

Rencontres 2014

La réforme de la
médecine du travail :
bilan et perspectives

BILAN

©Fotolia

Processus de réforme

2008-2009 :

négociation paritaire dans le cadre de l'article L1 du code du travail.

2010 : loi du 9 novembre portant réforme des retraites.

2011 : loi du 20 juillet relative à l'organisation de la médecine du travail.

2012 : décrets relatifs à l'organisation de la médecine du travail et au fonctionnement des services de santé au travail.

2012 : décrets du 11 juillet et Circulaire du 9 novembre.



"Au 1^{er} janvier 2014, il y avait 277 services de santé au travail interentreprises et 756 services autonomes."

La médecine du travail a fait l'objet d'une réforme essentielle visant à développer sa place comme acteur de la santé au travail, pour mieux couvrir l'ensemble des travailleurs et pour faire face à la complexité croissante des risques professionnels et des nouveaux modes d'organisation du travail.

La loi du 20 juillet 2011 et les décrets du 30 janvier 2012 ont modifié l'organisation des services de santé au travail (SST).

Trois ans après le vote de cette loi, le SYNAMAP a décidé de consacrer la 7^{ème} édition de ses Rencontres aux problématiques liées à cette réforme et de faire un premier bilan du dispositif retenu, avec l'intervention de professionnels directement impliqués et concernés par celle-ci.

Présentation de la réforme de la médecine du travail par la Direction Générale du Travail

Sophie Baron, Chef du bureau de la politique et des acteurs de la prévention à la Direction Générale du Travail, a présenté la réforme de l'organisation de la médecine du travail, en abordant les points suivants : objectifs poursuivis, grands axes de la réforme, principaux éléments de bilan, perspectives.

Réformer l'organisation de la médecine du travail, une nécessité

Cette réforme a été mise en place suite à la loi de modernisation de 2002 qui a rapidement été jugée insuffisante dans sa portée et un consensus sur la nécessité de réformer l'organisation de la médecine du travail émerge rapidement :

- Renforcer les actions de prévention conduites en milieu de travail : pour faire face à de nouveaux risques (ex : risques chimiques), à de nouvelles organisations (ex : 35 h), et au vieillissement des populations au travail rendant indispensable de préserver l'état de santé tout au long de l'activité professionnelle.
- Renforcer le pilotage des services de santé au travail (SST) : dû à l'absence de missions dévolues aux services de santé au travail dans son ensemble et à l'insertion insuffisante des services de santé au travail dans la politique régionale de santé au travail.
- Résoudre les difficultés de fonctionnement de certains services de santé au travail interentreprises (SSTI).

Grands axes de la réforme

Missions, organisation et gouvernance des services de santé au travail

Les SST ont une mission exclusive : "éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail" en menant des actions de santé au travail visant à préserver la santé physique et mentale des travailleurs.

L'innovation importante de cette réforme c'est l'organisation des services de santé au travail. Explications de Sophie Baron :

"Pour la première fois, on supprime la notion de seuil au-delà duquel un employeur doit constituer un service de santé au travail autonome. Désormais, ce n'est plus qu'une faculté qui lui est offerte dès lors qu'il dépasse 500 salariés. Il a la possibilité de constituer des services de santé au travail de groupe et on favorise le rapprochement, la fusion des services de santé au travail interentreprises de sorte qu'ils atteignent une taille critique, pour leur permettre de mieux fonctionner.

Il s'agissait de renforcer leur rôle de pilotage des partenaires sociaux au sein des SST et de renforcer les différentes instances qui le font fonctionner, en différenciant les instances de surveillance. Le conseil d'administration est désormais paritaire, généralisé dans tous les services et compétent pour les questions de gestion de santé au travail. Le comité interentreprises ou la commission de contrôle, selon qu'on se trouve dans un SST interentreprises ou autonome, a la charge de l'organisation, du fonctionnement du SST, lui aussi paritaire.

Et enfin, un organe de consultation là encore généralisé. La commission médico-technique dont la composition est élargie à tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire, qui a notamment pour mission d'élaborer le projet pluriannuel des services."

Dernière innovation de cette organisation de fonctionnement interne des SST, la loi donne une existence aux directeurs de services chargés de mettre en œuvre les actions approuvées par le conseil d'administration et les formalisent dans le cadre du projet pluriannuel de service.



[Le projet pluriannuel de service, agrément et contractualisation](#)

Le projet pluriannuel de service c'est la réelle nouveauté de la réforme de 2011, qui vise à doter le service, dans son ensemble, d'un projet commun.

Désormais, le projet pluriannuel de service est commun à tous les SST et doit reposer sur un diagnostic précis de l'état de santé des populations suivies et de leurs besoins pour formaliser des objectifs de prévention et donc détailler des actions en milieu de travail et de surveillance de l'état de santé.

"Le projet pluriannuel de service définit les priorités d'actions du service.

Il est élaboré au sein de la commission médico-technique et approuvé par le conseil d'administration."

En dehors du SST, est préservé et même renforcé, l'outil de pilotage que constitue l'agrément. *"L'agrément c'est vraiment l'outil régalié par excellence puisqu'il est délivré par la DIRECCTE, en cohérence avec sa politique régionale de santé au travail, qui s'assure que le SST exerce ses missions en conformité avec les dispositions du code du travail.*

Ainsi, pour refuser un agrément, la DIRECCTE ne peut se fonder que sur une non-conformité du SST, mais également sur les besoins régionaux en médecine du travail qu'il aura identifiés. Et la plus-value importante de cette réforme, c'est qu'elle consacre dans les textes la notion d'une politique régionale d'agrément, à la main donc de la DIRECCTE, qui est présentée chaque année au comité régional de prévention des risques professionnels."

L'agrément a une validité de 5 ans. Il fixe les secteurs géographiques et professionnels de compétences des SST, l'effectif maximum de travailleurs suivis par l'équipe pluridisciplinaire et autorise éventuellement une dérogation, une modulation de périodicité des examens médicaux.

En bref, l'agrément est délivré par la DIRECCTE, en cohérence avec sa politique régionale de santé au travail et a une validité de 5 ans, sauf agrément conditionnel.

Une des innovations majeures de la réforme de 2011, c'est la démarche de contractualisation. La contractualisation vise à ce que les priorités, les actions définies dans le cadre des projets pluriannuels de services soient mises en œuvre en cohérence avec l'ensemble de la politique régionale, caractérisée par la déclinaison régionale d'agrément. Mais aussi que l'agrément soit en cohérence avec les objectifs régionaux de la branche accidents du travail et maladies professionnelles de la sécurité sociale. La contractualisation est formalisée dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), qui est conclu pour une durée de 5 ans entre le SST agréé, la DIRECCTE et la CARSAT. Il permet de programmer les actions prévues, formalise les moyens mobilisés par chacune des parties prenantes pour la bonne réalisation de ses missions et, surtout, prévoit des modalités de suivi pour s'assurer de l'impact des missions du SST sur la durée.

"L'ensemble de ces aménagements et parfois de ces innovations constituent le pilotage des SST".

[Les apports sur les moyens et actions de l'équipe pluridisciplinaire](#)

L'objectif poursuivi par la réforme était de favoriser la culture de la pluridisciplinarité dans les services de santé au travail interentreprises (SSTI) et d'éviter que la pluridisciplinarité ne soit en réalité qu'une juxtaposition de compétences diversifiées mais qui ne convergeraient pas forcément suffisamment.

Les textes détaillent la composition de l'équipe pluridisciplinaire qui doit comprendre au moins : un médecin de travail, un infirmier de santé au travail, un intervenant en prévention des risques professionnels.

Cette équipe peut être complétée par des associations de services de santé au travail et tout professionnel recruté après l'avis du médecin du travail.

"Cependant, les textes ne vont pas jusqu'à imposer le nombre de professionnels que chacune de ces équipes doit comprendre, ni même le nombre d'équipes pluridisciplinaires qu'on doit trouver dans chaque service de santé au travail.

Les textes sont souples sur ce point. Il s'agit donc, pour chaque service, de s'organiser en fonction de la diversité des populations de travailleurs qu'il a à suivre, des risques professionnels qu'il a pu identifier et des caractéristiques du territoire".

La réforme vient préciser le rôle et le positionnement de chacun de ces professionnels.

Le médecin du travail reste le pivot de l'équipe pluridisciplinaire puisqu'il amène et coordonne cette équipe. Son indépendance professionnelle est réaffirmée par la réforme et les protections dont il bénéficie sont étendues en cas de rupture, de non-renouvellement de contrat à durée déterminée.



En ce qui concerne son activité professionnelle quotidienne, la nouveauté de la réforme c'est la possibilité de déléguer aux autres membres de l'équipe pluridisciplinaire, même s'il continue à assurer personnellement l'ensemble des missions qui lui sont dévolues par le code du travail.

La réforme précise également les missions, les attributions des autres professionnels.

Pour l'infirmier de santé au travail par exemple : la formation à suivre, la conduction possible des entretiens infirmiers donnant lieu à des attestations de suivi infirmier pour le travailleur qui en bénéficie, via les protocoles écrits, la possibilité de participer à des actions collectives de prévention de la santé au travail déployées dans les SSTI notamment.

Sont également précisées les conditions d'activités des intervenants en prévention des risques professionnels employés dans les SST : ont accès à toutes les mesures et aux documents rendus obligatoires par le code du travail qui sont non nominatifs. Il est également indiqué que s'il est sous l'autorité hiérarchique du directeur du service, il est placé sous l'autorité fonctionnelle du médecin du travail avec qui il organise les modalités de ses interventions.

Enfin, les contours des missions de l'assistant de SST sont précisés : apporte une assistance administrative au médecin du travail et aux autres membres de l'équipe pluridisciplinaire, contribue à repérer les dangers et les besoins de santé au travail et participe aux actions de promotion de santé au travail déployés dans le SST.

L'innovation majeure de la réforme de 2011 au sein de cette équipe pluridisciplinaire c'est la création du statut de collaborateur médecin. "*Ce statut vise à introduire une passerelle pérenne vers la médecine du travail ouverte à des médecins qui ne seraient pas spécialistes en médecine du travail et qui, dans une optique de reconversion professionnelle, dans le cadre d'une seconde partie de carrière par exemple, voudraient se diriger dans la médecine du travail.*" indique Sophie Baron.

Désormais les SST peuvent recruter de tels collaborateurs médecins, s'ils s'engagent à suivre une formation qualifiante en médecine du travail et s'ils sont encadrés par un médecin du travail qui leur délègue un certain nombre d'activités dans le cadre de protocoles écrits.

En ce qui concerne les actions en milieu de travail que les équipes pluridisciplinaires peuvent conduire, elles s'inscrivent dans le cadre du projet pluriannuel de service. "*Les textes fixent une liste qui n'est pas limitative*".

Exemples d'actions que cette équipe pluridisciplinaire peut conduire : la visite des lieux de travail, l'élaboration des mises à jour des fiches d'entreprises et toutes formes de campagnes d'information et de sensibilisation à destination des salariés et de l'employeur.

Les modalités de suivi individuel de l'état de santé

Dernier aménagement de la réforme de 2011, les modalités du suivi individuel de l'état de santé.

La détermination de ces modalités reste de la compétence exclusive du médecin du travail.

"*Il était important, dans le cadre de cette réforme, de proposer certains aménagements poursuivant deux objectifs : favoriser le maintien à l'emploi et veiller à ce que la ressource médicale et donc les examens médicaux profitent, en priorité, aux salariés qui en ont le plus besoin*".

Pour répondre à l'objectif de maintien à l'emploi, donc de préservation du risque de désinsertion professionnelle, la rénovation des examens de pré-reprise et de reprise était nécessaire :

Les examens de pré-reprises sont désormais généralisés pour toute absence au travail de plus de 3 mois.

"*Ils sont organisés par le médecin du travail à la demande du médecin traitant, du médecin conseil ou du salarié lui-même. L'objectif n'est pas d'aboutir à une déclaration d'inaptitude précoce mais bien d'identifier quels pourraient être les freins au retour à l'emploi pour mobiliser, le plus en amont possible, les ressources compétentes disponibles au SST et proposer au salarié, une rééducation, des aménagements du poste de travail ou des horaires, organiser une formation requalifiante si l'on pressent que le retour à l'emploi sera trop difficile, etc.*"

L'examen de reprise est généralisé après toute absence de plus de 30 jours, pour faire le point sur la reprise du travail et identifier les leviers qui permettraient de préserver le maintien à l'emploi du salarié concerné.



Les examens périodiques conduits dans le cadre de la surveillance médicale renforcée ont été aménagés. *"Il a été constaté que la multiplication des examens médicaux n'était pas la meilleure réponse et qu'il était plus pertinent de préserver l'état de santé des travailleurs et de cibler ceux qui en avaient le plus besoin."*

Ainsi est introduite la modulation possible de la périodicité des examens médicaux. Le code du travail prévoit toujours que les travailleurs doivent bénéficier d'examens médicaux tous les 24 mois. Cependant, les médecins du travail, en fonction des risques professionnels auxquels est exposé le salarié et dès lors que l'agrément le permet, peuvent déroger à cette périodicité et proposer des examens médicaux qui sont espacés sur des durées plus longues.

Cette seconde série d'aménagements concerne les catégories de travailleurs bénéficiaires de la surveillance médicale renforcée.

"Il s'agissait de mettre en cohérence les modalités de cette surveillance médicale avec les nouvelles connaissances scientifiques et médicales sur l'exposition aux risques professionnels."

C'est le médecin du travail qui détermine les modalités de la surveillance médicale renforcée et qui détermine les examens en fonction des expositions.

Principaux éléments de bilan

[Un premier bilan 18 mois après l'entrée en vigueur](#)

"Le principe de ce bilan avait été décidé lors de la grande conférence sociale de 2013. La feuille de route qui en était issue précisait qu'il devait porter notamment sur la dimension pilotage des SST et s'intéresser à la montée en charge effective de la pluridisciplinarité dans les SST."

Etabli au 1^{er} janvier 2014, soit 18 mois après l'entrée en vigueur de la réforme de 2012, ce bilan était assez précoce. Il a été fait par le ministère du travail sur la base d'un certain nombre de matériaux (questionnaire adressé aux DIRECCTE dans leur composante administrative et médicale, contributions formalisées, visite de SSTI en région, entretiens avec des représentants du SNPST et du GIT, analyse documentaire : statuts et règlements intérieurs, projets pluriannuels de service, CPOM, décisions d'agrément) et a donné lieu à 2 débats au sein du COCT (Conseil d'Orientation sur les Conditions de Travail).

[Contractualisation et pluridisciplinarité : une bonne dynamique](#)

"Le taux de réponses des SST a atteint 89 % au total et a donc été très satisfaisant car représentatif de la réalité terrain. En ce qui concerne la contractualisation puis la pluridisciplinarité, on note une bonne dynamique de la mise en place de la réforme sur le terrain" indique Sophie Baron, qui précise que *"20 CPOM (Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens) ont été signés au 1^{er} janvier 2014 et il était prévu que 35 nouveaux CPOM soient signés au cours du 1^{er} semestre 2014"*.

Sur les 20 CPOM signés, 60% des actions concernent les risques professionnels, 18% concernent des actions globales, 11% concernent un secteur d'activités (ex : BTP) et 10% concernent des populations particulières (ex : travailleurs temporaires, jeunes et seniors).

"Parmi les points de vigilance identifiés lors de ce bilan, il apparaissait très clairement que la démarche d'élaboration de ces CPOM est extrêmement chronophage pour l'ensemble des parties contractantes. Il faut veiller à un certain équilibre de la relation entre les 3 parties contractantes puisque la DIRECCTE est en position, non pas de tutelle, mais il lui revient une place prépondérante, et surtout la nécessité de conclure des CPOM avec des priorités d'actions qui sont en nombres serrés pour vraiment travailler sur le suivi des actions dans la durée prévue, avec la mise en place d'indicateurs de résultats."

En ce qui concerne la pluridisciplinarité, la tendance est plutôt positive. *"On fait face à une bonne dynamique de recrutement dans les SST."* Ainsi, 75% d'entre eux avaient recruté au moins un infirmier, 92% un IPRP (intervenant en prévention des risques professionnels) et 65% au moins un ASST (assistant de santé sécurité au travail) et on trouvait 150 médecins embauchés dans les SST.

"Mais la raréfaction de la ressource médicale continue à poser des questions et devra, à l'avenir, être approfondie".

[Gouvernance et agréments : des points de vigilance](#)

Concernant la gouvernance, il faut veiller à la réalité du paritarisme et faire fonctionner la commission médico-technique.

Pour l'agrément, il faut être vigilant sur la modulation de la périodicité des examens médicaux, car c'est un levier peu utilisé. On note des écarts importants sur l'effectif maximal suivi par équipe pluridisciplinaire.

POINTS DE VUE D'EXPERTS

Le point sur les différentes problématiques soulevées par la réforme de la médecine du travail

David Begard, Directeur Cadence Conseils

"Le principal inconvénient, c'est la notion de compétences, l'obligation par la réforme de nommer un salarié compétent. Mais que signifie compétent ? Est-ce qu'une personne qui suit 5 ou 10 jours de formation peut être qualifiée de compétente ?

Les services de santé au travail et les conseillers en prévention ont un outil formidable que nous avons tous en Europe : le Document Unique. Ce n'est pas un document administratif, c'est un document d'amélioration des conditions de travail. En France, beaucoup d'entreprises reconnaissent qu'elles ont réalisé le document unique correctement dans les années 2002-2003, quand c'était obligatoire mais que, très souvent, il a fini dans un tiroir sous la poussière. Or pour que ce document soit utilisable, il faut qu'il soit régulièrement mis à jour. On en revient là aux compétences internes. Si vous n'avez personne dans la société qui est capable de mettre à jour, de suivre, de remettre à jour, d'éditer un document unique, celui-ci ne peut pas vivre.

La fiche d'entreprise aide à rédiger le document unique. Comment voulez-vous qu'un médecin du travail puisse aller dans les entreprises ? Il faut décharger les médecins du travail de certaines missions pour qu'ils viennent voir directement comment ça se passe dans les entreprises. Et pour que cette fiche d'entreprise soit faite, il leur faut du temps.

Un des atouts de cette réforme c'est de remettre la santé et la sécurité au travail au sein des interventions et de la préoccupation des chefs d'entreprises, puisque ce sont eux qui en ont la responsabilité.

Le nombre de médecins du travail est insuffisant. On compte 5 207 médecins du travail mais pour 3,5 millions d'entreprises et environ 23 millions d'emplois salariés, ça fait peu de médecins du travail pour une telle population."

Gérald DEMORTIERE, médecin coordinateur de l'AMETIF

"La réforme de la médecine du travail représente un enjeu formidable, qui implique des moyens, un décroisement de tous les acteurs de la santé au travail, mais aussi le maintien d'un contact permanent et suffisant avec les entreprises.

Je crois qu'il y a une véritable modernité dans ces textes qui m'interpelle positivement. Il n'y a plus de guidelines qui sont des arrêtés ministériels nous disant comment suivre les salariés, on a aujourd'hui des recommandations de pratiques cliniques. On a enfin une approche scientifique du métier.

Les médecins ne sont plus seuls et travailler en équipe ça ne s'improvise pas, ça s'apprend. Devenir coordinateur, animateur d'équipe c'est un métier, d'où un nouveau challenge intéressant.

Ce qui fait la spécificité, la force et la grandeur des services de santé au travail c'est que nous sommes de nombreux acteurs réunis avec deux champs spécifiques qui vont se croiser. Le champ de l'écoute et celui de l'observation. Ces deux champs vont se croiser car le cabinet médical est un lieu de discussion privilégié. Le travail se dit, se vit. Et puis il y a l'observation du travail réel. On va croiser les observations de ces champs pour donner la véritable prévention santé travail à l'entreprise. Et ça c'est unique en son genre, dans une époque où le travail devient invisible car on ne parle plus du travail réel, mais de productivité, etc., alors qu'il faut avoir une vision réelle du travail tel qu'il est effectué.

Redonner du sens au travail vécu par les salariés est une des clés du bien-être au travail. On les écoute, on les observe et on les conseille sur les meilleures modalités de prévention collective et individuelle. Mais c'est aussi un moment unique pour travailler sur l'approche motivationnelle, c'est-à-dire travailler avec les individus pour qu'ils deviennent acteurs de leur propre prévention."

Jacques Delbey, médecin du travail, ancien médecin coordonnateur du service interentreprises de Roubaix Tourcoing

"Les problèmes de cette réforme ? Certaines dispositions sont définies par l'agrément et donc les textes peuvent varier d'un service à l'autre, d'autres ont été oubliés et d'autres ont été retoqués par le conseil d'état. Si bien que le 10 juillet dernier, il a fallu que le ministère publie de nouveaux décrets pour corriger ceux du 30 janvier 2012. Et encore ce n'est pas fini puisqu'on nous a annoncé qu'il fallait modifier la loi pour pouvoir enfin intégrer les collaborateurs comme de véritables médecins à l'intérieur des services.

Est-ce bien sérieux quand on veut parler d'une réforme exemplaire ?

Pour nous, médecins, ce qui compte ce sont les moyens humains et matériels dont nous pouvons disposer pour mettre en œuvre une véritable prévention médicale des effets pathogènes des conditions de travail sur les travailleurs.

Le code du travail donne les finalités de l'examen d'embauche : s'assurer que le salarié est apte au poste de travail auquel l'employeur envisage de l'affecter, proposer éventuellement les

adaptations du poste ou l'affectation à d'autres postes, vérifier que le salarié n'est pas touché par une infection dangereuse susceptible de contaminer les autres salariés. Et on a rajouté : informer le salarié sur les risques des expositions au poste de travail et le suivi médical nécessaire, sensibiliser le salarié sur les moyens de prévention à mettre en œuvre. Peut-on décemment réaliser tout ça en 15 minutes ? C'est le temps qui est imparti à chacune de nos visites médicales.

Et ces deux nouvelles prescriptions ne relèvent-elles pas d'abord de l'obligation de formation incombant à l'employeur ? Certes il est désormais prévu de partager le travail au sein d'une équipe pluridisciplinaire, mais le médecin ne va pas la diriger il doit l'animer et la coordonner. Comme il n'est pas prévu également qu'il puisse choisir son équipe, comme certaines directions veulent absolument garder la main en nommant des responsables IPRP ou infirmiers, je pense que dans certains cas, ce dispositif n'aura pas l'efficacité escomptée."

POINTS DE VUE D'EXPERTS

Le point sur les différentes problématiques soulevées par la réforme de la médecine du travail

Bénédicte Legrand-Yung, Sous directrice des conditions de travail et de la santé au travail à la Direction Générale du Travail

"La réforme de la médecine du travail ce n'est pas un long fleuve tranquille, la santé au travail est un sujet qui passionne les acteurs qui en ont la charge. Du point de vue de l'administration, le consensus n'est pas facile à obtenir entre les acteurs, alors qu'il est essentiel.

Sur cette réforme, le bilan a démontré qu'une dynamique est en marche, qu'il y a des évolutions nettes positives dans le comportement des acteurs.

Les questions à approfondir portent sur la sécurité juridique des entreprises et sur l'efficacité globale du système.

La réforme a contribué à remettre la santé au travail au cœur des préoccupations des chefs d'entreprises.

Il y a un travail de clarification à faire, ou un effort à mener pour renforcer l'attractivité de la profession de médecin du travail, qui peut être initié par différents acteurs- les médecins du travail eux-mêmes, les pouvoirs publics, les universitaires. Renforcer l'intérêt de ce métier est un des objectifs de la DGT.

Les EPI ont toute leur place dans une politique de prévention. La protection individuelle est parfois nécessaire. Les entreprises ont besoin de bons EPI, d'EPI adaptés."

Martial Brun, Directeur Général du CISME

"Il faut dépasser le côté très réducteur de la visite médicale annuelle.

La réforme apporte des points très positifs, mais il y a des freins qui contrarient sa mise en œuvre.

Nous considérons la loi comme très positive dans sa réorientation des missions, un projet de services qui fait quoi, qui regarde le besoin de la population prise en charge et traitée par des professionnels au sein d'une commission médico-technique, approuvée par un conseil d'administration paritaire composé de représentants des bénéficiaires employeurs et salariés du territoire.

C'est très positif en terme de consensus car ça permet d'impliquer les acteurs de terrain sur "qu'est-ce qu'on va faire pour prendre en charge la population sur le territoire ?".

Ce qui est très intéressant dans ces deux années de mise en place, c'est la naissance de projets de services.

Les services de santé au travail et les acteurs doivent savoir si l'objectif c'est d'éviter l'altération de la santé du fait du travail ou d'autres objectifs. Et en termes d'attractivité de la profession ça va avoir du sens. Car on peut expliquer à 5 000 médecins du travail qu'ils doivent réorienter leur attractivité parce qu'on va se recentrer sur les publics bénéficiaires prioritaires."

Franck Gambelli, Président de la Commission AT-MP de la CNAMTS

"La volonté de la sécurité sociale est de se coordonner avec la médecine du travail pour la prévention, sur la base d'un dialogue local entre partenaires sociaux qui vont définir les priorités. L'intérêt c'est d'arriver, dans une perspective de sécurité sociale, à améliorer la problématique de maintien dans l'emploi.

Aujourd'hui, il n'y a pas de liaison institutionnelle entre les 3 médecins (médecin conseil, médecin du travail et médecin de ville). Donc l'ambition c'est de créer, d'une manière institutionnelle, avec une traduction dans les contrats, un processus de maintien dans l'emploi à long terme qui bénéficiera à la fois aux salariés et aux employeurs.

Il y a des populations qui sont aujourd'hui totalement exclues du suivi de la médecine du travail (fonctionnaires, artisans, commerçants...).

Comment faire évoluer le système français pour avoir des moyens, dans des périodes de crise, mieux utilisés et mieux coordonnés ? C'est la problématique aujourd'hui."

A retenir

"Les EPI ont toute leur place dans une politique de prévention".

Bénédicte Legrand-Yung, Sous directrice des conditions de travail et de la santé au travail à la DGT

"Le nombre de médecins du travail est insuffisant".

David Begard, Directeur Cadence Conseils

"Il faut travailler avec les individus pour qu'ils deviennent acteurs de leur propre prévention".

Gérald Demortière, Médecin coordinateur de l'AMETIF

"Il faut dépasser le côté très réducteur de la visite médicale annuelle".

Martial Brun, Directeur Général du CISME