

RÉPONSES DE L'A-SMT AUDITION DES SÉNATEURS DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES DU 25 MAI 2021 ET RÉPONSES AUX QUESTIONNAIRES DE M^{me} P. GRUNY ET DE M. S. ARTANO

Objet : Proposition de Loi pour renforcer la santé au travail



1- D'une façon générale, quelle évaluation faites-vous de la prise en compte de l'enjeu de la prévention dans cette proposition de loi ? Les équilibres proposés en la matière vous semblent-ils satisfaisants ? Si non, quels sont les manques que vous identifiez ?

Nous souhaitons rappeler en préambule les principes qui sont à l'origine de la médecine du travail.

Le 11^e alinéa au préambule de la Constitution de la République précise que « *la Nation garantit à tous (...) la protection de la santé...* ». Afin de garantir ce principe en milieu de travail le législateur met en place dès 1946 une institution : la médecine du travail.

Cette institution, qui n'est pas un service public car gérée de façon commune par les acteurs sociaux sous le contrôle de l'administration, assure néanmoins, du fait de son lien avec le droit fondamental, une mission « d'ordre public social » confiée aux médecins du travail dont le rôle est purement préventif et qui consiste à « éviter toute altération de la santé des travailleurs du

fait de leur travail » (article L.4622-3 du Code du travail).

Cela signifie que ces médecins conseillent, dans le cadre d'une obligation de moyen, sans exclusive, chacun des acteurs sociaux et les travailleurs à titre individuel sur la prévention en privilégiant la prévention primaire.

La prévention des risques pour la santé au travail est par ailleurs une obligation des employeurs, objet d'obligations réglementaires de résultat, concernant les atteintes à la santé (accidents du travail et maladies professionnelles) et définies par des jurisprudences successives de la Cour de cassation.

Rappelons que d'autres pays européens ont mis en place des institutions distinctes pour assurer ces deux fonctions préventives.

À l'origine, les services de médecine du travail étaient exclusivement dédiés à la mission d'ordre public social. Progressivement, notamment par la mise en place de « services de santé au travail », un transfert de compétence en prévention de ces services vers les obligations

de prévention des employeurs a rendu la mission d'ordre public social, initiale, de plus en plus secondaire dans leur activité.

Nous constatons que la présente proposition de loi, non seulement aggrave ce déséquilibre, mais change la nature même des services de santé au travail qui deviennent quasi exclusivement des structures suppléatives de service en matière d'obligations de prévention du point de vue de la responsabilité d'employeur.

Ainsi nous estimons qu'il ne s'agit pas ici de rétablir un équilibre, totalement détruit par les réformes successives et la présente proposition, mais bien de redéfinir les institutions de prévention du point de vue des principes et des droits des citoyennes et des citoyens en matière de santé au travail.

Nous ne mésestimons pas la nécessité pour les employeurs de bénéficier d'une aide en matière de prévention du point de vue de leur responsabilité. Toutefois, cette aide ne doit pas compromettre la mission d'ordre public social confiée à l'équipe médicale et technique de médecine du travail.

Par exemple comme cela est le cas dans plusieurs pays européens nous estimons que deux pôles distincts du fait de leurs missions spécifiques et dotés chacun de moyens efficaces pourraient constituer une structure, dont nous estimons qu'elle pourrait être publique, et qui serait chargée :

- ♦ d'une part de la prévention médicale primaire liée à la mission d'ordre public social liée aux droits constitutionnels,
- ♦ et d'autre part d'une aide à la prévention du point de vue des obligations d'employeurs en matière de prévention.

Les échanges et coopérations possibles entre ces deux pôles permettraient une meilleure efficacité préventive.

2- Quel est votre regard sur la réforme de l'offre de services et de la tarification des services de santé au travail interentreprises ?

Quelles sont vos observations sur la définition de l'offre socle de services des SPSTI ?

Au-delà du changement de dénomination, cette réforme permet-elle selon vous de réorienter les SSTI vers la prévention des risques professionnels ?

Comme nous venons de le rappeler et comme le démontre le contrôle de l'administration sur leur fonctionnement, les SST sont chargés d'une mission d'ordre

public social. La nouvelle organisation en société de service en matière de prestation de prévention des risques professionnels du point de vue quasi exclusif de la responsabilité de l'employeur s'oppose au principe même qui devrait présider au fonctionnement de ces institutions. Elle aurait deux conséquences principales :

- ♦ d'une part elle marquerait le désengagement de la puissance publique et par la même le refus d'assumer ses obligations régaliennes en matière de santé au travail,
- ♦ d'autre part elle introduirait une relation commerciale de service dans le cadre d'associations d'intérêt public que sont les SST

Le terme « réorientation » du présent questionnaire présuppose que les services actuels ne seraient pas consacrés à la prévention des risques professionnels.

Or nous tenons à rappeler que ces services dans leurs principes de fonctionnement actuel sont bien orientés vers la prévention des risques professionnels pour la santé des travailleurs du point de vue que nous avons défini plus haut.

Il n'est nul besoin de les réorienter. Plutôt que de réorientation la proposition de loi propose de tordre le droit afin de faire oublier la vocation de ces services et les consacrer exclusivement aux obligations des employeurs au détriment des droits à la protection de la santé.

3- Êtes-vous favorable à la généralisation proposée à l'article 2 pour l'ensemble des entreprises, y compris de moins de 50 salariés, de l'obligation de définir un programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail regroupant les actions découlant du DUERP ?

Quels sont les moyens, selon vous, de garantir le respect par les employeurs de leur obligation d'élaboration et de réactualisation du DUERP ?

La question de l'évaluation des risques par les entreprises et leur inscription dans les DUERP se heurte à plusieurs obstacles :

- ♦ Sur le plan des responsabilités et du coût qu'elle génère : identifier un danger et en peser le risque a pour conséquence la reconnaissance de l'existence de ce risque et donc l'obligation de le prévenir. Faute de prévention efficace la responsabilité de l'employeur pourrait être engagée. Mais la prévention de ce risque entraîne des coûts organisationnels et financiers. Ainsi la prévention et la gestion écono-

mique peuvent être perçues comme des injonctions paradoxales. C'est ainsi que la prévention primaire (éliminer le risque) est le parent pauvre des DUERP qui préfèrent des préconisations toujours imparfaites de protection individuelle et de « comportement adapté » des travailleurs.

♦ Sur le plan technique de l'évaluation des risques : cette évaluation ne peut reposer sur la connaissance du travail tel qu'il est prescrit mais, comme nous l'enseigne l'ergonomie, elle doit envisager la réalité du travail. Cette dernière pour des raisons diverses est imparfaitement accessible à un employeur car elle constitue un atout essentiel du rapport de force des travailleurs. Ainsi les enquêtes des anciens CHSCT (détruites dorénavant par leur transformation en CSE) étaient un appui indispensable à la connaissance de la réalité du travail et un facteur efficace de prévention de ce point de vue.

Ces deux circonstances expliquent l'euphémisation et ou l'ignorance des risques et par conséquent leur évaluation imparfaite qui caractérise de nombreux DUERP.

4- Dans quelle mesure les services de prévention et santé au travail (SPST) pourront accompagner les entreprises, en particulier les TPE/PME, dans l'élaboration du DUERP ?

La prise en compte de cet accompagnement dans les missions des SST à l'article 4 est-elle, à cet égard, satisfaisante et suffisante ?

Le terme employé « d'accompagnement » utilisé dans le questionnaire n'est pas ce qui ressort de la proposition de loi. Il s'agit plus ici d'un transfert de responsabilité de l'employeur sur une entité chargée d'une prestation de service. Ainsi, en cas d'échec de prévention, la responsabilité du prestataire pourrait se substituer à celle de l'employeur. C'est un des buts essentiels que nous paraît poursuivre cette proposition notamment dans son article 4.

Sans vouloir nous répéter, la fonction principale des SST n'est pas d'accompagner l'élaboration du DUERP mais de faciliter cette élaboration en apportant « au moulin de la réflexion » des éléments d'observations et de signalement. Ces éléments sont parfaitement définis par l'article L.4622-4 (coopération de la médecine du travail avec les employeurs et les représentants des travailleurs), l'article L.4624-9 du Code du travail (signalement de risque et conseil de prévention) mais également la Fiche d'entreprise du médecin du travail ainsi que les conclusions de son rapport annuel. S'il en est le rédac-

teur le médecin du travail cristallise en fait les travaux de l'équipe médicale et technique de médecine du travail.

5- L'article L.4644-1 du Code du travail impose à l'employeur de désigner un ou plusieurs salariés compétents pour s'occuper des activités de protection et de prévention des risques professionnels. À défaut, l'employeur peut faire appel aux intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) ou sur les CARSAT, l'ANACT ou l'OPPBT ?

- tous les employeurs s'acquittent-ils bien de cette obligation et, en l'absence de salariés désignés sur la prévention en santé au travail, s'appuient-ils bien sur les IPRP ou sur les CARSAT, l'ANACT ou l'OPPBT ?

- quelles sont les raisons qui peuvent expliquer que les employeurs (notamment des TPE/PME) ne s'appuient pas suffisamment sur les SSTI, les IPRP ou les CARSAT pour procéder à l'évaluation des risques professionnels au sein de leur entreprise et élaborer ou réactualiser leur DUERP ?

Directement issue de la directive européenne de 1989 sur la prévention des risques professionnels, cette proposition, qui a mis plus de dix ans pour être traduite en droit français, pose la question de l'indépendance de ce salarié protégé qui est une obligation de la directive.

Les organismes cités dans le questionnaire sont à notre avis inégaux devant cette obligation : inégalité formelle (statut de salarié protégé plus ou moins assuré) et inégalité de moyens se conjuguent ici. Toutefois, quelles que soient ces imperfections, ces garanties sont bien supérieures à celles des salariés désignés à l'intérieur des entreprises dont l'avenir dépend souvent de leur compliance. La solution pourrait passer par un statut formel de salarié protégé et une garantie de moyen pour ces salariés et des dispositions imposant des sanctions dissuasives en cas d'atteinte à leur indépendance.

La rédaction du DUERP est une obligation réglementaire. En cas de carence avérée, ne faut-il pas que les services de l'État chargés de faire appliquer le droit, puissent bénéficier de moyens adéquats pour cela.

6- Êtes-vous satisfait des dispositions relatives à la transmission, à la mise à disposition et à la conservation du DUERP ?

La durée minimale de conservation de 40 ans vous semble-t-elle convenir ?

Pensez-vous que toutes les entreprises, compte tenu de leur durée de vie moyenne, seront en capacité de conserver leurs DUERP successifs pour une durée aussi longue ? Ne faudrait-il pas transférer aux SPST la mission d'assurer cette mission de conservation et de mise à disposition des DUERP ?

La conservation des DUER qui devrait s'inspirer de la limite de 50 ans de conservation des dossiers médicaux des salariés exposés aux cancérogènes paraît appropriée. La solution de pérennité serait leur transmission et leur conservation dans les services déconcentrés du ministère du travail dont dépend l'entreprise. Nous préconisons que la conservation de ces documents ne se fasse pas seulement sous forme électronique mais également sous forme matérielle.

7- L'article 2 inscrit l'organisation du travail dans le champ des risques professionnels qui devront être évalués dans le cadre du DUERP, bien que l'ANI ne le prévoie pas. Êtes-vous favorable à cette inclusion ? Les propositions de l'ANI en matière d'amélioration de la qualité de vie au travail vous semblent-elles suffisantes et opérationnelles ?

Dans l'état actuel du *management* des entreprises l'organisation du travail est un facteur important de risques pour la santé. L'inscrire officiellement comme risque professionnel ne suffira pas à aller vers l'efficacité préventive pour des raisons de conflit d'intérêt décrites ci-dessus. Sans acteur de prévention véritablement indépendant (et le principe de la relation commerciale introduite par ce texte s'y oppose), l'employeur n'aura pas la possibilité de faire face aux critiques nécessaires à la remise en question de son mode de management.

La qualité de vie au travail est le plus souvent une toile peinte alibi derrière laquelle se dissimulent des méthodes délétères de management. Comme le « bonheur au travail » que préconise la députée Lecocq, il s'agit de faire croire que seule la qualité (concept par ailleurs polysémique) du travail ou le bonheur des salariés serait une valeur pour l'entreprise alors que, comme le décrit Alain Supiot, professeur au Collège de France, seule prévaut « la gouvernance par les nombres ».

8- La proposition de loi aurait-elle mérité, selon vous, de contenir des mesures

plus poussées en matière de prévention et de traçabilité de l'exposition au risque chimique, s'inspirant du rapport du P^r Frimat de 2018 (simplification de la réglementation, renforcement des sanctions, création d'un dossier d'entreprise pour agréger les données d'exposition...) ? Comment pourrait-on renforcer la traçabilité des expositions professionnelles à des substances dangereuses ? Faut-il envisager de consigner obligatoirement les fiches d'expositions dans le dossier médical partagé et le dossier médical en santé au travail ou est-ce déjà le cas aujourd'hui ?

Bien évidemment cette traçabilité serait et a pu être un facteur important de prévention. Rappelons toutefois que ces fiches et attestations ont été supprimées par l'exécutif en 2012 puis remplacées par le supposé processus dit de « pénibilité », lui-même dégradé par les exécutifs successifs au point de devenir inexistant. Rappelons également que l'attestation d'exposition aux cancérogènes prévue à l'article D.462-25 du Code de la sécurité sociale n'est pratiquement jamais délivrée privant ainsi les travailleurs exposés aux cancérogènes d'une chance à la prévention secondaire des cancers professionnels. La substitution des CHSCT par les CSE aux moyens rachitiques contribue également à cette invisibilité des risques.

9- Dans quelle mesure les médecins du travail et les infirmiers de santé au travail participent-ils aujourd'hui à la sensibilisation à la vaccination (notamment les vaccinations recommandées pour certaines catégories de travailleurs ou les rappels vaccinaux en fonction de l'âge) ? Les médecins du travail sont-ils autorisés à prescrire des vaccins et à les administrer ? Les infirmiers de santé au travail sont-ils habilités à administrer des vaccins à des travailleurs, notamment dans le cadre de vaccinations obligatoires (par exemple hépatite B) ?

La vaccination, notamment les vaccinations recommandées pour certaines catégories de travailleurs en fonction des risques professionnels identifiés fait partie intégrante des missions préventives attribuées aux médecins et infirmiers de santé au travail. La prescription et/ou la mise en œuvre, en fonction des moyens à la

disposition des équipes médicales, ne posent aucun problème.

L'infirmière œuvre, dans le périmètre d'un protocole établi avec le médecin du travail sur prescription du médecin du travail et/ou au titre de sa fonction propre.

Si les professionnels de santé au travail apportent leur contribution aux objectifs de santé publique, celle-ci doit rester secondaire à leurs missions prioritaires de santé au travail c'est-à-dire soit à titre exceptionnel (contexte épidémique et réquisition de l'état sur une période précise) soit occasionnel (vaccination DTP).

10- Peut-on envisager que les médecins du travail puissent être autorisés à prescrire des séances d'activité physique adaptée pour des travailleurs et, si oui, sous quelles conditions ?

Cette proposition va dans le sens d'une vision très individualiste et culpabilisante du travailleur visant à considérer qu'il devrait mettre en œuvre des stratégies individuelles imposées (ou prescrites) pour faire face aux contraintes professionnelles. Ce principe va à l'encontre de tous les principes de prévention primaire sérieux basés d'une part sur la réduction des contraintes à la source (adaptation du travail à l'humain et non l'inverse) et d'autre part sur l'élaboration par les travailleurs eux même de règles collectives validées entre pairs pour faire face aux situations de travail à risque pour leur santé.

Cette mesure nie les principes de l'exercice médical et de sa vision holistique (voir définition de l'OMS et la notion de bien-être physique, psychique et social d'un individu). La question de l'exercice physique (sans commune mesure avec les risques majeurs du travail) est un aspect cependant quasi systématiquement exploré dans le cadre d'une consultation médicale ou d'un entretien infirmier.

11- Quel est aujourd'hui l'état de la réglementation en matière de droit de prescription des médecins du travail ?

Serait-il pertinent d'envisager d'assouplir ce droit afin de leur permettre de mieux s'investir dans la prévention, notamment en leur permettant de prescrire dans le cadre d'une spécialité complémentaire liée à la prévention et justifiée par un DESC (allergologie, addictologie, nutrition, médecine du sport...) ?

Le rôle exclusivement préventif des médecins du travail est justifié par les principes de bases de la Loi de 1946.

Tout acte médical requiert déontologiquement la compétence pour le pratiquer. Or les médecins du travail du fait de leur rôle exclusif de prévention pourraient ne pas avoir les compétences suffisantes pour prescrire.

Pour rappel, l'article R.4624-35 prévoit que le médecin du travail peut réaliser ou prescrire les examens complémentaires nécessaires :

- 1° À la détermination de la compatibilité entre le poste de travail et l'état de santé du travailleur, notamment au dépistage des affections pouvant entraîner une contre-indication à ce poste de travail.
- 2° Au dépistage d'une maladie professionnelle ou à caractère professionnel susceptible de résulter de l'activité professionnelle du travailleur.
- 3° Au dépistage des maladies dangereuses pour l'environnement professionnel du travailleur.

Si la coopération des équipes médicales de santé au travail avec les médecins de soins est tout à fait utile avec l'accord et dans l'intérêt du travailleur, dans le contexte actuel des SST ou la question épineuse de la gouvernance n'est pas traitée et où les objectifs restent influencés par les employeurs eux-mêmes, il serait imprudent d'introduire encore de la confusion dans les missions.

Autre facteur en défaveur de cette mesure, contrairement aux médecins de soins prescripteurs, le travailleur ne choisit pas son médecin du travail or le principe du libre choix du praticien est la base de la médecine dans notre pays.

12- Faudrait-il, selon vous, modifier l'alinéa 3 de l'article 11 de la proposition de loi (IV de l'article L. 1111-17 du Code de la santé publique) afin de ne pas limiter la possibilité d'accès au DMP au seul médecin du travail et de l'élargir à tout professionnel de santé chargé du suivi de son état de santé en application de l'article L.4624-1 du Code du travail, notamment les infirmiers de santé au travail ou les masseurs-kinésithérapeutes employés par le service de santé au travail

L'association SMT n'est pas convaincue qu'il faille ouvrir le DMP aux professionnels de santé au travail dans le contexte actuel où certaines questions préalables ne sont pas réglées comme la question de la clarification des missions (missions exclusives dans l'intérêt de la

santé), celle de la gestion des services de santé au travail, celle de l'inaptitude, et celle de l'indépendance réelle de l'ensemble des acteurs de prévention. Se pose également la question du libre consentement à l'acte contraint en matière de médecine du travail qui rejoint l'absence de libre choix du praticien ainsi que la situation de subordination contractuelle qui peut influencer notablement sur la liberté de choix de la salariée ou du salarié.

13- Avez-vous des observations à formuler sur les dispositions concernant le dossier médical en santé au travail ?

Ne faudrait-il pas également préciser que le médecin praticien correspondant doit avoir accès au DMST afin de le remplir lorsqu'il participe au suivi de l'état de santé du travailleur ?

Voir réponse question 12.

14- Quelles devront-êtré les garanties auxquelles devront répondre les plateformes de téléconsultation que les SPST pourront utiliser ou créer pour assurer le suivi individuel des travailleurs ? Ces téléconsultations pourront-elles être réalisées via un outil de visioconférence en accès libre choisi par le médecin du travail ou le travailleur (Zoom, Skype, GoToMeeting...) ou passeront-elles obligatoirement par des plateformes privées de télémédecine aujourd'hui conventionnées avec l'assurance maladie ?

Il faut rappeler que la téléconsultation a un intérêt manifeste dans le cadre très précis de certains échanges avec le travailleur (entretien de mi-parcours entre deux consultations de santé au travail pour faire le point sur l'effectivité d'un aménagement de poste par exemple, ou informations au sujet de résultats d'examen complémentaires...) ou de situation géographique d'isolement ponctuel, ou de certaines situations d'impossibilité de déplacement pour raison de santé (travailleurs en situation d'invalidité 3^e catégorie pour lequel il faudrait aller vers une procédure d'inaptitude).

Elle ne peut être pertinente que si la relation de confiance avec le praticien est préalablement construite (ce qui implique un historique de consultations en santé au travail organisées dans un cadre classique de cabinet médical) et en complément d'un examen médical mené dans les règles de l'art. L'expérience de la continuité d'activité pendant la crise sani-

taire nous a démontré les limites de ces nouvelles technologies qui ne permettent pas de détecter tous les signaux du côté de la communication non verbale et de l'examen clinique.

Les plateformes de téléconsultations doivent répondre à des garanties optimales de confidentialité spécifiques à l'exercice médical.

15- Peut-on imaginer que des téléconsultations entre le médecin du travail et le travailleur puissent associer le médecin traitant ou le médecin spécialiste (par exemple, oncologue en cas de traitement pour un cancer) ou même d'autres professionnels qui ne soient pas forcément des professionnels de santé (par exemple, les intervenants en prévention des risques professionnels comme les psychologues, les toxicologues ou les ergonomes...), avec l'accord du travailleur ?

Cette possibilité doit-elle être actée dans la loi ou peut-elle être envisagée par voie réglementaire (ou conventionnelle) ?

La téléconsultation n'est qu'un outil technologique permettant d'échanger à distance. Le cadre juridique du colloque singulier avec le travailleur ne doit pas être modifié parce que l'outil de communication est différent.

Les conditions de coopérations avec les autres acteurs de prévention doivent être définies au préalable (objectif, respect des règles déontologiques et de métier de chacun des acteurs, accord du travailleur...) .

Nul besoin de légiférer puisque l'outil ne doit en aucun cas modifier la pratique et le cadre réglementaire.

16- La mise en place de cellules pluridisciplinaires de prévention de la désinsertion professionnelle (PDP) au sein des SPSTI a été préconisée par plusieurs rapports et appelée de leurs vœux par les partenaires sociaux. La proposition de loi vous semble-t-elle suffisamment ambitieuse sur ce point ?

Les cellules auront-elles la capacité d'identifier les situations individuelles problématiques, comme le prévoit le texte ?

La problématique de la désinsertion professionnelle relève de certains aspects qui ne sont pas du tout pris en considération dans les dernières mesures réglementaires :

Cela impliquerait :

- ♦ Une prise en compte des recommandations de prévention primaire et de réels moyens pour favoriser la transformation des conditions de travail quand cela est nécessaire : aucune mesure sérieuse ne va dans ce sens dans les dernières « réformes » ou Loi de « modernisation ».
- ♦ Un suivi médical régulier tout au long de la carrière pour détecter au plus tôt les signes de désadaptation et pouvoir faire des propositions d'aménagement adaptées. Les dernières mesures législatives vont dans le sens d'un recul évident du suivi médical.

Le vécu des professionnels de santé au travail actuellement est plus celui d'une non prise en compte des préconisations face aux situations individuelles problématiques plutôt que celui d'un manque de moyen pour faire un diagnostic médico professionnel de risque d'exclusion du monde du travail.

Il n'est pas raisonnable de penser que la création de « cellules » suffira à réduire l'exclusion des plus précaires et des victimes de mauvaises conditions de travail, sans compter que celles-ci existaient déjà de manière informelle par les liens de coopérations tissés avec les acteurs de proximité géographique (ex. MDPH, CAP Emploi, services sociaux CPAM...)

Se pose également la qualité des membres de cette instance et l'éventuelle atteinte au droit de la vie privée que l'on nomme secret médical et qui est définie par l'article L.1110-4 du Code de la santé publique. En effet les conditions strictes d'accès en santé au travail empêchent toute personne non autorisée par exemple des préposés de l'employeur d'y avoir accès sous peine de poursuites pénales.

17- Le texte ne mentionne pas la composition des cellules PDP. Des exigences minimales ne devraient-elles pas être définies dans la loi, s'agissant notamment de leur coordination ?

Voir réponse question 16.

18- L'article 14 bis, qui prévoit des échanges d'information entre les cellules PDP et le service du contrôle médical des caisses de Sécurité sociale, peut-il selon vous contribuer à améliorer la détection des risques de désinsertion professionnelle ? Faut-il assortir cette procédure de précautions supplémentaires ?

Voir réponses questions 12 et 16.

19- Quel est votre sentiment sur la mise en place du médecin praticien correspondant ? Êtes-vous favorable au maintien de l'interdiction du cumul entre la fonction de MPC et de médecin traitant ?

Il s'agit d'une mesure visant à sous-traiter l'activité des médecins du travail à la médecine de ville déjà surchargée par la demande de soin.

Les médecins de soins ont vu émerger ces dernières décennies de nombreuses pathologies directement en lien avec les contraintes du travail. Ils sont donc souvent amenés à échanger avec le médecin du travail, comme pour tout autre spécialiste, *via* le patient concerné, dans l'intérêt exclusif de sa santé. Ils ont donc un rôle propre à jouer mais n'ont évidemment pas la connaissance ni les compétences d'un spécialiste en santé au travail.

Cette mesure serait dévalorisante pour les jeunes médecins s'engageant dans la spécialité santé au travail et serait discriminante pour les travailleurs selon qu'ils seraient suivis par un spécialiste en santé au travail ou en médecine générale.

Rappelons que l'exercice de la médecine du travail est conditionné à un internat de spécialité qui assure les compétences pour cet exercice. Il est donc particulièrement inapproprié d'y substituer des praticiens d'une autre spécialité. Accepteriez-vous d'être opéré à défaut de chirurgien par un médecin biologiste ?

20- Ne faudrait-il pas préciser que le recours au médecin praticien correspondant doit s'inscrire dans le cadre d'un protocole de coopération conclu avec le SPST, le cas échéant préalablement validé par l'inspection du travail et/ou l'ARS (notamment pour les modalités de prise en charge par le SPST ou l'employeur de la consultation du MPC) ?

L'association SMT défend l'idée que l'exercice de la santé au travail est une vraie spécialité nécessitant à la fois des compétences théoriques spécifiques et l'élaboration d'une pratique reposant sur des règles de métier construites ces dernières décennies. L'association n'est donc pas favorable à un processus de sous traitance de cette activité.

21- Ne pourrait-on pas prévoir la possibilité pour le médecin praticien correspondant de recourir également à la télémedecine, avec l'accord du travailleur, dans le cas où le SPST aurait mis en place un système de téléconsultation ou conclu une convention avec une plateforme de télémedecine ?

Voir réponses questions 20 et 14.

22- Quel regard portez-vous sur les dispositions du texte relatives aux différents examens médicaux dont peuvent bénéficier les salariés ?

L'organisation d'une visite de mi-carrière pour tous les salariés l'année de leurs 45 ans vous semble-t-elle pertinente ?

Est-ce réaliste compte tenu de la ressource en médecins du travail ?

L'entretien de liaison pour les salariés en arrêts de travail long vous semble-t-il de nature à permettre une lutte plus efficace

contre la désinsertion professionnelle ?

La présence obligatoire du SPST à cet entretien vous semble-t-elle pertinente ?

Les dernières « réformes » et lois de « modernisation » n'ont pas cessé de réduire les possibilités de suivi médical et d'échanges entre les travailleurs et leur médecin du travail jusqu'à supprimer totalement ces consultations pour certains d'entre eux dans une période où les effets du travail sur la santé n'ont jamais été aussi importants.

Faut-il raisonner sur les ressources en médecin du travail (qui certes sont aujourd'hui très affaiblies du fait d'une non anticipation ou d'une pseudo organisation) ou en terme de besoin de santé ?

Le principe de consultations en santé au travail régulières a des vertus préventives incontestables (lien de confiance entre le travailleur et son médecin ou l'infirmier, connaissance précise du parcours professionnel, connaissance de l'environnement et du collectif de travail...) et pourrait permettre très efficacement la prévention de la désinsertion professionnelle dans de nombreuses situations si les recommandations médicales étaient mises en œuvre.

La proposition d'une visite à 45 ans est peu réaliste et la probabilité de pouvoir en faire un outil efficace est faible. D'autre part en fonction de chaque situation de travail et de chaque parcours professionnel, le risque de désinsertion ne survient pas au même âge. Pour ce qui concerne les arrêts de travail longs, la visite de reprise existe déjà.

Ne faut-il pas plutôt renforcer la formation des médecins et des infirmiers en santé au travail (sur la plan qualitatif et quantitatif), renforcer leur indépendance professionnelle et l'attractivité pour la profession ?

23- L'inscription à l'article 22 de la proposition de loi d'une répartition aussi stricte du temps de travail du médecin du travail ne sera-t-elle pas problématique (quand bien même cette obligation figure déjà à l'article R.4624-4 du Code du travail) ?

Ne pourrait-il pas arriver que, dans certains cas, plus du tiers de son temps de travail doive être consacré aux actions en milieu de travail ?

Dès lors, ne faudrait-il pas prévoir plutôt que le médecin du travail consacre « au moins » un tiers de son temps de travail aux actions en milieu de travail ?

Il est essentiel que le médecin du travail puisse conserver une activité en milieu de travail afin d'enrichir son analyse et la pertinence de ses diagnostics individuels et collectifs en santé au travail. La problématique est surtout liée à l'effectivité de ces dispositions qui dépendra des moyens accordés par les SST pour cela. En l'état le texte paraît spécialiser les IPRP à la prévention sécurité du point de vue des entreprises. Cela prive par conséquent la médecine du travail de moyens indispensables et impose au médecin du travail et à l'infirmière en santé au travail de se substituer à ces spécialistes du champ. Ainsi alors que la présence d'IPRP était un facteur de qualité des prestations en prévention primaire médicale leur « détournement » impose la mission impossible de tiers temps dans un contexte évident de surcharge. Nous estimons qu'il faut réintégrer les IPRP dans les équipes pluridisciplinaires et les positionner exclusivement dans le secteur de la prévention médicale primaire.

24- Plutôt qu'une obligation d'un tiers du temps de travail du médecin du travail consacré aux actions en milieu de travail, ne serait-il pas préférable de privilégier une exigence globale pour l'équipe pluridisciplinaire du service de santé au travail (rassemblant tous les professionnels de santé et les préventeurs) d'au moins un tiers des interventions effectuées auprès d'une entreprise adhérente qui doivent être réalisées en milieu de travail ?

Cette question d'un temps minimum dû à une entreprise adhérente évoque la notion de service dans le cadre d'un échange commercial. Elle est en décalage avec la notion de préservation de la santé qui repose sur une identification des besoins, indépendamment de tout contrat commercial.

25- Quel est votre sentiment sur les dispositions relatives au statut de l'infirmier de santé au travail ? Identifiez-vous des manques concernant ce statut ?

Le métier d'infirmier en santé au travail a beaucoup évolué ces dernières années pour aller vers des pratiques spécialisées très pertinentes. Il serait temps que

ces professionnels puissent bénéficier de formations diplômantes et reconnues. Malheureusement, l'indépendance professionnelle des infirmières et infirmiers ne pourra être garantie que lorsqu'elles ou ils disposeront d'un statut protégé.

26- Ne faudrait-il pas préciser dans la loi que l'obtention du diplôme d'État d'infirmier de santé au travail peut résulter d'une validation des acquis de l'expérience dans des conditions définies par arrêté ?

La validation des acquis de l'expérience peut être une manière de reconnaître les compétences des infirmiers en santé au travail. L'association SMT est plus préoccupée par leurs conditions d'exercice et leurs statuts de travailleur protégés insuffisants.

**27- À l'article 24, en matière de délégation de tâches au sein des SPST, n'y a-t-il pas un danger à lister dans la loi les professionnels susceptibles de participer aux équipes pluridisciplinaires de santé au travail (quid dans ce cas des allergologues, des addictologues, des diététiciens...) ?
L'article L. 4622-8 du Code de la santé publique en vigueur, permettant le recrutement de professionnels après avis du médecin du travail ne suffit-il pas à cet égard ?**

Cette disposition fait référence à une approche préventive basée sur la personne (le travailleur) plutôt que le risque et basée sur l'individu plutôt que sur le collectif. (Adapter l'individu au travail plutôt que d'adapter le travail à l'individu). Il y a un risque évident de dérive à multiplier les spécialistes médicaux et paramédicaux

dans les services de santé au travail dans le contexte actuel ou l'approche médicale ne peut être qu'instrumentalisée.

28- Avez-vous d'autres observations ou propositions à formuler sur la proposition de loi ?

En l'état, cette nième réforme vient confirmer le glissement d'un système de prévention de la santé au travail dont les fondements avaient comme objectif d'éviter l'altération de la santé du fait du travail (mission d'ordre public social) vers un fonctionnement des services de santé au travail de type « prestation » au service des entreprises et visant à leur assurer une sécurisation juridique.

Aucune mesure n'est prévue en faveur de la transformation des conditions de travail, seule issue pour éviter l'exclusion du monde du travail des plus précaires et des victimes de mauvaises conditions de travail.

La protection de l'ensemble des acteurs de prévention, dans leur rôle de conseil et de lanceurs d'alerte doit absolument être abordée. En lien direct avec ce point, plusieurs questions restent en attente de réponse comme celle de la gestion des services de santé au travail ou de l'inaptitude médicale, largement remise en question dans la profession.

La dilution des missions de santé au travail dans un pot commun de missions de santé publique (addiction, nutrition, obligations vaccinales...) et l'approche individualiste de la prévention prévues dans ce texte ne pourront que participer encore à l'invisibilité des atteintes à la santé du fait du travail.