



Paris, le 25 juillet 2008

Document d'orientation sur la poursuite de la réforme de la médecine du travail

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 renouvelée 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.