ergonomes, qui ont mis en place un référentiel métier harmonisé au niveau européen. Le titre d'« ergonome européen » est délivré aux ergonomes en exercice ayant une formation universitaire correspondant aux critères européens. Il est revu tous les cinq ans.

La mission recommande dès lors de supprimer cette procédure d’habilitation, en réservant le titre aux seuls intervenants exerçant leur profession dans les services de santé au travail, et en conditionnant sa délivrance aux seuls professionnels ayant suivi le module de formation commun aux acteurs de la santé au travail (cf. § 5.8). Cette spécification permettra de réexaminer sous un nouveau jour la question de l’indépendance technique des IPRP. Il serait également nécessaire de mener une réflexion concernant l’attribution d’un statut de salarié protégé avec les acteurs potentiellement concernés.

Recommandation n°31 : Réserver le titre d’IPRP aux seuls intervenants exerçant leur métier en service de santé au travail et ayant suivi le module de formation pluridisciplinaire commun aux acteurs de la santé au travail.

5.6. Former les directeurs des services de santé au travail aux nouveaux enjeux de la santé publique, de la pluridisciplinarité et de la contractualisation

Il ressort des auditions que les directeurs des services de santé au travail sont souvent peu familiers des problématiques de la santé au travail et peuvent méconnaître les enjeux en matière de santé publique, ainsi que les orientations décidées par les partenaires sociaux au sein de l’Assurance Maladie (COG AT/MP).

La mise en œuvre d’une véritable pluridisciplinarité dans les services de santé au travail combinée à la perspective ouverte par l’inscription de leurs missions dans la loi et la contractualisation de leur activité au niveau régional représentent une transformation majeure du sens et de l’économie de leur activité. Son aboutissement est conditionné par la qualité de leur management et son adéquation à leur nouvelle raison sociale. Elle pose en termes nouveaux la question du rôle et de la qualification des directeurs des services de santé au travail devenus un enjeu important pour son succès. Les « nouveaux » directeurs devront être formés à jouer un rôle crucial d’animation en matière de conduite de changement⁶¹ et d’élaboration d’un projet de service concerté avec les équipes et les instances d’organisation et de gouvernance. Parmi ces instances, la commission médico-technique doit prendre toute sa place pour permettre le renouveau du dispositif et suivre les actions qu’il déploie. Cela suppose également une nouvelle démarche de concertation et d’évaluation qualitative des plans d’action en entreprise, et une révision des indicateurs quantitatifs de mesure de l’activité, tels que le nombre de visites ou d’actes. Les écoles de formation des cadres de santé et de sécurité sociale, et les universités devraient proposer en formation initiale des cursus de formation adaptés aux exigences d’un métier de direction totalement reconfiguré.

Recommandation n°32 : Former les directeurs des services de santé au travail aux enjeux de santé publique et aux problématiques de santé au travail.

⁶¹ Voir à cet égard l’étude « Evaluation et prévention des risques professionnels : premier bilan de la réforme des services de santé au travail en Basse Normandie », ATEMIS, ORST, septembre 2008

5.7. *Former les membres des instances des services de santé au travail aux nouveaux enjeux*

La mission estime qu'il est nécessaire de parfaire les connaissances des membres des instances de gouvernance des services de santé au travail, en leur faisant acquérir, en formation initiale et continue, un socle de compétences leur permettant de se familiariser avec les nouveaux enjeux de la santé au travail et de prendre en compte les problématiques de santé au travail. Elle propose à cet effet de renforcer l'obligation de formation faite aux membres de la commission de contrôle des services interentreprises de santé au travail, prévue par l'article D.4622-52 du code du travail, afin de leur permettre d'exercer au mieux leur mandat.

Recommandation n°33 : Former les membres des instances de gouvernance et de contrôle des services de santé au travail aux problématiques de santé au travail.

5.8. *Un parcours de formation commun aux acteurs de santé au travail : du module au master*

A l'issue de ses auditions, la mission est parvenue à la conviction que la formation d'une culture interdisciplinaire et d'une communauté d'objectifs est indispensable aux équipes pour mettre en œuvre le travail en commun et éviter que la pluridisciplinarité ne se réduise à une juxtaposition de compétences, ou pire, ne dégénère en conflits de légitimité. L'ensemble des intervenants rencontrés partagent cette idée.

Dans un travail en équipe, il est difficile d'articuler des cultures professionnelles construites indépendamment les unes des autres avec des orientations de travail basées sur l'échange, la mutualisation, l'intégration des contributions de tous les métiers. Il a notamment été évoqué la dégradation des conditions de travail dans certains services, résultant des relations tendues entre les différents professionnels. Il est parfois reproché, en particulier au médecin, d'imposer son approche, de s'y cantonner ou de s'y réfugier. D'une manière générale, le cloisonnement actuel des formations n'est pas favorable à une acculturation des professionnels au vocabulaire et aux approches des autres professions, et à la construction d'une communauté de pratiques. Il faut construire un « objet commun » pour que les professionnels de toutes les disciplines se rencontrent et développent une représentation commune des risques professionnels.

En Belgique, l'Université de Liège a mis en place des cours d'ergonomie de 30 heures au programme des psychologues et des ingénieurs sécurité. Il leur est demandé, à l'issue de l'enseignement, de constituer des groupes pour évaluer une situation de travail. De même, le Master complémentaire conjoint en Gestion des Risques et Bien-être au travail⁶², destiné aux conseillers en prévention, ergonomes, psychologues, sociologues, prévoit un tronc commun de formation de 150 heures portant sur la gestion des risques (50 heures), le cadre et missions de la fonction de préventeur (30 heures), l'analyse du travail (20 heures), l'introduction aux différentes disciplines (30 heures), l'approche sociologique des organisations (20 heures).

⁶² Organisation conjointe par les Académies de Wallonie-Europe, de Louvain et de Wallonie-Bruxelles

En France, des universités et plusieurs facultés de médecine ont proposé au Ministère de l'Enseignement Supérieur, dans le cadre du LMD, la mise en place de nouvelles formations. Dans le champ de la santé au travail, on peut ainsi noter⁶³ :

- au niveau Licence :
 - une Licence Santé-Travail à Lille
 - une Licence Professionnelle Santé-Travail à Strasbourg, Rouen, Toulouse.

 - au niveau Master Professionnel :
 - différents masters « Sciences de la Vie et de la Santé » avec des parcours :
 - . épidémiologie à Bordeaux
 - . méthode d'analyse et de gestion à Toulouse
 - . évaluation et prévention des risques à Brest

 - différents masters « Sciences, Technologies, Santé » avec des parcours :
 - . ergonomie et gestion des risques à Dijon
 - . gestion de l'environnement à Grenoble

 - différents masters « Santé Publique » avec des parcours :
 - . gestion des risques environnementaux et professionnels à Nancy
 - . Santé-Travail-Environnement à Lille
- Options : - Ergonomie/Toxicologie/Santé Sécurité Travail
- Droit/Santé/Travail

L'Institut d'études politiques et l'Ecole centrale de Paris ont également développé en commun un cycle de formation continue sur les nouveaux défis de la santé au travail, associant des responsables hiérarchiques, des médecins du travail et des directeurs de services de santé au travail, dont la première promotion achèvera ses travaux en juin.

La mission estime souhaitable de mettre en place un parcours de formation modulaire « à la carte », permettant à ceux qui l'ont complété d'obtenir un diplôme de niveau master. L'importance des formations et des champs couverts montre effectivement la nécessité de mettre en place un master regroupant les différents acteurs de la santé au travail (Ergonomie, Toxicologie, Sécurité, Environnement...). Une coordination interrégionale des enseignements serait souhaitable.

L'obligation faite aux professionnels de la santé au travail consisterait, dans le cadre de la formation initiale ou continue, à suivre un module de formation interdisciplinaire, associant des professionnels venus d'horizons et de métiers différents – médecins du travail, ingénieurs sécurité, ergonomes, directeurs de services de santé etc. Le respect de cette obligation conditionnerait l'obtention du titre IPRP, ou son renouvellement pour les IPRP déjà habilités qui travaillent dans les services de santé (voir § 3.2.3 supra).

Recommandation n°34 : Mettre en place un parcours de master « santé-travail » première et deuxième année permettant de répondre à l'ensemble des besoins de formation, que ce soit pour les médecins, les infirmières, les préventeurs ou les cadres.

⁶³ Seuls ont été repris ici les parcours dont les enseignants H/U de Médecine du Travail sont responsables.

6. ORGANISER UNE FILIERE DE RECONVERSION PERENNE VERS LA MEDECINE DU TRAVAIL ET DEVELOPPER LA FORMATION CONTINUE

6.1. Répondre aux besoins exprimés par les médecins.

L'exercice de la médecine du travail présente de nombreux atouts dans le cadre d'une reconversion. Il associe à la fois les caractéristiques d'une médecine clinique individuelle et d'une médecine collective et a un caractère souvent plus varié que celui d'autres spécialités.

Le travail en équipe est plus prisé que l'exercice individuel. La plupart des professionnels de santé déclarent ne plus souhaiter l'exercice isolé, que ce soit en milieu urbain ou rural. 71 % des médecins généralistes sont favorables aux maisons de santé pluridisciplinaires, surtout les moins de 45 ans (78 %) ⁶⁴.

Comparativement à l'exercice libéral, l'accès à des revenus confortables est garanti, que le médecin soit salarié d'un service de santé au travail ou dans un service autonome d'une entreprise – ces derniers étant réputés plus rémunérateurs. Le salaire brut mensuel d'un médecin du travail à temps plein dans un service de santé au travail est aujourd'hui plutôt supérieur à 5 000 euros en début de carrière, il est souvent de l'ordre de 7 000 euros après 15 années d'expérience. En 2007, les médecins généralistes ont perçu en moyenne un revenu net mensuel de 5 600 euros au titre de leur activité libérale, une fois prises en compte leurs charges professionnelles et leurs cotisations sociales personnelles. ⁶⁵ En outre, les études de mesure de l'effet d'expérience montrent une baisse de l'activité et des honoraires à partir de 12 années d'exercice, qui s'accélère après 20 ans d'expérience, jusqu'à la cessation de l'activité ⁶⁶.

On rencontre des cas d'usure ou d'épuisement professionnels dans le secteur libéral, où les contraintes financières ou horaires sont particulièrement vives. Les médecins généralistes libéraux déclarent des durées de travail hebdomadaires comprises entre 55 et 59 heures, gardes et astreintes comprises. Un praticien sur deux se déclare désireux de réduire sa durée de travail hebdomadaire, d'un volume de 12 heures environ ⁶⁷. En comparaison, en médecine du travail, la pratique des temps partiels est répandue – depuis plus de 20 ans, elle concerne une majorité des médecins (51,5% en 2008).

Enfin, les nouvelles générations de médecins aspirent, indépendamment du sexe, à une meilleure conciliation de leur vie familiale et professionnelle, et souhaitent disposer de davantage de temps de loisirs. Les hommes sont désormais attirés de la même manière que les femmes par l'activité salariée ⁶⁸. L'exercice mixte est plébiscité par les internes, qui sont seulement 15% à envisager un exercice exclusivement libéral. Un tiers des étudiants en médecine générale souhaite partager équitablement son temps de travail entre exercice salarié et exercice libéral ⁶⁹.

⁶⁴ Quotidien du médecin, sondage IFOP auprès de 401 médecins généralistes sur leur acceptabilité de modes de rémunération différents du paiement à l'acte, mars 2008

⁶⁵ DREES, « Les revenus libéraux des médecins en 2006 et 2007 », Etudes et résultats n° 686, avril 2009

⁶⁶ « Démographie médicale et carrières des médecins généralistes : les inégalités entre générations », Economie et statistique n° 414, 2008, Brigitte DORMONT et Anne-Laure SAMSON

⁶⁷ « L'exercice de la médecine générale libérale, Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises », Etudes et résultats, N° 610, DREES, novembre 2007

⁶⁸ Atlas 2009 du Conseil national de l'ordre des médecins

⁶⁹ Enquête de l'Union régionale des médecins libéraux sur les désirs et les freins à l'installation en libéral en Ile de France en 2007

6.2. *Un DESC par alternance, en formation continue*

L'ensemble des acteurs et des responsables du secteur santé-travail se sont montrés opposés à la reconduction des dispositifs transitoires d'accès à la médecine du travail ouverts ces dernières années, qui ont contribué à déprécier l'image de la profession, alors qu'une des conditions de son attractivité réside au contraire dans l'engagement d'une démarche de qualité durable. En 1998, 2000 et 2002, les médecins qui exerçaient dans les services médicaux du travail ont été titularisés sans posséder les titres requis. Le décret n° 2003-958 du 3 octobre 2003 a créé une « capacité en médecine de santé au travail et de prévention des risques professionnels » réservée aux médecins ayant exercé au moins pendant cinq ans une activité de médecin, et comportant un enseignement théorique et pratique réparti sur 2 années. Ils étaient recrutés et rémunérés par les services de santé au travail, et s'engageaient à exercer la médecine du travail pendant au moins 4 ans.

Par ailleurs, il ressort des auditions que le dispositif du concours spécial de médecine du travail⁷⁰ dit concours européen permettant à tout médecin de plus de trois ans d'inscription à l'Ordre de changer de parcours a permis de faire venir dans la spécialité des personnels expérimentés de grande qualité, mais qu'il n'est pas suffisamment attractif. Certaines de ses caractéristiques ont un effet fortement « désincitatif », tel que le statut de l'internat pour les médecins admis au concours, ce qui entraîne une perte de revenus importante.

Le concours spécial de médecine du travail dit « concours européen »

Décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 (art. 52, 53, 54)

Les médecins généralistes ou spécialistes français, andorrans ou ressortissants de l'un des Etats membres de la Communauté européenne, de la Confédération suisse ou de l'un des Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen, titulaires de l'un des diplômes permettant l'exercice de la médecine dans l'un de ces Etats et justifiant d'au moins trois années d'activité professionnelle en qualité de docteur en médecine, peuvent accéder au diplôme d'études spécialisées de médecine du travail après avoir subi les épreuves d'un concours spécial d'accès dont le programme est différent de celui des épreuves classantes nationales.

Les candidats admis sont soumis aux mêmes dispositions que celles applicables aux autres internes. Toutefois, la prise en compte des compétences acquises et des fonctions de troisième cycle déjà accomplies ainsi que de la formation déjà suivie dans le cadre de la formation médicale continue permet le plus souvent à ces médecins de satisfaire en deux ans au lieu de quatre aux exigences de la formation.

Un DESC, accessible en formation continue, permettrait de créer une passerelle entre les filières de formation médicale. Le médecin titulaire d'un DESC exercerait le métier de médecin du travail en pleine responsabilité mais garderait la possibilité de revenir à son métier d'origine.

La mission propose que cette formation diplômante intègre la validation des acquis professionnels et puisse être réduite à deux années de formation spécifique, sur le modèle du concours spécial. Elle comprendrait un enseignement théorique magistral (de 14 à 16 semaines), superposé à la maquette théorique actuelle du D.E.S., des périodes de stages en service de santé au travail, en service hospitalier H/U (CCPP), service de prévention et de Sécurité Sociale et inspection médicale et la présentation d'un mémoire, conditionnant l'obtention du diplôme. Les services de santé au travail pourraient accueillir des médecins en formation par alternance, les former et les rémunérer, sous réserve d'une durée d'exercice minimum dans le service.

⁷⁰ Décret n° 2004-67 du 16 Janvier 2004

L'agrément des services de santé comme terrain de stage, par la DRASS après avis de l'inspection médicale, ainsi que la supervision par un tuteur du nouveau médecin du travail – par ailleurs professionnel expérimenté de la médecine, permettrait d'apporter les garanties nécessaires à un exercice sécurisé.

La formation en alternance des médecins du travail, équivalente à celles mises en place pour l'apprentissage des ingénieurs, se distinguerait de la formation initiale traditionnelle par :

- une expérience dans les services de santé plus longue et plus approfondie ;
- un double tutorat d'un enseignant de l'Université et d'un médecin du service de santé ;
- une convention pédagogique qui formalise les modalités de contribution de chaque signataire (université, médecin, service de santé au travail) ;
- un statut de salarié du service de santé de l'entreprise ;
- un engagement de rester 5 années dans le service.

S'agissant de la rémunération, qui constitue clairement un frein à la reconversion, le médecin en formation percevrait une rémunération nettement supérieure à celle des internes, mais inférieure à celle d'un jeune diplômé.

Faire le choix d'une nouvelle voie professionnelle est une décision qui doit faire l'objet d'une réflexion. Aussi la mission recommande la mise en place d'un entretien préalable par une commission d'admission composée d'universitaires et de professionnels de la santé au travail, afin de tester la motivation du candidat et de déterminer son aptitude à suivre une formation en alternance.

La mission souhaite également limiter l'accès à la profession, en ne donnant la possibilité aux médecins de se reconvertir qu'après cinq années d'expérience professionnelle, sauf dérogation de la commission d'admission. Ce délai paraît nécessaire pour que le jeune médecin puisse exercer le métier pour lequel la collectivité l'a formé, et éviter d'aggraver les déficits en ressources médicales constatées dans d'autres spécialités.

Schéma 1 : Proposition de formation de reconversion

→ Formation théorique :	
- Identique à celle du D.E.S.	
- Etalée et regroupée sur 14 à 16 semaines	
- Mise en place de travaux d'application pluridisciplinaire (contrôle continu)	
- Soutenance d'un mémoire	
→ Formation pratique de manière progressive et alternée :	
- Stage en milieu H/U (CCPP)	3 mois minimum
- Stage en service de prévention	3 mois minimum
- Stage en entreprise	18 mois maximum
→ Nécessité d'une commission d'admission :	
- d'une formation des tuteurs	
- d'un suivi interrégional	

Recommandation n°35 : Créer de manière urgente un DESC permettant de se former au métier de médecin du travail par alternance dans le cadre de la formation continue.

6.3. *Organiser le concours spécial par région.*

A côté de la centaine de postes offerts aux étudiants en médecine ayant passé les épreuves nationales classantes, il est nécessaire de maintenir temporairement le concours dit de l'« internat européen » ou concours spécial de médecine du travail qui permet les passerelles entre les formations médicales. Depuis quelques années, ce dispositif est maintenu malgré le faible nombre d'inscrits (17 en 2009 pour 10 reçus). Il est indispensable qu'il perdure tant que le DESC par alternance en formation continue n'est pas mis en place.

De manière transitoire, la mission propose d'organiser le concours spécial européen au niveau des régions, pour améliorer son attractivité. En effet, outre la perte de revenus liée à la baisse de la rémunération pendant la formation, ce concours entraîne une exigence de mobilité pour les candidats admis qui ont souvent une vie familiale et/ou un conjoint ayant une activité professionnelle. Le déménagement ou les charges associées à une double résidence entraînent de surcroît la nécessité d'engager des frais importants, qui ne sont pas pris en charge.

Enfin, il serait souhaitable de déterminer le nombre de postes offerts aux épreuves nationales classantes et au concours spécial en tenant compte du nombre d'enseignants, des besoins de la région et des personnels enseignants disponibles dans les facultés. Si une faculté n'a pas d'enseignants, elle ne doit pas pouvoir former à la spécialité.

Recommandation n°36 : En attendant la mise en place du DESC de médecine du travail, organiser le concours spécial au niveau des régions.

6.4. *Faire de la formation continue une obligation pour tous les professionnels de santé au travail.*

La formation médicale continue constitue une obligation pour tout médecin, de même que celle de satisfaire à une évaluation des pratiques professionnelles, qui sont respectivement prévues aux articles L.4133-1 et L. 4133-1-1 du code de la santé publique et à l'article 11 du code de déontologie médicale. Le contrôle du respect de cette obligation incombe aux instances ordinales.

La mission estime qu'une obligation de formation continue doit concerner l'ensemble des professionnels de santé au travail, et couvrir l'ensemble de leurs activités, individuelles et/ou collectives, pour répondre aux besoins d'acquisition de connaissances et d'outils liés aux évolutions du travail et des pratiques. Cette obligation devrait être déclinée sous l'autorité des ministères de tutelle en charge du travail et de la santé.

Les orientations nationales en matière de formation continue des professionnels des services de santé au travail devraient être élaborées au niveau national en concertation avec le Ministère du Travail, au sein du COCT, déclinées et validées au niveau régional par les CRPRP, en lien avec les ARS, et localement dans les services de santé au travail.

Recommandation n°37 : Faire de la formation continue une obligation pour tous les professionnels de santé au travail, déclinée sous l'autorité des ministères de tutelle.

6.5. *Lier la délivrance de l'agrément au développement d'une politique de formation continue.*

La politique de formation continue est très peu formalisée dans les services de santé au travail. Seuls quelques services ont développé une politique de formation continue intra ou extra services, tels que des programmes de formation traitant des risques psycho-sociaux, ou des formations communes avec les ingénieurs conseil et les contrôleurs de la CRAM.

La mission recommande qu'un plan de formation continue des professionnels de santé soit arrêté dans chaque service de santé au travail par le directeur, après avis de la Commission médico-technique ou sur sa proposition. Ces plans de formation devraient être examinés par la CRPRP. Le respect cette obligation pourrait conditionner l'agrément du service (cf. § 4.2.5).

Recommandation n°38 : Conditionner la délivrance de l'agrément du service de santé au travail au développement d'une politique de formation continue.

7. REINVESTIR LE SECTEUR DE LA RECHERCHE

Principal moteur de l'innovation, la recherche se doit d'investir tous les champs et domaines scientifiques et de production. L'avenir et le bien-être de nos sociétés peuvent en dépendre.

Expertise, seniorisation, référentiels, sont autant de domaines où les compétitions européennes et internationales sont des réalités y compris en Santé-Travail... domaine où l'impact économique ne peut être négligé.

Le déficit de recherche en Santé-Travail est actuellement flagrant, y compris les recherches sur le champ du travail. Les trop rares équipes existantes ont été parfois découragées par la « valse hésitation » des organismes de recherche institutionnels et des appels d'offre nationaux.

L'actualité démontre actuellement la nécessité de compléter nos connaissances en Toxicologie (REACH), en Sciences Humaines (risques psycho-sociaux), en organisation du travail (TMS), en Droit (responsabilité, réparation/prévention) afin d'élaborer de véritables réponses, protocoles, référentiels.

7.1. *Mobiliser les ressources publiques en faveur de la recherche en matière de santé au travail et la rendre plus visible*

La mission constate le déficit en matière de recherche et déplore la faiblesse de la production scientifique française en matière de santé au travail et son manque de visibilité. L'AFSSET est la seule agence à financer de manière pérenne les recherches dédiées à la santé, à l'environnement et au travail, via des appels à projet. L'agence nationale de recherche (ANR) a lancé un programme santé-environnement en 2005⁷¹, qui n'a pas été renouvelé.

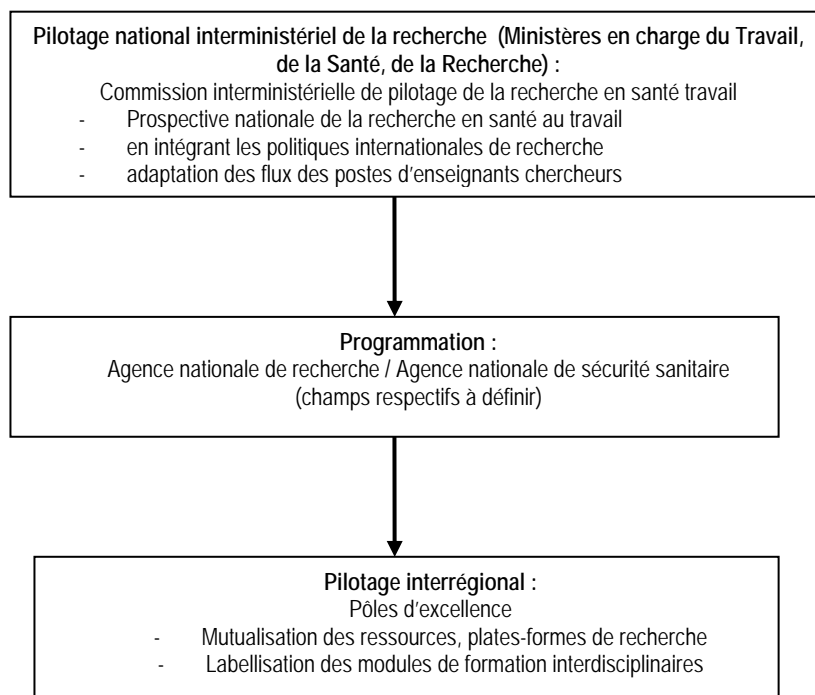
Pour remédier de manière urgente à cette situation, la mission recommande à l'ANR de lancer un appel d'offre de recherche pluriannuel dans le domaine du management des organisations sous l'angle de la santé au travail. Des complémentarités et un développement d'un appel d'offre spécifique pourraient être recherchés avec l'agence nationale de sécurité sanitaire issue de la fusion de l'AFSSA et de l'AFSSET ; il serait regrettable que la fusion entraîne une disparition des appels d'offre spécifiques en matière de santé au travail. Il serait également souhaitable de mobiliser les grandes entreprises.

La mission recommande de garantir la pérennité des appels à projet de recherche en matière de santé au travail, qui permettent d'instaurer des coopérations avec des équipes étrangères francophones et anglophones, et de développer des nouvelles thématiques de recherche, telles que les expositions à des risques différés, les substances cancérigènes reprotoxiques, les TMS et les risques psycho-sociaux.

⁷¹ Voir à cet égard le bilan présenté en ligne sur le site de l'ANR : <http://www.agence-nationale-recherche.fr/actualite/13?NodId=13&lngInfoId=340>

D'une manière générale, une réflexion est à mener pour clarifier les compétences en matière de programmation de la recherche santé - travail (modalités de définition des orientations nationales, du copilotage par les ministères en charge de la recherche, du travail et de la santé, modalités du pilotage interrégional).

Schéma 2 : Proposition de pilotage de l'enseignement et de la recherche



Recommandation n°39 : Faire porter par l'agence nationale de recherche un appel d'offre de recherche pluriannuel dans le domaine du management des organisations et des sciences humaines sous l'angle de la santé au travail

Recommandation n°40 : Pérenniser les appels à projet de recherche en matière de santé au travail lancés par l'agence nationale de sécurité sanitaire issue du regroupement AFSSET/AFSSA

Recommandation n°41 : Clarifier les compétences en matière de programmation de la recherche en matière de santé au travail

7.2. Promouvoir la création de pôles d'excellence en santé au travail dans les centres hospitalo-universitaires

Le déficit des travaux de recherche est également consécutif à l'étroitesse du milieu de recherche disponible et à son faible niveau d'organisation. De l'avis de nos interlocuteurs, le manque d'experts en matière de santé au travail fait courir un risque réel, à court terme, qu'on ne puisse plus produire de travaux d'excellence scientifique, ou que la France n'ait pas les moyens de jouer un rôle moteur et de produire une expertise de haut niveau dans les dossiers traités au niveau européen ou international, telle que la mise en œuvre de la réglementation REACH. Il est relevé par exemple l'insuffisance des forces de recherche mobilisables en regard des enjeux de santé publique dans les domaines de spécialité couverts par la toxicologie et l'écotoxicologie. L'approche sciences humaines (sciences sociales et juridiques) reste trop éparse et peu coordonnée.

Les perspectives démographiques de la population des enseignants hospitalo-universitaires ne sont pas meilleures que celles des médecins du travail dans leur ensemble. Près de la moitié d'entre eux auront atteint l'âge de la retraite en 2015. Seules des équipes de taille suffisante et de compétence avérée et pluridisciplinaire pourront assurer une formation de qualité aux internes, et leur existence est une garantie de réalisation de ces formations. Il y a donc une urgence à inciter au renouvellement et à la création de postes en médecine du travail auprès des doyens d'université et des agences régionales de santé. Ce risque avait déjà été signalé par une précédente mission IGAS/IGAENR, mais aucun signal fort n'a été réalisé auprès de ces différents décideurs.

D'une manière générale, le développement de la recherche en médecine participe au prestige des disciplines. La mission est d'avis de développer une filière universitaire de haut niveau, qui permette d'assurer à la fois la reconnaissance du domaine par les autres disciplines mais aussi de conforter l'approche pluridisciplinaire nécessaire à l'étude des interactions « Homme, Travail ». Prenant acte que la fragmentation des forces de recherche ne leur permet actuellement pas aux équipes de chercheurs d'atteindre une taille critique pour être une communauté suffisamment visible et reconnue, la mission recommande de regrouper les équipes en mettant en place des pôles de compétences en formation et en recherche au niveau des interrégions.

7.2.1. Une proposition visant l'excellence

Ces pôles devraient être structurés de manière à disposer des moyens nécessaires (un minimum de 3 à 4 postes H/U de formation pluridisciplinaire et complémentaire) afin de couvrir les différentes demandes du champ et permettre aux jeunes chercheurs de s'y engager. Suite aux évaluations de l'AERES et en liaison avec les universités, deux approches complémentaires sont proposées par la mission :

- la création de réseaux thématiques de recherche,
- la création ou le renforcement de pôles d'excellence.

Deux réseaux thématiques de recherche interrégionale :

- l'un sur la toxicologie professionnelle et environnementale entre les équipes de Grenoble, Lille, Marseille et Paris
- l'autre sur l'épidémiologie professionnelle (pathologie pulmonaire) entre les équipes de Nancy, Bordeaux, Paris, Caen

A ces deux réseaux, il faudra ajouter le Réseau EVREST soutenu par l'AFSSET et l'Université de Lille 2, ainsi que le réseau RNV3P (AFSSET, ANACT, Université de Grenoble).

Sept pôles d'excellence organisés par interrégion :

- Sur la région Ile de France, l'équipe H/U de Créteil développe une forte activité de recherche à orientation pneumologique (nanoparticules, broncho-pneumopathies chroniques obstructives etc.), le lien avec le CHU de Cochin devra être poursuivi (RNV3P)
- Sur la région Sud-ouest, l'équipe H/U de Bordeaux, en lien avec l'ISPED, travaille essentiellement sur l'impact santé des pesticides et sur l'épidémiologie des cancers professionnels (programme national de surveillance Amiante, Nanomatériaux). Ces travaux pourront se développer avec le CHU de Toulouse
- Sur la région Ouest, l'équipe H/U d'Angers aborde les domaines actuels de recherche concernant les troubles musculo-squelettiques, les problèmes de pénibilité. L'approche complémentaire ergonomique est ici à souligner. L'approche « Santé-Travail maritime » en cours de développement au CHU de Brest est à signaler.

- Sur la région Rhône-Alpes, l'équipe H/U de Grenoble aborde des champs complémentaires. La toxicologie professionnelle et environnementale est ici bien développée et reconnue (HAP, COV, biométrie), l'animation et l'analyse du RNV3P. L'approche « Santé-Travail-Transport » développée à l'UMRESTTE à Lyon (CHU et INRETS) doit être soutenue.

- Sur la région Est, l'équipe H/U de Nancy, associée à une forte implantation en Santé Publique, s'est positionnée sur l'évaluation et la prévention des risques professionnels et environnementaux, avec, en particulier, la caractérisation des expositions (approche épidémiologique, métrologique, biogénotoxicologique). Un rapprochement avec les équipes de recherche de l'INRS (Nancy) serait à envisager, ainsi qu'avec le CHU de Strasbourg.

- Sur la région Nord-Ouest, l'équipe H/U de Lille, au sein du GIP CERESTE et de divers partenariats, a maintenu deux axes forts de recherche, l'un orienté sur la toxicologie professionnelle (approche expérimentale et/ou épidémiologique), l'autre orienté sur les sciences juridiques et sociales (Droit, Santé-Travail) en lien avec la MESHS. Le développement de recherches en pédagogie et en e-learning au CHU de Rouen apporte une complémentarité originale.

- Sur la région Sud-est, l'équipe H/U de Marseille maintient une recherche en toxicologie et en génotoxicologie. La situation H/U dans cette interrégion est très précaire (absence d'enseignants à Nice et Montpellier).

Ainsi, avec l'approche réseau abordant la toxicologie et l'épidémiologie des pathologies pulmonaires, le développement des pôles permettrait une lisibilité complémentaire dans différents champs : TMS, Evaluation du risque, Nanomatériaux, Droit, Sciences humaines, Pédagogie, etc.

7.2.2. Des décisions nécessaires

La multiplicité des formations, la nécessité de créer des nouveaux métiers imposent le maintien de pôles universitaires forts en formation et en recherche. Ces pôles pourraient notamment prendre en charge l'organisation du parcours de formation interdisciplinaire (cf. § 5.8).

Le pôle d'excellence, pour être reconnu comme tel, devrait obtenir, à moyen terme, des compétences en formation (Licence, Master, DES) et en recherche (équipes labellisées orientées sur le champ). Il est proposé que ces pôles comportent au minimum 4 titulaires HU (variable selon l'effectif en formation, les équipes de recherche, les charges de responsabilité...). Cette structuration nationale permettrait de maintenir la discipline à un niveau de qualité malgré les départs en retraite qui s'annoncent d'ici 2014.

Afin de maintenir dans chaque région une animation et une représentation régionale nécessaire (DRTEFP, CRPRP, CRRMP, CCPP, RNV3P...), il est proposé la mise en place pour chaque faculté l'affectation d'un poste de titulaire et d'un poste de contractuel (AHU). Les pôles d'excellences bénéficieraient de moyens supplémentaires, de l'ordre de 2 à 3 titulaires supplémentaires et d'un poste de contractuel.

Il est bien entendu que cette réflexion se fera au fil du temps et qu'elle pourra évoluer en fonction de l'investissement local. Toutefois, il est indispensable de positionner des créations de postes d'Assistant/Chef de Clinique le plus vite possible dans les villes à fort potentiel d'internes et d'encadrement, y compris recherche (actuellement, il n'existe que 19 postes d'AHU dans la discipline pour les 36 facultés), pour envisager la mise en place d'un vivier de jeunes en formation.

Par ailleurs, les créations de postes HU doivent être obtenues sans disparition des moyens existants au départ. Une réunion régulière entre le CNU et les cabinets des trois ministères concernés (Enseignement Supérieur, Santé, Travail) permettrait d'étudier chacune des situations, d'anticiper les problèmes et d'organiser sur le plan régional et interrégional le dispositif d'enseignement et de recherche en Santé-Travail.

Recommandation n°42 : Créer et soutenir des pôles d'excellence en santé travail et favoriser la création de postes H/U interdisciplinaires (santé / sciences humaines, santé / sciences sociales, santé / sciences juridiques).

Recommandation n°43 : Favoriser l'organisation de réseaux thématiques de recherche en santé travail.

Recommandation n°44 : Dans le cadre de réunions régulières entre les trois ministères et le CNU, organiser le maintien et la re-répartition des postes H/U en « sanctuarisant » les postes actuellement occupés par des enseignants partant à la retraite dans les cinq prochaines années.

7.3. Associer les services de santé au travail à l'effort d'enseignement et de recherche

La relation entre la médecine du travail, l'enseignement et la recherche ne peut pas être uniquement envisagée dans les murs des CHU, elle doit également l'être dans l'entreprise. Les services de santé au travail ne sont actuellement pas associés à l'effort de recherche et de formation. A l'issue de ses auditions, la mission a acquis la conviction de la nécessité de créer des postes de chefs de clinique partiellement financés par les services de santé au travail pour promouvoir une recherche appliquée dans le domaine de la santé au travail.

Contrairement à d'autres disciplines, comme la cardiologie, les enseignants en médecine du travail sont des spécialistes reconnus en pathologie professionnelle, mais ne pratiquent pas toujours la médecine du travail « quotidienne ». Il peut en résulter une distanciation dommageable entre les médecins qui pratiquent cette discipline au quotidien, sur le terrain, et ceux qui enseignent la discipline dans les universités.

La mission souhaite l'association de praticiens et des MIRTMO aux politiques de formation en médecine du travail dispensée dans les universités, selon des modalités à étudier (maître de stage, enseignant clinicien). Elle existe dans quelques facultés, elle doit être encouragée. En médecine générale, les maîtres de stage doivent participer à la permanence des soins et à des séances de formation médicale continue. Le département de médecine générale étudie les candidatures des généralistes, qui sont présentées au doyen et validées par le directeur de l'UFR. Des enseignants associés en santé travail pourraient être nommés au sein d'un département Santé-Travail regroupant les différents acteurs (universitaires ou non).

Recommandation n°45 : Développer des départements Santé – Travail au sein des universités en associant les praticiens et les MIRTMO à la formation en médecine du travail.

7.4. Reconstituer le vivier des enseignants hospitalo-universitaires

Pour l'accomplissement de travaux de recherche en vue de la préparation d'un master recherche ou d'un doctorat, les internes en médecine, en pharmacie et en odontologie peuvent bénéficier d'une année-recherche⁷².

⁷² Cf. article 1^{er} de l'arrêt du 4 octobre 2006 définissant les modalités d'organisation de l'année-recherche durant le troisième cycle des études de médecine, d'odontologie et de pharmacie

Si le rang de classement à l'issue des ECN n'est plus le seul critère retenu pour l'attribution des années recherche – la qualité du projet de recherche est également pris en compte, il n'en demeure pas moins que le rang de classement des étudiants qui choisissent la spécialité médecine du travail ne leur permet pas, en pratique, de bénéficier de ce dispositif. En 2007, 71% des étudiants ayant choisi la médecine du travail étaient classés dans le dernier quartile, 40% dans le dernier décile. Seuls deux figuraient dans le premier quart du classement.

La mission propose que le Ministère du travail attribue des bourses d'études pour financer des années recherche aux étudiants en médecine du travail en fonction des besoins recensés par interrégion ou par pôle d'excellence, lorsque ces derniers seront créés. Les projets de recherche seraient menés en lien avec les responsables du pôle d'excellence (cf. § 7.2). A l'issue de leur formation, les jeunes médecins auraient la possibilité de devenir chef de clinique associé.

Cette proposition vise à reconstituer à moyen terme le vivier des enseignants hospitalo-universitaires dont la démographie est tout aussi préoccupante que celle de la filière. L'objectif est d'organiser le transfert de compétences des enseignants qui envisagent de prendre leur retraite dans les cinq prochaines années aux générations qui leur succéderont.

Recommandation n°46 : Attribuer des années recherche aux étudiants des prochaines promotions de médecine du travail en fonction des besoins recensés par interrégion ou pôle d'excellence.

Principales recommandations de la mission

N°

Recommandation

COMMENT RENDRE LE CHAMP PROFESSIONNEL PLUS ATTRACTIF ?

- 1 Clarifier et définir les responsabilités et les prérogatives des membres de l'équipe de santé au travail dans des chartes de coopération.
- 2 Elever au rang d'une obligation une réponse motivée écrite de l'employeur qui ne prend pas en considération les recommandations ou les préconisations du médecin du travail après le constat dûment établi d'un risque patent ou persistant.
- 3 Intégrer les médecins du travail dans des actions menées en matière de santé publique.
- 4 Faire participer systématiquement les professionnels des services de santé au travail aux réseaux de veille sanitaire et créer les conditions de l'exploitation des données des services de santé au travail.
- 5 Développer l'élaboration des recommandations de bonnes pratiques sous l'autorité scientifique de la SFMT en lien avec la HAS pour améliorer la prise en charge et la qualité du service rendu par la médecine du travail
- 6 Réviser la procédure d'agrément pour accompagner la réorganisation des services et favoriser l'émergence de nouveaux standards de qualité.
- 7 Donner au médecin du travail la possibilité d'accéder au dossier médical personnel, avec l'accord de la personne concernée en vue d'assurer un meilleur suivi de santé.
- 8 Associer les médecins du travail à la mise en place d'un support d'information permettant d'assurer la traçabilité individuelle des expositions professionnelles et leur communication à la médecine de soins.
- 9 Encourager les entreprises à mettre en place avec les services de santé au travail des plans d'actions en faveur de la santé et du mieux être en entreprise
- 10 Informer les salariés du rôle de l'équipe de santé au travail.
- 11 Former les membres du CHSCT aux problématiques de la santé au travail
- 12 Organiser régionalement des « Etats généraux » de la santé au travail

POUR UNE FORMATION INITIALE EN PHASE AVEC LES MISSIONS ET LES RESPONSABILITES

- 13 Mettre en place un référentiel de compétences pour chaque profession de la santé au travail (médecin, infirmière, assistante, IPRP)
- 14 Maintenir un nombre de postes suffisant ouverts aux ECN dans la filière médecine du travail (100 à 150 postes/an).
- 15 Présenter la spécialité de médecine du travail aux externes avant l'amphi garnison.
- 16 Préciser le contenu du module « Santé Publique, Société, Humanité » de la licence pour garantir que soient enseignées les premières notions en matière de médecine et de santé au travail.
- 17 Créer des modules et/ou des parcours optionnels orientés Santé publique, Travail, Environnement.
- 18 Proposer aux étudiants en deuxième et troisième année des stages de découverte.
- 19 Proposer aux étudiants en D2, D3 ou D4 des stages dans les services de consultation de pathologies professionnelles et/ou dans les services de santé au travail (autonomes ou interentreprises).
- 20 Aménager la maquette pédagogique pour rendre obligatoire au moins un stage en service de pathologie professionnelle et deux stages en services de santé au travail afin de permettre aux étudiants d'avoir un stage « libre » en rapport avec la discipline (service de prévention, inspection médicale, CARSAT, fonction publique, médecins conseils, etc.).
- 21 Clarifier les objectifs du mémoire de troisième cycle afin de promouvoir des travaux pluridisciplinaires.
- 22 Introduire l'enseignement de la santé au travail dans la formation des futurs médecins généralistes.
- 23 Créer des sessions spécifiques de formation par spécialité pour montrer les liens entre le travail et la santé.
- 24 Clarifier la réglementation pour permettre aux internes en médecine du travail d'effectuer des remplacements de médecins du travail.
- 25 Transférer des CHU aux DRASS une partie du budget de rémunération des internes de la filière.
- 26 Créer une spécialisation « infirmier santé au travail » au sein d'un master interuniversitaire « santé au travail »
- 27 Attribuer le statut de salariées protégées aux infirmières qualifiées en santé travail qui bénéficient d'une délégation expresse du médecin du travail pour réaliser des actes médicaux
- 28 Préciser les modalités d'exercice des infirmières d'entreprise dans le document prévu à l'article D. 4622-65 du code du travail

- 29 Conditionner la réalisation d'actes paramédicaux par les assistantes médicales à l'application de protocoles et à la validation d'une formation appropriée.
- 30 Conditionner la délégation expresse par le médecin du travail aux assistantes des actes en milieu de travail à la validation d'une formation sanctionnant une qualification en santé au travail.
- 31 Réserver le titre d'IPRP aux seuls intervenants exerçant leur métier en service de santé au travail et ayant suivi le module de formation pluridisciplinaire commun aux acteurs de la santé au travail.
- 32 Former les directeurs des services de santé au travail aux enjeux de santé publique et aux problématiques de santé au travail.
- 33 Former les membres des instances de gouvernance et de contrôle des services de santé au travail aux problématiques de santé au travail.
- 34 Mettre en place un parcours de master « santé-travail » première et deuxième année permettant de répondre à l'ensemble des besoins de formation, que ce soit pour les médecins, les infirmières, les préventeurs ou les cadres.

ORGANISER UNE FILIERE DE RECONVERSION PERENNE VERS LA MEDECINE DU TRAVAIL ET DEVELOPPER LA FORMATION CONTINUE

- 35 Créer de manière urgente un DESC permettant de se former au métier de médecin du travail par alternance dans le cadre de la formation continue.
- 36 En attendant la mise en place du DESC de médecine du travail, organiser le concours spécial au niveau des régions.
- 37 Faire de la formation continue une obligation pour tous les professionnels de santé au travail, déclinée sous l'autorité des ministères de tutelle.
- 38 Conditionner la délivrance de l'agrément du service de santé au travail au développement d'une politique de formation continue.

REINVESTIR LE SECTEUR DE LA RECHERCHE

- 39 Faire porter par l'agence nationale de recherche un appel d'offre de recherche pluriannuel dans le domaine du management des organisations et des sciences humaines sous l'angle de la santé au travail
- 40 Pérenniser les appels à projet de recherche en matière de santé au travail lancés par l'agence nationale de sécurité sanitaire issue du regroupement AFSSET/AFSSA
- 41 Clarifier les compétences en matière de programmation de la recherche en matière de santé au travail
- 42 Créer et soutenir des pôles d'excellence en santé travail et favoriser la création de postes H/U interdisciplinaires (santé / sciences humaines, santé / sciences sociales, santé / sciences juridiques).

- 43 Favoriser l'organisation de réseaux thématiques de recherche en santé travail.
- 44 Dans le cadre de réunions régulières entre les trois ministères et le CNU, organiser le maintien et la re-répartition des postes H/U en « sanctuarisant » les postes actuellement occupés par des enseignants partant à la retraite dans les cinq prochaines années.
- 45 Développer des départements Santé – Travail au sein des universités en associant les praticiens et les MIRTMO à la formation en médecine du travail.
- 46 Attribuer des années recherche aux étudiants des prochaines promotions de médecine du travail en fonction des besoins recensés par interrégion ou pôle d'excellence.

Lettre de mission



Le Ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville
Le Ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche
Le Ministre de la santé et des sports

Paris, le **30 DEC. 2009**

Monsieur,

La réforme des services de santé au travail a été au centre de la seconde conférence sur les conditions de travail de juin 2008. A l'issue de cette conférence, un document d'orientation a été soumis par le Gouvernement aux partenaires sociaux. Ceux-ci ont engagé une négociation interprofessionnelle qui s'est achevée le 11 septembre 2009 sans déboucher sur un accord.

Le processus de réforme des services de santé au travail est donc désormais engagé par le Gouvernement et donnera lieu à l'élaboration des textes législatifs et réglementaires en découlant, dès 2010.

Parmi les questions soulevées, celle de la démographie médicale est importante.

Dans 5 ans, un quart des médecins du travail ne seront plus en poste et les trois quarts d'entre eux ont plus de 50 ans. Cette question appelle des réponses diversifiées.

La valorisation du rôle du médecin du travail et la prise en compte de ces aspects démographiques défavorables imposent d'élargir les filières de formation par le développement notamment de la formation continue.

Cab/BD/MC/D 09018809

127, rue de Grenelle - 75007 Paris
21, rue Descartes - 75005 Paris
14, avenue Duquesne 75007 Paris

Dans cet esprit, nous souhaitons vous confier une mission afin de proposer les évolutions nécessaires en matière de formation initiale et continue des professionnels de la santé au travail et principalement des médecins du travail.

Cette mission doit permettre de renforcer la démarche globale de réforme engagée par le Ministre du Travail. Elle aura pour objectifs de faire des propositions **pour renouveler le nombre de médecins du travail et de professionnels de la santé au travail et améliorer la formation tout au long de la vie des acteurs de la santé au travail.**

Nous souhaitons qu'elle puisse étudier plusieurs pistes :

➤ En ce qui concerne les formations médicales en Santé-Travail, il serait utile d'aborder deux axes :

- **En premier lieu, il faut attirer plus de candidats sur ces métiers** et nous souhaitons que vous puissiez analyser à la fois les voies et moyens selon lesquels un plan de communication puisse être mis en place pour que les étudiants en médecine choisissent plus nombreux la médecine du travail, mais aussi le moyen de mieux valoriser dans la formation initiale le métier de médecin du travail
- Par ailleurs, vous analyserez surtout comment développer des filières de reconversion pérenne vers la médecine du travail et de développement professionnel médical afin de diversifier et élargir le recrutement des médecins du travail. Une réflexion sur le développement de la formation par alternance voire des contrats de professionnalisation peut être explorée ainsi que sur le tutorat et la valorisation des acquis de l'expérience

➤ En ce qui concerne les formations aux nouveaux métiers de l'équipe Santé-Travail et des services de santé au travail, nous souhaiterions que vous élaboriez des propositions tant en terme de formation à ces métiers (infirmière, assistante...) qu'en terme de promotion de la démarche pluridisciplinaire.

➤ Enfin, pour mieux développer ces filières de formation et maintenir un niveau de recherche nécessaire, vous étudierez comment des pôles d'excellence en santé au travail dans les centres hospitalo-universitaires pourraient être promus afin de valoriser ces questions et de rendre les métiers correspondants plus attractifs.

Votre mission procédera aux auditions les plus larges possibles (doyens des facultés, professeurs d'université, médecins du travail, partenaires sociaux (CISME, organismes de prévention et sécurité sociale, réseau francophone en santé au travail...), en vue de formuler des propositions à la **fin février** et faire l'objet d'une contribution dans le cadre de la démarche de préparation de la réforme de la santé au travail. Elle pourra également donner lieu à une restitution dans le cadre du Conseil d'orientation des conditions de travail.

Pour faciliter son déroulement, votre mission pourra s'appuyer sur les services du Directeur général du travail. Vous bénéficierez également de l'appui de l'inspection générale des affaires sociales.

Nous vous prions de croire, Monsieur, en l'assurance de nos sentiments les meilleurs.

Le Ministre du travail, des relations sociales, de la famille
de la solidarité et de la ville



Xavier DARCOS

Le Ministre de l'enseignement supérieur
et de la recherche



Valérie PECRESSE

Le Ministre de la santé et des sports



Roselyne BACHELOT-NARQUIN

Liste des personnes rencontrées

La mission tient à remercier toutes les personnes auditionnées qui ont contribué à sa réflexion.

1. ADMINISTRATIONS

- **Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction Publique**

M. Jean-Denis COMBREXELLE, directeur de la Direction générale du Travail (DGT)

M. Bruno DUPUIS, conseiller auprès du ministre

Mme Monique LARCHE-MOCHEL, médecin chef de l'Inspection du travail

Mme Catherine TINDILLIERE, chef de pôle Acteurs et organisation de la prévention en entreprise (DGT)

- **Ministère de la Santé et des Sports**

M. Rémy BATAILLON, conseiller technique auprès du ministre

Mme Jocelyne BOUDOT, sous-directrice en charge de la prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation, Direction générale de la santé (DGS)

Mme Clara DEBORT, conseillère technique auprès du ministre

Mme Mireille FONTAINE, médecin inspecteur, chargée de mission (DGS)

M. Dominique LIBAULT, directeur de la Direction de la sécurité sociale (DSS)

Mme Céline MOUNIER, conseillère technique auprès du ministre

Mme Emmanuelle QUILLET, sous-directrice (DHOS)

M. Michel ROSENHEIM, conseiller auprès du ministre

- **Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche**

M. François COURAUD, conseiller scientifique et de formation auprès de la Direction générale pour l'enseignement supérieur et l'insertion professionnelle

M. Pierre-Louis FAGNIEZ, conseiller auprès du ministre

Mme Colette KERLOEGAN, rédactrice à la Mission des formations de santé

2. PARTENAIRES SOCIAUX

Organisations syndicales de salariés

- **Confédération française de l'encadrement – confédération générale des cadres (CFECCG)**

M. Bernard SALENGRO

- **Confédération française démocratique du travail (CFDT)**

M. Henri FOREST

- **Confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC)**

M. Pierre-Yves MONTELEON

- **Confédération générale du travail (CGT)**

M. Jean François NATON

- **Force ouvrière (FO)**

M. Jean-Marc BILQUEZ

Organisations d'employeurs

- **Confédération générale des petites et moyennes entreprises (CGPME)**

M. Pierre THILLAUD

- **Mouvement des entreprises de France (MEDEF)**

Mme Nathalie BUET

M. François PELLET

- **Union nationale des associations des professions libérales (UNAPL)**

M. Olivier AYNAUD

M. Gérard GOUPIL

Mme Chirine MERCIER

- **Union professionnelle de l'artisanat (UPA)**

Mme Houria SANDAL

Organisations professionnelles

- **Syndicat national des professionnels de la santé au travail (SNPST)**

Mme Véronique BACLE

Mme Mireille CHEVALIER

M. Gérard LUCAS

- **FEPEM**

Mme Claire GORRIAS

Mme Marie-Béatrice LEVAUX

- **Syndicat national des cabinets d'ergonomie**

M. Jean Louis PERALTA

3. PERSONNES QUALIFIEES

- **Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT)**

M. Jean-Baptiste OBENICHE

- **Agence nationale de recherche (ANR)**

M. Patrick CHAUSSEPIED

Mme Catherine COURTET

- **Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (AFSSET)**

M. Gérard LASFARGUES

Madame Maylis TELLE-LAMBERTON.

- **Caisse nationale des accidents du travail et maladies professionnelles (CATMP)**

M. Franck GAMBELLI

- **Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)**

M. Philippe BIELEC

- **Centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise (CISME)**

M. Martial BRUN

Mme Françoise JACQUET

Mme Corinne LETHEUX

- **Commission de qualification de l'Ordre national des médecins**

Mme Françoise CONSO

- **Conservatoire national des arts et métiers (CNAM)**

M. William DAB

- **Conférence des doyens**

M. Patrice DETEIX

- **Conseil d'Etat**

M. François STASSE

- **Conseil d'orientation des conditions de travail (COCT)**

M. Bernard KRYNEN

M. Daniel LEJEUNE

- **Conseil national de l'ordre des infirmiers**

M. Emmanuel BOULARAND

Mme Dominique LEBOEUF

Mme Gilberte IPHAINE

- **Conseil national de l'ordre des médecins**

M. François LEY

M. Denis SAINT PAUL

- **Ecole des hautes études de santé publique (EHESP)**

M. Antoine FLAHAULT

M. Denis ZMIROU

- **Collège des enseignants hospitalo-universitaires de médecine du travail**

M. Dominique CHOUDAT

M. Jean François CAILLARD

M. Patrick BROCHARD

- **Groupement des infirmières au travail**

Mme Anne BARRIER

Madame Sylvie ODE

- **Groupement national multidisciplinaire de santé au travail dans le BTP**

M. Jean François CANONNE

- **Intervenants en prévention des risques professionnels**

M. Arnaud DESARMENIEN, ergonome
Mme Nicole GRAS-ZALUZY, psychologue du travail
M. Damien HUYGHE, ergonome
M. Fabien PARISE, coordonnateur
M. Thierry REBUISSON, technicien

- **Institut national de recherche et de sécurité (INRS)**

Mme Geneviève ABADIA
M. Stéphane PIMBERT
Mme Martine PLAWNER

- **Internes en médecine du travail**

Mme Amélie DEBATISSE
Mme Cécile FONTANIVE
Mme Alice GORVEL
M. Hervé LABORDE-CASTEROT

- **Institut national de veille sanitaire (INVS)**

Mme Ellen IMBERNON

- **Institut de Santé au Travail du Nord de la France (ISTNF)**

Mme Sophie FANTONI
Mme Murielle TONNEAU
Mme Danièle VAN BERKEL

- **Institut de la Santé Publique (ISP)**

M. Gérard BREART

- **Médecins du travail de la mutualité sociale agricole (MSA)**

M. Patrick CHOUTET
M. Jean-Pierre GRILLET

- **Institut national de médecine agricole (INMA)**

M. Michel GAGEY

- **Médecins du travail et médecins du travail coordonnateurs**

M. Jean-Jacques BLED (Groupe Thalès)
 M. Jean-François BOULAT (APST-BTP-RP)
 M. Bernard CAVE (AIST 19)
 M. Hervé DEMAILLE (Axa France)
 Mme Sylvie DIMERMAN
 M. Jean-Michel DOMERGUE
 M. Guillemette LATCHA (Renault)
 M. Marie-Pierre PIRLOT (Alsace Santé au Travail)
 M. Daniel RINDEL (Association Hygiène Industrielle)
 M. Bernard SIANO (La Poste)
 M. Jean-Michel STERDYNIAK

- **Services interentreprises**

Mme Françoise FAUPIN (ACMS)
 M. Louis-Marie HARDY (Pôle Santé Travail Métropole Nord)
 Mme Michèle MILLARD (ACMS)
 Mme Nadège MILLEVILLE (Pôle Santé Travail Métropole Nord)

- **Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics (OPPBTP)**

M. Paul DUPHIL

- **Santé, travail, environnement**

M. Olivier BLANDIN, économiste du travail, Maître de conférence associé à PARIS VII - Denis DIDEROT
 Mme Marie-Hélène CABE, sociologue, Maître de conférences PARIS EST Marne la Vallée
 M. Michel DAIGNE, professeur d'ingénierie de la santé à l'Ecole Centrale de Paris
 M. Marc GENTILINI, professeur, membre du Conseil économique, social et environnemental
 M. Emmanuel HENRY, sociologue, Institut d'études politiques de Strasbourg
 M. Hubert SEILLAN, professeur de droit du danger, directeur général du Groupe Préventique
 Mme Anne VEGA, socio-anthropologue de la santé
 M. Eric VERDIER, chercheur, Institut d'Economie Publique d'Aix en Provence

- **Aspects internationaux**

M. Philippe MAIRIAUX, professeur de médecine du travail, Université de Liège, Belgique
 M. Laurent VOGEL, directeur du département Santé et Sécurité, Institut syndical européen, Bruxelles
 M. Michel VEZINA, professeur de médecine du travail Université de Laval, Québec

Annexe 1 :



Axes de la réforme des services de santé au travail présentés aux membres du COCT

L'amélioration des conditions de travail, la qualité de vie au travail, la préservation de la santé au travail constituent un enjeu éthique, humain économique, et social de premier plan.

- ✓ La maîtrise progressive des risques d'accidents est une réalité. Il faut néanmoins garder une grande vigilance et poursuivre les efforts en particulier dans les secteurs qui enregistrent la plus forte sinistralité. Le drame de l'amiante a montré l'urgence de traiter le risque différé, plus difficile à saisir, et en particulier les risques CMR. Aujourd'hui, les TMS qui enregistrent d'année en année une forte progression viennent en tête des maladies professionnelles. Les risques psychosociaux qui peuvent trouver leur origine dans certains types de management et organisations du travail sont fortement médiatisés.
- ✓ Les enjeux à long terme sont importants : le vieillissement de la population requiert de nouvelles politiques d'amélioration des conditions de travail visant à favoriser le maintien dans l'emploi des seniors en diminuant les risques d'usures prématurés et les pénibilités de la vie professionnelle.
- ✓ L'attractivité des métiers pour les jeunes est intimement liée à l'image des entreprises et en particulier aux conditions de travail.
- ✓ De manière plus profonde, la qualité de vie au travail est une condition du dynamisme des salariés et de l'activation de leur comportement professionnel. C'est donc aussi un gage de compétitivité. Confrontés aux mêmes contraintes économiques générées par la mondialisation, toutes les entreprises ne font pas les mêmes choix en matière de conditions de travail. Il n'y a pas de fatalité. La volonté personnelle et résolue des chefs d'entreprise, le dialogue entre partenaires sociaux, la mobilisation des syndicats de salariés et d'employeurs et de toutes les institutions représentatives et corps intermédiaires qu'ils animent constituent les conditions d'un rassemblement permettant de progresser ensemble et d'éviter les dérives.

C'est dans ce mouvement que doit se comprendre la réforme des services de santé au travail à laquelle l'Etat se doit d'apporter sa contribution dans le respect des réflexions intenses qui ont réuni les partenaires sociaux au cours de 7 séances de négociation.

La réforme de 2004 a permis de développer dans les services de santé au travail une culture de promotion de la santé au milieu de travail. Beaucoup d'initiatives ont été prises parfois trop méconnues. Ce mouvement doit être amplifié et systématisé dans un cadre plus organisé fondé sur un dialogue entre l'Etat, les partenaires sociaux, la sécurité sociale et les services de santé au travail. L'approche individuelle et médicale doit rester au cœur du dispositif mais elle doit être réévaluée de manière à mieux s'articuler avec le développement

d'actions collectives touchant le plus grand nombre d'entreprises et de salariés au niveau des branches ou des territoires.

Les services de santé au travail doivent trouver un nouveau souffle. Le tissu économique a connu d'importantes mutations. Certaines activités ont disparu, d'autres se sont développées ou ont évolué avec l'externalisation d'une partie de leur activité. Les formes d'emploi se sont transformées avec l'apparition massive de contrat à durée déterminée ou d'intérim. La diversité des organisations du travail, la permanence des mutations sont une donnée nouvelle qu'il faut prendre en compte. Tout ceci impose aujourd'hui la nécessité de travailler ensemble, Etat, Partenaires sociaux, Sécurité sociale, Services de santé au travail et de rompre avec une certaine tradition d'isolement et d'individualisme qui a pu caractériser la médecine du travail.

Un « maillage » des politiques de prévention conduites par l'Etat et la Sécurité sociale notamment dans le cadre du Plan santé au travail et de la convention d'objectifs et de gestion de la branche AT/MP avec les initiatives des services de santé au travail est un impératif. Les services de santé au travail représentent un potentiel important et peuvent devenir le plus grand réseau de préventeurs de France seul à même d'assurer une présence de proximité dans les PME et TPE.

En matière de surveillance médicale il existe des disparités importantes au plan géographique et professionnel, en particulier pour les salariés saisonniers, les salariés des particuliers employeurs, les salariés sous contrat d'intérim. Des solutions innovantes et pragmatiques peuvent être mises en œuvre pour que ces personnes disposent d'un suivi équitable tant sur le plan de la prévention que des examens cliniques.

La prévention se conçoit dans la longue durée. Les services de santé au travail, en partenariat avec la Sécurité sociale, doivent devenir les acteurs principaux d'un dispositif de traçabilité des risques professionnels, non pas pour constater passivement les atteintes à la santé mais pour stimuler la prévention et les actions correctrices. La prévention doit s'organiser sur l'ensemble du parcours professionnel.

Pour autant, cette évolution des services de santé au travail doit être réaliste pour être efficace et la **contrainte liée à la démographie médicale et aux lieux d'implantation des médecins** ne doit pas être sous-estimée. Une réponse doit être apportée à la question de la « formalité impossible » qui consiste à ne plus pouvoir respecter les délais réglementaires des visites.

Le document d'orientation transmis le 25 juillet 2008 par le Gouvernement comportait trois grands axes d'action que le projet de réforme proposé reprend.

Promouvoir une politique de la santé au travail efficace par une meilleure prévention dans l'entreprise en privilégiant des actions collectives pour tous les salariés, adaptées à leur situation de travail, et des suivis individuels mieux adaptés aux besoins.

Faire du « sur mesure en fonction des besoins » en prenant en compte les apports liés au renforcement de la pluridisciplinarité.

Assurer un meilleur pilotage du système en promouvant l'échelon régional et l'innovation afin de restructurer et redynamiser les services de santé au travail autour d'objectifs qualitatifs et quantitatifs.

1 - Il faut renforcer l'efficacité de l'action des services de santé au travail en donnant la priorité à l'action en milieu du travail à travers des actions de prévention collectives, qui intègrent la santé dans toutes ses dimensions, tout en conservant le maintien d'une approche individuelle adaptée aux différents besoins des salariés.

Les missions

Il s'agit de définir par la loi les missions de services interentreprises de santé au travail ainsi que le rôle de l'équipe de santé au travail et notamment celui du médecin du travail et des intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) afin de promouvoir leurs visées préventive et pluridisciplinaire.

Pour les services interentreprises, cette définition inclura :

- le rôle préventif des services de santé au travail en matière de préservation de la santé physique et mentale des travailleurs, tout au long de leur parcours professionnel,
- la surveillance de la santé des travailleurs,
- l'intervention des services de santé au travail en matière de maintien dans l'emploi,
- l'organisation du suivi de la traçabilité des expositions professionnelles,
- la participation à la veille sanitaire.

Le service de santé au travail interentreprises ne peut être que pluridisciplinaire dans ses compétences et coordonné dans son activité. La mission de prévention du service de santé au travail est réalisée par 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.

Pour les services d'entreprise ou d'établissement, les actions de prévention conduites par l'employeur pour satisfaire à l'obligation générale de sécurité qui lui incombe ainsi qu'à l'entreprise doivent s'articuler dans une dynamique constructive avec les missions du médecin du travail et du CHSCT. Dans les grandes entreprises ou dans les groupes importants, il est utile qu'un ou plusieurs médecins du travail puissent conduire ou coordonner des actions de prévention plus globale dans le cadre d'une politique de prévention intégrée commune à l'ensemble des établissements ou des filiales.

L'équipe de santé au travail du service interentreprises

Une équipe de santé au travail est ainsi constituée autour du ou des médecins du travail, dans le respect des prérogatives de chacun.

Cette équipe, constituée autour du ou des médecins du travail, comprend les médecins, les infirmiers, les IPRP, les assistants des services de santé au travail.

Le rôle des médecins du travail au sein des services de santé au travail demeure fondamental et le médecin doit rester au centre du service de santé au travail. Toutefois, l'action en santé au travail ne peut rester

centrée sur l'activité des seuls médecins mais s'ouvrir réellement à l'intervention des autres acteurs de la prévention.

C'est pourquoi, en pratique, les interventions dans les entreprises en matière de santé au travail seront réalisées par une équipe pluridisciplinaire de santé au travail.

La mise en convergence de compétences et de métiers différents doit permettre de s'enrichir mutuellement et de partager des expériences différentes. Ceci devrait permettre de mieux conjuguer une approche individuelle et une action collective et ainsi d'optimiser le temps médical disponible. Toutefois, le rôle de chaque membre de l'équipe de santé au travail se doit d'être précisément défini dans le respect des dispositions du code de la santé publique.

Ainsi, le suivi médical individuel des salariés doit rester sous la supervision et la responsabilité du médecin mais certaines tâches doivent pouvoir être dévolues à des infirmières ou des assistantes des services de santé au travail. Un cadrage précis des responsabilités respectives des uns et des autres devra être réalisé.

Les actions de prévention, d'information, de sensibilisation des employeurs ou des salariés pourront être réparties entre les différents acteurs de l'équipe de santé au travail en fonction des circonstances.

En tout état de cause, la coordination des actions en santé au travail en direction des entreprises et de leurs salariés appartiendra au médecin du travail.

L'organisation des services de santé au travail doit permettre de passer plus encore d'un exercice individuel de la médecine du travail à une pratique collective de la prévention sanitaire en milieu de travail dans le cadre de l'équipe de santé au travail.

La priorité à l'action en milieu de travail à travers notamment des actions collectives de prévention intégrant la santé dans toutes ses dimensions sera ainsi affirmée.

Le caractère exclusif des missions sera également mentionné.

Les compétences externes

Pour que la pluridisciplinarité devienne effective, les services de santé au travail interentreprises doivent mobiliser toutes les compétences utiles et nécessaires à la prévention et à l'amélioration des conditions de travail en s'appuyant sur des spécialistes pluridisciplinaires (experts en ergonomie, en toxicologie, ingénieurs, métrologues, assistants des services de santé au travail etc.) internes et / ou le cas échéant externes aux services de santé au travail.

La médecine de ville

On peut prévoir à titre expérimental et après avis du conseil départemental de l'ordre des médecins que le Conseil d'administration du service interentreprises sur un vote à la majorité qualifiée comportant une majorité de voix du collège employeurs et une majorité de voix du collège salariés décide de signer une convention avec des médecins généralistes pour participer sur certains types de missions au suivi médical de certains salariés. La charge financière des actions concernées restera assurée par le service de santé au travail.

Il est aujourd'hui clairement reconnu que les conditions et l'environnement de travail sont des éléments structurants de l'état de santé de la population. Or, le constat doit être fait d'une insuffisance de liens entre les médecins du travail les médecins de ville et hospitaliers et les médecins des organismes de sécurité sociale.

Les services sociaux du travail

Afin d'améliorer l'efficacité des actions de maintien dans l'emploi des salariés présentant des difficultés et de permettre une meilleure prise en charge de certains risques, notamment les risques psychosociaux, il faut renforcer les coopérations entre les services de santé au travail et les services sociaux du travail. En particulier, les services de santé au travail peuvent être un relais privilégié pour mettre en contact les PME avec les assistantes sociales.

2 - Il faut mieux organiser le suivi de l'action en milieu de travail.

Il s'agit de proposer que lorsque le médecin du travail constate, notamment à l'occasion de son action en milieu de travail, la persistance d'un risque pour la santé de plusieurs travailleurs, l'employeur soit tenu de prendre en considération les préconisations du médecin du travail et, en cas de refus, de faire connaître par écrit les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite. De la même manière, le médecin du travail doit être tenu de répondre par écrit aux demandes que l'employeur lui adresse sur un problème de prévention.

La fiche d'entreprise établie sous la responsabilité du médecin du travail sera enrichie pour contenir, outre l'identification des risques professionnels et des effectifs de salariés qui y sont exposés, des éléments révisés périodiquement (tous les cinq ans au moins) concernant les actions que l'équipe de santé au travail entend mener dans l'établissement.

Ces actions peuvent consister en des prestations pluridisciplinaires, des séquences d'information sur les risques et leur prévention, des sessions d'éducation à la santé.... Cette fiche d'entreprise doit pouvoir être consultée facilement par l'ensemble du personnel de l'entreprise.

3 - Certaines catégories de salariés, du fait des caractéristiques de leur emploi ou de leur situation géographique sont aujourd'hui insuffisamment ou pas du tout pris en compte par les services de santé au travail et la réforme doit permettre de remédier à cette situation.

Il s'agit de favoriser le suivi médical de certaines catégories de salariés appelant des réponses spécifiques : ceux des entreprises sous-traitantes, les salariés intérimaires, les saisonniers, les salariés du particulier employeur.

En premier lieu, l'obligation de constituer un service autonome dans certains cas devient une option pour les entreprises concernées. Les services autonomes, notamment pour les plus petits d'entre eux, pourront donc mutualiser leurs ressources médicales avec les services de santé au travail interentreprises.

Dans l'autre sens, plutôt que d'adhérer à un service interentreprises, les entreprises intervenantes de manière récurrente auprès d'un donneur d'ordre peuvent partager les ressources médicales du service autonome de l'entreprise donneur d'ordre par convention signée entre les deux entreprises et après avis des représentants du personnel.

Il doit également être possible par accord collectif de groupe de créer un service de santé au travail de « groupe » dans la mesure où celui-ci s'est doté d'une politique de prévention des risques professionnels.

S'agissant des intérimaires, un accord entre branches professionnelles représentant les entreprises de travail temporaires et les entreprises utilisatrices peut permettre le suivi par le service autonome de l'entreprise utilisatrice, dans certains cas définis par conventions. La suppression de l'agrément « intérim » des services doit également permettre un meilleur suivi par des services interentreprises.

Des modalités spécifiques de suivi des salariés saisonniers peuvent être mise en place sur le plan local après avis de la commission régionale visée ci-dessous et convention entre les services et la Direction régionale du travail.

S'agissant des salariés du particulier employeur, un accord de branche étendu conclu dans les six mois peut en fixer les modalités de suivi et de financement en faisant appel le cas échéant à des ressources médicales extérieures. A défaut d'accord, un décret organise ces modalités.

4 - La fréquence des visites médicales doit être plus en lien avec les besoins réels des individus et mieux intégrée dans une politique de prévention globale.

La fréquence des visites médicales périodiques du travail est en principe fixée à deux ans mais les moyens de la médecine du travail seront réorientés vers ceux qui en ont le plus besoin, à savoir les travailleurs affectés à des postes à risques et sous réserve de la surveillance médicale renforcée qui sera actualisée pour prendre en compte l'évolution des techniques (cf notamment travail sur écran).

Sans multiplier les visites médicales, il apparaît nécessaire de maintenir un lien suffisamment rapproché entre les salariés et l'équipe de santé au travail pour permettre la prise en compte effective des risques auxquels sont soumis les salariés.

Cette périodicité rapprochée est de nature à garantir les conditions d'une réelle veille sanitaire.

La liste des postes soumis à surveillance médicale renforcée est actualisée pour prendre en compte l'évolution des techniques (cf notamment le travail sur écran).

Des conventions régionales signées entre les services de santé au travail interentreprises ou les services autonomes les DIRECCTE, et les CARSAT, après avis de la Commission régionale paritaire visée ci après, fixeront, avant la délivrance de l'agrément, les orientations générales et les modalités de participation à la prévention des risques professionnels du service.

Dans ce cadre, la fréquence des visites médicales du travail peut être modulée par les conventions passées entre les services de santé au travail et l'Etat puis les décisions d'agrément au-delà de la fréquence légalement ou réglementairement applicable pour les postes visés les moins contraignants et pour tenir compte du fait que des actions de prévention plus adaptées sont mises en place par les membres de l'équipe de santé au travail compte tenu des risques existants. Les salariés bénéficieront, dans l'intervalle, d'un ou plusieurs entretiens « médico-professionnels » assurés par un infirmier(e) en santé au travail, sous délégation du médecin du travail.

Tout salarié et tout employeur peut demander une visite médicale auprès du médecin du travail à tout moment. Le salarié en est informé lors de la visite d'embauche.

5 - Une meilleure articulation du rôle des différents médecins est organisée en cas de reprise du travail dans une logique de prévention de la désinsertion professionnelle.

La systématisation de visites de pré-reprise et de contacts préalables entre médecin du travail, médecin conseil des caisses de sécurité sociale et médecin ayant pris en charge le salarié devrait permettre d'anticiper et de limiter les situations d'incohérence entre invalidité et inaptitude et favoriser par avance la recherche de reclassement par l'employeur.

6 - Une action visant à renouveler le nombre de médecins du travail et de professionnels de la santé au travail doit être conduite. Par ailleurs, il faut améliorer la formation tout au long de la vie des acteurs de la santé au travail.

La valorisation du rôle du médecin du travail et la prise en compte d'aspects démographiques défavorables imposent d'élargir les filières de formation par le développement notamment de la formation continue.

Un plan de communication vigoureux peut également être mis en place pour que les étudiants en médecine choisissent plus nombreux la médecine du travail.

Enfin, la formation initiale doit mieux valoriser le métier de médecin du travail.

Il convient d'étudier les moyens de conforter le nombre de places ouvertes à l'examen classant national pour la spécialité de médecine du travail et de l'inciter à se structurer davantage comme une spécialité de référence en matière de prévention qui soit mieux connue des étudiants en médecine.

Il convient aussi de diversifier le mode de recrutement des médecins du travail en organisant une voie de reconversion pérenne vers la médecine du travail.

Une réflexion de fond pourrait être conduite en vue du développement de la formation par alternance voire des contrats de professionnalisation. Le tutorat et la valorisation des acquis de l'expérience doivent aussi être explorés.

Des formations courtes et opérationnelles peuvent participer de cet objectif.

Dans cet esprit et afin de pouvoir faire évoluer le cadre normatif, les ministres du travail, de la santé et de l'enseignement supérieur et de la recherche confieront une mission de trois mois à des experts afin de proposer les évolutions nécessaires en matière de formation initiale et continue des professionnels de la santé au travail et principalement des médecins du travail. Celles-ci pourront être mises en œuvre dans la foulée de la restitution de cette étude.

L'Etat soutiendra l'élaboration de recommandations en santé au travail, selon une méthodologie validée par la Haute Autorité de Santé. A ce jour, les instructions techniques données aux médecins du travail par voie réglementaire couvrent un champ très limité, sont souvent obsolètes au regard de l'état des connaissances et font, de ce fait, l'objet de nombreuses critiques. C'est pourquoi il convient de doter les médecins du travail de référentiels en matière de suivi médical garantissant un fort niveau de protection de la santé des travailleurs. Par ailleurs, l'inscription de la médecine du travail dans des démarches de professionnalisation comparables à celles menées par la médecine de soins (élaboration de bonnes pratiques par les sociétés savantes et validation par la HAS) est de nature à redonner de l'attractivité à cette profession aux yeux des étudiants en médecine.

La procédure d'habilitation des intervenants en prévention des risques professionnels sera revue et une appréciation périodique des compétences des intervenants, personnes physiques, sera instaurée.

7 - Il s'agit de mettre en place une gouvernance des services de santé au travail prenant en compte des objectifs de prévention et améliorant le service rendu. Pour ce faire un véritable pilotage national et régional des orientations des services de santé au travail est prévu.

Les services de santé au travail participent à la politique de santé au travail et inscrivent leur action dans le cadre des objectifs définis au niveau national par le Conseil d'orientation des conditions de Travail, avec une commission paritaire ad hoc qui en est issue.

Pour la déclinaison territoriale de ces objectifs, une commission spécialisée sera mise en place au sein des comités régionaux de prévention des risques professionnels (CRPRP). Cette commission sera composée de représentants des partenaires sociaux en formation paritaire, de l'Etat et de la CARSAT. Il conviendra de veiller à ce qu'il n'y ait pas de conflits d'intérêts. Ses membres ne pourront être ni administrateurs, ni salariés d'un service de santé au travail de la région. Elle émettra un avis d'une part sur la partie du projet de schéma régional de la santé au travail relatif aux services de santé au travail et d'autre part sur les objectifs de prévention visés ci-dessus. Ces derniers seront repris dans une convention de partenariat conclue entre le service de santé au travail, la DRTEFP (DIRECCTE), la CRAM (CARSAT) et, le cas échéant, l'OPPBTP. Cette commission doit être un lieu d'échange et de dialogue constructif avec les services de santé au travail qui pourront y être invités en tant que de besoin.

Ce schéma permettra de favoriser une dynamique de regroupement des SST afin de les aider à avoir les moyens leur permettant de répondre aux besoins. Il conviendra de faciliter toutes les initiatives qui peuvent contribuer à rationaliser les activités, à stimuler les initiatives des services et des médecins tel qu'une spécialisation des services sur certains champs de la prévention, la création d'antennes de proximité ou la mise en commun des compétences et savoir-faire de certains médecins. Le cadre administratif doit favoriser la dynamique déjà engagée dans certaines régions.

Le Préfet de région en coordination étroite avec l'ARS pourrait ensuite sur proposition de cette instance arrêter le schéma régional d'organisation de la santé au travail (SROST) afin d'assurer la couverture des besoins de santé au travail et de prévoir et de susciter les évolutions des services de santé, leurs coopérations.

Ce schéma se substituera aux décisions d'approbation de compétence géographique et professionnelle prises dans le cadre actuel SST par SST, par les DRTEFP. Ce schéma a pour objectif d'assurer de façon optimale la couverture des besoins en santé au travail. A cet effet, il recensera les ressources existantes localement et pourra susciter des mesures de mutualisation ou de regroupement de ces ressources en tenant compte des objectifs en santé au travail.

Pour réussir une telle réforme, il est indispensable d'instaurer une dynamique partagée entre l'Etat, la Sécurité sociale, le réseau ANACT-ARACT, les partenaires sociaux et les services de santé au travail au plan régional. La coordination des services et leur convergence progressive est souhaitable tout en prenant en compte l'indispensable proximité des services de santé au travail avec les entreprises.

8 - Le conventionnement et un agrément renouvelé permettront de traduire dans la réalité les orientations régionales, de déterminer les modalités d'actions des services de santé au travail.

En déclinaison du schéma régional, il reviendra aux services de l'Etat et de la Sécurité sociale (branche AT-MP), après avoir recueilli l'avis des partenaires sociaux au sein de la commission régionale susvisée de contractualiser avec les SST sur la base d'objectifs quantitatifs et qualitatifs et de modalités d'intervention de chacun pour les atteindre. Des conventions de partenariat pourront ainsi être signées entre d'une part les DIRECCTE et les CARSAT et, d'autre part, les SST. L'Etat veillera à ce que la négociation de ces conventions tienne compte des projets propres au service.

La procédure d'agrément sera réformée pour prendre en compte ces conventions. Elle permet de tenir compte de l'adéquation objectifs/moyens du service et de fixer un certain nombre d'axes d'actions. La procédure d'agrément veillera au respect par le service des règles relatives au droit des associations et, en particulier, à la régularité des tenues d'assemblée. L'agrément peut aussi prendre en compte des critères qualitatifs (efforts de prévention et qualité du service rendu) et quantitatifs (critères de masse critique en nombre de salariés et d'entreprises suivies ainsi que des critères territoriaux).

Le défaut d'agrément entraîne le dessaisissement au profit d'un autre service ou, selon les cas la désignation d'un administrateur, figurant sur une liste d'administrateurs agréés, pour redresser le service de santé au travail en cas de difficultés.

9 - Les instances de direction des services de santé au travail interentreprises doivent être plus en phase avec les acteurs économiques et sociaux et plus efficaces

Le Président du service de santé au travail représente le service et met en oeuvre les actions définies par le conseil. Il reçoit la délégation du conseil et les moyens lui permettant d'accomplir les missions dévolues au service de santé au travail.

Le directeur du service, formé, reçoit du Président les délégations nécessaires pour la mise en oeuvre des objectifs opérationnels du service de santé au travail et veille à leur exécution.

Le conseil d'administration est composé de deux collèges.

Deux tiers des sièges du conseil sont composés de représentants des entreprises adhérentes ou d'organisations professionnelles d'employeurs représentatives au plan national interprofessionnel ou professionnel si le service de santé au travail est spécialisé dans un secteur d'activité spécifique.

Un tiers des sièges du conseil est composé de représentants des organisations syndicales de salariés représentatives au plan national et interprofessionnel.

Le Conseil d'administration arrête les modalités d'exercice du droit à la formation des administrateurs. Les obligations de formation des représentants salariés aux conseils d'administration des services de santé au travail seront renforcées.

La commission de contrôle est consultée sur l'organisation et le fonctionnement du service médical. Elle rend un avis notamment sur le rapport annuel relatif à l'organisation, au fonctionnement et à la gestion financière du service, le rapport d'activité des médecins du travail, l'état prévisionnel des recettes et des dépenses, exécution du budget du service.

10 - Il faut instaurer la transparence en matière de gestion financière des services de santé au travail.

Afin de permettre une réelle transparence sur les comptes des services de santé au travail interentreprises, les comptes des services de santé au travail feront l'objet d'une publicité à l'instar des dispositions qui ont été prises pour les organisations professionnelles et syndicales.

Les comptes des services de santé au travail interentreprises seront certifiés et publiés et le défaut de certification et de publication sera une cause de refus d'agrément. Par ailleurs, les conventions spécifiques passées entre le service et un administrateur doivent être présentées au conseil d'administration.

11 - Le suivi et l'évaluation de la réforme.

La mise en œuvre de la réforme fera l'objet d'un suivi périodique annuel dans le cadre du Conseil d'orientation des conditions de travail.

Annexe 2 :

Maquette d'enseignement du DES de Médecine et Santé au Travail

Programme détaillé
Juillet 2008

UE 1 : Le monde du travail : 4 ECTS

Connaissances

Organisation et mode de fonctionnement des entreprises (formel et informel)

Systèmes économiques : grands principes, mondialisation,

Systèmes de marché : la démarche qualité, l'audit...

Systèmes sociaux : les syndicats, les organisations internationales

Evolution de l'emploi : le chômage, le temps de travail, évolution dans le monde

L'entreprise :

- organisation interne de l'entreprise et ses différents acteurs
- institutions représentatives : C.H.S.C.T., D.P., CE
- contrats de travail, droit social, conventions collectives
- relations sociales, négociations collectives
- principes de gestion des ressources humaines et de management (conduite de projet)
- projets économiques d'entreprise

Les fonctions publiques : organisations, économie, statut...

Sociologie du travail et des organisations, approches de l'ethno-sociologie

Evolution des principaux procédés et technologies

Expériences

Avoir rencontré un DRH, un chef d'entreprise, un représentant du personnel

Avoir participé à une réunion avec les instances représentatives : un CHSCT...

Avoir pris connaissance de la part attribuée à l'hygiène, sécurité et santé au travail dans le budget de l'entreprise

Avoir analysé la place de l'entreprise dans le système économique (France, Europe...)

Compétences

Identifier et définir les différents acteurs de l'entreprise

Identifier et définir la politique de l'entreprise et en particulier en matière de santé au travail et comprendre les enjeux socio-économiques

Apprécier la nature de la relation de l'entreprise avec son service de santé au travail, notamment dans les PME

UE 2 : Réglementation – Organisation de la santé au travail : 6 ECTS**Connaissances**

Principes du droit du travail (organisation du droit du travail)

Organisation du système de santé au travail en France dans l'ensemble des secteurs (y compris fonctions publiques, agriculture...)

Missions du médecin du travail telles que fixées par la réglementation (intervention en milieu de travail, visite médicale, obligations administratives)

Règles d'exercice du médecin du travail

Principes réglementaires de la surveillance professionnelle et post professionnelle

Éléments réglementaires encadrant la délivrance d'un avis d'aptitude ou d'inaptitude dans le régime général et les fonctions publiques

Missions des autres personnels de santé (infirmières de santé au travail) et des autres intervenants dans la prévention des risques professionnels (IPRP, ...)

Organisation du système de prévention des risques professionnels, rôles et responsabilités des différentes institutions (CRAM, ANACT, INRS, IRSN...)

Rôle et missions du CHSCT

Rôle et missions des corps de contrôle : inspection du travail, inspection médicale du travail, service de prévention des CRAM

Réglementations spécifiques d'hygiène et sécurité en milieu de travail

Réglementations spécifiques à certaines catégories de travailleur, en particulier intérimaires, travailleurs d'entreprises intervenantes, femmes, jeunes .

Bases européennes de la réglementation de prévention des risques professionnels et principes des réglementations nationales dans ce domaine.

Règles d'éthique en santé au travail (codes internationaux et nationaux)

Cadre réglementaire de la reconnaissance et de la prise en charge des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Place de la santé au travail dans la santé publique en France

Organisation générale de la santé au travail en Europe et dans les autres pays.

Expériences

Avoir appliqué des règles d'éthique à des problèmes pratiques en entreprise, notamment lors de l'activité de conseil ou de la délivrance d'avis d'aptitudes ou d'inaptitudes

Avoir participé à la rédaction d'une fiche d'entreprise

Avoir participé à la recherche des textes réglementaires en santé au travail

Avoir participé à des réunions sur les actualités réglementaires

Avoir participé à la rédaction d'un certificat de maladie professionnelle, conseil du salarié et suivi du dossier

Compétences

Conseiller l'ensemble des partenaires sociaux dans le domaine de la prévention des risques professionnels, de l'organisation de la santé au travail et de la réparation des accidents et maladies professionnelles.

Etre le garant des aspects éthiques en santé au travail.

Satisfaire aux obligations légales du médecin du travail (secret professionnel, responsabilité, dossier médical ...)

Assurer une veille réglementaire

Participer à l'instruction d'un dossier présenté au CRRMP

UE 3 : Les risques professionnels 1 - Introduction à la connaissance des effets des risques professionnels sur la santé et évaluation des risques : 5 ECTS

Introduction à la connaissance des effets des risques professionnels sur la santé

Connaissances

Principes de toxicologie générale et fondamentale, de cancérogénèse

Principes d'ergonomie

Principes de physiologie du travail

Principes de psychologie du travail

Expériences

Avoir fait ou participé à l'investigation d'un effet toxique

Compétences

Evaluer une situation de travail en collaboration avec l'équipe de santé au travail

Evaluation des risques professionnels

Principes généraux

Connaissances

Bases conceptuelles de l'évaluation des risques

Indicateurs sanitaires : AT/MP, absentéisme, turn over ...

Place des différents intervenants dans l'évaluation des risques professionnels

Méthodes d'évaluation des expositions aux aérocontaminants

Principes de mesure des expositions aux agents physiques (sonores, vibratoires, lumineuses, thermiques ...), chimiques et biologiques

Principes de la surveillance biologique des expositions professionnelles

Principes de mesure des expositions aux risques psychosociaux et organisationnels

Expériences

Avoir participé à l'évaluation des risques dans différents environnements de travail

Avoir participé à la reconstitution des expositions professionnelles antérieures susceptibles d'entraîner des effets à long terme

Avoir analysé une situation de risque chimique sur la base des fiches de données de sécurité et d'autres éléments documentaires

Avoir participé à la rédaction d'une fiche d'entreprise

Avoir collaboré avec les autres intervenants en évaluation des risques (multidisciplinarité)

Compétences

Organiser une intervention spécifique de l'équipe de santé au travail dans l'entreprise

Evaluer une situation de travail en collaboration avec l'équipe de santé au travail

UE 4 : Les risques professionnels 2 – Approche par nuisance et par branche d'activité : 5 ECTS

Approche par nuisance

Connaissances

Effets toxiques des principales familles chimiques

Effets des agents physiques (rayonnements ionisants et non ionisants, ambiances thermiques, sonores, lumineuses, vibrations, manutentions manuelles ...)

Modalités de transmission et effets des agents infectieux rencontrés en milieu de travail

Effets non infectieux des risques biologiques

Temps et travail : chronobiologie, horaires alternant; contraintes temporelles

Effets sur la santé des exercices professionnels particuliers (intérimaires, saisonniers, intermittents, ...)

Violence, harcèlement, facteurs psychosociaux et organisationnels (hors contraintes de temps, ...)

Expériences

Avoir évalué un risque chimique

Avoir évalué un risque physique

Avoir évalué un risque biologique

Avoir évalué un risque organisationnel

Compétences

Evaluer les risques professionnels d'une situation de travail

Approche par branche

Connaissances

Principaux risques habituellement rencontrés dans les grandes branches professionnelles (BTP, agriculture, gens de mer, santé, métallurgie, ...)

Expériences

Avoir évalué une situation de travail en se référant aux données de la branche professionnelle

Compétences

Utiliser l'approche par branche dans l'évaluation des risques d'une entreprise

UE 5 : Les risques professionnels 3 : Pathologie Professionnelle : 5 ECTS

Pathologie professionnelle

Connaissances

Pathologies professionnelles par organe : physiopathologie, signes cliniques, diagnostics étiologiques et différentiels, principes thérapeutiques, techniques spécifiques de dépistage

Cancers professionnels

Atteinte à la santé mentale

Populations sensibles (femmes enceintes, jeunes, travailleurs vieillissants, migrants)

Expériences

Avoir participé au diagnostic de pathologies professionnelles

Avoir participé à la prise en charge des salariés victimes d'affections professionnelles pour les aspects médico-sociaux

Compétences

Organiser les investigations appropriées pour le dépistage des maladies professionnelles

Reconnaître une maladie liée au travail.

Identifier et analyser les différents facteurs étiologiques d'une maladie à composante professionnelle, notamment en termes d'imputabilité.

UE 6 : Les risques professionnels 4 : Prévention et gestion des risques professionnels – surveillance du milieu – surveillance de la santé - dépistage : 5 ECTS

Prévention et gestion des risques

Surveillance du milieu de travail et gestion des risques

Connaissances

Réglementations sur la gestion des risques professionnels

Principes d'hygiène industrielle

Éléments de prévention technique vis-à-vis des risques chimiques

Éléments de prévention technique vis-à-vis des risques physiques

Éléments de prévention technique vis-à-vis des risques biologiques

Éléments de prévention technique vis-à-vis des risques organisationnels

Indications et critères de choix des équipements de protections individuelles

Principes ergonomiques d'amélioration des conditions de travail

Principes et indications des vaccinations

Expériences

Avoir participé au choix des équipements de protection individuelle habituels

Avoir participé à la rédaction d'un plan d'activité en milieu de travail

Compétences

Participer aux programmes de formation à l'hygiène et à la sécurité.

Conseiller lors de l'introduction de nouveaux systèmes technologiques

Conseiller lors de l'introduction de nouvelles organisations de travail

Informé sur la nature des risques et les mesures de prévention à adopter

Surveillance de la santé, dépistage

Connaissances

Principes du dépistage

Principes d'élaboration d'une stratégie de surveillance médicale adaptée aux risques professionnels de l'entreprise

Expériences

Avoir participé à la mise en place d'un programme de surveillance de la santé adapté aux risques professionnels de l'entreprise

Avoir participé à la surveillance médicale des salariés d'une entreprise

Compétences

Identifier les facteurs de risques individuels et adapter la surveillance.

Mener un examen clinique adapté aux risques professionnels et individuels.

Adapter sa surveillance médicale en fonction des expositions professionnelles antérieures susceptibles d'effets à long terme (surveillance post-professionnelle ou post-exposition)

UE 7 : Evaluation et promotion des capacités de travail - maintien dans l'emploi : 6 ECTS

Connaissances

Concepts de déficiences, incapacités et des situations de handicap et classification internationale du handicap

Bases conceptuelles et éthiques des notions d'aptitude et d'inaptitude au travail

Evaluation clinique des capacités fonctionnelles physiques et psychiques

Conditions réglementaires particulières d'aptitude à certains travaux

Particularités des travailleurs vieillissant

Structures et institutions impliquées dans la prise en charge médico-sociale des personnes en situation de handicap

Réglementation sur l'emploi des travailleurs handicapés en entreprises

Réglementation, diagnostic et principes de prise en charge des problèmes d'addiction (tabac, alcool, drogues)

Dispositif de protection sociale des personnes en incapacité de travail, dans le régime général et la fonction publique

Principes de promotion de santé et de préservation de la capacité de travail

Principes de l'éducation sanitaire

Principes d'identification des besoins de santé

Planification d'actions de promotion de santé

Expériences

Avoir participé à l'évaluation médicale des déficiences et des incapacités d'un individu au travail

Avoir participé à l'évaluation d'une situation de handicap en regard du poste de travail et de son environnement

Avoir communiqué avec les différents partenaires extérieurs à l'entreprise, impliqués dans la gestion d'une situation de handicap

Avoir assisté à des réunions d'organismes de maintien à l'emploi et de reclassement professionnel (Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées – Maisons départementales du handicap)

Avoir participé à un aménagement ergonomique d'un poste de travail

Avoir participé à des actions d'éducation pour la santé

Avoir argumenté un projet de promotion de santé au sein d'une entreprise

Compétences

Prendre une décision d'aptitude, d'inaptitude, de proposition d'aménagement de poste ou de reclassement

Identifier précocement une situation de handicap débutante

Travailler en collaboration avec les autres professionnels impliqués

Conseiller des mesures de réinsertion ou de maintien à l'emploi portant notamment sur l'adaptation de la situation de travail

Informier sur les conséquences sociales d'une inaptitude au travail

Planifier, élaborer, mettre en œuvre et évaluer une action de promotion de santé en vue du maintien de la capacité de travail tout au long de la vie active

Évaluer les besoins de promotion de santé

Obtenir la participation des salariés à des programmes de promotion de santé

UE 8 : Outils et méthodes 1 : Méthodes d'études et de recherche : 5ECTS

Méthodologie d'études et de recherche

Connaissances

Notions de bases en épidémiologie et statistiques médicales

Principes de réalisation de recherches documentaires et sources d'informations scientifiques, papier et électroniques

Connaissance du contexte réglementaire de la recherche (loi Huriet, CNIL, ...) et des règles de bonnes pratiques

Principes de lecture critique des articles scientifiques

Médecine basée sur les preuves : critères de prise de décision et incertitudes

Principes d'enregistrement et d'analyses de données épidémiologiques

Expériences

Avoir réalisé une recherche bibliographique internationale

Avoir participé à une étude scientifique en santé au travail

Avoir rédigé dans les règles un rapport d'étude (mémoire, thèse ...)

Avoir participé à la gestion et à l'analyse statistique de données de santé au travail

Compétences

Conduire une recherche bibliographique approfondie

Interpréter des données issues d'un article scientifique ou d'une recherche personnelle

Elaborer un protocole d'étude simple avec une hypothèse clairement formulée

Manipuler des outils informatiques d'enregistrement et d'analyse simples de données épidémiologiques

Mettre en oeuvre une analyse statistique simple

Identifier les ressources institutionnelles régionales de recherche en santé au travail

Rapporter des résultats d'une investigation oralement ou par écrit

Veille sanitaire

Connaissances

Principes et objectifs de la veille sanitaire à différents niveaux

Différences entre veille sanitaire, surveillance médicale et étude épidémiologique

Principaux réseaux français et européens de veille sanitaire

Expériences

Avoir participé au recueil systématique de données de vigilance

Compétences

Distinguer veille sanitaire, surveillance médicale et étude épidémiologique

Analyser de façon régulière les indicateurs de santé au travail

Identifier un agrégat de cas cliniques en milieu de travail pour préparer une démarche d'investigation

Participer à un réseau de veille sanitaire

Communication - négociation

Connaissances

Principes, techniques et outils de communication orale et écrite, notamment formation pratique à la prise de parole

Principes de négociation individuelle et collective et de gestion de conflit

Règles éthiques de la communication avec les autres acteurs en milieu de travail

Manipulation des outils informatiques de rédaction et de présentation assistée par ordinateur

Principes d'organisation, d'animation et de rédaction du compte rendu d'une réunion

Expériences

Avoir rédigé un rapport pour l'entreprise et en avoir réalisé une présentation orale

Avoir assisté à des réunions de commissions en entreprise (CHSCT, CE...)

Avoir participé à un plan de formation ou d'information des salariés

Compétences

Organiser et conduire une réunion

Rédiger un compte rendu de réunion

Faire une présentation audio-visuelle avec support

Rédiger un rapport d'étude pour les partenaires de l'entreprise

Argumenter une proposition en CHSCT

UE 10 : Outils et méthodes 3 : Planification en santé au travail - Evaluation des actions de prévention : 5 ECTS

Planification en santé au travail - Evaluation des actions de prévention

Connaissances

Etapes de la conduite d'un projet, réalisation d'un échéancier

Règles d'élaboration d'un budget

Modes et sources de financement des actions de prévention en santé au travail

Principes d'évaluation du rapport coût - efficacité des actions de promotion de santé

Expériences

Avoir participé à la mise en place d'un projet (formation, éducation sanitaire, étude ...)

Compétences

Conduire un projet en santé-travail au sein de l'entreprise

Rechercher les financements adéquats

Respecter l'échéancier du projet

Maîtriser les règles de bonne pratique et d'éthique

UE 11 : Outils et méthodes 4 : Management de l'équipe de santé au travail : 5 ECTS

Management de l'équipe de santé au travail

Connaissances

Principes de gestion d'équipe

Principes de gestion de budgets

Principes d'audit

Principes de la démarche qualité

Expériences

Avoir rédigé un profil de poste d'un professionnel de santé au travail

Avoir participé à une réunion de service

Compétences

Diriger et motiver une équipe

Négocier et gérer un budget

UE 12 : Soins d'urgence : 2 ECTS

Connaissances

Gestes d'urgence en cas de détresse vitale

Prise en charge de première intention des troubles aigus du comportement

Rôles et formations des sauveteurs secouristes du travail

Principes d'élaboration des protocoles de prise en charge d'urgence, incluant la mise à disposition du matériel et des médicaments de premier secours

Rôle propre des infirmières de santé au travail

Expériences

Avoir participé à la prise en charge médicale d'urgences médicale

Avoir participé à l'élaboration et la mise en place de protocoles de prise en charge, incluant la mise à disposition du matériel et des médicaments de premier secours

Compétences

Prendre en charge une urgence sur le lieu de travail

Former et évaluer des sauveteurs secouristes du travail

Elaborer, faire appliquer et évaluer des protocoles d'urgence

UE 13 : Du risque professionnel au risque environnemental : 2 ECTS**Connaissances**

Organisation générale de la protection de l'environnement : les différents acteurs et missions respectives des acteurs, incluant le médecin du travail et le CHSCT

Principes de réglementations en termes de protections d'environnement, les installations classées, les déchets et rejets

Principes d'éco-toxicologie et de pollution environnementale (physique, chimique et biologique)

Risques technologiques majeurs

Place du service de santé au travail dans la gestion du risque environnemental : POI, PPI et autres plans, dont les plans blancs

Expériences

Avoir analysé une situation clinique au regard d'une cause environnementale possible

Avoir été en liaison avec d'autres spécialistes ou institutions compétent dans le domaine environnemental

Avoir participé à l'identification d'un risque environnemental d'une entreprise

Avoir participé à l'élaboration ou la mise en place d'un plan d'urgence

Compétences

Identifier les risques environnementaux générés par les activités de l'entreprise

Conseiller et orienter l'employeur en matière de risque environnemental

Conseiller et orienter l'entreprise dans la gestion d'un risque majeur

Sigles utilisés

AERES	Agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur
AFSSA	Agence française de sécurité sanitaire des aliments
AFSSET	Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail
AHU	Assistant hospitalier universitaire
ANR	Agence nationale de recherche
ARACT	Association régionale pour l'amélioration des conditions de travail
ARS	Agence régionale de santé
AT/MP	Accidents du travail / maladies professionnelles
BTP	Bâtiment et travaux publics
CARSAT	Caisses d'assurance retraite et de la santé au travail
CCA	Chef de clinique des universités - assistant des hôpitaux
CCPP	Centre de consultation de pathologies professionnelles
CHSCT	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CHU	Centre hospitalier universitaire
CISME	Centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise
CNIPI	Commission nationale de l'internat et du post-internat
CNU	Conseil national des universités
COCT	Conseil d'orientation des conditions de travail
COV	Composé organique volatil
CRAM	Caisse régionale d'assurance maladie
CRPRP	Comités régionaux de prévention des risques professionnels
CRRMP	Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles
DCEM	Deuxième cycle des études médicales
DES	Diplômes d'études spécialisées
DESC	Diplôme d'études spécialisées complémentaires
DIRECCTE	Direction régionale des Entreprises, de la Concurrence et de la Consommation, du Travail et de l'Emploi
DIUST	Diplôme interuniversitaire en santé au travail
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DRTEFP	Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle
DU	Diplôme universitaire
ECN	Epreuves classantes nationales
EHESP	Ecole des hautes études de santé publique

EPP	Evaluation des pratiques professionnelles
ETP	Equivalent temps plein
EVREST	Evaluation et relation en santé au travail
FAN	Fichier actualisé des nuisances
FAST	Fichier actualisé des situations de travail
GIP	Groupement d'intérêt public
HAP	Hydrocarbures aromatiques polycyclique
HAS	Haute autorité de santé
HU	Hospitalo-universitaire
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IGAENR	Inspection générale de l'administration, de l'éducation nationale et de la recherche
INMA	Institut national de médecine agricole
INRETS	Institut national de recherche sur les transports et leur sécurité
INRS	Institut national de recherche et de sécurité
InVS	Institut national de veille sanitaire
IPRP	Intervenant en prévention des risques professionnels
LMD	Licence master doctorat
MCU-PH	Maître de conférences des universités-praticien hospitalier
MESHS	Maison européenne des sciences de l'Homme et de la société
MIRTMO	Médecin inspecteur régional du travail et de la main d'œuvre
ONDPS	Observatoire national de la démographie des professions de santé
OPPBTP	Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics
PCEM	Premier cycle des études médicales
PISTE	Protocoles d'intervention du travail en équipe
PME	Petites et moyennes entreprises
PU-PH	Professeur des universités-praticien hospitalier
PST2	Plan santé travail 2
REACH	Registration, evaluation and authorisation of chemicals
RNV3P	Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles
SFMT	Société française de la médecine du travail
TCEM	Troisième cycle des études médicales
TMS	Trouble musculo-squelettique
TPE	Très petites entreprises
UFR	Unité de formation et de recherche
UMRESTTE	Unité mixte de recherche épidémiologique et de surveillance transport travail environnement