

CONGRES DE MEDECINE DU TRAVAIL

BORDEAUX JUIN 2004

JD.COMBREXELLE –DRT

1- Ayant la lourde tâche de conclure un congrès qui a été particulièrement riche, je voudrais commencer par une conviction que, je crois, nous partageons tous ici, quelles que soient les fonctions et les postures institutionnelles des uns et des autres.

Cette conviction s'énonce en deux affirmations.

La première est que les questions de santé publique vont prendre une importance sans cesse croissante au sein de nos sociétés. Aucune institution, quelle que soit son histoire, ses fondements et ses justifications, ne sera légitime si elle n'est en mesure de répondre à cette exigence première de santé qui est entendue non pas comme une simple obligation de moyens mais, de plus en plus, comme une obligation de résultats. W. Dab vous l'a dit avec ses mots, l'approche et l'expérience qui sont les siens, je vous le redis avec mes mots, mon approche et l'expérience qui sont les miens.

Cette évolution concerne et concernera la santé au travail. Nous rentrons, en effet, dans une période où vont s'estomper les questions d'arbitrage – individuel ou collectif – entre emploi et travail et où, au contraire, devra être organisée la convergence de l'emploi et de la qualité au travail. Les questions des conditions de travail, d'aptitude au travail, de gestion des différents âges sont au centre de ces convergences. Par ailleurs, aux yeux de l'opinion publique, il n'existe pas, ou plus exactement il n'existe plus, une dualité entre le consommateur et le salarié, l'un et l'autre se confondent dans une même exigence vis à vis des experts, des institutions, des entreprises, des partenaires sociaux et de l'Etat. De l'urgence et de l'importance de ces questions, le ministre en charge des relations du travail, G.Larcher, à peine nommé, a déduit - devant le Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels - la nécessité d'établir, dans les plus brefs délais, un plan de santé au travail. Ce plan [qui devrait être prêt, à la fin de cette année] répond aux caractéristiques du milieu professionnel. Mais il s'inscrit aussi dans une nouvelle forme d'action publique, illustrée, par exemple, par le plan « cancer », par le « plan national santé-environnement » ou par le plan « sécurité routière » qui a montré combien des résultats importants sont possibles.

La seconde affirmation est que, s'agissant de la santé au travail, une grande part de la responsabilité des défis auxquels nous sommes ainsi confrontés va incomber à la médecine du travail. Ce n'est pas là un propos de circonstance ou de fin de congrès, c'est une réalité. Le sens de l'ensemble des réformes qui ont été pensées et menées ces dernières années a été - ce qui n'était pas la seule alternative - un acte de confiance vis à vis de la médecine du travail en considérant que, sous réserve de la mise en œuvre des adaptations nécessaires, elle devait être au centre des actions visant à une amélioration substantielle de la santé au travail.

Il faut donc le dire ici avec force :

L'Etat, contrairement à ce qui est dit à longueur d'articles et de commentaires, n'envisage nullement de baisser la garde en matière de santé au travail mais bien au contraire, comme le montrent les textes les plus récents, entend maintenir et instituer un haut standard de protection ;

La médecine du travail est au centre de ces évolutions. Ceci relève bien évidemment de l'Etat et c'est le sens des réformes en cours. Mais, in fine, tout n'est pas questions de lois, de décret, de circulaire et de discours. Il appartiendra à chaque service de santé au travail, dans son organisation et son fonctionnement, à chaque médecin du travail, dans l'exercice de son activité quotidienne, d'être à la hauteur des nouveaux défis. L'avenir de la médecine du travail est entre vos mains.

2- L'Etat n'a nullement baissé la garde en matière de santé au travail, bien au contraire, comme en témoignent les textes les plus récents tant en ce qui concerne les standards de protection que la méthode.

S'agissant des standards de protection, les décrets sur les rayonnements ionisants et sur les risques chimiques traduisent, à titre d'exemples, la volonté des pouvoirs publics d'assurer un niveau de protection très élevé des salariés allant même parfois au-delà des exigences communautaires lorsque les connaissances scientifiques existantes permettent de penser qu'il faut aller au-delà.

S'agissant des questions de méthode, le document unique sur l'évaluation des risques et la mise en œuvre de la pluridisciplinarité sont des instruments modernes, ils constituent une rupture dans les pratiques dont on mesure encore mal la portée de progrès. Le principe du recours aux compétences disciplinaires des différents préventeurs a été mis en œuvre par le décret du 24 juin 2003 et l'arrêté du 24 décembre. Il institue des intervenants en prévention des risques professionnels, dûment habilités et chargés d'une mission de prévention au sein de l'entreprise - en lien avec les médecins du travail - et des collaborations concrétisant le décloisonnement et le travail en réseau. Comme je l'ai toujours indiqué, les textes sont volontairement courts et entendent faciliter les initiatives locales. Très rapidement, un bilan en sera dressé afin de mesurer la nécessité d'apporter les modifications et améliorations réglementaires d'un processus qui ne doit surtout pas être perçu comme formaliste et bureaucratique mais bien comme apportant une plus-value substantielle dans l'approche des questions de santé au travail.

3- Dans ce cadre, la réforme de la médecine du travail a été à la confluence de trois actions. L'une de niveau communautaire avec notamment la directive -cadre européenne du 12 juin 1989 « santé-sécurité au travail » qui institue, notamment, les obligations en matière d'évaluation des risques et de pluridisciplinarité. L'autre, une volonté de réforme de la part des pouvoirs publics qui a été présentée au CSPRP depuis maintenant de nombreuses années. Et enfin une initiative des partenaires sociaux qui s'est traduite dans l'accord interprofessionnel « santé au travail » conclu en 2000 qui fait une très large part à la médecine du travail.

Cette volonté partagée a trouvé sa première traduction dans la loi du 17 janvier 2002 dont la mise en œuvre réglementaire va s'achever avec la publication très prochaine du décret portant réforme de la médecine du travail.

o Comme vous le savez, ce décret a été précédé de deux mesures transitoires pour apporter à la médecine du travail un complément de ressource médicale rendu nécessaire par l'évolution démographique du travail défavorable de la profession des médecins du travail. Le premier texte, du 7 août 2002, concerne la régularisation de la situation des médecins recrutés pour faire face aux besoins des services sans tous les titres requis. Le second, du 3 octobre 2003, met en place un dispositif de reconversion des médecins vers la médecine du travail ou de prévention. Mis en application depuis le début de cette année, il se poursuivra jusqu'en 2007.

o Le dernier volet de la réforme est celui d'une réforme de structure. Le décret qui sera prochainement publié concerne quatre grands domaines :

- les services de santé au travail voient leurs règles de constitution modifiées et leur fonctionnement est placé sous une transparence plus grande ;
- l'action du médecin du travail, répartie selon la nouvelle règle de calcul, permet d'ériger en priorité l'intervention en milieu de travail, de mieux assurer la surveillance médicale renforcée, grâce à un suivi individualisé des salariés et de mieux contribuer à la connaissance des pathologies professionnelles ;
- l'indépendance du médecin du travail se voit réaffirmée et renforcée par un meilleur contrôle à l'occasion de la nomination et du licenciement du médecin ou, plus fréquemment, de changements d'affectation d'entreprise ou de secteur ;
- la transparence nécessaire se voit renforcée par la modernisation du contrôle social et du contrôle administratif et facilitée par la disponibilité de l'information.

Les pouvoirs publics ont eu le souci de mener cette réforme en concertation très étroite avec les partenaires sociaux. Le détail de la réforme a commencé à être discuté au sein de la commission spécialisée de la médecine du travail, depuis 2001, auparavant, ses orientations possibles l'avaient été, depuis plus longtemps encore.

Pour autant, cette réforme n'est pas consensuelle et suscite encore des inquiétudes.

Il faut donc rappeler ici les intentions portées par la réforme ainsi que les principaux points sur lesquels portent les difficultés.

Pour ce qui concerne des objectifs de la réforme – et contrairement à ce qui se dit parfois – un vrai travail a été mené sur les missions ; son résultat est qu'il faut placer l'action de la médecine du travail en milieu de travail comme une priorité. Cette action contribue, de façon essentielle, à l'évaluation des risques professionnels et à la proposition d'actions de corrections des conditions de travail. Elle bénéficie aussi directement au salarié dans la mesure où c'est à partir de la connaissance des caractéristiques des postes et des organisations du travail que le médecin décide du suivi médical approprié et, le cas échéant, à des évolutions de fonctions.

Il importe donc, afin de redonner toute sa place à cet aspect essentiel de la médecine du travail, de définir le tiers temps – un vrai – selon des critères qui facilitent son organisation et son effectivité. C'est la raison pour laquelle la réforme introduit l'organisation du tiers temps en au moins 150 demi-journées par an.

Par ailleurs, la surveillance individuelle des salariés doit mieux s'adapter aux besoins de chaque catégorie de salariés et, avant tout, être accessible à l'ensemble des salariés.

Les salariés les plus exposés, les jeunes, les femmes enceintes, les travailleurs handicapés ou ceux qui occupent des postes comportant des risques particuliers doivent bénéficier d'une surveillance accrue ou « surveillance médicale renforcée », d'une périodicité au moins annuelle, tandis qu'un suivi à périodicité plus étendue, pouvant aller jusqu'à deux ans, convient pour une part importante des salariés. Cette modulation correspond au souci de concentrer davantage d'efforts sur les publics qui ont le plus besoin de protection.

Par ailleurs, la détermination des postes et des métiers bénéficiant d'une surveillance médicale renforcée doit pouvoir être précisée par les branches professionnelles, particulièrement à même d'apprécier l'exposition des postes, et selon les nouvelles modalités d'accords majoritaires prévus par la loi du 4 mai 2004. Cet élément de négociation collective ouvre la voie à une responsabilisation et à une meilleure effectivité.

Enfin, naturellement, la médecine du travail doit apporter - je rejoins tout à fait ce qu'a dit mon collègue W.Dab - une contribution importante à la veille sanitaire en milieu de travail et participer à une fonction d'alerte, par la production de données sanitaires, comme le prévoit le projet de loi sur la santé publique dont le Parlement achève l'examen. Il est, en effet, prévu que les services de santé au travail ou, pour les données personnelles de santé, les médecins du travail, fournissent à l'INVS les informations nécessaires à l'exercice de ses missions.

o Les principales difficultés portent sur les questions de ressource médicale, de calcul du temps médical et de coût de la médecine du travail.

S'agissant de la ressource médicale, c'est le départ d'environ 2300 médecins qui est attendu d'ici 2014 sur un effectif d'environ 7000 médecins du travail, d'où la nécessité absolue des dispositifs de reconversion et de régularisation et le maintien, dans le cadre de la réforme des études médicales, de la spécialité de la médecine du travail.

Rien n'est plus prévisible que la démographie et je m'étonne qu'après tant d'années de lutte acharnée – et souvent commune – contre la pénurie de médecins du travail, ce déficit ait pu être relativisé et, parfois, nié.

Nous avons obtenu, l'introduction et le développement des formations aux pathologies professionnelles, dans le cursus de formation des autres spécialités médicales. Nous attachions beaucoup d'importance à ces

mesures car elles permettront de renforcer l'action des médecins du travail en favorisant les échanges avec, notamment, les praticiens hospitaliers, les oncologues et les médecins traitants.

L'évolution de la démographie médicale rendait indispensable, si l'on voulait assurer la pérennité du système, la modification de la base de calcul servant à déterminer le temps que les médecins doivent consacrer au suivi des entreprises et de leurs salariés, cette évolution étant permise grâce à la biennialisation de certaines visites médicales.

Ont été ainsi introduits, outre la garantie de 150 demi-journées d'action en milieu de travail :

-un nombre maximal d'établissements par médecin à temps plein (450 établissements) ;

-un nombre maximal de salariés suivis (3300 salariés) ;

un nombre maximal annuel d'exams médicaux à effectuer (3200 exams).

Il convient de souligner que ces différents critères sont cumulatifs et ne peuvent se lire indépendamment les uns des autres. La limitation du nombre d'établissements vise à assurer une ventilation équilibrée des établissements entre médecins d'un même service afin de rendre plus effective l'activité en milieu de travail. De la même façon, le nombre d'exams doit être associé au nombre de salariés car c'est ce nombre qui introduit le facteur de risques professionnels, dans la mesure où le nombre d'exams est d'autant plus élevé que la proportion de salariés soumis à surveillance médicale renforcée est importante.

Mais il faut aller plus loin dans l'interprétation de la portée de ces nouveaux critères.

Ces chiffres constituent des plafonds.

Il n'est donc pas question qu'ils deviennent une norme à atteindre.

Il est totalement exclu de les regarder comme une moyenne.

Parallèlement à l'élaboration de la réforme de la médecine du travail, une mission de l'IGAS avait été constituée à la demande du ministre et à l'initiative de la DRT sur les pratiques de l'agrément des services de santé au travail. Le rapport a fait apparaître des dysfonctionnements dont une partie des causes réside dans la difficulté dans laquelle se trouvaient les services déconcentrés du ministère du travail d'appliquer une réglementation dont certaines exigences ne répondaient plus à la réalité.

La nouvelle réglementation est l'occasion d'une remise à zéro des compteurs, elle a été élaborée avec le souci permanent d'être applicable et appliquée. En conséquence, dans le cadre des circulaires d'application, qui sont en cours d'élaboration et qui devraient sortir avant l'été, les consignes les plus strictes seront données aux directeurs régionaux pour faire un contrôle des services de santé au travail au regard des nouvelles exigences.

Aucun dépassement des différents plafonds ne sera admis.

Plus globalement, la mise en œuvre de la réforme de structure de la médecine du travail sera l'occasion d'impulser une politique nouvelle, qualitative et non plus seulement quantitative, en matière d'agrément des services.

Ainsi la procédure de l'agrément sera associée à une démarche de contractualisation. Elle facilitera la mise en œuvre de 2 orientations. D'une part, répondre à des objectifs chiffrés de qualité - notamment en moyens humains et matériels - et en matière d'activité et d'approche pluridisciplinaire. D'autre part, inscrire l'action des services de santé au travail dans les priorités de la politique publique de santé au travail, définies au plan national et déclinées au plan régional, en fonction des territoires.

C'est pourquoi, des pratiques innovantes et expérimentales pourront être encouragées dans les services. Fondées sur un mode de fonctionnement par programmes, associant les différents types de ressources des

services, elles pourront se doter d'objectifs, selon une démarche de projet. De telles pratiques ne se conçoivent qu'assorties d'un encadrement méthodologique précisant les modalités de contrôle social, administratif et scientifique ainsi que les modalités d'évaluation de la mobilisation des ressources et des résultats. L'expérimentation n'a, en effet, de sens que si elle est encadrée et évaluée.

S'agissant enfin du coût de la médecine du travail, il convient de rappeler que l'adhésion des entreprises aux services de santé au travail doit se traduire par l'accès à une prestation globale, correspondant à une offre de prévention. Il y a lieu de dissocier le montant de la cotisation du nombre des visites médicales.

C'est aux services de définir cette prestation globale, de la rendre tangible et visible pour les adhérents.

A cet égard, il ne paraît pas pertinent d'inventer la règle du coût constant dans la mesure où l'on peut constater une grande diversité dans les tarifs existants et que l'expérience prouve que la pluridisciplinarité peut fonctionner avec des cotisations très raisonnables, compte tenu des services rendus aux entreprises.

Pour conclure, je dirai que nos responsabilités sont partagées.

A l'Etat, il appartient de faire vivre ces réformes et de les rendre effectives.

Le ministère chargé du travail se garde bien de l'illusion que le chantier s'arrête au décret à la circulaire d'application. D'abord parce que cette réforme n'est pas une fin en soi, mais l'outil d'une politique du travail et de plans d'action dont j'ai dit les exigences et les résultats à attendre, sur les cancers, par exemple. Ensuite, parce que ce cadre juridique connaîtra d'autres prolongements : je pense à des questions comme la surveillance médicale ou l'aptitude.

A l'Etat revient aussi d'entretenir et de développer l'articulation du milieu professionnel avec les exigences de santé publique - la présence du DGS et les nombreux chantiers que menons en commun, témoignent de cette parfaite convergence - convergence qui doit d'autant plus être soulignée qu'elle n'est pas toujours allée de soi.

Aux partenaires sociaux de comprendre [mesurer] l'importance stratégique que revêt la santé au travail qui implique de leur part un investissement prioritaire et une volonté de décloisonnement.

Mais la balle est maintenant dans votre camp à vous, médecins du travail, à vous, en cette période cruciale pour la santé et la médecine du travail, de porter au plus haut votre fonction et votre responsabilité .