

Nouvelles Visions

Pour une société de la connaissance

Une étude de la commission Santé
de la FONDATION CONCORDE (*)

LA SANTE AU TRAVAIL

2009 : enfin une vraie réforme

Pour notre ami le Professeur Henri BENSAHEL
Président du Comité scientifique de la
Commission Santé de la Fondation Concorde

Février 2009

(*) Auteurs : Dr Alain Bérard, Dr Christian Courtonne et Dr Ange Mezzadri

Dossier édité par la Fondation Concorde
Toute correspondance est à adresser au :
9, rue de Téhéran – 75008 Paris
Tél : 01.45.61.16.75
Fax : 01.45.61.15.19
Email : info@fondationconcorde.com

www.fondationconcorde.com

Directeur de la publication : M. Rousseau

SOMMAIRE

RESUME.....	5
INTRODUCTION	7
PREMIERE PARTIE :	
DE LA MEDECINE DU TRAVAIL A LA SANTE AU TRAVAIL.....	9
I-1. La médecine du travail.....	9
I-2. La médecine du travail centrée sur les risques professionnels...	12
I-3. La médecine du travail et la santé publique.....	13
I-4. Le médecin du travail et la santé publique.....	15
I-5. Utilité et coûts de la santé au travail	16
DEUXIEME PARTIE :	
INSUFFISANCES ET INADAPTATIONS DU SYSTEME ACTUEL	20
TROISIEME PARTIE :	
UNE NOUVELLE ARCHITECTURE DE LA SANTE AU TRAVAIL	22
III-1. Les objectifs de la réforme	24
III-2. Une nouvelle organisation de la santé du travail	25
QUATRIEME PARTIE :	
LE FINANCEMENT DU DISPOSITIF	33
CONCLUSION	36
ANNEXES 1.....	37
ANNEXES 2.....	39
PRECEDENTES PARUTIONS DE <i>NOUVELLES VISIONS</i> EDITEES PAR LA FONDATION CONCORDE.....	47

RESUME

Plus qu'ailleurs le lien entre santé et travail est un enjeu majeur du dispositif médicosocial de notre pays. Majoritairement, le système de santé est assis sur les cotisations liées au travail. En pratique, nous travaillons tous pour payer notre santé. La cohérence voudrait que le travail n'altère pas la santé des travailleurs. Il existe un dispositif chargé de prévenir « les altérations de la santé des travailleurs du fait de leur travail » ; c'est la médecine du travail. Là encore, nous retrouvons une spécificité nationale qui ne possède pas son pareil en Europe. S'agit-il d'exception pertinente ? Le scandale de l'amiante a prouvé avec éloquence que non. La médecine du travail a failli à sa mission première ; d'où la nécessité enfin d'une réforme profonde. Santé et Travail étant intriqués, il faut repenser la prévention de la santé au travail avec la santé en général et l'assurance maladie en particulier, car les caisses régionales sont chargées de prévention des maladies professionnelles et des Accidents du travail. Il convient de simplifier le dispositif en unissant les services de santé au travail à l'assurance maladie comme cela se fait dans le monde agricole au sein de la MSA. Il convient de clarifier le financement de la santé au travail ainsi que sa gouvernance. L'enjeu est d'abord humain : éviter que nos compatriotes soient malades ou pire meurent du fait du travail. L'enjeu est ensuite économique. En termes de coût global, la non-santé au travail ampute le PIB du pays de 4, 8% par an au minimum (voire 6,1% selon d'autres estimations).

Les dépenses de santé, pour leur part, s'élèvent à environ 11% du PIB du pays. L'équation est simple : les dépenses de santé sont solvabilisées par le travail lequel est responsable d'altérations de la santé, parce que le dispositif de prévention est inadapté. En quelque sorte, le chat se mord la queue. Nous souhaitons qu'il y ait enfin une vraie réforme. Il en est de la responsabilité de l'Etat car la politique de santé publique, y compris au travail, est une fonction régaliennne. Il en va de la compétitivité de nos entreprises. Il en va de la santé des Français. Nous ne pouvons plus continuer comme auparavant. C'est forte de cette conviction que la Fondation Concorde propose par la présente monographie des pistes originales.

INTRODUCTION

La santé au travail est au service des travailleurs, de la population. Pourtant celle-ci ne connaît pas bien le rôle de la médecine du travail. Un sondage SOFRES réalisé en septembre 1996 montrait déjà que 30 % des salariés et 40 % des chefs d'entreprise déclaraient ce dispositif « non utile », soit pratiquement une personne sur trois.

Dans le champ de la santé, les associations de patients se posent encore aujourd'hui la question de savoir si les médecins du travail sont des personnes de confiance avec lesquelles il est possible de travailler, des alliés ou non.

Une étude réalisée en octobre 2007 par l'IFOP auprès de Directeurs des ressources humaines pointaient le manque d'outils pour analyser l'état de santé de leurs salariés et mettre en place des politiques de prévention santé...

Le vendredi 27 juin 2008, M. Xavier Bertrand, alors ministre du Travail, des Relations Sociales, de la Famille et de la Solidarité, dans son discours devant les partenaires sociaux lors de la deuxième conférence sur les conditions du travail, posait les grandes orientations de la réforme de la médecine du travail qu'il entendait mener en 2009.

Les points principaux de la réforme à venir concernaient :

- le développement d'une culture de prévention,
- le renforcement de l'efficacité des services de santé au travail (SST),

- de nouvelles modalités de financement des services de santé au travail.

Il s'agit d'une réforme qui se veut ambitieuse en réformant en profondeur le dispositif de la santé au travail en France afin de la rendre plus utile et plus efficiente.

Pourquoi une telle réforme ? Quel est le diagnostic posé et quelles sont les mesures qui permettront de moderniser la santé au travail ? Telles sont les questions auxquelles nous allons apporter des éléments de réponse dans la suite de ce livret.

Première partie :

De la médecine du travail à la santé au travail

I-1. La médecine du travail

Il est classique de situer à la Libération la naissance de la médecine du travail française (caractère fondateur de la loi de 1946). Cependant, la médecine du travail n'a pas été instituée ex nihilo ; le diplôme de médecine fut créé à Lyon en 1930, puis à Paris en 1935 et enfin à Lille en 1940... Mais, c'est en effet à la Libération que fut pensée et organisée la médecine du travail.

Les principes généraux l'organisant étaient et sont :

- la généralisation de la médecine du travail à la plus grande partie des entreprises (certains secteurs professionnels étant dotés d'un régime spécial) ;
- le caractère obligatoire de la médecine du travail, avec sa gestion et les frais afférents à la charge des employeurs (les entreprises versent une cotisation pour salarier des médecins, qui vont s'assurer de la bonne santé des travailleurs et de leur environnement) ;
- une orientation exclusivement préventive de l'action des médecins du travail ;
- une spécialisation des médecins du travail assortie d'une formation adaptée ;
- l'indépendance technique du médecin du travail et le respect de la Déontologie médicale (notamment du secret médical) ;

- un contrôle des services de médecine du travail par les représentants salariés des entreprises.

La médecine du travail selon le décret de 1946, intéresse exclusivement le secteur privé. La santé au travail dans la fonction publique relève d'autres textes.

Les agents titulaires de la fonction publique relèvent de la médecine statutaire, pour les trois fonctions publiques :

- de la médecine de prévention, pour les employés de l'Etat ;
- de la médecine professionnelle de prévention, pour les employés des collectivités territoriales ;
- de la médecine du travail du personnel hospitalier.

La santé au travail est un vaste dispositif de prévention qui couvre 15,3 millions de salariés du secteur industriel et commercial et mobilise plus de 6 500 médecins et 10 500 professionnels non médicaux regroupés dans 943 services de santé au travail (SST). Quant au médecin du travail, c'est un salarié qui est indépendant du chef d'entreprise pour toute son activité relevant de la technique médicale. Toutefois, son rôle médical se limite au constat et ne peut se substituer à un médecin traitant. Il est un conseiller en matière de santé tant des chefs d'entreprise que des salariés.

Son temps se décompose en deux activités :

- **Une activité appelée « Action en Milieu de Travail » (AMT) :** il s'agit d'étudier les conditions de travail des salariés, ainsi que l'hygiène et la sécurité des entreprises. En théorie le médecin du travail peut étudier les postes de travail mais n'étant pas ingénieur en ergonomie, il le fait souvent de manière superficielle. Pour des études précises, il requiert l'avis

d'organismes adaptés ; ceci à la charge bien sûr de l'employeur. Dans les services médicaux interentreprises des grandes entreprises, de nombreux médecins du travail utilisent ce temps à des fins purement médicales : vaccinations, cours de secourisme, spirométries, consultations approfondies...

- **Une activité clinique** : les visites médicales pour moins des deux tiers de son temps, dont la fameuse visite annuelle (biannuelle pour certains). C'est à cette activité que la majorité de la population réduit la médecine du travail.

Le médecin du travail est un spécialiste et doit être titulaire du Certificat d'Etudes Spécialisées (CES) ou du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de médecine du travail. Malgré la création d'une filière du concours européen, la profession vieillit et a du mal à renouveler ses effectifs. La spécialité n'attire plus assez de médecins ; l'ensemble des postes offerts à l'internat de médecine n'est pas pourvu.

Le médecin du travail est un praticien soumis aux mêmes règles déontologiques que ses confrères. Se pose la question de son indépendance. Le médecin du travail est en effet salarié et il doit pour agir veiller à la qualité de ses relations avec les responsables d'entreprise car si en théorie il dispose de par la loi d'une indépendance technique, il n'en est pas de même de sa relation salariale. Présentée souvent par certains comme de la pusillanimité voire de la passivité complice, la modération de médecins du travail vise en réalité et de manière pragmatique à obtenir des marges de manœuvre plus grandes dans les actions qu'ils veulent promouvoir. Et ceci dans l'intérêt même des salariés dont ils ont la charge.

I-2. La médecine du travail centrée sur les risques professionnels

« Aptitude, une imposture à la française ». Que veut dire « apte au poste » ? En quoi donc le rituel certificat d'aptitude protège-t-il la santé des salariés ?

Il n'existe pas à proprement parler de définition générale de la maladie professionnelle. On retrouve seulement un catalogue de conditions qui font que celles-ci peuvent être reconnues comme résultant d'une activité professionnelle et, dans un second temps, indemnisées, conformément aux dispositions de la réglementation. Le système français, fondé sur la l'imputabilité, n'exige pas que la victime prouve la relation entre sa maladie et le travail effectué, mais seulement qu'elle réponde aux conditions énoncées dans le tableau des maladies professionnelles la concernant. Mais il faut que la pathologie concernée figure dans la catalogue officiel ; ce qui n'est ni le cas du stress, ni de la souffrance veineuse par exemple.

On parle en France de « réparation » des maladies professionnelles ce qui induit une compensation financière ou indemnisation. Cependant il existe une sous déclaration de maladies professionnelles car bon nombre de travailleurs refusent de faire la déclaration de peur de perdre leur emploi. Chaque année, près de 10 % des 16 millions de travailleurs du secteur privé ont un accident du travail, dont environ 700 000 donnent lieu à un arrêt de travail et 50 000 sont graves (incapacité permanente au moins partielle). Les TMS (troubles musculo-squelettiques) et les pathologies liées au stress représentent actuellement les trois quarts des maladies professionnelles déclarées. Mais on estime que 80 % des maladies professionnelles ne sont pas reconnues comme telles et sont prises en charge par la branche maladie de la sécurité sociale.

I-3. La médecine du travail et la santé publique

La conception de la médecine du travail, strictement centrée sur les risques professionnels, était sans doute pertinente en 1946 quand la médecine du travail est devenue une obligation pour les employeurs du secteur privé. Aujourd'hui, la médecine du travail est encore imposée par la loi à tous les salariés et à toutes les entreprises du pays, cela sans discernement. Cette attitude n'est plus pertinente. En effet, les objectifs et méthodes d'un dispositif moderne de prévention de la santé au travail doivent être adaptés aux différents secteurs socio-professionnels. Pour mémoire, l'activité économique est de nos jours essentiellement de services (60 % de l'activité) et non plus industrielle. Les risques ne sont plus les mêmes.

En Allemagne, les petites entreprises de type artisanal et commercial ne sont pas astreintes à la médecine du travail... Quand les entreprises ne présentent pas de risque pour leurs salariés, un tel système est vécu comme une contrainte.

Depuis 1985, le Bureau International du Travail a remplacé le concept « médecine du travail » par le concept de « santé au travail » dans ses recommandations...

Il est nécessaire de développer une véritable culture de la prévention. Cela implique d'inverser les priorités qui étaient celles de la médecine du travail ; la santé des travailleurs doit désormais être prise en compte beaucoup plus en amont, par des actions collectives plus efficaces et un suivi adapté aux besoins. Il s'agit de passer de la réparation à la prévention. Il paraît judicieux de privilégier le plus possible la prévention primaire (intervention auprès d'une population saine afin d'empêcher la survenue de la maladie). En France, la prévention tertiaire (éviter la survenue de complications, de récives ou de

rechutes) a d'abord été privilégiée par la réparation des maladies professionnelles dès 1919. Puis vint le temps de la prévention secondaire des maladies professionnelles à partir de 1946 (dépistage et diagnostic précoces afin d'avoir le meilleur pronostic en terme de guérison et de suivi). Certes l'exigence d'action en milieu de travail avait été formulée dès 1946, mais en pratique il a fallu attendre la directive cadre européenne de juin 1989 et la loi du 31 décembre 1991, pour que de telles actions de prévention primaire se développent réellement.

L'organisation des actions de santé publique est directement liée à la connaissance de la distribution des facteurs de risques professionnels et à leur impact sur le « capital-santé » des actifs. De nombreuses études de cohortes ont été menées :

- Evaluation des risques professionnels des conditions de travail (SUMER) : ces études sont réalisées à intervalles réguliers. Elles ont pour but de décrire, en impliquant environ 20 % des médecins du travail, la distribution des risques d'exposition en fonction des métiers et plus largement des branches d'activité professionnelle.
- Le but de la mise en place de la cohorte COSMOP (cohorte pour la Surveillance de la mortalité par Profession) est de décrire les causes de décès par profession et par secteur d'activité, et d'en surveiller l'évolution.
- Un système national de surveillance de la santé mentale en lien avec le travail est mis en place depuis 2006 (programme SAMOTRACE : SANTé Mentale Observatoire Travail Rhône Alpes et CENTre) afin de décrire la fréquence des troubles mentaux selon la profession et les principaux secteurs d'activité concernés, de mettre en évidence les facteurs de risque supposés ou reconnus et de décrire l'évolution dans le temps de ces troubles.

- Le programme national de surveillance du mésothéliome (PNSM) est un système permanent de surveillance épidémiologique des effets de l’amiante sur la santé de la population française...

Aux Etats-Unis comme dans les autres pays anglo-saxons, la médecine du travail est une branche de la santé publique. En France, il existe historiquement une filiation culturelle entre médecine légale et médecine du travail. La médecine du travail dépend en effet du ministère du travail et l’activité des médecins du travail est régie par le Code du travail. La santé publique relève du ministère de la santé et l’activité des médecins est régie par le Code de la santé publique. Si la « santé au travail » est structurante de la « santé publique », le médecin du travail n’est pas un intervenant en santé publique. C’est un acteur de prévention chargé de questions médicales liées au travail. Il est chargé de prévenir les risques professionnels...

Il est à noter que le médecin du travail n’aura pas accès au dossier du patient dans le cadre du DMP (dossier médical personnel)...

Ce sont ces méthodes que nous aborderons dans la deuxième partie de cet ouvrage ; elles ne sont pas coûteuses pour l’Etat ; elles sont mobilisatrices et conçues pour redonner confiance aux dirigeants.

I-4. Le médecin du travail et la santé publique

Selon certaines statistiques, en région parisienne 40 % des salariés ne sont suivis par aucun autre médecin que le médecin du travail, et au niveau national 30 % des salariés ont un état de santé déficient. Demain du fait du vieillissement de la population ce pourcentage pourrait atteindre 50 %. Les entreprises quant à elles sont de plus en plus confrontées à la compétition économique mondiale. Comment être

dans le peloton de tête en matière économique avec une main-d'œuvre qui accumule déficiences et handicaps ? Certes par le développement de la prévention, mais aussi d'une meilleure synergie entre les médecins traitants et les médecins de prévention, car tous concourent au meilleur état de santé des patients. En cela tous sont des acteurs de santé publique.

Le médecin du travail est aussi un « découvreur » de pathologies générales. La Société de médecine du travail de l'Ouest-Ile-de-France a démontré que le médecin du travail est à l'origine de la détection de 35 % des cas de cancer. Dans 73 % des cas, il a permis de détecter la maladie à un stade précoce (dépistage ou diagnostic précoce), alors que ce pourcentage n'est que de 42 % pour le médecin traitant ou le spécialiste, qui sont le plus souvent confrontés à une affection déjà symptomatique. Il peut dépister un diabète grâce aux analyses par bandelettes urinaires souvent confirmées par des analyses de sang au bout du doigt, les atteintes rénales également grâce aux bandelettes urinaires, des anomalies thyroïdiennes grâce au palper systématique du cou, des lésions dermatologiques grâce à la visite déshabillée, des lésions stomatologiques grâce à l'examen de la bouche...

Le médecin du travail est aussi un éducateur pour la santé dans le cadre de la lutte contre le VIH, la lutte contre la toxicomanie, de l'Ecole du dos...

I-5. Utilité et coûts de la santé au travail

Dans le secteur privé, le médecin du travail ne dispose en général que d'une marge de manœuvre limitée pour conduire des actions de promotion de la santé en milieu de travail, notamment en cas de restriction d'aptitude. De plus son rôle souvent plus clinique que

technique limite l'impact, voire la crédibilité de ses propositions sur l'amélioration et l'organisation du travail, particulièrement dans les petites et moyennes entreprises où ses moyens d'action sont en général extrêmement faibles. Ceci explique en partie les reproches faits à la médecine du travail quant à son efficacité sur l'amélioration des conditions de travail.

Le financement de la santé au travail provient de la cotisation obligatoire. La cotisation de médecine du travail est calculée pour une prestation comprenant des examens médicaux et des examens complémentaires rendus nécessaires par les risques auxquels le salarié est exposé, fondés sur l'analyse du milieu de travail. La cotisation dont s'acquitte l'entreprise couvre également l'activité du médecin du travail en milieu de travail et l'ensemble des charges supportées par le service médical (dépenses de personnel, investissements).

Depuis la « réforme » de 2004, l'effectif attribué à un médecin du travail temps-plein est de 450 entreprises affectées au maximum ; 3 200 examens médicaux annuels maximum pour au maximum 3300 salariés sous surveillance médicale. Ces seuils sont étonnants à la lumière d'une circulaire de 1985 rappelant qu'au delà de 2 880 salariés par médecin du travail, la prestation médicale était jugée non satisfaisante. Autre temps, autres mœurs !

En 2005, selon les comptes de la protection sociale, les cotisations pour Accident du travail et Maladies professionnelles (AT-MP) s'élevaient à 8,7 milliards d'euros. Le dispositif « médecine du travail » coûtait 1,3 milliards d'euros auxquels s'ajoutaient 378 millions d'euros pour la prévention des risques professionnels et 470 millions d'euros pour l'hygiène du milieu, soit un total de 2,1 milliards d'euros...

En avril 1990, un sondage paru dans l'Usine Nouvelle (no 2264 du 19 avril 1990) montrait que 59 % des personnes interrogées pensaient que

le coût de la médecine du travail était trop cher contre 37 % qui pensaient le contraire. Ce coût est souvent jugé excessif par les dirigeants des PME. Et l'on peut sur ce point comprendre l'inquiétude des employeurs soumis à des charges croissantes. Plus l'entreprise est petite et plus la médecine du travail paraît onéreuse. En effet, l'action des médecins est plus limitée.

Aujourd'hui, 95 % des 6 500 médecins du travail sont employés par des associations loi 1901. Bien qu'à but non lucratif, les services interentreprises de médecine du travail se livrent, au moins dans les grandes agglomérations, à une « émulation commerciale » qui nuit au bon suivi médical des populations. Même si les articles 92 et 97 du nouveau Code de déontologie médicale rappellent que rentabilité et prestations médicales ne font pas bon ménage et que la médecine, même du travail, n'est pas un commerce, quelques services peu scrupuleux « bradent » leurs prestations pour être « moins chers » sur le marché et font une concurrence plus que déloyale aux services qui privilégient la qualité du suivi médical. Les services de médecine du travail sont tous contrôlés par des représentants du Medef ou de la CGPME. Depuis 2004, la loi impose la parité dans leur conseil d'administration: 2/3 de patrons - 1/3 de salariés. Dans les faits, seuls les employeurs ont les moyens de contrôler ces activités...

De manière globale, la médecine du travail paraît d'autant plus chère que son impact en termes d'améliorations des conditions de travail paraît faible. Il serait cependant intéressant de démontrer ce que la médecine du travail fait économiser à la collectivité. En effet, quand le médecin du travail vaccine des salariés, ce sont autant de consultations en libéral non facturées à la sécurité sociale. Il faut également ajouter le bénéfice lié à la vaccination...

Ceci étant, la médecine du travail n'a jamais pour l'instant su démontrer qu'elle pouvait être source d'économies ; c'est lié à une grave carence de méthodologie d'évaluation. Le coût du dispositif incombe à des particuliers (les employeurs) et le bénéfice à la collectivité. L'appréciation du bénéfice relèverait de la santé publique donc du Ministère de la Santé. La médecine du travail relève du Ministère du Travail. Or il n'existe pas en France d'outils transversaux et nationaux d'évaluation médico économique.

Les pays du Nord de l'Europe ont fait une évaluation du retentissement sur les économies nationales des conséquences des inaptitudes au travail, quelles que soient leurs causes, en incluant également les conséquences de la mortalité prématurée. Il s'est avéré, contre toute attente, que ces coûts étaient fort importants, allant de 17 à 22 % du produit national brut (PNB) dans les différents pays.

Une étude économique présentée au MEDEC 2008 donnait pour la France une estimation de l'impact macro économique de la « non santé » au travail (AT-MP) pour l'année 2005 :

- l'ensemble des coûts directs s'élevait à presque 1 % du Produit intérieur brut (PIB) : 15 milliards d'euros ;
- l'ensemble des coûts indirects s'élevait à presque 5 % du Produit intérieur brut (PIB) : 81,8 milliards d'euros.

Soit un total de près de 6 % du PIB. Ces données concernaient essentiellement le secteur de l'industrie et du commerce ; n'étaient donc pas pris en compte le régime des fonctionnaires, le régime agricole, celui des professions indépendantes... Quel que soit le coût de la médecine du travail, le potentiel d'économie à réaliser en diminuant les AT-MP reste considérable...

Deuxième partie :

Insuffisances et inadaptations du système actuel

De nombreux rapports ont tenté d'analyser la place de la médecine du travail et d'apporter des axes de réforme. Le dernier en date (11 novembre 2007) est le rapport Conso-Frimat rédigé en collaboration avec les Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et Inspection de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (IGAENR).

Plusieurs critiques sont formulées :

1. **Un système qui doit s'adapter aux besoins et nécessités :**

- La France bénéficie d'un système unique qui ne fait pas la preuve de son efficacité : la médecine du travail ne participe pas ou à la marge à la prévention des salariés, à la limitation des coûts directs ou cachés engendrés au niveau des entreprises et des financeurs institutionnels. Ces coûts bien que difficiles à appréhender sont cependant très importants.
- L'organisation actuelle de la médecine du travail ne participe pas à satisfaire les buts poursuivis : Prévention, santé, efficacité optimisée, climat social.

2. **Pénurie médicale :** la médecine du travail va connaître une pénurie de médecins du travail considérable dans une limite de temps inférieure aux années d'étude. Le phénomène est connu, Il concerne la médecine du travail comme il concerne d'autres spécialités médicales (voir le rapport de l'Observatoire National des Professions de Santé,

2005 dit "rapport Berlan" sur la démographie médicale). Voyons, pour illustration, quelques données relatives à la médecine du travail prises dans le rapport IGAS-IGAENR intitulé "Bilan de la réforme de la médecine du travail" rendu public en Octobre 2007 :

- Les effectifs actuels en médecins du travail ne répondent plus aux besoins découlant des obligations légales en vigueur ;
- La pyramide des âges déséquilibrée : en 2007, trois médecins du travail sur quatre ont plus de 50 ans ;
- Le taux de renouvellement est insuffisant. D'ici cinq ans un minimum de 1700 départs en retraite est à prévoir pour 370 nouveaux spécialistes qui seront formés dans le même temps par le système actuel de l'internat, à régime inchangé et à flux constants.

Ainsi, la médecine du travail dans sa conception actuelle va d'ici 5 ans disparaître faute de pouvoir assumer sa mission obligatoire première actuelle : la visite médicale, que" certains considèrent encore comme un "acquis social" mais dont chacun a pu constater les limites ; notamment grâce au scandale de l'amiante.

Troisième partie :

Une nouvelle architecture de la santé au travail

Il importe dans la nouvelle architecture de répondre à une demande latente de la plupart des acteurs en matière d'analyse des situations et d'aide pratique au sein des entreprises. Pour atteindre cet objectif, il faut :

1. Redéfinir la vocation des services de santé au travail (SST) : la médecine du travail dispose d'une vocation aujourd'hui inappropriée à sa mission, ne dispose pas d'objectifs stratégiques nationaux ni de démarche qualité appropriée. Son positionnement au Ministère du Travail, alors que l'enseignement dépend de la santé (et de l'Enseignement supérieur), l'absence d'objectifs nationaux et locaux, de référence à la littérature, l'absence de référentiels qualité sont autant de lacunes qui participent au désintérêt de ce secteur en retrait de la mouvance en santé et à une conception de santé publique.

Il importe d'organiser la médecine du travail en Pôles de Prévention de la santé au travail. Pour y parvenir à très court terme, une réforme en profondeur est nécessaire, selon les objectifs suivants :

2. Retrouver de la compétence médicale de base : recherche de complémentarités nécessaires entre les obligations de visite médicale d'embauche et de suivi et la capacité à les réaliser. Une complémentarité SST / hôpital doté de ses plateaux techniques qui permettrait la prise en charge des examens de base. Des conventions SST / cliniques en complèteraient le dispositif au plan géographique. Un Dossier médical personnel (DMP) commun est une source d'information centralisée incontournable ; nous reviendrons plus loin sur cette

question avec une proposition concrète. Le rattachement de la santé au travail à la santé constitue une possibilité de facilitation des mutualisations des compétences et d'harmonisation des pratiques professionnelles.

3. Restructurer l'offre prévention des SST : une modification substantielle de la vocation du service de médecine du travail en service prévention santé est nécessaire. Une approche qualitative dotée d'une démarche qualité visant la certification à partir de référentiels de type HAS et non plus à partir de textes obsolètes dans un certain nombre de cas représenterait un levier du changement participant à la réorientation des services.

4. Réaffirmer une vocation prévention : des objectifs stratégiques par SST visant par entreprise à limiter les risques, enregistrant statistiquement les résultats et mesurant les écarts, les historiques... Cet objectif suppose l'existence de tables thématiques nationales des risques par typologie de métier ou de facteur de risque. Cette évaluation normée participerait à une connaissance de l'existence par entreprise de l'évaluation des risques ciblés individuels par salarié. Cette évaluation engendra un programme pluriannuel avec l'entreprise avec mesure des écarts et suivis, individuels et collectifs, économiquement valorisés afin de sensibiliser et motiver les entreprises à des changements de pratiques.

5. Mettre en œuvre la pluridisciplinarité des SST : une nécessité pour répondre aux besoins par une approche organisationnelle du travail managériale, économique, sociale, psychologique et ergonomique de la problématique d'entreprise. Ceci représente autant de pratiques non médicales qui supposent une capacité à appréhender la gestion de projets visant au changement et à l'amélioration dans l'entreprise pour limiter les risques d'accidents physiques et/ou psychosociaux.

Ce n'est donc pas une énième adaptation qui est nécessaire, mais une réforme de grande envergure.

III-1. Les objectifs de la réforme

L'objectif se traduirait alors par une réorientation de la vocation profonde des centres de santé avec :

- Un transfert de la visite médicale obligatoire et de reprise vers la médecine libérale et/ou hospitalière,
- Un suivi des cas particuliers à risques spécifiques par les centres de prévention de santé au travail,
- la mise en place d'audit par secteur d'activité et par métier référencé au niveau national avec un contrôle des pouvoirs publics (contractualisation et certification),
- La mise en place d'une collaboration entreprise - centre de santé sur la base d'indicateurs sociaux,
- Une réforme du CHS-CT et extension.

De manière opérationnelle, il importe de mettre en œuvre un cadre visant à réformer l'action des centres de santé en profondeur :

- Rattachement de la Prévention au travail au Ministère de la santé et non plus au Ministère du Travail,
- Restructuration des méthodes de travail pour une restructuration de l'offre des centres de santé,
- Réalisation de bilans des risques pluridisciplinaires par entreprise, élaboration d'instruments de mesure de risques individuels et collectifs par métier et type d'activité,
- Mise en œuvre d'une démarche d'amélioration continue de la qualité par une certification fondée sur des référentiels de type HAS

par centre de santé, avec définition d'objectifs par centre avec des critères d'efficacité de son action,

- Elaboration d'un DMP commun avec la médecine de ville et les établissements de santé,

Arrêtons-nous sur cette question compte tenu de son importance et des polémiques qu'elle suscite. Le but du DMP - quoi que certains se plaisent à en dire - est bien qu'il soit unique ; donc qu'il concerne également le versant travail de la santé de l'individu. Ainsi, la Commission Santé de la Fondation Concorde, sommes nous entièrement d'accord pour demander que le médecin du travail y ait accès. Pour lever les dernières réticences, nous ajoutons que le médecin du travail doit, pour cela, être effectivement - et non plus théoriquement - indépendant ; ce qui accentue encore la nécessité d'une réforme de la gouvernance de la santé au travail que nous appelons de nos vœux. La confiance des partenaires sociaux et de tous les acteurs concernés est à ce prix.

- Réformer le financement actuel fondé sur la visite médicale,
- Créer de nouvelles activités,
- Mettre en place par les centres de Prévention, dans les entreprises des formations sur les thématiques des risques professionnels et autres.

III-2. Une nouvelle organisation de la santé du travail

L'organisation à venir sera issue d'une restructuration de l'offre de Prévention. Le temps est compté du fait des nombreux départs en retraite de médecins du travail. Mais in fine, il s'agit de mieux protéger la population.

La nouvelle organisation induit :

- Une direction départementale fixant des objectifs en termes de Prévention (sorte de schéma départemental) de la part des centres de santé et évaluant les résultats sur un plan départemental puis agrégés aux niveaux régional (schéma régional) et national (schéma national) ;
- La contractualisation pluriannuelle d'objectifs et de moyens (CPOM) pour les centres de Prévention en santé au travail pouvant servir d'outil de planification sanitaire par le biais d'une dotation budgétaire ;
- Une relation plus étroite avec la branche maladie (CNAM, CC-MSA, CANAM) ;
- La création d'une certification de type hospitalière (type HAS) mais adaptée aux centres de Prévention en santé, de même pour les centres de santé ;
- Un CHS-CT renforcé avec la formation par les centres de santé et une responsabilisation de ses membres ;
- Des rôles et des missions renouvelés :
 - à définir par département avec une cartographie des besoins : nombre d'entreprises, nombre de salariés ;
 - réalisés sur le département par une offre de services restructurée (centres de prévention au travail) avec incitation à la mutualisation et au regroupement : en GIE, en GIP ou mieux encore en GCS départementaux et interdépartementaux. Ces regroupements permettront des économies d'échelle, d'accroître les savoir-faire pour atteindre des capacités de conseil, de formation et de suivi des travailleurs à risque ou en situation de handicap.
- La création d'une Maison de la Prévention au travail par département : centre de référence ressources et de documentation ;

- Le versant travail de la santé sera pris en charge par les ARS, Agences Régionales de Santé, dès que celles-ci seront effectivement créées, en tenant compte de l'architecture que nous venons de détailler.
- Une nouvelle organisation pour un métier mieux appréhendé : la Prévention, avec :
 - L'élaboration, validation puis utilisation d'outils d'évaluation communs aux différentes activités des entreprises ;
 - L'utilisation d'outil d'évaluation des risques des salariés et du risque dans l'entreprise (données quantitatives : métrologie, et données qualitatives) ;
 - La mise en place de rapport type au niveau national de rendu (agrégation des résultats enregistrés en infra) ;
 - Le développement du métier de formateur.
- des outils d'analyse et de suivi pour des résultats évalués :
 - mise en place d'équipes pluridisciplinaires dans les centres de santé pour établir des rapports dont ils sont les responsables, coordonnés par le Médecin du travail, lui-même co-auteur.
 - création d'un rapport de type pluridisciplinaire, par entreprise, d'évaluation des risques avec :
 - mise en place d'indicateurs de suivi et de seuils d'alerte du plan pluriannuel ;
 - des recommandations suite aux résultats par entreprise et salarié, avec score individuel par entreprise et salarié ;
 - mise en place de sanctions incitatives au niveau des entreprises à la réalisation du plan pluriannuel.
 - et mise en place d'une démarche d'amélioration continue de la qualité répondant aux objectifs précités, évalués par une certification type HAS.

La conduite du changement

Une telle réforme nécessite un changement en profondeur de l'action, donc des mentalités. La nécessité d'envisager un phasage sur 5 ans minimum constitue une évidence. La transformation des centres de santé au travail en centre de Prévention constitue un défi inévitable qui nécessite une volonté de mettre en œuvre sur le territoire français de nouvelles méthodes de travail et un système d'information compatible avec l'ancien.

La réforme devra s'accompagner de communication, de séances d'information interactives, de formations, de conviction pour cette mutation.

Une équipe nationale de pilotage, des équipes projets et des équipes de suivi seront à constituer. L'accompagnement sur le terrain au niveau des départements, des centres de santé, des entreprises sera indispensable pour que les évolutions souhaitées se mettent en place dans les meilleures conditions.

Le pilotage politique et le circuit financier

1. Le Ministère de Tutelle : le ministère idoine serait un Ministère de la Santé élargi.

Ce regroupement permettrait une meilleure prise en compte de la dimension environnementale de la santé en France. Cependant, tant que ce grand Ministère n'existera pas il serait judicieux que la santé au travail reste au Ministère du Travail mais que des passerelles interministérielles soient expérimentées.

2. L'articulation politique et opérationnelle :

Calqué sur le modèle sanitaire, le niveau idoine de planification est celui de la région. La prévention des risques professionnels est organisée au niveau de la région par les CRAM...

Pour autant, il est nécessaire de décloisonner les structures en santé au travail dans la région : CRAM, ARACT (Action Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail), Services de santé au travail etc. En effet, il existe une multitude d'opérateurs techniques aux tutelles et statuts différents (Travail, Sécurité Sociale, etc.) dont il faudra délimiter les périmètres d'intervention des uns par rapport aux autres pour préserver une opérationnalité.

Il en est de même quand il s'agit de la création du savoir. Les collaborations sont parfois difficiles, notamment entre l'échelon national (INSERM, INRS, InVS, etc.) et l'échelon régional. Le résultat est encore une trop faible mutualisation du savoir.

Du point de vue régional, le rôle des ORS (Observatoires Régionaux de la santé) est souvent négligé. Il conviendrait d'utiliser des exemples de collaborations fructueuses pour en développer le modèle. Par exemple, l'ORS de Corse et le Service de Santé au travail Corse-du-Sud ont collaboré à l'évaluation des risques subis par les travailleurs agricoles migrants. Il est évident que ceci doit s'intégrer à la mission des ARS, Agences Régionales de Santé, dès que ces dernières verront le jour.

3. Le financement de la nouvelle architecture : notion de guichet unique régional.

Il convient de couper le lien financier entre les entreprises et les SST ; certaines entreprises utilisant ce lien pour faire pression sur les médecins exerçant dans les SST.

En outre, mais inversement, compte tenu des éléments déjà évoqués (pénurie de médecins, etc.), les entreprises cotisent aujourd'hui bien souvent pour une prestation qu'elles ne reçoivent que de manière parfois fort partielle.

Pour supprimer cette pression monétaire, la mise en place d'un guichet unique régional a les avantages d'une réduction des coûts de gestion et d'une meilleure visibilité sur le terrain. Les modèles déjà existant de guichets uniques (AGEFIPH, MSA) sont administrés de façon paritaire. L'avancée politique réside dans le fait que ce futur guichet unique sera géré par les partenaires sociaux qui pourront ainsi avoir un rôle plus important qu'actuellement et donc une responsabilité collective.

Un Fonds collecteur régional des cotisations provenant des entreprises redistribuera les ressources en fonction de la réalisation d'activité et des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des services de santé au travail. Ce dispositif déconnectera les SST des entreprises financeurs.

Il existe déjà un organisme collecteur pour la sécurité sociale : les URSSAF (Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et des allocations familiales). Ces organismes pourraient faire office de fonds collecteur régional pour la santé au travail.

Ce fonds collecteur permettra, allié au regroupement des SST au niveau départemental - voire régional - de précéder à des économies d'échelle, donc à de réduction de coûts de manière globale (réduction de l'hypertrophie administrative des SST, par exemple).

L'organisation fonctionnelle des centres de santé au Travail

La Mission de Prévention de la santé au travail constitue une mission régaliennne de l'Etat. En conséquence, certains posent donc la question d'un service public de santé au travail. Mais service public n'implique pas statut juridique public.

Dans le cadre d'une politique nationale tendant vers une réduction du périmètre de la Fonction Publique, les SST ou les centres de Prévention en santé au travail doivent rester de droit privé avec mission de service public.

Le contrôle s'effectuerait de deux façons distinctes :

- au plan régional par les autorités régionales compétentes via des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) participant à la tarification de l'activité
- au plan qualitatif, par l'HAS ou son équivalent.

Evaluation/certification/accréditation nationale des centres de santé au Travail par la HAS.

Tout le travail reste à faire :

- élaboration et validation de référentiels nationaux pour des procédures en santé au travail ;
- évaluation et expertise scientifiques ;
- élaboration et validation des programmes/actions d'Evaluation des pratiques professionnelles (EPP) pour les médecins mais également pour les autres professionnels intervenant dans le cadre des équipes pluridisciplinaires ;

- mise en œuvre de tous les outils définis ci-dessus, eux-mêmes étant régulièrement évalués (pertinence, faisabilité...).

Le rapprochement technique entre l'Assurance maladie et les centres de Prévention en santé au travail

Le financeur Assurance Maladie prendrait part aux objectifs des centres santé au travail et participerait de manière concrète à inciter les entreprises à baisser le niveau « des altérations de la santé des travailleurs du fait de leur travail », tant en ce qui concerne les maladies reconnues professionnelles que les autres.

Il existe deux pistes autour de l'idée de Guichet Unique déjà évoquée :

- un guichet unique virtuel issu de la coordination des acteurs c'est-à-dire sans fusion avec l'Assurance Maladie mais avec renforcement des liens de coopération entre la branche « AT-MP de la sécurité sociale », le CISME et les services de santé au travail ;
- un véritable guichet unique c'est-à-dire avec fusion de type « branche AT-MP de la sécurité sociale - Assurance Maladie - Services de santé au travail ». Ce scénario est le plus simple et le plus efficace mais le moins « paisible » sur un plan politique...

Quatrième partie :

Le financement du dispositif

Le poids économique des dépenses de santé et des dépenses de santé au travail

Les dépenses de santé en France s'élevaient en 2007 à 206,5 milliards d'euros, soit 10,9 % du produit intérieur brut (PIB). Au niveau international, en comparant le pourcentage du PIB consacré à la santé, la France occupe la troisième position derrière les Etats Unis et la Suisse mais la première position en part de dépenses publiques.

Selon le Bureau International du Travail, le coût annuel des AT/MP s'élèverait à 1 250 milliards de US \$, soit 4 % du P.I.B. mondial en 2004. Une étude présentée en 2008 au MEDEC estimait le coût direct de la non santé au travail à 0,9 % du PIB (15 milliards d'euros) et le coût indirect à 3,9 % du PIB (66,8 milliards d'euros), soit un total de 4,8 % du PIB en 2005.

De manière globale, les dépenses prévisionnelles 2009 de la prévention et de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles s'élèveraient à 13 milliards d'euros dont 11,4 milliards d'euros pour le régime général de la Sécurité sociale...

Les recettes permettant de financer les dépenses de santé au travail, la prévention et la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles

Le principal financement de la santé est assuré par un modèle construit en 1945 sur la base de cotisations salariales et patronales : dispositif de l'assurance maladie obligatoire (AMO). De 1996 à 2002, les cotisations

dans les recettes totales sont passées de 83,3 à 68,2 % et la Contribution Sociale Généralisée de 5,1 à 20,5 %. Le reste est assuré par les taxes (sur les boissons alcoolisées et non alcoolisées, le tabac, les assurances automobile...).

En complément du financement par l'AMO, les dépenses de santé comprennent également ce qui est pris en charge par les assurances maladie complémentaires (mutuelles, assurances privées et instituts de prévoyance), l'Etat, les collectivités territoriales et les ménages eux-mêmes.

Concernant la santé au travail, le financement de la branche AT/MP est assuré uniquement par l'employeur. Le calcul du taux de cotisations AT/MP est le rapport de la valeur du risque propre à l'établissement et de la masse totale des salaires pour les trois dernières années connues. La valeur du risque est égale à la somme des prestations d'incapacité temporaire (frais médicaux, pharmaceutiques, indemnités journalières), des indemnités en capital et des capitaux représentatifs des rentes ou accidents mortels. Ceci constitue le taux brut.

Le taux net reprend ce taux affecté de majoration calculée pour la branche au plan national. Pour être complet, il faut rajouter que la tarification est collective jusqu'à dix salariés, mixée entre taux individuel et taux collectif jusqu'à 200 salariés et totalement individuelle au delà de 200 salariés.

Ce taux diffère légèrement pour les activités relevant du bâtiment et des travaux publics.

Pour l'année 2008, le taux de cotisations est en moyenne de 2,185 % du salaire brut.

Si le principe actuel du « pollueur-payeur » est intégré dans ce système de financement (cotisations proportionnelles au risque) depuis la loi de 1898, depuis 1976 il est autorisé aux employeurs de s'assurer contre la faute inexcusable.

Les employeurs souhaitent au maximum un taux collectif et au minimum un taux individuel.

Par ailleurs, dans la future convention d'objectifs et de gestion entre l'Etat et la branche AT/MP, il est prévu d'augmenter la responsabilisation des employeurs...

CONCLUSION

Alors que le ministre du travail annonce la venue prochaine d'une réforme en profondeur de la médecine du travail, il convient d'accompagner les réflexions en changeant de paradigme :

- passer d'une médecine du travail à la santé au travail ;
- développer la prévention et en particulier primaire par une équipe pluridisciplinaire de préventeurs techniques ;
- renforcer l'encadrement institutionnel des SST ;
- fusionner Assurance Maladie /Services de Santé au Travail ;
- ne plus considérer la visite médicale comme un acquis mais comme un moyen de surveillance si les risques ne sont pas supprimés à la source.
- renforcer le rôle du médecin du travail dans le maintien dans l'emploi, le handicap, l'adaptation à physiologie des salariés vieillissants et favoriser leur employabilité.

La réforme à venir vise à mieux protéger le salarié à son poste de travail en rationalisant et optimisant le dispositif national où chevauchements de compétences entraînent une perte d'efficacité globale alors qu'à l'inverse d'autres champs sont encore à explorer...

Pour la Commission santé de la Fondation Concorde, ces propositions ne verront le jour que grâce non seulement à un engagement du gouvernement de réformer en profondeur le système de santé au travail - nous l'avons dit plus haut - mais également grâce à un calendrier détaillé adapté à l'importance de l'enjeu.

ANNEXES 1

Questions-réponses

Ministère du Travail	Ministère de la Santé environnementale
Financement par entreprise (lien marchand)	Guichet unique, organisme collecteur URSSAF avec affectation pour la santé au travail
Gouvernance essentiellement patronale des Services de Santé au travail	Renforcement de rôle de partenaires sociaux au Sein du Fonds Collecteur Régionale. Création d'un guichet Unique régional via des Agences Régionales de Santé au Travail qui regrouperaient tous les services actuels de la santé au travail, les services des Caisses Régionales de l'Assurance Maladie intervenant dans ce champ...
Isolement de la santé au travail par rapport au reste du dispositif sanitaire	Santé au travail replacée au cœur de la santé publique
Centres de santé du travail isolés les uns des autres (peu de mutualisation)	Réunion des entités indépendantes au sein d'une entité de droit privée mais au service du public (mission de service public)
Médecine de contrôle (Médecins Conseil de la Sécurité Sociale) et Médecine du travail, toutes deux séparées	Réunis (sur le modèle MSA) après un temps de transition afin d'harmoniser formations et missions au préalable.

Séparation de la Branche AT/ MP et des Services de santé au travail	Renforcement des liens et coordination des actions via une unicité de structure de gestion
Procédure d'agrément administratifs des Services de santé au travail	Suivi de gestion des SST au niveau région (évaluation, contrats d'objectifs)
Absence de démarche qualité formalisée nationale	Certification par la HAS
Suivi médical des salariés sans discernement (prévention au mieux secondaire)	Privilégier la prévention primaire en agissant d'abord sur les conditions de travail (prévention primaire : auprès de populations saines)
Document Unique peu suivi d'effets concrets	Outil d'amélioration de la prévention sanitaire pour les entreprises
Démarche de suivi des Services de Santé au Travail non formalisée	Mise en place de procédures d'audit et d'indicateurs de suivi avec plan d'action pluriannuel en phase avec Document Unique amélioré
Actions de Prévention limitées	Amélioration des actions de prévention par l'information, la formation
Reclassement difficile des personnes en situation de Handicap	Mission de suivi et de reclassement et d'employabilité quantifiée
Le DMP ne concerne pas la santé au travail	Volet santé au travail au sein du DMP

ANNEXES 2

Document d'orientation sur la poursuite de la médecine du travail envoyé le 25 juillet 2008 aux partenaires sociaux par M. Xavier BERTRAND.

La deuxième conférence tripartite sur l'amélioration des conditions de travail du 27 juin 2008 a montré la nécessité de poursuivre la réforme des services de santé au travail. Les différents rapports et consultations ainsi que le récent avis du Conseil Economique et Social font apparaître de nombreux points d'accord tant sur le constat que sur les pistes de réforme.

Le Gouvernement a annoncé sa volonté d'avancer sur ce sujet.

I- Diagnostic

Le monde du travail a changé ; toutes les conséquences n'ont pas été tirées de l'évolution en 2004 des services de « médecine du travail » en services de « santé au travail ». Ces services doivent être de **véritables services de prévention** de la santé au travail, organisés à cet effet, ce qui implique, en premier lieu, une approche construite autour d'un collectif de travail complétée, en second lieu, d'une approche individuelle. Or trop souvent prévaut une approche uniquement individuelle et médicale.

Il est nécessaire d'opérer un changement de paradigme tendant à :

- 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 » et pour cela, renforcer le **développement 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.

II - Revoir les missions et l'organisation des services de santé au travail pour assurer leur efficacité

1- Objectifs

L'objectif est de 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. Dans ce but, il est nécessaire de garantir les compétences des SST et de revoir leur organisation.

2- Points à soumettre à la négociation

En matière de suivi individuel, il est proposé d'étudier les pistes de réforme suivantes :

- Conforter la visite médicale d'embauche en lui donnant une visée préventive (informer le salarié des risques auquel il peut être exposé et prévoir les mesures de prévention dont il pourrait bénéficier) et déboucher, le cas échéant, au constat de « contre-indications », voire d'inaptitude à l'exercice d'un poste en raison de l'état de santé du salarié. Cette inversion de dialectique amène à envisager la suppression du régime de l'aptitude, à l'exception des postes de sécurité réglementés.
- Confier ainsi au médecin du travail la responsabilité de déterminer la périodicité et les modalités de prévention et de suivi d'un salarié en fonction de l'état de la personne et des risques auxquels elle est exposée. Le médecin serait aidé dans ce cadre par des référentiels de suivi des populations exposées à certains risques ; la question se pose alors du choix des organisations ou des institutions qui pourraient être chargées de la mise au point de ces référentiels (sociétés savantes, HAS, INRS...).
- Maintenir la visite de pré-reprise et de reprise après un accident ou une maladie professionnelle avec pour objectif de

renforcer l'action des SST pour le maintien dans l'emploi en la faisant intervenir plus en amont pour tout arrêt de travail supérieur à 3 mois.

- Mieux organiser le suivi des recommandations du médecin du travail.

S'agissant des salariés qui ne bénéficient pas d'un suivi médical satisfaisant du fait de leurs conditions de travail ou de leur statut, il est proposé de réfléchir à la mise en place d'un suivi et d'actions de prévention appropriés sur la base, notamment, des pistes suivantes :

- *Pour les salariés saisonniers*, il pourrait être envisagé de reprendre une disposition qui existe dans le secteur agricole d'après laquelle la visite d'embauche a lieu pour des durées de contrat supérieures à 40 jours ;
- Pour les salariés des entreprises sous traitantes et intérimaires, il est proposé d'étudier les modalités qui permettraient de faire participer les services autonomes des entreprises donneuses d'ordre au suivi des salariés intérimaires ou sous-traitants qu'elles emploient, notamment quand ces services autonomes ont une compétence et une expertise particulière sur un site (exemple du nucléaire) ou un bassin d'emploi donné. Ceci permettrait de créer de véritables réseaux de la santé au travail, entraînant une mutualisation des compétences et une coordination des services à même de favoriser le développement d'actions de prévention et évitant une concurrence stérile entre services.
- Pour les salariés à domicile, plus d'1 million de personnes sont exposées à différents risques (TMS/routier/chimique/électrique..) mais ne bénéficient d'aucun suivi ni d'aucune action de prévention. Il faut donc engager une réflexion en lien avec la profession afin qu'ils bénéficient –comme tous les autres salariés- d'un suivi adapté à leur spécificité. Il en va de même des salariés des associations intermédiaires, des entreprises d'insertion et des entreprises de travail temporaire d'insertion.

S'agissant des **compétences internes et de l'organisation des services** de santé au travail, qui doivent prévenir les risques et faire face à des besoins

multiples, il est nécessaire que le médecin du travail reste le pivot des SST autour duquel la pluridisciplinarité doit s'organiser et se développer. Dans ce cadre il est proposé :

- de poursuivre le développement de la pluridisciplinarité en renforçant la diversité et la professionnalisation des acteurs, ce qui nécessite éventuellement une amélioration de la procédure d'habilitation et des garanties en termes de protection dans l'exercice de leurs fonctions ;
- de permettre la délégation de tâches aux infirmiers du travail, y compris dans le cadre du suivi des salariés, sur la base de protocoles précis et sous la responsabilité du médecin. Ceci pourrait être lié au développement d'une formation spécialisée de santé au travail pour les infirmiers, accessible au cours de leur carrière.

De son côté, l'Etat étudiera, en étroite relation avec les partenaires sociaux, les moyens de :

- conforter le nombre de places ouvertes à l'internat de médecine en 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 ;
- et diversifier le mode de recrutement des médecins du travail en organisant une voie de reconversion pérenne vers la médecine du travail. Il est également proposé d'élargir les modalités d'exercice en permettant éventuellement un exercice à temps plein ou temps partiel ainsi que l'exercice d'une double spécialité, pour faire bénéficier les salariés de médecins expérimentés aux profils variés.

III- Promouvoir une gouvernance rénovée et régionalisée et piloter le dispositif

1- Objectifs

Il est indispensable d'assurer un meilleur pilotage du dispositif qui permette de rationaliser et d'harmoniser la qualité des SST.

2- Points à soumettre à la négociation

Il est proposé d'étudier :

a) La mise en place d'un pilotage régional de la santé au travail :

- En confiant aux comités régionaux de la prévention des risques professionnels (CRPRP) la définition des orientations régionales des SST, à partir des orientations et priorités nationales complétées par les priorités locales, aboutissant à un **schéma régional de la santé au travail et des SST**. Ce schéma permettrait de favoriser le regroupement des SST afin d'atteindre une taille critique suffisante et correspondante à la réalité des bassins d'emploi ; une spécialisation des services, antennes ou médecins sur certaines activités, comme cela existe déjà, pourrait être facilitée.
- En déclinaison de ce schéma régional, il reviendrait aux services de l'Etat et de l'assurance maladie (branche AT-MP) de contractualiser avec les SST sur la base d'objectifs quantitatifs et qualitatifs. Des **conventions d'objectifs et de moyens** pourraient ainsi être signées entre d'une part les DRTEFP (demain les DIRECCTE) et les CRAM et, d'autre part, les SST. Ces conventions prévoiraient un socle minimum d'obligations que chaque SST devrait remplir, y compris s'agissant de la transparence financière. Ceux qui s'engageraient à développer des services renforcés pour certaines actions, notamment de prévention, pourraient bénéficier de financements complémentaires.

Les efforts de mutualisation, d'organisation des services et de coopération seront pris en compte dans la procédure de contractualisation. En parallèle, sur le moyen terme, il semble souhaitable de développer un processus de **démarche qualité** sur la base de référentiels élaborés notamment par les sociétés savantes et la HAS.

b) La révision de la gouvernance des SST

Il est proposé de généraliser la **gestion paritaire des conseils d'administration** des SST selon des modalités de présidence à définir. Dans ce cadre, une refonte des conseils d'administrations et des commissions de

contrôle pourrait être étudiée afin de simplifier le fonctionnement des services.

IV- Réfléchir à une révision des modalités de financement pour asseoir cette indépendance et cette logique de prévention

1- Objectifs

Pour moderniser, simplifier et renforcer la légitimité des SST, il est proposé d'étudier une réforme de leurs cotisations et du mode de leur recouvrement.

2- Points à soumettre à la négociation

a) Revoir l'assiette de cotisation

Il est souhaitable que le mode de financement, tout en s'appuyant toujours sur les cotisations des employeurs, évolue vers un mécanisme qui soit déconnecté du nombre de visites. Une rémunération basée sur la masse salariale, pratiquée par certains SST, pourrait être envisagée pour tous les services. Elle pose alors la question d'une harmonisation du taux de cotisation : serait-il préférable d'opter pour un taux unique, à l'instar du système appliqué par la Mutualité sociale agricole (de l'ordre de 0,4% de la masse salariale plafonnée), ou pour plusieurs taux par région ou par secteur d'activité, assurant ainsi un lien entre cotisation et niveau de risques ? Faut-il conserver aux services de santé au travail le soin de fixer le taux applicable ? Est-il préférable d'envisager un taux plancher afin de garantir à chaque SST le financement des actions de suivi et de prévention minimum ?

b) Envisager, à échéance de 5 ans, de revoir la collecte en la confiant à un organisme externe tel que l'URSSAF

Cette solution pourrait-elle permettre d'assurer un meilleur recouvrement et de garantir une plus grande indépendance des SST vis-à-vis des employeurs tout en libérant du temps pour les services ? Une telle solution supposerait cependant d'avoir des taux de cotisations unifiés.

Tels sont les points qui pourraient faire l'objet d'une négociation sur le fondement de l'article L 1 du code du travail. Le cas échéant, les partenaires sociaux pourraient ajouter des propositions complémentaires à ces points abordées par le rapport de l'IGAS, de l'IGAENR, des Professeurs Conso et Frimat relatif au bilan de la réforme de la médecine du travail, le rapport de M. Gosselin sur aptitude et inaptitude médical au travail : diagnostic et perspectives, le rapport établi à la demande de la DGT sur le bilan de la mise en œuvre de la pluridisciplinarité en matière de santé et de prévention des risques professionnels et l'avis du Conseil économique et social adopté le 26 février 2008 sur l'avenir de la médecine du travail présenté par M. Dellacherie.

Précédentes parutions de *Nouvelles Visions* éditées par la Fondation Concorde

En 2001,

Janvier : *La Mondialisation – Un monde nouveau, une chance pour l’avenir.*

Avril : *L’Administration du nouveau siècle – Les nécessaires réformes.*

Mai : *L’Environnement, nouvelle frontière politique.*

Juin : *Une fiscalité pour une France ouverte – Moins d’impôts pour chaque Français.*

Octobre : *Revitaliser l’économie d’en-bas – Décentraliser l’initiative, libérer les énergies.*

Novembre : *Pour un ministère du développement durable – Contribution d’un groupe du Corps des mines pour la réforme de l’Etat.*

En 2002,

Janvier : *Mobiliser la société civile – Fondations et associations au service de l’intérêt général.*

Février : *Définir une stratégie de défense et de sécurité après le 11 septembre 2001.*

Mars : *EDF : libérer l’énergie, garantir l’avenir. (1^{ère} édition)*

Juin : *EDF : libérer l’énergie, garantir l’avenir. (2^{ème} édition)*

Octobre : *Caisse des Dépôts et Consignations – Repenser le rôle de l’établissement et sa place dans le secteur financier public.*

Novembre : *Retour à la compétitivité ou régression sociale.*

En 2003,

Janvier : *L'emploi et le travail en France – L'impact des 35 heures.*

Avril : *Renforcer les petites industries – Organiser les réseaux de proximité et revitaliser l'économie d'en bas.*

Juillet : *Débat public sur l'énergie : libérer l'énergie – Eléments de réflexion sur une nouvelle fusion EDF / GDF.*

Novembre : *Français et Américains : l'autre rive.*

En 2004,

Janvier : *Propositions d'actions régionales pour l'emploi et le dynamisme des territoires (1^{er} fascicule).*

Février : *Propositions d'actions régionales pour l'emploi et le dynamisme des territoires (2^{ème} fascicule).*

Juillet : *Libérons les fondations – Pour créer des emplois et mieux servir l'intérêt général.*

Novembre : *L'emploi en France a besoin d'entrepreneurs et de capitaux français – l'ISF en question.*

En 2005,

Avril : *Baromètre de la confiance.*

Mai : *Renforçons nos tissus économiques pour faire face à la mondialisation – Sécurisons les salariés les plus exposés.*

Juin : *Politique énergétique de la France à horizon 2050. Un atout au service du développement durable.*

Octobre : *Santé et environnement.*

Novembre : *Lutte contre le chômage – Pourquoi il faut baisser les impôts en France !*

En 2006,

Mars : *Baromètre de la confiance.*

Mai : *Enraciner l'enseignement supérieur dans la société de la connaissance. Dix mesures pour transformer l'enseignement supérieur en cinq ans.*

Juin : *Nous ne paierons pas vos dettes, comment s'en sortir ?*

Octobre : *Pour une société de la connaissance. Réussir l'université du XXI^{ème} siècle.*

Novembre : *La mondialisation, notre nouveau monde.*

En 2007 - 2008,

Avril 2007: 2002-2007, remettre la France sur le bon chemin

Mai 2007 : Politique industrielle de défense, quelles pistes pour une refondation

Septembre 2007 : Quelques pistes pour réduire la dépense publique – Pour un grand audit de l'Etat

Mars 2008 : Le nucléaire du futur, un atout de développement durable

Juin 2008 : Un effort national pour défendre nos petites et moyennes industries

Novembre 2008 : Crise financière : sauvons le capitalisme productif des excès du capitalisme financier