

MÉDECIN DU TRAVAIL ET PÉNIBILITÉ

Annie DEVEAUX, médecin du travail

Le législateur, par un cavalier législatif, avait voulu faire passer dans un même projet de loi : la réforme des retraites, et la réforme de l'organisation des services de santé au travail. Les deux lois ont finalement été votées séparément. À l'usage il s'avère que la nouvelle loi qui transfère les missions du médecin du travail au service de santé au travail précise bien, entre autres, que les services doivent conseiller les employeurs pour prévenir ou réduire la pénibilité au travail, assurer la surveillance de l'état de santé des travailleurs en fonction des risques et de la pénibilité, participer et contribuer à la traçabilité des expositions professionnelles et à la veille sanitaire. La pénibilité, la traçabilité des expositions constituent un lien entre ces deux textes de loi, lien qui devrait amener les salariés à plus d'exigence quant à leur suivi médical et les médecins du travail à beaucoup de rigueur dans la traçabilité tout au long du parcours professionnel des salariés suivis.

La loi n°2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites et modalités de prise en compte de la pénibilité va sans doute modifier les stratégies de gestion de fin de carrière pour les salariés « usés ». Par le passé, dans certains secteurs d'activité, l'usure prématurée de l'organisme, réduisant des deux tiers la capacité de travail ou de revenu, permettait la mise en invalidité 2^{ème} catégorie autorisant alors la cessation d'activité, vers l'âge de 55 ans, avec maintien d'un niveau de ressources stable, jusqu'à l'ouverture des droits à retraite. Pour en bénéficier, il convenait de n'avoir pas fait valoir des atteintes à la santé qui auraient pu être déclarées, reconnues et indemnisées en séquences d'accident de travail (AT) ou de maladie professionnelle (MP).

Dans le nouveau cadre législatif, le droit à retraite à taux plein est ouvert dès 60 ans pour les personnes souffrant d'une incapacité permanente partielle (IPP) au titre d'une maladie professionnelle (MP) au moins égale à 20%. Un salarié présentant le même taux d'IPP du fait d'un accident du travail (AT) peut également accéder au dispositif, dès lors que son accident a entraîné des lésions identiques à celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle. Ces lésions sont définies dans une liste. Le taux d'IPP de 20% peut être atteint par l'addition de plusieurs taux, sous réserve qu'un taux au moins égal à 10 % ait été reconnu au titre d'une même MP ou d'un même AT : cette situation est fréquente pour des salariés atteints de plusieurs troubles mus-

culosquelettiques des membres supérieurs ou ayant des séquences d'un AT.

Quand le taux sera compris entre 10% et 20%, le bénéfice de la retraite à 60 ans sera subordonné au fait que l'assuré puisse apporter la preuve qu'il a été exposé pendant une durée déterminée (17 ans) à des facteurs de risques professionnels et à l'avis d'une commission pluridisciplinaire (Le CRRMP) qui appréciera le lien entre l'incapacité permanente et l'exposition aux facteurs de risques professionnels. Cette commission donnera un avis qui s'imposera à l'organisme débiteur de prestation.

Ces facteurs de pénibilité mentionnés à l'art L.4121-3-1 sont les suivants :

- **Au titre des contraintes physiques marquées :** Les manutentions manuelles de charges lourdes définies à l'article R.4541-2, les postures pénibles définies comme position forcée des articulations, les vibrations mécaniques définies à l'article R.4441-1.
- **Au titre de l'environnement physique agressif :** les agents chimiques dangereux mentionnés aux articles R.4412-3 et 12-60, y compris les poussières et fumées, les rayonnements ionisants, les activités exercées en milieu hyperbare, les températures extrêmes, le bruit mentionné à l'article R.4431-1.
- **Au titre des contraintes liées aux rythmes de travail :** le travail de nuit, le travail en équipes successives alternantes, le travail répétitif caractérisé par la répétition d'un même geste, à une cadence contrainte, imposée ou non par le déplacement automatique d'une pièce ou la rémunération à la pièce, avec un temps de cycle défini.

Dans les entreprises de plus de 50 salariés où plus de 50% de l'effectif est exposé à des facteurs de pénibilité, des négociations doivent avoir lieu avant la fin de l'année 2011 pour réduire les facteurs de pénibilité.

La loi du 9 novembre impliquant le CHSCT dans l'analyse de l'exposition des salariés à des facteurs de pénibilité, les élus au CHSCT devront se mobiliser pour obtenir l'établissement des fiches d'exposition à des facteurs de risque dont les facteurs de pénibilité et les agents CMR et on peut penser que la mobilisation des salariés sera importante. Une copie de ces fiches doit être intégrée au dossier médical en santé au travail.

Chaque salarié a intérêt à faire constater par le médecin du travail les atteintes à la santé qui émaillent sa vie professionnelle, et nous sommes déjà interrogés très fréquemment par les salariés à ce sujet. Les médecins du travail doivent donc consigner les expositions, les facteurs de pénibilité et les informations relatives à l'état de santé du salarié dans le dossier médical en santé au travail. En toute logique, les médecins du travail établissent les certificats médicaux initiaux constatant ces atteintes quand elles relèvent d'un tableau de MP, les remettent au salarié et en conservent un exemplaire dans le dossier médical ; les salariés trouvent beaucoup plus d'intérêt à déclarer une MP et beaucoup d'artisans de TPE comprennent parfaitement que ces déclarations ne sont pas des manifestations hostiles mais ce que la loi exige pour faire reconnaître la pénibilité de leur métier.

En application de l'article 50 du Code de déontologie médicale (« le médecin doit, sans céder à aucune demande abusive, faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit [...] »), chaque médecin du travail devra informer le salarié sur les facteurs de pénibilité qui pourront lui permettre un départ en retraite à 60 ans, en particulier dans les entreprises (PME et TPE) où il n'y aura pas d'obligation de négociation.

En pratique, il paraît nécessaire de relire attentivement chaque dossier médical pour repérer les facteurs de pénibilité et la durée d'exposition à ces mêmes facteurs ainsi que les événements pathologiques que le salarié aurait pu faire reconnaître en maladie professionnelle (méniscose, hernie discale, etc.) pour établir des attestations pour les salariés arrivant en fin de parcours professionnel, s'il s'avère qu'ils souffrent de pathologies (gonarthrose, lombarthrose) liées à ces facteurs de pénibilité. En effet, une jurisprudence récente reconnaît qu'une pathologie peut-être reconnue comme professionnelle *a posteriori*, au-delà du délai de deux ans, si le salarié n'a été informé que tardivement de ses droits.

Compte tenu des difficultés non négligeables pour un salarié d'accéder à ses différents dossiers de médecine du travail, et d'y retrouver les facteurs de pénibilité passés lui permettant de faire valoir des droits, ne faut-il pas imaginer dès maintenant la mise en place de fiches de suivi médical professionnel mentionnant les facteurs de pénibilité liés aux postes de travail passés, qui sera remise au salarié puisque la fiche d'exposition rendue obligatoire par le législateur ne va concerner que les expositions à partir du 1^{er} janvier 2012 ? Ces attestations établies par le médecin du travail pourraient-elles jouer un rôle, en particulier lors du passage devant le CRRMP, quand le taux d'IPP est compris entre 10% et 20% ?

Par ailleurs les textes réglementaires récents sur la réforme de la santé au travail font explicitement référence aux entreprises de plus de 50 salariés, en ce qui concerne la négociation sur les facteurs de pénibilité. Pour tous les salariés, y compris ceux des TPE et PME, pas d'obligation de négocier sur la pénibilité, mais obligation de mettre en place la fiche d'exposition à des facteurs de risques professionnels (art L.4121-3-1 du Code du travail), essentiellement composés des facteurs de pénibilité. Un exemplaire de cette fiche doit

être remis au service de santé au travail. Dans les PME et TPE, le médecin du travail est souvent le seul préventeur repéré et rien ne lui interdit de donner son point de vue sur les facteurs de pénibilité tant la diversité des postes ne permet pas souvent de se référer aux textes déjà existants, quand ils existent, sur les manutentions, vibrations, postures, etc.

ACTION DU MÉDECIN DU TRAVAIL EN PRÉVENTION PRIMAIRE, POUR LES MÉDECINS EXERÇANT EN SERVICE INTERENTREPRISE, EN PARTICULIER DANS LES ENTREPRISES DE MOINS DE 50 SALARIÉS

La charge de travail des médecins du travail, aggravée par la récente loi sur la médecine du travail et les décrets du 30 janvier 2012, va imposer aux médecins du travail de définir des priorités dans leur mode d'intervention.

J'ai donc choisi de faire évoluer les fiches de visite remises au salarié (et à l'employeur) de manière à ce que le maximum d'informations y figurent de manière à assurer l'information tant des salariés que des employeurs, avec pour l'employeur un courrier joint à l'envoi des fiches de visite pour rappeler les obligations réglementaires

La fiche de visite 2012 sur laquelle apparaissent en gras ce qui concerne le salarié et son poste de travail, du point de vue du médecin du travail :

ATTESTATION DE SUIVI MEDICAL PROFESSIONNEL

Ceci constitue la fiche d'aptitude du salarié ; un exemplaire doit être conservé par l'employeur pour être éventuellement présenté au médecin inspecteur du travail et de la main-d'œuvre et à l'inspecteur du travail, un exemplaire est remis au salarié comme attestation de suivi médical professionnel.

Attestation délivrée à l'occasion :

- D'un examen d'embauche ou de réintégration
- D'un examen de reprise du travail après
- D'un examen systématique annuel ou biennal
- D'un examen à la demande de.....

NOM DU SALARIÉ XXXXX PRÉNOM XXXXX

ENTREPRISE : EHPAD XXXXXX

POSTE DE TRAVAIL : Aide soignante nuit

SURVEILLANCE MÉDICALE RENFORCÉE :

~~non~~ / oui : **travail de nuit**

RISQUES PROFESSIONNELS POTENTIELS repérés par le médecin (en référence aux tableaux de maladies professionnelles <http://www.inrs-mp.fr/mp/cgi-bin/mpppage.pl>) : **appareil locomoteur (MP57, MP98), risque psychosocial, risque biologique, risque infectieux (MP 45, MP 76), travail de nuit (le travail de nuit est reconnu comme cancérigène par le CIRC).**

FACTEURS DE PÉNIBILITÉ : mentionnés à l'article L.4121-3-1

- au titre des contraintes physiques marquées
 - ◆ **les manutentions manuelles de charges définies à l'article R.4541-2**
 - ◆ **les postures pénibles définies comme position forcée des articulations**
 - ◆ les vibrations mécaniques définies à l'article R.4441-1
- au titre de l'environnement physique agressif
 - ◆ les agents chimiques dangereux mentionnés aux articles R.4412-3 et R.4412-60, y compris les poussières et fumées
 - ◆ les rayonnements ionisants définis aux articles R.4451-1 et suivants
 - ◆ les activités exercées en milieu hyperbare définies à l'article R.4461-1
 - ◆ les températures extrêmes
 - ◆ le bruit mentionné à l'article R.4431-1
- au titre des contraintes liées aux rythmes de travail
 - ◆ **le travail de nuit dans les conditions fixées aux articles L.3122-29 à L.3132-31**
 - ◆ le travail en équipes successives alternantes
 - ◆ le travail répétitif caractérisé par la répétition d'un même geste, à une cadence contrainte, imposée ou non par le déplacement automatique d'une pièce ou la rémunération à la pièce, avec un temps de cycle défini

SUIVI POST-EXPOSITIONNEL POUR RISQUES PROFESSIONNELS ANCIENS (dans l'entreprise) _____

PRESCRIPTION D'EXAMENS COMPLÉMENTAIRES :

Mettre en place la fiche d'exposition aux facteurs de risque professionnel : http://www.travailler-mieux.gouv.fr/IMG/pdf/Fiches_reperes_sur_les_facteurs_de_risque.pdf

CONCLUSIONS MÉDICALES : Pas d'observation particulière. Aménagement temporaire de poste nécessaire.

AMÉNAGEMENT DE POSTE DEMANDÉ : reprise à 80% à partir du ___ par nuit complète sans dépasser 3 nuits consécutives

À, le, le médecin du travail

Possibilité pour le salarié ou l'employeur de recours devant l'inspecteur du travail en cas de contestation de l'avis du médecin du travail (art. L.241-10-1 du Code du travail).

LE COURRIER JOINT

À L'ENVOI DES FICHES DE VISITE À L'EMPLOYEUR

Veillez trouver ci-joint les attestations de suivi médical professionnel (ou communément fiche d'aptitude). Ce document dont le double a été remis au salarié doit être conservé par l'employeur pour être présenté à tout moment sur demande :

- à l'inspecteur du travail,
- au médecin inspecteur régional du travail et de la main d'œuvre.

Nous avons souhaité faire apparaître sur ce document :

- **les risques professionnels potentiels** du poste de travail concerné, repérés lors de l'examen médical, afin de vous aider à identifier les risques du poste avant évaluation

(Document Unique d'Évaluation des Risques), en référence aux tableaux de maladie professionnelle, quand un tableau existe (par exemple : tableau MP42 fait référence au risque bruit, tableau MP57 fait référence aux gestes répétés).

Nous mentionnons également certains risques professionnels qui ne sont pas reconnus par des tableaux de maladies professionnelles :

- ◆ le risque routier ;
- ◆ le risque « psycho-social » potentiel ou « stress », (tout en sachant bien que ce risque est inhérent à la vie et donc à toute situation de travail) mais qu'il est plus important dans certaines situations ou organisations (relation de service, service aux personnes, etc.) ;
- ◆ le suivi post-expositionnel dans l'entreprise correspond au suivi que nécessitent les effets différés de certaines expositions (par exemple : l'exposition aux poussières de bois ou à l'amiante peut occasionner des effets apparaissant 20 à 30 ans après l'arrêt de l'exposition) : les postes de travail évoluent, la carrière du salarié également.

➤ **Les facteurs dits de pénibilité** tels que définis par la réforme des retraites : le décret n°2012-136 du 31 janvier 2012 demande à l'employeur d'établir une fiche de prévention des facteurs de risques professionnels art L.4121-3-1 :

Nous précisons si besoin la nécessité de mettre en place une fiche d'exposition, qu'il s'agisse d'un salarié exposé à des facteurs de pénibilité ou à des CMR (article R.4412-41 du Code du travail) http://www.travailler-mieux.gouv.fr/IMG/pdf/Fiches_reperes_sur_les_facteurs_de_risque.pdf.

Pour mémoire, nous vous rappelons différents points de réglementation à ce jour :

Les visites médicales réglementaires sont :

- la visite d'embauchage (à faire avant la fin de la période d'essai) ;
- les visites de reprise du travail :
 - ◆ après une absence pour cause de Maladie Professionnelle ;
 - ◆ après une absence d'au moins 8 jours pour cause d'accident de travail, 30 jours à partir du 1^{er} juillet 2012 ;
 - ◆ après une absence d'au moins 3 semaines pour cause de maladie ou d'accident non professionnel, 30 jours à partir du 1^{er} juillet 2012 ;
 - ◆ après un congé maternité.
- en cas d'absences répétées pour raisons de santé ;
- les visites à la demande de l'employeur ou du salarié ;
- les visites périodiques annuelles ou biennales selon que le salarié relève ou non d'une surveillance médicale renforcée, biennales à partir du 1^{er} juillet 2012.

Pour les visites de reprise du travail, c'est donc l'employeur qui prend contact avec notre service.

La D.U.E. (Déclaration Unique d'Embauche) qui nous est transmise par l'URSSAF tient lieu de demande de visite d'embauche et de demande d'adhésion au Service de Santé au Travail.

Le médecin du travail doit être informé de tout arrêt de travail pour cause d'accident de travail (photocopie de la déclaration).

Le médecin du travail est à votre disposition, dans le cadre de votre cotisation annuelle pour vous rencontrer, sur simple demande, sur votre lieu de travail, par exemple pour l'élaboration du document unique d'évaluation des risques (article R.4121-1 du Code du travail du 5 novembre 2001).

Nous restons à votre disposition pour de plus amples renseignements.

Le médecin du travail

ACTION DU MÉDECIN DU TRAVAIL EN PRÉVENTION TERTIAIRE, À PROPOS DE PLUSIEURS CAS RÉCENTS

PREMIER CAS : Rémi est né en avril 1953. Titulaire du certificat d'études primaires, il a toujours travaillé dans le bois : bûcheron, débardeur, chauffeur grumier, comme travailleur indépendant de 1969 à 2003. Depuis 2003, il est salarié dans une scierie comme ouvrier scieur et chauffeur.

Lors de sa visite d'embauche en 2004, le médecin du travail qui le suivait alors, lui a normalement conseillé une consultation ORL en vue d'une déclaration au tableau 42. En 2007, il signale que la CPAM a refusé la prise en charge au titre de la MP. On peut supposer qu'il s'est agi d'un refus d'ordre administratif.

Je fais sa connaissance en juin 2009, l'examen audiométrique pratiqué confirme qu'il relève indiscutablement du tableau 42 et je l'informe à nouveau de l'intérêt qu'il a à refaire cette déclaration même s'il a essuyé un premier refus.

Je le revois fin juillet 2010, à sa demande, pour une visite de reprise du travail : dans l'année il a subi une résection colique sur cancer colique gauche et six mois de chimiothérapie. Il va reprendre le travail : je lui conseille à nouveau de voir un spécialiste ORL pour refaire sa déclaration au tableau 42 en m'engageant à être disponible pour l'aider dans les démarches administratives si besoin.

Il consultera l'ORL fin août 2010 pour que soient bien respectés les critères d'exclusion du bruit exigés par le tableau, mais n'enverra sa déclaration qu'en mars 2011 (la réforme des retraites est passée par là !).

Il prendra rendez-vous dès réception de l'avis favorable de la CPAM en juillet 2011, pour se faire confirmer que l'IPP de 40% obtenue va bien lui permettre de partir en retraite à 60 ans. La rente trimestrielle n'est pas négligeable (1 200 €) et il pense se faire appareiller.

« Je voudrais bien profiter un peu de ma retraite : mon frère est parti en retraite à 60 ans, il a pris du diabète un an après, on vient de l'amputer partiellement d'un pied ». « Si

vous n'aviez pas insisté, je n'aurais pas refait tous ces papiers. Si je pars à 60 ans, c'est grâce à vous, merci »

Quelques mois plus tard, lors de la visite médicale périodique, il signale souffrir des deux épaules. Il a eu par le passé des accidents de travail concernant chacune des deux épaules ; j'ai fait alors un courrier à son médecin traitant pour lui expliquer la nécessité de bien faire des déclarations de rechute AT pour les bilans et soins prévus pour ces deux épaules. Si besoin, je compléterai ce courrier par l'envoi du tableau 57 tel qu'il a été récemment modifié.

DEUXIÈME CAS : Bertrand né en novembre 1957 a commencé à travailler en mai 1976. Titulaire d'un CAP d'aide comptable et d'un BEP d'agent administratif, il a travaillé pendant sept ans comme agent administratif puis à partir de 1987 comme magasinier. Pendant quatre ans ce sera des manutentions de cartons de fils (30 kg) et de rouleaux de tissu (jusqu'à 70 kg) à prendre au niveau du sol, puis de 1992 à 2010, magasinier chargé d'approvisionnement d'un bobinage donc à nouveau des manutentions de cartons de fils (d'environ 50 kg) à mettre en palettes.

Comme il mesure 1,92 m, pour préserver son rachis, il travaille le plus souvent en fléchissant bien les genoux (les conseils de bonne pratique pour les manutentions manuelles, épargnent peut-être les disques intervertébraux, mais c'est au détriment des ménisques) : Bertrand a été opéré du ménisque interne droit en janvier 2002 et du ménisque interne gauche en 2005.

Fin 2011, je constate une hydarthrose bilatérale des genoux et des douleurs de l'épaule droite. Je demande à son médecin de préciser par IRM l'état de l'épaule, ainsi que l'état des genoux, à Bertrand de retrouver ses comptes rendus opératoires ou IRM préopératoire pour rédiger trois certificats initiaux de maladie professionnelle (lésions dégénératives des ménisques compliquées d'arthrose et rupture partielle de la coiffe des rotateurs).

TROISIÈME CAS : Christophe est né en mai 1952 ; plâtrier peintre depuis l'âge de vingt ans dans une entreprise du BTP puis chez un bailleur social chez qui je le suis depuis 1992. Ce métier sollicite fortement les membres supérieurs et en 2002 et 2004 des tendinopathies des épaules seront déclarées et reconnues en maladie professionnelle avec des taux d'IPP de 4% et 5%. Le 6 mai 2010, lors de l'approvisionnement d'un chantier au quatrième étage (sans ascenseur) d'un immeuble, il présentera un infarctus du myocarde (aucun autre facteur de risque que l'effort sous contrainte temporelle) déclaré et reconnu en accident de travail. Pendant toute sa convalescence et l'arrêt de travail, il sera suivi régulièrement, pour rechercher avec lui, un reclassement acceptable et intéressant avant d'opter pour une inaptitude. La consolidation en décembre 2011, lui accordera une IPP de 25% dont 5% pour le préjudice social, (soit une rente mensuelle de 250 €). Il vient de constituer son dossier retraite anticipée pour pénibilité.

QUATRIÈME CAS : Myriam, bobineuse, née en Turquie en 1952, est mère de six enfants. Elle a travaillé comme ouvrière à domicile de 1982 à 1994, puis en atelier à mi-

temps depuis 1994, d'abord comme mécanicienne en confection puis comme bobineuse à partir de 2002. À partir de 2000, des douleurs de l'épaule droite sont signalées chaque année. Il existe également des gonalgies. Fin avril 2009, elle acceptera de faire une déclaration au tableau 57. La MP sera reconnue avec inaptitude définitive lors de la consolidation du 31 mars 2011. Le taux d'IPP accordé sera de 15% augmentée d'un taux de 7% pour préjudice social. Le dossier retraite anticipée pour pénibilité sera constitué grâce à l'aide de l'assistante sociale de la CARSAT. À noter que pour cette femme, dont la retraite mensuelle s'élève à 600 €, la rente mensuelle pour MP sera de 200 € (soit les mêmes ressources que lorsqu'elle était en activité).

CINQUIÈME CAS : Nadia, née en Tunisie en janvier 1954, agent de service, contractuelle en EHPAD, suivie à partir de 2007, est porteuse d'un diabète non insulino-dépendant, signale des douleurs du rachis dorsolombaire, des gonalgies, des douleurs des deux épaules et des paresthésies des deux mains. Revue en visite de reprise après accident de travail (lombalgie aiguë en mars 2009), elle ne reprendra pas le travail mais sera néanmoins suivie pour l'aider à constituer les différents dossiers de pathologie professionnelle existant : Syndrome du Canal Carpien bilatéral, tendinopathies des deux épaules. Le bilan sera complété : un canal lombaire étroit associé à la gonarthrose bilatérale (en lien partiel mais indiscutable avec les manutentions passées) et au diabète permettront l'attribution d'une invalidité 2^{ème} catégorie au 1^{er} mars 2011, qui succèdera à un arrêt prolongé pour maladies professionnelles jusqu'au 28 février 2011. Il n'y aura pas de reclassement possible et elle sera licenciée pour inaptitude au poste en avril 2011. Au moment d'archiver son dossier en 2012, un courrier lui sera adressé pour l'informer de son droit à faire valoir sa retraite à 60 ans pour pénibilité ; en effet, pour les épaules des taux d'IPP de 10 % et 13% ont été attribués, auxquels s'ajoutaient 5% pour le SCC droit et 5% pour l'AT. Rien n'interdit de cumuler une invalidité Cat.2 et des taux d'IPP pour maladies professionnelles ; seule exigence, rester en lien avec le salarié, informer les médecins généralistes et discuter avec les médecins conseil. Rédiger les certificats médicaux qui ouvrent des droits s'impose aux médecins du travail, prévention tertiaire, sans doute bien tardive, mais qui peut préserver de la pauvreté à l'heure de la retraite.

SIXIÈME CAS : José né en 1952 au Portugal est maçon. Il a commencé à travailler à 10 ans, au Portugal, mais son activité ne sera déclarée qu'en France à partir de l'âge de vingt ans. Il continue à travailler malgré des gonalgies invalidantes. Il demandera à rencontrer le médecin du travail avec un courrier de son médecin traitant qui s'interroge sur son droit à retraite pour pénibilité compte tenu de son métier, de ses problèmes de diabète et de bronchite. L'interrogatoire et l'examen clinique confirmeront une méniscope bilatérale et une tendinopathie bilatérale des épaules. Un courrier explicatif sur les conditions de retraite pour pénibilité et la nécessité de documenter les pathologies par des IRM avec les tableaux de MP correspondants joints sera adressé au médecin traitant.

À ce jour, beaucoup d'autres dossiers sont en cours de constitution : pour le médecin du travail il s'agit de relire les dossiers en repérant les expositions passées, les atteintes à la santé qui, à l'époque n'ont pas fait l'objet de déclaration. Il faut retrouver les documents médicaux et aider les salariés, en lien avec leur médecin traitant, à faire reconnaître *a posteriori* des pathologies professionnelles. Beaucoup d'atteintes chroniques des ménisques, de hernies discales et leurs complications, peuvent être retrouvées et leur reconnaissance ne devraient pas rencontrer d'obstacle insurmontable (sinon le passage devant le CRRMP pour délais dépassés). Il sera sans doute plus difficile de faire reconnaître des pathologies cardiovasculaires, HTA, et complications cardiaques malgré de longues années de travail en équipe alternantes ou de travail de nuit.

Beaucoup de salariés arrivant en fin de carrière sollicitent le médecin du travail, sur les modalités de départ anticipé pour pénibilité. Certains acceptent de déclarer des pathologies professionnelles, alors qu'ils s'y étaient refusés jusque-là. Les exigences règlementaires de tenue du dossier médical en santé au travail, de traçabilité d'exposition avec leurs conséquences sur la santé devraient favoriser une meilleure visibilité des inégalités sociales de santé liées au travail, à condition que les médecins du travail restent disponibles pour des salariés parfois en arrêt de travail prolongé, pour qui il s'agit d'aider à l'ouverture de droits.

Les médecins du travail sont aussi sollicités par les médecins traitants ; compte tenu de l'espacement des examens obligatoires en santé au travail, informer les médecins traitants sur la retraite anticipée pour pénibilité, sur les évolutions des tableaux de maladie professionnelle, sur l'existence des visites de préreprise, sur la possibilité de visite à la demande du salarié, constitue une exigence déontologique pour le médecin du travail, qui s'inscrit ainsi dans le « parcours de soins » du salarié.

EN CONCLUSION

Le rôle du médecin du travail dans la prévention des atteintes à la santé reste le même qu'il s'agisse de facteurs de pénibilité ou d'autres facteurs d'exposition :

- en prévention primaire, l'information tant en direction des salariés que des employeurs, en particulier dans les TPE où le médecin du travail est le seul interlocuteur existant, au moins à ce jour, en utilisant le seul support qui relève de sa responsabilité entière (la fiche de visite) et qui est remis au salarié, à l'employeur et dont une copie reste dans le dossier médical ;
- en prévention tertiaire bien sûr pour ouvrir des droits à la réparation ;
- la prévention secondaire restant de la responsabilité de l'entreprise et du respect des obligations règlementaires.