

# **CONTRIBUTION A LA REFLEXION SUR LA REFORME DE LA SANTE AU TRAVAIL**



**Société de Médecine du Travail Dauphiné-Savoie**

DOMAINE DE LA MERCI  
Place du Commandant Nal  
38700 LA TRONCHE

[smt ds@wanadoo.fr](mailto:smt ds@wanadoo.fr)

## Société Dauphiné-Savoie de Médecine du Travail Réunion du 7/11/2008 :

### A propos de la réforme de la Santé au Travail

Programme de la matinée :

- 9h15-9h30 : **Introduction : Paradoxes, hypocrisies, illusions et inquiétudes**  
Olivier SUROT
- 9h30-10h00 : *présentation et discussion*  
**le rapport IGAS / Conso / Frimat** (octobre 2007)  
Christine Grumet, Pascal Thevenot, Michel Destée
- 10h30-11h00 : *présentation et discussion*  
**l'avenir de la Médecine du Travail – C Delacherie - CES** (février 2008)  
Sophie Pironneau, Sabine Verrières, Anne Arel
- 11h30-12h00 : *présentation et discussion*  
**le rapport Nasse – Légeron : risques psychosociaux** (mars 2008)  
Monique Fraysse-Guiglioni, Laure Claude
- 12h00- 12h30 : **synthèse des débats**

A la suite des exposés, au cours desquels ont été mis en évidence les points forts des rapports, **les débats** entre les participants (tous médecins du Travail en exercice) ont permis de souligner les idées fortes qui sous-tendent la réflexion :  
*(une copie des présentations est jointe en annexe)*

► urgence « **vitale** » de réformer de façon réaliste (pression démographique),

► **ré-équilibrer** les actions médicales et en milieu de travail, pour permettre une prévention primaire, et notamment l'accompagnement de plans de prévention en santé sécurité au travail par entreprise dans le cadre d'actions définies et coordonnées au niveau régional (CRPRP) ; des indicateurs de résultats devront accompagner les plans d'actions, pour entrer dans une logique de résultats.

Le **pilotage régional** devra éviter le risque de « dictature ». Les médecins du travail paraissent mal représentés dans les instances régionales prévues ?

► abandonner **l'aptitude périodique** et permettre la délégation de tâches, et promouvoir les visites à la demande, attention à la discrimination en cas de fixation

de la périodicité selon les cas ; maintenir l'inaptitude pour rompre les situations bloquées.

► donner clairement comme **priorités** :

- la **prévention primaire** et la **veille épidémiologique**,
- le **maintien dans l'emploi** (visites de pré-reprise, de reprise, travailleurs vieillissants),
- la **traçabilité des expositions**, et le suivi post professionnel avec les fiches d'exposition (comme actuellement avec les CMR)
- la **pluridisciplinarité**,
- et le **suivi des recommandations** du Médecin.

---

Parmi les idées exprimées au cours des débats qui ont suivi les présentations, nous avons retenu celles qui suivent, en soulignant l'importance des suggestions exprimées :

1 - Difficultés rencontrées pour la veille sanitaire : le médecin du travail n'est pas au courant des maladies graves, décès, etc.

**L'organisation de liaisons plus formelles avec les services de contrôle médical pourrait être un apport fructueux.**

2 - Suivi individualisé et suivi du collectif de travail, un grand écart que les médecins du travail ne trouvent pas toujours facile à gérer. Le médecin du travail est conscient de la nécessité de s'intégrer dans une dynamique de santé publique avec ce que cela suppose d'indicateurs permettant le suivi d'un groupe, mais tient en même temps à son temps individuel avec les salariés, permettant d'une part une relative intimité et la transmission d'informations qu'il ne recueille pas durant son tiers temps(cf risques psychosociaux), et d'autre part de partir d'éléments cliniques avérés (TMS cliniquement diagnostiquées plutôt que le résultat d'un questionnaire)

**Maintenir un équilibre entre activités médicales et activités de terrain et connexes paraît essentiel pour conserver au médecin son rôle de conseiller, dans lequel le colloque singulier est indispensable pour créer la confiance.**

3 - Pour certains le médecin est dans son rôle quand il fait un diagnostic sur un phénomène de santé et quand il conseille l'employeur et les partenaires sociaux, mais il ne doit pas accepter la responsabilité de la mise en place des solutions qui intègrent des logiques sociales et techniques, qui font que la solution retenue est souvent un compromis qui s'éloigne de ses prescriptions guidées par sa seule logique médicale (rappel amiante).

4 - Les différents plans sont le fait d'institutionnels qui vont ensuite contractualiser avec les SST... Les médecins du travail craignent d'être réduits à des instruments d'une politique dictée par ses plans, qui ne leur laissent pas l'autonomie suffisante pour adapter leur pratique préventive aux priorités identifiées sur le terrain dans telle ou telle entreprise

**Ceci peut être illustré par la composition du CRPRP, qui ne laisse pas beaucoup de place aux médecins, alors qu'il devrait devenir le lieu de pilotage régional de la SST !**

5 - Les médecins du travail demandent à être formés pour la conduite de projet (risques, organisation, partenaires, méthodologie...):

**Cette notion pourrait être intégrée aux exigences de compétence pour l'accréditation des services. Comment un médecin, que l'on veut être le pivot du système, peut-il ignorer les méthodologies nécessaires à la fois au management d'équipe (motivation, évaluation, gestion de conflits...), et à la conduite de projets pluridisciplinaires (délégation, reporting, activation de partenariats, ...) ?**

6 - A l'instar du BTP et de la MSA, afin d'améliorer la qualité du service rendu, il semble intéressant que les médecins puissent se spécialiser par rapport à certaines branches (ils pourront ensuite tourner au cours de leur carrière pour leur intérêt propre). Ce serait l'occasion d'écrire collectivement les risques. Si les médecins du travail l'avaient fait pour l'amiante au lieu de prêcher chacun dans leur coin remarquent certains

**Inciter au développement de « domaines de compétence » particuliers pour chaque membre des équipes SST.**

7 - la démographie ne doit pas conduire à aller chercher des Médecins du Travail chez les MG dont le nombre décroît également et qui ne sont pas assez formés

**La quadrature du cercle du recrutement : dernier choix à l'internat, la médecine en Santé au Travail peut-elle être attractive autrement ? Si les MG ne sont pas formés, les médecins du travail qui n'ont pas eu d'autre expérience professionnelle sont souvent moins ouverts que ceux qui ont vécu d'autres contextes professionnels....**

8 - C'est parfois le poste qui n'est pas apte à recevoir des salariés. Pourquoi ne pas renverser la perspective et proposer un agrément des entreprises (ou des postes de travail) à recevoir des salariés sur des critères de salubrité, HSE, toxicité, etc ? Cette perspective d'un certificat de conformité en santé au travail des postes proposée ou relayée par Gabriel Ottoni est très intéressante.

**Un concept qui mériterait d'être creusé, l'esprit pourrait servir de base à l'écriture de « bonnes pratiques professionnelles » ?**

9 - Tous s'accordent à dénoncer le **carcan de l'aptitude** qui altère la confiance et n'apporte aucun bénéfice médical (sauf poste de sécurité).

10 - Le médecin du travail doit conseiller, certes, mais le plus dur est de **convaincre l'employeur** sans lequel rien n'est possible... c'est là la clé de l'action. Il faut réfléchir à ce cap qu'il faut passer et qui est bien souvent le facteur limitant. Comment passer du diagnostic à l'action de prévention si l'employeur fait la sourde oreille? Il semble peu satisfaisant de ne se fonder que sur des menaces (pénal...), là où le maintien d'une relation de confiance est indispensable.

**Renforcer l'obligation de réponse aux conseils et propositions du médecin du travail fait partie des propositions des rapports IGAS et CES. On peut également renforcer l'obligation de laisser des écrits pour le médecin.**

Une remarque : on pourrait se demander s'il ne faudrait pas un étage intermédiaire : le médecin fait un diagnostic et des propositions, puis une **équipe médiatrice** compétente en santé travail et avec un pouvoir juridique contraignant (ex représentants CRAM, DDTEFP, ANACT) confirme et optimise si besoin les propositions du MT et s'assure de la mise en place de mesures honnêtes pour les uns et les autres sur des critères techniques, financiers, etc... Cette même équipe pourrait également aider pour l'obtention de subventions .... là où le médecin seul fait figure d'empêcheur de tourner en rond, cette collégialité pourrait renforcer la valeur de la prescription (analogie avec les pathologies lourdes type cancer où on ne prend aujourd'hui les décisions qu'en staff pluridisciplinaires)

### **A réserver aux litiges ?**

11 - **Risques psychosociaux** : le temps n'est plus celui du diagnostic de cette épidémie constatée par tous, mais celui de l'action. La notion d'indicateurs ne doit pas être un prétexte pour ne pas agir dès maintenant.

12 – **Ré-équilibrer** le poids des **interventions du médecin dans les entreprises de petite taille**, qui ont souvent été moins suivies que les entreprises plus importantes, structurées, plus fortement demandeuses en actions et en disponibilité (ceci est dénoncé par certains comme un « détournement » de moyens.

Par ailleurs, un **accès équivalent** des artisans, intérimaires, demandeurs d'emploi, chefs d'entreprise, et des fonctionnaires aux prestations de Santé au Travail doit être assuré.

13 – Les propositions des rapports ne résolvent pas, selon nous, le **problème démographique** : les médecins généralistes sont déjà trop peu nombreux.

Enfin, les médecins du Travail de la région Dauphiné-Savoie **s'inquiètent d'une réforme profonde et urgente**, dans laquelle leur avis d'acteurs de terrain ne semblerait pas pouvoir être pris en compte : c'est pourquoi – à l'issue de la réflexion menée – ils ont souhaité **transmettre ces réflexions** pour les faire connaître des instances en charge de la préparation des modalités de la réforme.

Le 18/11/2008

Dr Vincent Bonneterre,  
Dr Sabine Verrières,  
Dr Olivier Surot