



Santé au travail en Lorraine : évolution et état des lieux à partir des rapports d'activité des services de 1998 à 2008 et des rapports annuels des médecins du travail de 2006 à 2008

Sandrine Warnez

► To cite this version:

Sandrine Warnez. Santé au travail en Lorraine : évolution et état des lieux à partir des rapports d'activité des services de 1998 à 2008 et des rapports annuels des médecins du travail de 2006 à 2008. Sciences du Vivant [q-bio]. 2010. hal-01734454

HAL Id: hal-01734454

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01734454>

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE
pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Dans le cadre du troisième cycle de Médecine du Travail

par

Sandrine WARNEZ

Le 15 septembre 2010

**SANTÉ AU TRAVAIL EN LORRAINE : ÉVOLUTION ET ÉTAT DES
LIEUX À PARTIR DES RAPPORTS D'ACTIVITÉ DES SERVICES DE
1998 À 2008 ET DES RAPPORTS ANNUELS DES MÉDECINS DU
TRAVAIL DE 2006 À 2008**

Examineurs de la Thèse :

Monsieur C. PARIS	Professeur	Président
Monsieur S. BRIANCON	Professeur	Juge
Monsieur L. MARTRILLE	MCU - PH	Juge
Madame M. LEONARD	Docteur en Médecine	Juge

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen Mission « sillon lorrain » : Professeur Annick BARBAUD

Vice Doyen Mission « Campus » : Professeur Marie-Christine BÉNÉ

Vice Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN

Vice Doyen Mission « Recherche » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Assesseurs :

- Pédagogie :
- 1^{er} Cycle :
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »
- 2^{ème} Cycle :
- 3^{ème} Cycle :
- « *DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques* »
- « *DES Spécialité Médecine Générale* »
- Filières professionnalisées :
- Formation Continue :
- Commission de Prospective :
- Recherche :
- DPC :

Professeur Karine ANGIOÏ-DUPREZ

Professeur Bernard FOLIGUET

M. Christophe NÉMOS

Professeur Marc DEBOUVERIE

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

Professeur Francis RAPHAËL

M. Walter BLONDEL

Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT

Professeur Didier MAINARD

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Jean BEUREY
Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT
Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
Michel DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gabriel FAIVRE – Gérard FIEVE - Jean FLOQUET
Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ
Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET – Christian JANOT - Jacques LACOSTE
Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE
Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ - Pierre MATHIEU
Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS
Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL - Jean PREVOT
Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Paul SADOUL - Daniel SCHMITT
Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ
Gérard VAILLANT – Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT - Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACÉ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER
Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY
Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Béatrice MARIE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Nicole LEMAU de TALANCE

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIERE – Docteur Frédérique CLAUDOT

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ère} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Pierre GILLOIS – Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteur François SCHOONEMAN

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*)

Docteur Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie*)

Docteur Patrick ROSSIGNOL

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteur Anne-Christine RAT

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS
Madame Natalia DE ISLA – Monsieur Pierre TANKOSIC

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Alain AUBREGE
Professeur associé Francis RAPHAEL
Docteur Jean-Marc BOIVIN
Docteur Jean-Louis ADAM
Docteur Elisabeth STEYER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY - Professeur Michel BOULANGE
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean FLOQUET - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeur Simone GILGENKRANTZ – Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain LARCAN
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS – - Professeur Guy PETIET
Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL
Professeur Jacques ROLAND - - Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT
Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)*

Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

A NOTRE PRESIDENT

Monsieur le Professeur C. Paris

Professeur de Médecine et santé au travail

Je suis particulièrement sensible à l'honneur que vous me faites de bien vouloir présider mon jury de thèse. J'ai bénéficié au cours de ma formation universitaire de la compétence et de la rigueur de votre enseignement.

Veillez trouver ici l'expression de toute ma gratitude et de mon profond respect.

A NOS JUGES

Monsieur le Professeur S. Briançon

Professeur d'épidémiologie, d'économie de la santé et de la prévention

Vous me faites le grand honneur d'accepter de juger ce travail. Je vous remercie de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à cette étude.

Veillez trouver ici le témoignage de ma profonde considération.

Monsieur le Docteur L. Martrille

Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier en médecine légale et droit de la santé

Vous avez accepté avec gentillesse de participer à ce jury de thèse et je vous en remercie.

Je vous prie de trouver dans cet hommage la marque de mon profond respect.

Madame le Docteur M. Leonard

Médecin inspecteur régional du travail

Vous m'avez fait l'honneur de diriger ce travail et je vous en remercie sincèrement. Votre disponibilité, votre écoute et vos conseils pertinents ont été d'un grand soutien pour mener à son terme cette thèse.

Veillez trouver ici le témoignage de ma profonde considération.

Je remercie sincèrement :

- Monique Barba, secrétaire à la Direction Régionale du Travail et de la Main d'œuvre, pour sa collaboration et son aide technique ;
- Mes maîtres de stage qui m'ont tant apporté dans l'apprentissage de ce métier passionnant et exigeant : Monsieur le Professeur PARIS, Monsieur le Docteur ROY, Monsieur le Docteur REISER, Madame le Docteur LEONARD et Monsieur le Docteur PROY ;

Je dédie cette thèse

- A mes amours, Eric (porteur et supporter !) et Charline ;
- A mes parents qui m'ont soutenue au cours de ce long parcours qui m'a menée à la médecine du travail,
- A mes ch'tis préférés Anne et Flavien...Et Valentine, la meilleure copine de Charline
- A tous ceux d'ici (Lorène, Marie Jo, le « groupe »,...) et de là-bas (Perrine, Claire, Amélie, Emilie, Delphine et Sophie...)
- A mes amis les « -e » et les « -s » et aux relecteurs de cette thèse

SERMENT

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque".

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	15
---------------------------	-----------

INTRODUCTION	20
---------------------	-----------

PREMIERE PARTIE :

LES ORIGINES DE LA MEDECINE DU TRAVAIL	22
---	-----------

Introduction	24
---------------------	-----------

I. Les précurseurs de la médecine du travail	24
---	-----------

II. La révolution industrielle et le début de la réglementation du travail en France	25
---	-----------

III. Les prémices de la médecine du travail	26
--	-----------

3.1. La médecine d'entreprise	26
-------------------------------	----

3.2. L'expérience de la première guerre mondiale dans la gestion de la main d'œuvre	27
---	----

3.3. De l'intérêt de la médecine du travail : visite d'embauche, début du taylorisme, préservation de la santé, dans le contexte eugénique et hygiéniste de l'après guerre	27
--	----

3.4. Mais la profession se heurte à des réticences multiples	28
--	----

IV. L'officialisation de la médecine du travail	29
--	-----------

4.1. L'organisation de la profession	29
--------------------------------------	----

4.2. Une place qui reste limitée	29
----------------------------------	----

4.3. L'atténuation des oppositions	30
------------------------------------	----

4.4. La recommandation de 1940	30
--------------------------------	----

4.5. L'essor de la médecine du travail sous l'occupation	31
--	----

V. La médecine du travail au lendemain de la seconde guerre mondiale (1946-1960)	32
---	-----------

5.1. La loi du 11 octobre 1946 complétée du décret du 26 novembre 1946	32
--	----

5.2. Les grands principes de la loi de 1946	32
---	----

5.3. Une médecine du travail centrée sur l'individu qui peine à s'imposer	33
---	----

VI. Une première tentative de réorientation du système (1960-1990)	34
6.1. Les premières critiques du système	34
6.2. L'action en milieu de travail priorisée	34
6.3. La question de l'aptitude	35
VII. La médecine du travail dans la tourmente	36
7.1. Le constat de l'échec du système	36
7.2 L'impulsion européenne et la directive cadre européenne du 12 juin 1989	36
VIII. La réforme de la médecine du travail	37
8.1. L'accord interprofessionnel sur la santé au travail du 13 septembre 2000	37
8.2. La loi dite de « modernisation sociale » du 17 janvier 2002	38
8.3. La pluridisciplinarité	39
8.4. Le décret du 28 juillet 2004	40
IX. La « réforme de la réforme »	41
9.1. Le rapport Conso-Frimat et de l'IGAS	41
9.2. L'avis du Conseil économique et social	42
9.3. La réunion des partenaires sociaux	42
9.4. La prise en main de la question par le ministre du travail	42
Conclusion	44

DEUXIEME PARTIE :

LA SANTE AU TRAVAIL EN LORRAINE DE 1998 A 2008 **45**

I. Présentation de l'étude	46
II. Les services de santé au travail	47
2.1. Les SST en Lorraine en 2008	47
2.1.1. Les services interentreprises	47
2.1.2 Les services interprofessionnels du BTP	48
2.1.3. Les services autonomes	49
2.2. Evolution du nombre de SST de 1998 à 2008	49

III. La démographie médicale	50
3.1. Caractéristiques socio-démographiques des médecins du travail au 31 juillet 2009	50
3.2. Evolution de 1998 à 2008	54
IV. Le personnel non médical dans les SST	56
4.1. En 2008	56
4.2. Evolution de 1998 à 2008	56
V. Les salariés bénéficiant d'un suivi par les SST	60
5.1. En 2008	60
5.2. Evolution de 1998 à 2008	60
Conclusion	65

TROISIEME PARTIE :

SYNTHESE DES DONNEES DES RAPPORTS ANNUELS D'ACTIVITE DES MEDECINS DU TRAVAIL DE LORRAINE DE 2006 A 2008	66
--	-----------

Introduction	68
I. Protocole	69
1.1. Critères d'inclusion	69
1.2. Les variables recueillies	69
1.2.1. Les données générales	69
1.2.2. L'activité clinique	70
1.2.2.1. Les examens cliniques	70
1.2.2.2. Les conclusions des visites médicales	71
1.2.2.3. Les orientations médicales	72
1.2.2.4. Les maladies professionnelles	72
1.2.3. L'action en milieu de travail	73
1.2.3.1. Le temps consacré à l'AMT	73
1.2.3.2. Les visites des lieux de travail	73

1.2.3.3. Les fiches d'entreprises	74
1.2.3.4. Les études de postes	75
1.2.3.5. L'activité de métrologie	75
1.2.4. La parole des médecins du travail	75
II. Données générales	76
III. L'activité clinique	82
3.1. Les visites médicales	82
3.1.1. Evolution globale	82
3.1.2. Le type de visite médicale	82
3.2. Les conclusions des visites médicales en terme d'aptitude	87
3.2.1. Aptitude - Aptitude avec restriction ou aménagement du poste de travail	87
3.2.2. Inaptitude au poste - Inaptitude à tout poste dans l'entreprise	88
3.3. Les orientations médicales	92
3.4. Les maladies professionnelles	94
Synthèse de l'activité clinique	96
IV. Le « tiers temps »	97
4.1. Temps consacré à l'AMT	97
4.2. Les visites des lieux de travail	99
4.2.1. Données brutes	99
4.2.2. Visites avec propositions et type de propositions	101
4.3. Les fiches d'entreprises	104
4.4. Les actions menées en milieu de travail : études de postes et métrologies	107
4.4.1. Les études de postes	107
4.4.2 Les métrologies	111
Synthèse de l'action en milieu de travail	114
V. L'inquiétude face à la situation actuelle, une attente forte de la réforme annoncée	115
Conclusion	116

QUATRIEME PARTIE : DISCUSSION	117
--------------------------------------	------------

I.Méthode de l'étude	118
-----------------------------	------------

1.1 Intérêts de l'étude	118
-------------------------	-----

1.2 Limites de l'étude	118
------------------------	-----

II. Résultats	120
----------------------	------------

2.1 Synthèse des résultats	120
----------------------------	-----

2.1.1. Données démographiques concernant les services de santé au travail	120
--	-----

2.1.2 L'activité clinique	121
---------------------------	-----

2.1.3 Le tiers temps	122
----------------------	-----

2.2 Discussion	122
----------------	-----

2.2.1 Données socio-démographiques concernant les services de santé au travail, le personnel et les salariés suivis par ces services	122
--	-----

2.2.2 Discussion	125
------------------	-----

CONCLUSION	131
-------------------	------------

BIBLIOGRAPHIE	132
----------------------	------------

LISTE DES ABREVIATIONS	137
-------------------------------	------------

ANNEXES	139
----------------	------------

Annexe 1 : Modèle du rapport annuel en service de santé au travail interentreprises	140
--	-----

Annexe 2 : Arrêté du 11 juillet 1977 fixant la liste des travaux nécessitant une surveillance médicale spéciale	150
---	-----

Annexe 3 : Salariés effectuant des travaux faisant l'objet de décrets spéciaux	153
---	-----

INTRODUCTION

La santé au travail est confrontée à de profonds bouleversements : nouveaux objectifs , nouvelles compétences, intervention d'autres professionnels... Au sein des services de médecine du travail, devenus services de santé au travail suite à la réforme de 2004, les médecins du travail s'interrogent sur leur rôle, leurs missions et les moyens d'y parvenir.

Les modifications du paysage de la santé au travail et de l'exercice de la médecine du travail ont fait l'objet de rapports nationaux. D'autres évolutions, dans le cadre d'une nouvelle réforme, devraient en découler prochainement.

Dans l'objectif de mieux appréhender les enjeux loco-régionaux en question, nous avons souhaité décrire les caractéristiques et l'évolution du paysage lorrain en santé au travail de 1998 à 2008 ainsi que l'exercice de la profession de médecin du travail dans notre région sur la période 2006-2008.

Dans la première partie de notre travail, nous reviendrons sur l'histoire de la médecine du travail. Nous étudierons ses origines, marquées du sceau de l'hygiénisme et de l'eugénisme du XIXème et début du XXème siècle. Puis nous aborderons son officialisation au cours et au décours de la seconde guerre mondiale et l'orientation de la profession vers la diminution des incapacités, des séquelles ou des récidives et la réinsertion sociale, c'est à dire vers la prévention tertiaire selon la définition de l'OMS. Nous étudierons ensuite les facteurs ayant amené une première refonte du système de prévention des risques professionnels en France et développerons les conséquences de la réforme de 2004 dans le champ de la santé au travail. Enfin, nous évoquerons le contexte actuel, avec la priorité donnée à la prévention primaire, (éviter l'apparition de la maladie ou du traumatisme en agissant sur les facteurs de risque selon l'OMS) et l'attente d'une réforme de la réforme.

La seconde partie est consacrée à l'étude des rapports administratifs des services de santé au travail de Lorraine. Après un état des lieux en 2008, nous étudierons l'évolution de l'organisation de ces structures sur une période de dix ans, s'étendant avant et après la réforme de 2004 (1998-2008). Nous distinguerons la situation des services interentreprises, des services spécialisés dans le BTP et des services autonomes, qui coexistent dans notre région.

Dans une troisième partie, nous présenterons une étude des rapports annuels établis de 2006 à 2008 par les médecins du travail de la région. Nous étudierons les résultats concernant l'activité clinique, l'action en milieu de travail mais également les commentaires des intéressés sur leur activité et son évolution. Nous verrons que l'exercice est différent selon le type de service qui salarie le médecin du travail.

Enfin, nous discuterons ces résultats et les confronterons aux éléments à disposition au niveau national.

PREMIERE PARTIE :

LES ORIGINES DE LA MEDECINE DU TRAVAIL **22**

Introduction	24
I. Les précurseurs de la médecine du travail	24
II. La révolution industrielle et le début de la réglementation du travail en France	25
III. Les prémices de la médecine du travail	26
3.1. La médecine d'entreprise	26
3.2. L'expérience de la première guerre mondiale dans la gestion de la main d'œuvre	27
3.3. De l'intérêt de la médecine du travail : visite d'embauche, début du taylorisme, préservation de la santé, dans le contexte eugénique et hygiéniste de l'après guerre	27
3.4. Mais la profession se heurte à des réticences multiples	28
IV. L'officialisation de la médecine du travail	29
4.1. L'organisation de la profession	29
4.2. Une place qui reste limitée	29
4.3. L'atténuation des oppositions	30
4.4. La recommandation de 1940	30
4.5. L'essor de la médecine du travail sous l'occupation	31
V. La médecine du travail au lendemain de la seconde guerre mondiale (1946-1960)	32
5.1. La loi du 11 octobre 1946 complétée du décret du 26 novembre 1946	32
5.2. Les grands principes de la loi de 1946	32
5.3. Une médecine du travail centrée sur l'individu qui peine à s'imposer	33
VI. Une première tentative de réorientation du système (1960-1990)	34
6.1. Les premières critiques du système	34
6.2. L'action en milieu de travail priorisée	34
6.3. La question de l'aptitude	35
VII. La médecine du travail dans la tourmente	36
7.1. Le constat de l'échec du système	36

7.2 L'impulsion européenne et la directive cadre européenne du 12 juin 1989	36
VIII. La réforme de la médecine du travail	37
8.1. L'accord interprofessionnel sur la santé au travail du 13 septembre 2000	37
8.2. La loi dite de « modernisation sociale » du 17 janvier 2002	38
8.3. La pluridisciplinarité	39
8.4. Le décret du 28 juillet 2004	40
IX. La « réforme de la réforme »	41
9.1. Le rapport Conso-Frimat et de l'IGAS	41
9.2. L'avis du Conseil économique et social	42
9.3. La réunion des partenaires sociaux	42
9.4. La prise en main de la question par le ministre du travail	42
Conclusion	44

Introduction

Classiquement, on assimile les débuts de la médecine du travail à la libération et à la loi de 1946. En réalité, son histoire et ses fondements sont beaucoup plus anciens. Dans cette première partie de notre travail, nous nous sommes attachés à en retracer les principales étapes jusqu'à l'exercice actuel de la profession. Cette mise en perspective permet de mieux comprendre les débats et les enjeux sous tendant la réforme en cours de la santé au travail.

I. Les précurseurs de la médecine du travail

Les premières descriptions des pathologies professionnelles remontent à l'antiquité : en 2500 avant Jésus Christ, Imhotep décrit un lumbago aigu survenu accidentellement chez un ouvrier ayant participé à la construction d'une pyramide [1]. Hippocrate décrit le premier cas de saturnisme vers 370 avant Jésus Christ et remarque que la fréquence de l'asthme est plus élevée au sein de certaines catégories professionnelles (tailleurs et métallurgistes entre autre) [2].

Le premier ouvrage traitant des maladies du travail est écrit par Paracelse au 16ème siècle : « Le mal des montagnes et autres maladies des mineurs ». On sait aujourd'hui que ces pathologies étaient liées à la présence de radon, issu de la dégradation du radium présent dans certaines roches, qui s'accumule dans les espaces mal ventilés (caves, mines).

Bernardino Ramazzini (1633-1714) recense différentes pathologies professionnelles dans son « traité des maladies des ouvriers » qui sert de référence pendant deux siècles et est toujours édité de nos jours [3]. Il écrit ainsi « *Aux questions que l'on pose d'habitude, qu'il me soit permis d'ajouter la suivante : Quel est le métier du malade ?* »

Le premier à décrire un cancer d'origine professionnelle est Percival Pott (1713-1788), chirurgien britannique : il s'agit du cancer du scrotum chez les jeunes ramoneurs consécutif à l'exposition aux goudrons de suies [4].

II. La révolution industrielle et le début de la réglementation du travail en France

Au cours du 18^{ème} siècle mais surtout du 19^{ème} siècle, le développement industriel très rapide crée de nouvelles nuisances. La liberté de travail est totale : depuis la loi Le Chapelier (17 juin 1791) les corporations de l'Ancien Régime ainsi que les associations de travailleurs (syndicats et mutuelles) sont interdites pour favoriser la libre entreprise. Les conditions de travail, notamment du point de vue de l'hygiène ou de la sécurité, ne sont soumises à aucune réglementation.

Les écrits sur ces conditions et sur l'état de santé des ouvriers se multiplient ; en 1830, deux ouvriers sur trois sont réformés par le conseil de révision de l'armée du fait d'un état de santé trop défaillant [5, 6, 7, 8, 9].

En France, Louis René Villermé (1782-1863) écrit en 1840 « Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie », à la demande de l'Etat, inquiet face au risque de pénurie de conscrits [10]. Ce travail est à l'origine de la première loi sur les conditions de travail en 1841 qui interdit le travail des enfants de moins de 8 ans (uniquement dans les fabriques de plus de 20 ouvriers) et le travail de nuit pour les enfants de moins de 12 ans. Dans cet écrit, Villermé souligne la misère de la condition de vie ouvrière mais en attribue la responsabilité aux ouvriers eux-mêmes « *l'espèce d'ouvriers qui abandonne la modeste et tranquille existence que lui assurait l'agriculture, pour aller dans les villes se livrer aux travaux de l'industrie (...) forme presque toujours une population tarée, une sorte d'écume* » [11]. Mais la surexploitation, notamment des femmes et des enfants met en péril la reproduction de la classe ouvrière et donc du système dans sa globalité. Ses propos sont teintés d'eugénisme, il souhaite « *la conservation et l'amélioration de la race française* ». Les problématiques de régénération et de dégénérescence sont exposées : d'une part, un tri apparaît nécessaire afin d'organiser la société en fonction du caractère « *dégénéré* » ou non de l'individu ; d'autre part, la race doit pouvoir être « *régénérée* » grâce au développement de l'hygiène.

Les textes réglementaires vont ensuite se multiplier. La loi de 1898 sur les accidents de travail marque une étape importante dans la législation du travail, même si son impact reste limité : seule la perte de salaire est compensée et les employeurs préfèrent voir leurs primes

d'assurance augmenter plutôt que de développer une démarche préventive. Plus tard, la loi du 25 octobre 1919 crée le régime de réparation des maladies professionnelles qui s'inspire de la loi de 1898 sur les accidents du travail. Mais à cette date, seul le saturnisme et l'hydrargyrisme, avec une liste très limitée de travaux, sont concernés [12].

De longs débats précèdent l'adoption de ces lois, les industriels faisant pression sur le corps politique afin d'en limiter la portée. Il aura ainsi fallu vingt ans de débat au Parlement avant que la loi de 1898 sur les accidents du travail soit votée. Dans le cas de la céruse utilisée par les peintres qui contient du minium de plomb et provoque le saturnisme, les industriels réclament des indemnités afin de modifier leurs équipements et retardent l'application de la loi qui en interdit l'usage jusqu'en 1915 [13]. La silicose ne sera reconnue en France en tant que maladie professionnelle qu'en 1946, alors que son origine professionnelle est reconnue en Angleterre et en Allemagne depuis 1928 [14].

Face à cette lenteur, les grèves se multiplient, les ouvriers dénoncent l'insuffisance et le non-respect de la législation.

III. Les prémices de la médecine du travail

3.1. La médecine d'entreprise

Dés le XIX^{ème} siècle, certains employeurs mettent en place des services médicaux et sociaux [15]. Cependant, ces initiatives relèvent plus d'une optimisation des coûts et du rendement que d'une volonté de préserver la santé des travailleurs.

Ainsi en 1810, un décret impose au patronat de prendre en charge les frais médicaux liés aux accidents de travail dans les mines et les carrières. Afin de limiter les frais, les chefs d'entreprises emploient des médecins et ouvrent même des hôpitaux spécialisés. Ces services vont ensuite étendre leur action à la prise en charge de la santé des salariés en général, puis à celle de leur famille [16].

La Société Industrielle de Mulhouse (1826) incite ses membres à se préoccuper des conditions de vie de leurs ouvriers et de leur santé. Le but est de « stabiliser » la main d'œuvre et ainsi d'obtenir une meilleure qualité de travail et un meilleur rendement.

Au début du 20^{ème} siècle, suite à la loi de 1898 sur les accidents de travail, les compagnies d'assurance incitent les employeurs à faire appel à des médecins. Dans les faits, ces embauches se limitent surtout aux grandes entreprises, comme la compagnie des gaz ou celle des poudres.

3.2. L'expérience de la première guerre mondiale en matière de gestion de la main d'œuvre

Pendant la première guerre mondiale, un service médical est créé dans les poudreries et les arsenaux d'Etat. Le but est d'adapter les besoins accrus de production à une main d'œuvre inexpérimentée (femmes, étrangers...) et diminuée (blessés de guerre) mais également de lutter pour la natalité et la « défense de la race » (chambres d'allaitement, surveillance de l'hygiène et des mœurs...)[13].

3.3. De l'intérêt de la médecine du travail : visite d'embauche, début du taylorisme, préservation de la santé dans le contexte eugénique et hygiéniste de l'après guerre

L'intérêt d'une visite avant l'embauche est souligné. Cette démarche a notamment pour but d'éviter les maladies professionnelles et la transmission de maladies : certificat de non-contagion dans l'industrie de la verrerie pour éviter la transmission de la tuberculose via les cannes, visite médicale obligatoire avant l'exposition de salariés au plomb depuis 1909.

En 1917, Leclercq et Mazel montrent son intérêt dans l'évaluation du préjudice après l'accident de travail : « *Une solution s'impose logiquement : faire subir à l'ouvrier, au moment de l'embauchage, un examen médical minutieux permettant de préciser quelles sont les lésions constitutionnelles ou acquises au moment de l'examen, puis enregistrer ces constatations sur une fiche particulière, la fiche médicale. Dans ces conditions, lorsqu'un ouvrier sera victime d'un accident ou attribuera au travail telle ou telle lésion accidentelle, il suffira de se reporter à l'embauchage et l'on pourra faire aisément le départ entre le dommage attribuable à l'accident et la tare reconnue chez l'ouvrier lors de son entrée à l'usine. [...]. Cette fiche médico-physiologique, intéressant à la fois l'ouvrier et le patron, sera établie en double, et chacun des intéressés en recevra un exemplaire* » [17].

Pour eux, le médecin du travail doit également orienter et sélectionner les salariés en fonction de leurs caractéristiques physiologiques et des contraintes des postes de travail. En effet, dans ces temps d'après guerre, l'emploi d'ouvriers blessés ou mutilés pose la question de l'adaptation de l'homme au travail. Ils argumentent en s'appuyant sur le taylorisme et leurs expériences de médecin d'usine dans les entreprises d'armement qui ont eu recours à la main d'œuvre féminine pendant la première guerre mondiale. F. Taylor lui-même explique ainsi sa méthode de travail devant la Cour Suprême des Etats Unis « *Supposons qu'à Washington, nous ayons une écurie de trois à quatre cents chevaux ; dans cette écurie, il y aura un certain nombre de chevaux qui seront particulièrement utilisés pour tirer les camions de charbon ; il y aura un certain nombre d'autres chevaux qui seront affectés aux camions d'épicerie ; il y aura un certain nombre de trotteurs ; un certain nombre de chevaux de selle, utilisés pour des promenades d'agrément, et même des poneys. [...]. Je veux dire qu'il y a des hommes forts et solides qui sont adaptés aux travaux de force, exactement comme il y a de gros chevaux qui conviennent aux transports lourds... Ce que je veux vous faire saisir, c'est que chaque type d'homme est de première catégorie pour un genre déterminé de travail et, si vous cherchez suffisamment, vous trouverez toujours quelque travail qui lui convienne bien...* » [18].

Enfin, l'intérêt d'une action médicale sur le lieu de travail apparaît déjà à l'époque évidente. Son but serait de veiller au non-épuisement de la main d'œuvre. Leclerc, Mazel et Dujarric de la Rivière écrivent que les médecins doivent « *se rendre dans l'usine, pour vérifier les conditions hygiéniques, individuelles et collectives du travail, pour surveiller son effort et faire, sur le travail professionnel, telles remarques qui leur paraîtraient nécessaires.* » [17]. Pour eux, les missions du médecin du travail sont donc triples : établir un état des lieux à l'embauche qui servirait de référence pour un éventuel contentieux ; mettre en œuvre une sélection physiologique en rapport avec les contraintes du poste ; enfin, agir sur celles-ci en veillant à une utilisation physiologique de l'ouvrier [19].

Par son rôle de sélection de la main d'œuvre et de définition des aptitudes afin d'optimiser la production, le médecin du travail apparaît comme un collaborateur de l'employeur ; il doit également avoir un rôle d'hygiéniste dans le but de préserver la santé des ouvriers.

3.4. Mais la profession se heurte à des réticences multiples

Cependant, même si la médecine en milieu professionnel se développe, elle reste peu répandue dans les années 30. Les salariés sont très méfiants vis à vis de cette médecine payée

par le patronat dans le but d'optimiser les coûts. Ils craignent la sélection de la main d'œuvre par le médecin ainsi que la transmission d'informations à l'employeur. Les employeurs n'y voient que peu d'intérêt et les syndicats des médecins libéraux y sont franchement hostiles, craignant une concurrence déloyale [20].

IV. L'officialisation de la médecine du travail

4.1. L'organisation de la profession

Le terme de « médecin du travail » se répand dans les années 1920 et la création de « la revue de la médecine du travail », sous la direction d'Etienne Martin, officialise ce terme en 1929.

La commission internationale permanente pour l'étude des maladies professionnelles organise son quatrième congrès à Lyon en 1929. Pour la première fois des professionnels, des syndicats patronaux et des représentants de la CGT sont réunis.

Afin d'assurer la formation des médecins, des instituts de médecine du travail sont ouverts à Lyon (1930), à Paris (1933) et à Lille (1935). Un diplôme d'hygiène industrielle et de médecine du travail est créé en 1933.

Dans le même temps, la presse spécialisée se développe : « la Revue de la médecine du travail » en 1929, « Le médecin d'usine » en 1938 ou encore « Les Archives des maladies professionnelles » qui sont publiées pour la première fois en mai 1938 [21].

4.2. Une place qui reste limitée

Hormis dans les grandes structures (chimie, transport, charbonnage, automobile...), le service médical est le plus souvent réduit à une infirmerie. Un médecin y délivre des soins aux accidentés et aux malades quelques heures par semaine. Il est rétribué par les employeurs sur la base d'un fixe, auquel peut s'ajouter une prime sous couvert d'une diminution des accidents du travail. La visite d'embauche est réduite à son minimum et porte davantage sur la sélection et l'orientation de la main d'œuvre. Les visites périodiques et le dépistage des maladies professionnelles sont rares.

4.3. L'atténuation des oppositions

Dans les années 30, les oppositions concernant la profession s'atténuent. Du côté des salariés, un mouvement « Médecine et travail » émerge au sein de la CGT en faveur d'une médecine au service de la santé du salarié.

Le 5 février 1940, une circulaire de la confédération générale du patronat français expose l'intérêt pour les entreprises de recruter des médecins du travail, « *le service médical, comme le service social, est un service qui paye* » [22]. De plus, les grèves de 1936 ont également démontré son intérêt dans l'atténuation des conflits. Du côté des syndicats des médecins libéraux, l'objectif est de contrôler et de limiter le développement de la médecine d'usine et de lui retirer tout rôle curatif.

Les médecins du travail souhaitent eux combiner les demandes du patronat, de sélection et d'orientation de la main d'œuvre, à celles des ouvriers, de dépistage des maladies professionnelles, dans une vision plus large de la médecine du travail qui intégrerait l'hygiène, la salubrité des installations industrielles et une médecine de prévention.

4.4. La recommandation de 1940

La dégradation des conditions de travail et l'intensification des cadences pendant la « drôle de guerre » est à l'origine, le 9 juin 1940, d'une recommandation émanant du Ministère du Travail sur la mise en place d'un service médical, d'un service social et d'un comité d'hygiène du travail et de sécurité dans les entreprises. Cette recommandation détaille les fonctions du médecin du travail.

Le médecin d'usine doit ainsi assurer un suivi régulier des salariés exposés à un risque professionnel et porter une attention particulière aux femmes enceintes et aux travailleurs âgés. Lors de la visite d'embauche, il doit dépister les maladies contagieuses (notamment la tuberculose) et orienter les salariés selon leurs capacités. Il peut exercer des soins d'urgence.

On lui confère également un rôle préventif : il peut contrôler les installations et les procédés de fabrication ; il établit des statistiques sur les accidents de travail et en recherche les causes. Enfin, il supervise les actions sociales de l'entreprise (sport, colonies de vacances, chambre d'allaitement...) en liaison avec le service social.

4.5. L'essor de la médecine du travail sous l'occupation

Sous le Régime de Vichy, la médecine du travail connaît un essor important. Les textes, les organismes et les institutions se multiplient. L'inspection médicale du travail est créée en 1941. La fondation Carrel joue un rôle non négligeable dans ce développement. Carrel veut combattre « *la dégénérescence physique et mentale des hommes civilisés* » pour « *faire revivre l'homme occidental* », en se basant sur « *leurs valeurs biologiques* ». Il obtient le soutien du Maréchal Pétain. Son idéologie est de compenser la dénatalité par l'affectation biologique optimale des salariés. Elle compte parmi ses membres de nombreux médecins du travail dont les plus influents de l'époque (Gros, Ménétrier) qui occupent et cumulent les postes clés. Des documents type sont élaborés (fiches de travail où sont consignées les aptitudes, fiches de postes) : « *Résumé par des coefficients d'aptitudes et par une cotation générale des caractéristiques physiologiques et professionnelles de l'individu, l'examen de santé permet un emploi rationnel de la main-d'œuvre suivant ses aptitudes, une évaluation exacte de ses possibilités individuelles, des mutations et réadaptations rapides à d'autres métiers, un rendement maximum pour une usure humaine minimum* » [23].

La loi du 28 juillet 1942 organise des services médicaux et sociaux dans « les familles professionnelles » : ils sont désormais obligatoires dans les établissements de plus de 50 salariés ; les décrets d'applications ne concernent cependant que 3 familles professionnelles : celles de la transformation des métaux, du cuir et de la céramique. Des soins peuvent y être assurés aux salariés et à leurs familles. Mais le régime va surtout s'en servir pour mettre en œuvre le travail obligatoire en Allemagne. Cette collaboration au STO ainsi que le lien entre cette loi et la Charte du travail contribueront à la suspicion des salariés à l'encontre de la médecine du travail après la Libération.

V. La médecine du travail au lendemain de la seconde guerre mondiale (1946-1960)

5.1. La loi du 11 octobre 1946 complétée du décret du 26 novembre 1946

La loi du 11 octobre 1946 relative à l'organisation des services médicaux annule la loi de 1942. Elle est considérée par beaucoup comme l'acte de naissance de la médecine du travail en France. Elle reste toujours valable de nos jours.

Son article 1^{er} définit ainsi la fonction de la médecine du travail :

« Les établissements énumérés à l'article 65 du livre II du Code du Travail (L.231-I, alinéa 1), ainsi que les offices publics et ministériels, les établissements relevant de professions libérales, les sociétés civiles, les syndicats professionnels et les associations de quelque nature que ce soit occupant des salariés devront organiser des services médicaux du travail. Ces services seront assurés par un ou plusieurs médecins qui prennent le nom de "médecins du travail" et dont le rôle exclusivement préventif consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, notamment en surveillant les conditions d'hygiène du travail, les risques de contagion et l'état de santé des travailleurs. »

5.2. Les grands principes de la loi de 1946

La médecine du travail est rendue obligatoire pour toutes les entreprises industrielles et commerciales dépendantes du Ministère du Travail, quel que soit le nombre de salariés employés. Par la suite, l'application de cette loi est peu à peu étendue à l'armement (1953), aux transports (1955), aux mines et carrières (1959), aux administrations hospitalières (1960), à l'agriculture (1966) [24], aux employés communaux (1978) et aux agents de la fonction publique (1982).

Elle est rattachée au Ministère du Travail. Son coût est à la charge des employeurs mais les salariés, via les comités d'entreprise, interviennent dans le contrôle du service médical.

Sous la pression du Conseil de l'Ordre, les médecins du travail perdent toute mission de soin et sont cantonnés à un rôle exclusivement préventif [25]. La spécialisation des médecins du travail est assurée via la création de trois chaires en médecine du travail à Lyon, Paris et Lille.

5.3. Une médecine du travail centrée sur l'individu qui peine à s'imposer

Dans la France dévastée de l'après guerre, c'est l'époque du « *Retrouvez vos manches !* ». Il faut s'assurer que le travailleur n'est pas un danger pour son entourage (maladies infectieuses) : il s'agit notamment de dépister la tuberculose grâce à la radioscopie. Il faut également veiller au maintien de la santé du travailleur lui-même dans des conditions de travail difficiles. C'est l'approche clinique individuelle de la santé au travail qui prédomine, à la recherche de symptômes liés au travail ou susceptibles d'être aggravés par celui-ci engendrant le prononcé d'une inaptitude à l'emploi occupé : « *Le médecin est capable, et seul capable, de reconnaître quelle profession doit être conseillée ou interdite à l'ouvrier* » (Peyraud, 1947). C'est toujours l'orientation « biologique » de la main d'œuvre qui prédomine, sur les mêmes arguments natalistes répétés depuis la première guerre mondiale.

L'exercice de la médecine du travail se cantonne quasi exclusivement aux visites d'aptitude. La priorité est donnée à la production et dans ce contexte, la médecine du travail n'arrive pas à s'imposer.

Les salariés sont méfiants envers ces médecins qui ont participé au STO et sont interdits de médecine de soins. Les employeurs plaident pour l'impossible application de la loi de 1946 dans le contexte difficile de la reconstruction. L'Etat reste passif : La Direction du Travail ne sanctionne pas les employeurs contrevenants ; l'Inspection médicale du travail manque de disparaître en 1949 ; les agréments des services médicaux sont délivrés alors qu'ils sont en violation manifeste des règlements et circulaires issus de la loi de 1946.

Le décret de 1952 illustre les difficultés de la médecine du travail des années 1950-1960. Le nombre de salariés suivis annuellement par médecin du travail croît de 25% (hors ouvriers et surveillance médicale spéciale) et de 50% pour les entreprises de moins de 10 salariés dont les obligations sont également limitées aux visites d'aptitude. Le temps mensuel de travail des médecins du travail est passé de 150 à 173h, au dépend de la formation. L'orientation est

donnée vers une médecine de « visites à la chaîne » : il n'est pas rare qu'un médecin du travail voit 10 salariés par heure [26].

VI. Une première tentative de réorientation du système (1960-1990)

6.1. Les premières critiques du système

A partir du milieu des années 60, l'Etat réintègre le champ de la santé au travail ; le taylorisme montre ses limites. Les critiques se multiplient du côté des salariés (par exemple en 1972, dans l'usine Pennaroya de Lyon où les salariés sont déclarés apte à leur poste malgré des intoxications sévères au plomb [27], du côté des syndicats (qui réclamaient jusqu'alors des primes pour compenser des mauvaises conditions de travail plutôt qu'une amélioration de celles-ci) [28] mais également des médecins eux-mêmes qui dénoncent leurs conditions d'exercice et l'impossibilité d'agir sur les conditions de travail (cas du Dr Thilliez licencié de chez Peugeot). L'IGAS explique dans son rapport de 1970 « *Les nombreuses initiatives prises depuis 1946 n'ont pas abouti à donner à la médecine du travail une efficacité suffisante. Un des aspects essentiels, à savoir l'adaptation des postes de travail, est presque partout négligé.* »

6.2. L'action en milieu de travail priorisée

En 1965, une première circulaire propose qu'une partie de l'activité du médecin du travail soit consacrée à la visite des locaux de travail ; le décret du 13 juin 1969 précise l'action préventive du médecin du travail dans l'entreprise, notamment l'obligation de tenir à jour une fiche d'entreprise pour les établissements de plus de 50 salariés.

Dans la pratique, c'est suite au décret du 20 mars 1979 que la situation évolue : l'action en milieu de travail est citée avant les examens médicaux : le chef d'entreprise ou le président du service interentreprises doivent prendre « *toute mesure nécessaire pour que le médecin du travail consacre à sa mission en milieu de travail le tiers de son temps de travail* ». Le temps d'activité des médecins du travail par salarié est revu à la hausse : une heure pour 10 salariés en surveillance médicale spéciale, pour 15 ouvriers ou pour 20 employés [29]. Mais le temps

libéré par cette mesure reste insuffisant. Les visites d'aptitude occupent la plus grande partie du temps de travail des médecins du travail dans un contexte d'accroissement rapide du chômage.

Les décrets du 14 mars 1986 et du 28 décembre 1988 confirment le libre accès du médecin du travail aux locaux de travail et étendent l'obligation de rédiger une fiche d'entreprise pour les établissements de plus de 10 salariés.

6.3. La question de l'aptitude

Entre 1908 et 1911 la notion d'aptitude apparaît pour la première fois dans les « Décrets spéciaux » (Intoxication due au plomb, air comprimé, infection charbonneuse, couperie de poils, risques dus au mercure, soufflage à la bouche dans les verreries, emploi de la ceruse ou de sulfate de plomb dans les travaux de peinture). Le médecin doit établir un certificat pour les salariés exposés attestant qu'ils ne présentent pas les symptômes de la maladie. Antérieurement, la loi de 1898 sur les accidents de travail pose la question de l'imputabilité ou non à l'employeur des atteintes de la santé : il faut pouvoir distinguer les conséquences de l'accident des atteintes préalables de l'individu. L'intérêt d'une visite à l'embauche est ainsi souligné par les médecins légistes. Dans le même temps, les courants eugéniques et hygiénistes sont très influents et proposent un tri et une orientation de la main d'œuvre en fonction des caractéristiques de l'individu. Une visite à l'embauche permettrait de définir ces caractéristiques.

La recommandation de 1940 et la loi de 1942 demandent aux médecins du travail de vérifier l'aptitude des travailleurs lors d'une visite à l'embauche. Cette vérification a pour but de s'assurer que le travailleur ne présente pas une affection contagieuse et de déterminer les qualités et les déficiences de l'individu afin de s'assurer que le travail proposé est compatible avec son état de santé. Ces textes précisent également les autres fonctions du médecin du travail dont des visites médicales obligatoires périodiques.

La loi du 11 octobre 1946 et ses décrets d'application reprennent ces éléments. A l'origine, la détermination de l'aptitude est donc limitée à la visite d'embauche et aux situations où le travailleur ne peut plus occuper son poste de travail [30].

C'est seulement en 1979 qu'apparaît la notion d'aptitude au maintien dans le poste (Décret du 20 mars 1979) : le médecin du travail doit établir à l'issue de chacune des visites prévues dans

la réglementation une fiche d'aptitude en double exemplaire (un pour le salarié et un pour l'employeur). La vérification de l'aptitude occupe une place centrale dans l'activité des médecins du travail au détriment des autres activités, notamment du tiers temps, pourtant prioritaire dans les textes depuis 1979 : 83% des employeurs interrogés en 1996 estiment que le rôle du médecin du travail est de juger l'aptitude au poste de travail du salarié [31]. L'inaptitude au poste de travail est une notion encore plus récente, introduite par la loi du 12 juillet 1990 au nom de la lutte contre les discriminations. Cette loi interdit tout licenciement d'un salarié du fait de son état de santé sauf si l'inaptitude est constatée par le médecin du travail.

VII. La médecine du travail dans la tourmente

7.1. Le constat de l'échec du système

Depuis les années 1990, la médecine du travail française est dans la tourmente. Les indicateurs sont au rouge : le nombre d'accidents de travail ne baisse plus, celui des maladies professionnelles explose, l'affaire de l'amiante montre les limites du système, la démographie des médecins du travail est alarmante [32, 33].

7.2. L'impulsion européenne : la directive cadre du 12 juin 1989

L'ensemble de ces constatations mais surtout l'impulsion européenne via la directive cadre sur la santé au travail du 12 juin 1989 ont conduit à une réforme de l'institution, en marche depuis les années 1990.

Par rapport au système français, la directive introduit deux points essentiels :

- l'évaluation a priori des risques par les employeurs qui « *doivent disposer d'une évaluation des risques pour la sécurité et la santé au travail* » ; (article 9 de la directive)
- la possibilité de faire appel à des compétences diverses pour prévenir les risques professionnels (article 7 de la directive).

L'obligation d'évaluation des risques est traduite en droit français par la loi n°91-1414 du 31 décembre 1991 mais cette réglementation n'est pas mise en application par les entreprises. En novembre 2001, le décret portant sur le document unique d'évaluation des risques est voté, ce qui impose aux entreprises de prendre en compte la loi de 1991.

VIII. La réforme de la médecine du travail

La France est mise en demeure par la commission européenne d'adapter son système de prévention afin de mettre en place les différentes compétences qui doivent assurer la prévention des risques professionnels.

8.1. L'accord interprofessionnel sur la santé au travail du 13 septembre 2000

Les partenaires sociaux sont appelés à se réunir et à débattre sur la problématique de la santé au travail. L'accord interprofessionnel sur la santé au travail et la prévention des risques professionnels est signé le 13 septembre 2000 [34]. La prévention et l'amélioration de la santé au travail sont considérées comme des priorités. L'amélioration du dispositif de prévention des risques professionnels apparaît nécessaire.

L'article 1 propose la mise en place d'une véritable pluridisciplinarité grâce à l'intervention des acteurs institutionnels de la prévention des risques professionnels (médecine du travail, services de prévention des CRAM, INRS, OPPBTP, ANACT, ARACT...) mais également grâce à des compétences diversifiées (du domaine de l'ergonomie, de l'hygiène du travail, de l'épidémiologie, du secourisme...) exerçant au sein des services de santé au travail ou dans des structures autonomes. Il propose également que les visites périodiques se déroulent tous les 24 mois pour les salariés non soumis à des risques spécifiques.

L'article 2 vise à impliquer les branches professionnelles dans l'élaboration du dispositif de prévention des risques professionnels : il propose qu'elles participent à la définition des métiers et des postes de travail présentant des risques spécifiques et à la définition des programmes de prévention.

L'article 3 crée les Observatoires Régionaux de Santé au Travail (ORST) ainsi que des commissions locales paritaires dans les petites entreprises. Les ORST ont pour but de coordonner les différents acteurs et de promouvoir les orientations politiques en matière de santé et de sécurité au travail, d'hygiène et de prévention au niveau régional.

L'article 4 a pour but d'adapter le fonctionnement des services médicaux à l'évolution du système de prévention des risques professionnels.

8.2. La loi dite « de modernisation sociale » du 17 janvier 2002

La loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 rend obligatoire l'approche pluridisciplinaire et transforme les services de médecine du travail en services de santé au travail. *« I.- L'intitulé du titre IV du livre II du Code du Travail est ainsi rédigé : « Services de santé au travail » et dans ledit titre les mots « services de médecine du travail » et les mots « services médicaux du travail » sont remplacés par les mots : « service de santé au travail ».*
II.- L'article L. 241-2 du même code est complété par deux alinéas ainsi rédigés : « afin d'assurer la mise en œuvre des compétences médicales, techniques et organisationnelles nécessaires à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail, les services de santé au travail font appel, en liaison avec les entreprises concernées, soit aux compétences des caisses régionales d'assurance maladie, de l'organisation professionnelle de prévention du bâtiment et des travaux publics ou des associations régionales du réseau de l'agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail, soit à des personnes ou à des organismes dont les compétences dans ces domaines sont reconnues par les caisses régionales d'assurance maladie ou par des associations régionales. »
« L'appel aux compétences visées au précédent alinéa s'effectue dans des conditions garantissant les règles d'indépendance des professions médicales et l'indépendance des personnes ou organismes associés et déterminés par décret en Conseil d'Etat » (Art. 193 de la loi du 17 janvier 2000).

Elle permet également une seconde vague de régularisation des médecins du travail exerçant sans diplôme afin de palier au déficit chronique de praticiens dans la spécialité.

De 1998 à 2006 différentes possibilités ont permis aux médecins, non qualifiés à la base en médecine du travail d'opter pour l'exercice de cette spécialité [35]:

- La loi de 1998 (*les médecins du travail et de prévention, en fonction le 1er juillet 1998, qui exercent déjà en qualité de médecin du travail ou de médecin de prévention, sans être titulaires du CES ou du DES, sont autorisés à poursuivre leur activité, sous réserve de suivre un enseignement théorique, conforme au programme de l'enseignement dispensé au titre du DES de médecine du travail et de satisfaire à des épreuves de contrôle des connaissances, au plus tard, à la fin de l'année universitaire 2000-2001*).
- La loi de 2000 (*les praticiens exerçant dans la fonction publique territoriale bénéficient des dispositions de la loi de 1998*).
- La loi de 2002 (*renouvellement des dispositions de la loi de 1998 pour les médecins en poste à la date du 18 janvier 2002, sous réserve de satisfaire aux épreuves de contrôle des connaissances avant la fin de l'année universitaire 2003-2004*).
- La capacité (ou reconversion) (*des médecins peuvent exercer la médecine du travail ou de prévention à condition d'exercer une activité médicale depuis au moins cinq ans et d'obtenir un titre en médecine de santé au travail et de prévention des risques professionnels à l'issue d'une formation spécifique d'une durée de deux ans. Ces dispositions étaient valables jusqu'en janvier 2007*).

8.3. La pluridisciplinarité

En France, la pluridisciplinarité se développe depuis le début des années 2000. Toutefois, ce n'est pas une idée nouvelle puisque dès la fin des années 1980, elle a fait l'objet d'expérimentations facultatives dans le cadre du Décret du 28 décembre 1988. La Directive cadre européenne du 12 juin 1989 impose à chaque employeur de désigner « *un ou plusieurs travailleurs pour s'occuper des activités de protection et des activités de prévention des risques professionnels de l'entreprise et/ou de l'établissement (...) si les compétences dans l'entreprise et/ou l'établissement sont insuffisantes pour organiser ces activités de protection et de prévention, l'employeur doit faire appel à des compétences (personnes ou services) extérieures à l'entreprise et/ou l'établissement.* » (Art. 7)

Les partenaires sociaux dans le cadre de l'accord interprofessionnel du 13 septembre 2000 souhaitent la mise en place de la pluridisciplinarité : « *Dans les services de médecine du*

travail, la prévention des risques professionnels dans l'entreprise doit être assurée par l'intervention de compétences diversifiées. Pour l'essentiel, il s'agit de spécialistes dans les domaines suivants : ergonomie, hygiène du travail, épidémiologie, secourisme, toxicologie industrielle, psychosociologie du travail, acoustique. Ils participent aux services de santé au travail ou exercent dans les structures autonomes (organisme de contrôle de sécurité, consultant...) »

La loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 l'érige en obligation générale dans son article 193 : les services de santé au travail doivent mobiliser les compétences nécessaires à la prévention et à l'amélioration des conditions de travail.

Le Décret du 24 juin 2003 assure la transposition en droit français de l'article 7 de la directive cadre européenne de 1989. Il qualifie d'« Intervenants en Prévention des Risques Professionnels » (IPRP) les personnes ou organismes auxquels les services de santé au travail et les entreprises doivent faire appel. L'Arrêté du 24 décembre 2003 détaille la procédure et les critères d'habilitation de ces intervenants.

Enfin, la circulaire DRT du 13 janvier 2004 précise les modalités de mise en œuvre de la pluridisciplinarité : l'implication des services de santé au travail et des médecins du travail, des organismes de prévention, des services de l'inspection du travail, des directions régionales du travail et de la formation professionnelle et des médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main d'œuvre.

8.4. Le décret du 28 juillet 2004

Le décret du 28 juillet 2004 préconise l'action en milieu de travail et modifie le calcul du temps médical : désormais, un médecin travaillant à temps plein peut assurer le suivi de 3300 salariés et/ou de 450 entreprises (chiffres plafonds) et/ou réalise jusque 3200 examens cliniques annuels. Les salariés non soumis à une surveillance médicale renforcée bénéficient désormais d'un examen au moins tous les 24 mois (et non plus annuellement) afin de s'assurer du maintien de leur aptitude à leur poste de travail. Ces modifications doivent permettre au médecin du travail de consacrer 150 demi-journées (pour un temps plein) à des missions en milieu de travail. L'indépendance du médecin du travail est réaffirmée, il bénéficie du statut de salarié protégé. Des commissions médico-techniques sont instaurées

dans les services interentreprises afin d'orienter les actions pluridisciplinaires. Le contrôle social et administratif des services est renforcé.

IX. La « réforme de la réforme »

Malheureusement, très vite les données chiffrées fixées par le décret se sont avérées impossibles à mettre en œuvre du fait de l'accentuation très rapide de la pénurie en médecins du travail : les chiffres plafond du nombre de salariés à prendre en charge (3300) sont dépassés, la rédaction d'une fiche d'entreprise pour chaque entreprise suivie s'avère impossible.

Le gouvernement a anticipé le bilan de la réforme et plusieurs rapports sur la santé au travail en France ont été rédigés à la demande des Pouvoirs Publics.

9.1. Le rapport Conso-Frimat et de l'IGAS

Le rapport des Professeurs Conso, Frimat et de l'IGAS sur le bilan de la réforme de la médecine du travail souligne les difficultés persistantes malgré le renforcement de l'action en milieu de travail et l'instauration de la pluridisciplinarité. Ils notent que l'espacement des visites n'a eu qu'un impact limité du fait de l'allongement de la durée de celles-ci et de l'augmentation du nombre de salariés bénéficiant d'une surveillance médicale renforcée. De plus le dispositif n'apparaît pas en mesure de répondre aux évolutions économiques et sociales et à leurs conséquences en matière de santé (développement des formes atypiques d'emploi, mobilité professionnelle croissante, intensification du travail, émergence de nouveaux risques...), le tout dans un contexte de raréfaction rapide de la ressource médicale [36].

Afin de « *moderniser le dispositif de santé au travail pour mieux prévenir les risques professionnels* », 21 propositions sont développées autour de 4 axes principaux :

- « *Mettre la prévention au centre de l'activité des services de santé au travail* »
- « *Se donner les moyens de la prévention : ressources humaines et recherches* »

- « *Organiser la prévention : du contrôle à la régulation du dispositif* »

- « *Ouvrir une période d'expérimentation encadrée* ».

9.2. L'avis du Conseil économique et social

Saisi par le Premier ministre, le Conseil économique et social a adopté le 27 février 2008 un avis sur l'avenir de la médecine du travail en s'appuyant sur des auditions d'experts et les rapports récents sur le sujet. Le Conseil économique et social propose une nouvelle organisation de la santé au travail et fait plusieurs propositions : clarifier les missions des services de santé au travail et du médecin du travail, renforcer l'efficacité du médecin du travail, mettre en adéquation le financement et la gouvernance des services avec leurs missions, créer un véritable réseau de la santé au travail, maîtriser la démographie des médecins du travail, instaurer un calendrier de la réforme [37].

9.3. La réunion des partenaires sociaux

M. X. Bertrand, alors Ministre en charge du travail, lance la « réforme de la réforme » le 27 juin 2008 dans le cadre de la seconde conférence sociale sur les conditions de travail. Il propose aux partenaires sociaux de se saisir de la question. Dans son document d'orientation du 25 juillet 2008 il les invite à négocier :

- la révision des missions et l'organisation des services de santé au travail
- la promotion d'une gouvernance renouvelée et régionalisée
- la réforme des modalités de financement pour asseoir l'indépendance du système.

Mais les négociations sont un échec.

9.4. La prise en main de la question par le Ministre du travail

Le 4 décembre 2009, M. Darcos, Ministre du travail depuis début 2009, réunit le conseil d'orientation sur les conditions de travail afin de poursuivre la réforme des services de santé au travail.

Le 12 janvier 2010, lors de son discours au forum de santé Travail du CISME(Centre Interservices de Santé et de Médecine du travail en Entreprise), il rappelle les axes de la réforme :

- Renforcer la prévention primaire des risques professionnels en faisant appel à des compétences diverses au sein d'équipes pluridisciplinaires de santé au travail
- Favoriser le suivi de certaines catégories de travailleurs (intérimaires, saisonniers, salariés de particuliers employeurs)
- Adapter la fréquence des visites médicales aux besoins des individus dans une politique de prévention globale
- Prévenir la désinsertion professionnelle en cas d'inaptitude au travail en s'appuyant sur la visite de pré reprise en favorisant le dialogue entre médecins conseils, médecins du travail et médecins traitants
- Agir sur le recrutement et la formation des médecins du travail
- Mettre en place un pilotage national et régional des orientations des services de santé au travail
- Rénover la procédure de conventionnement et d'agrément des services qui devront s'appuyer sur les objectifs nationaux et régionaux sur la base d'objectifs quantitatifs et qualitatifs
- Faire entrer les organisations professionnelles et les syndicats dans les conseils d'administration de ces services
- Instaurer la transparence en matière de gestion financière des SST (publication et certification des comptes)

Le gouvernement devrait proposer au cours du deuxième trimestre 2010 un texte sur la santé au travail.

Conclusion

Comme nous l'avons vu, les fondements de la médecine du travail remontent à plusieurs siècles. Le développement de sa doctrine a été marqué par l'hygiénisme du XIXème siècle et l'eugénisme du début du siècle dernier. Actuellement la santé au travail connaît de profonds bouleversements. Elle abandonne le domaine de la prévention tertiaire (*diminuer les incapacités, les séquelles ou les récives et favoriser la réinsertion sociale* selon la définition de l'OMS) pour privilégier la prévention primaire (*éviter l'apparition de la maladie ou du traumatisme en agissant sur les facteurs de risques* selon l'OMS). Ainsi, l'action purement médicale au sein du cabinet médical laisse place à l'action en milieu de travail et alors qu'il était au départ centré sur une action purement individuelle, le médecin du travail s'oriente désormais vers un rôle de veille collective et d'alerte.

DEUXIEME PARTIE :

LA SANTE AU TRAVAIL EN LORRAINE DE 1998 A 2008 **45**

I. Présentation de l'étude	46
II. Les services de santé au travail	47
2.1. Les SST en Lorraine en 2008	47
2.1.1. Les services interentreprises	47
2.1.2 Les services interprofessionnels du BTP	48
2.1.3. Les services autonomes	49
2.2. Evolution du nombre de SST de 1998 à 2008	49
III. La démographie médicale	50
3.1. Caractéristiques socio-démographiques des médecins du travail au 31 juillet 2009	50
3.2. Evolution de 1998 à 2008	54
IV. Le personnel non médical dans les SST	56
4.1. En 2008	56
4.2. Evolution de 1998 à 2008	56
V. Les salariés bénéficiant d'un suivi par les SST	60
5.1. En 2008	60
5.2. Evolution de 1998 à 2008	60
Conclusion	65

I. Présentation de l'étude

Cette dernière décennie, la médecine du travail et les services de santé au travail en France ont subi de profondes mutations : démographie médicale en crise, pluridisciplinarité, réforme de 2004... En conséquence, les services de santé au travail ont dû évoluer.

Dans cette partie de notre travail, nous allons nous attacher à dresser un état des lieux de l'organisation des services de santé au travail en Lorraine de 1998 à 2008.

Les données chiffrées sont issues des rapports administratifs et financiers transmis chaque année au Médecin Inspecteur Régional du Travail par les directions des services agréés. Ceux ne relevant pas d'un agrément par la Direction Régionale du Travail et de la Formation Professionnelle sont donc exclus ; il s'agit des services d'EDF, de la SNCF, de la Mutualité Sociale Agricole, des services de médecine préventive des fonctions publiques territoriale, d'état et hospitalière.

II. Les Services de Santé au Travail

2.1. Les Services de Santé au Travail en Lorraine en 2008

En 2008, on compte 29 services de Santé au Travail en Lorraine :

- 10 services interentreprises ;
- 3 services interprofessionnels spécifiques aux BTP ;
- 16 services autonomes.

2.1.1. Les services interentreprises

Ils assurent le suivi de tous les salariés, quels que soient leurs domaines professionnels, à l'exception des secteurs agricoles et des bâtiments et travaux publics. En raison de l'absence de service interprofessionnel spécifique aux BTP dans les Vosges, le suivi de ces salariés est également pris en charge par les services interentreprises du département.

On distingue :

- En Meurthe et Moselle (54) : l'Association Lorraine de Santé en Milieu de Travail (ALSMT) ;
- Dans la Meuse (55) : le Service Médical Interprofessionnel Meusien (SMIM) ;
- En Moselle (57) : l'Association de Médecine du Travail Metz (AMETRA Metz) ; le Centre Interentreprises de Santé au Travail des deux arrondissements de Thionville (CIST Thionville) ; le Centre Interentreprises de Médecine du Travail Sarrebourg (CIMT Sarrebourg) ; le Service Interentreprises de Médecine du Travail de la région de Roselle Nied (SIMT Creutzwald) ; le Service Interentreprises de Médecine du Travail de l'Est de la Moselle (SIMTEM) ;
- Dans les Vosges (88) : l'Association Déodatienne de Réalisation et d'Etudes de Services Sociaux d'Entreprise (ADRESSE) ; l'Association pour la Santé au Travail d'Epinal et sa région (ASTER) ; le Service de Santé au Travail de Remiremont et environ.

Les zones géographiques de compétence de chaque structure sont délimitées sur la carte ci-après.

Figure 1 : Compétence géographique des services interentreprises.



2.1.2. Les services interprofessionnels spécifiques du BTP

Les salariés du BTP et des activités connexes aux BTP bénéficient d'un suivi auprès du service interprofessionnel du département dont dépend leur entreprise. On distingue :

- le Service Médical et Social du Travail du BTP de Meurthe et Moselle (SMST-BTP) ;
- le Service de Santé au Travail du BTP de Meuse (SST-BTP) ;
- le Service Interentreprises de Santé au Travail du BTP et activités connexes de la Moselle (SIST-BTP).

Il n'existe pas de service spécifique aux BTP dans les Vosges, ce suivi est donc assuré par les services interentreprises du département.

2.1.3. Les services autonomes

On dénombre 6 services d'entreprises ou d'établissements et 10 services inter établissements. La répartition de ces services n'est pas homogène sur le territoire lorrain : 9 sont situés en Meurthe et Moselle, 7 en Moselle, 1 dans les Vosges, aucun en Meuse.

2.2. Evolution du nombre de SST de 1998 à 2008

Le nombre de Services de Santé au Travail a progressivement diminué : on en dénombrait 38 en 1998.

Tableau 1 : Evolution du nombre de SST en Lorraine de 1998 à 2008.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
SIE	11	11	11	11	11	11	10	10	10	10	10
S.Interprof	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3
SA	23	21	18	19	17	18	18	17	17	17	16
Total	38	36	32	33	31	32	31	30	30	30	29

En 2003, les services interentreprises d'Epinal et de Neufchâteau fusionnent par décision de la Direction Régionale du Travail.

Le 31/12/2000, le service spécifique au secteur bancaire en Moselle disparaît. A compter de cette date, la prise en charge de ces salariés est assurée par les services interentreprises du département.

Les variations les plus importantes sont observées parmi les services autonomes dont le nombre a diminué de près d'un tiers, passant progressivement de 23 services en 1998 à 16 en 2008. Ces disparitions sont liées notamment à l'évolution du paysage industriel lorrain avec la fermeture de sites industriels. On peut ainsi citer la Société de Secours Minière en 1999 ou encore BATA en 2001. D'autres restructurations ne permettent pas le maintien d'un service

de santé au travail propre à l'entreprise du fait de la réduction des effectifs, c'est le cas de Bergère de France dans la Meuse. Enfin, certains services qui avaient initialement un service de santé au travail propre, font le choix d'adhérer à un service interentreprises (par exemple l'UGECAM en 2007, suite au départ du médecin du travail).

Au cours de cette période, un seul service autonome a été créé (en 2003) : il s'agit du service de l'Institut National de Recherche et de Sécurité, en Meurthe et Moselle.

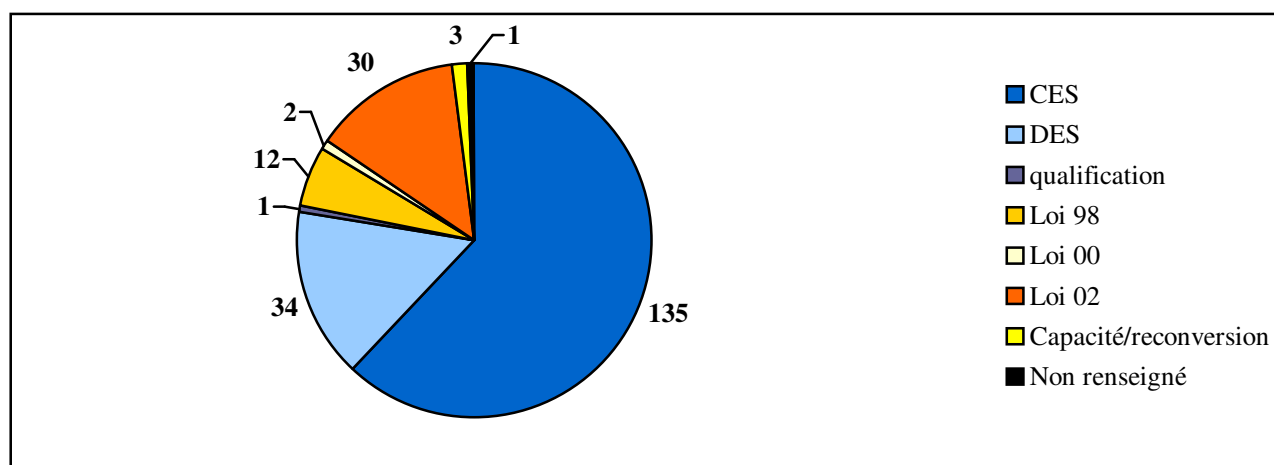
III. La démographie médicale

3.1. Caractéristiques sociodémographiques des médecins du travail au 31/07/2009

Dans les services de santé au travail agréés de Lorraine, on dénombre 218 médecins du travail dont une majorité de femmes (144 soit 66%).

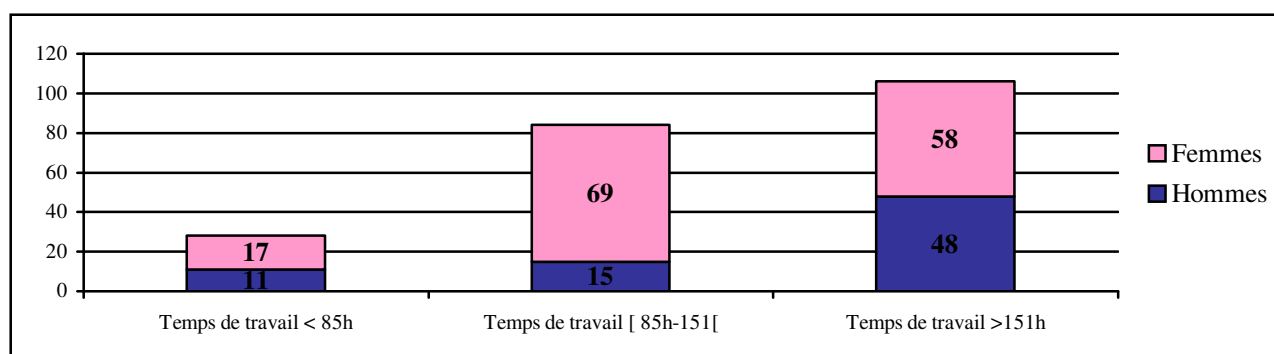
20% des praticiens ont bénéficié des filières de reconversion ou de qualification.

Figure 2 : Diplômes des médecins du travail lorrains au 27/07/2009.



Le travail à temps partiel concerne 6 femmes sur 10 et 1 homme sur 3 : moins d'un médecin du travail sur deux exerce à temps plein.

Figure 3 : Temps de travail des médecins du travail lorrains en fonction du sexe au 27/07/2009.



La population des médecins du travail est vieillissante : plus de la moitié ont plus de 55 ans et moins de 5% des médecins du travail sont âgés de moins de 40 ans.

Figure 4 : Répartition par âge des médecins du travail en Lorraine au 27/07/2009.

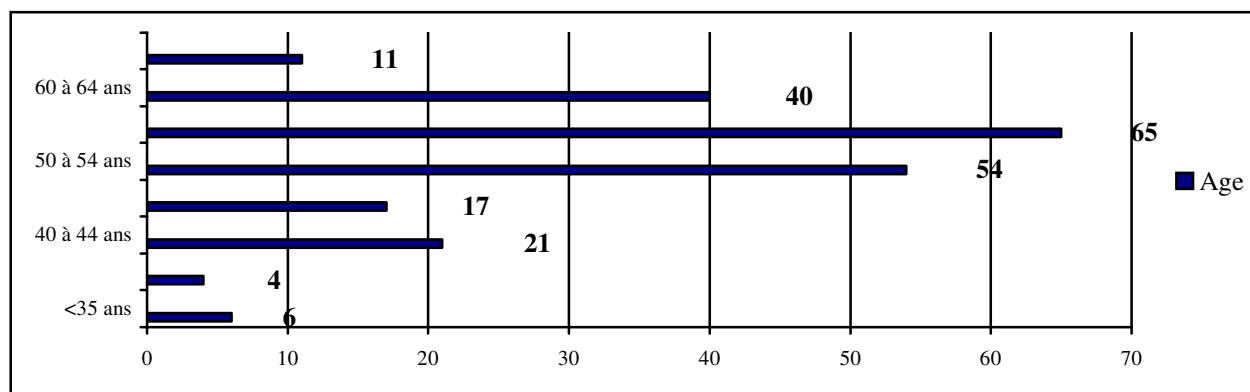


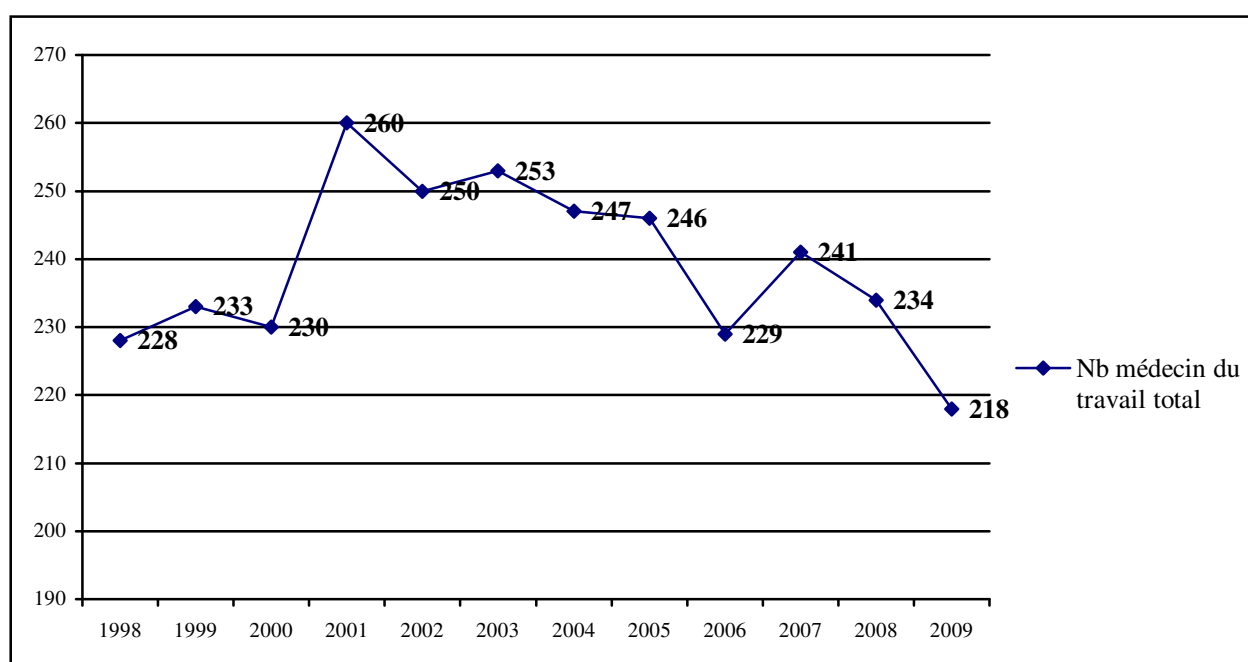
Tableau 2 : Principales caractéristiques socioprofessionnelles des médecins du travail en Lorraine.

	Effectif	
	Nombre	(%)
Sexe		
Homme	74	(34)
Femme	144	(66)
Qualification		
CES	135	(61.9)
DES	34	(15.5)
Qualification	1	(0.5)
Loi 98	12	(5.5)
Loi 00	2	(0.9)
Loi 02	30	(13.8)
capacité	3	(1.4)
Non renseigné	1	(0.5)
Age		
Moins de 40 ans	10	(4.6)
40-49 ans	38	(17.4)
50-59 ans	119	(54.6)
60-64 ans	40	(18.3)
65ans et plus	11	(5.1)
Quotité de travail		
Temps plein	106	(48.6)
Temps partiel	84	(38.5)
[85h-151h[		
Temps partiel < 85h	28	(12.9)

3.2. Evolution de 1998 à 2008

En 2009, 218 médecins du travail exercent en Lorraine, c'est le nombre le plus bas depuis 1998. Hormis sur deux périodes (2000-2001 et 2006-2007), le nombre de médecins du travail baisse régulièrement. Ces deux pics s'expliquent d'une part par la régularisation des médecins non qualifiés en médecine du travail, et d'autre part par le recours de plus en plus fréquent aux médecins du travail retraités, afin de faire face à la pénurie.

Figure 5 : Evolution du nombre de médecins du travail exerçant en Lorraine de 1998 à 2008.

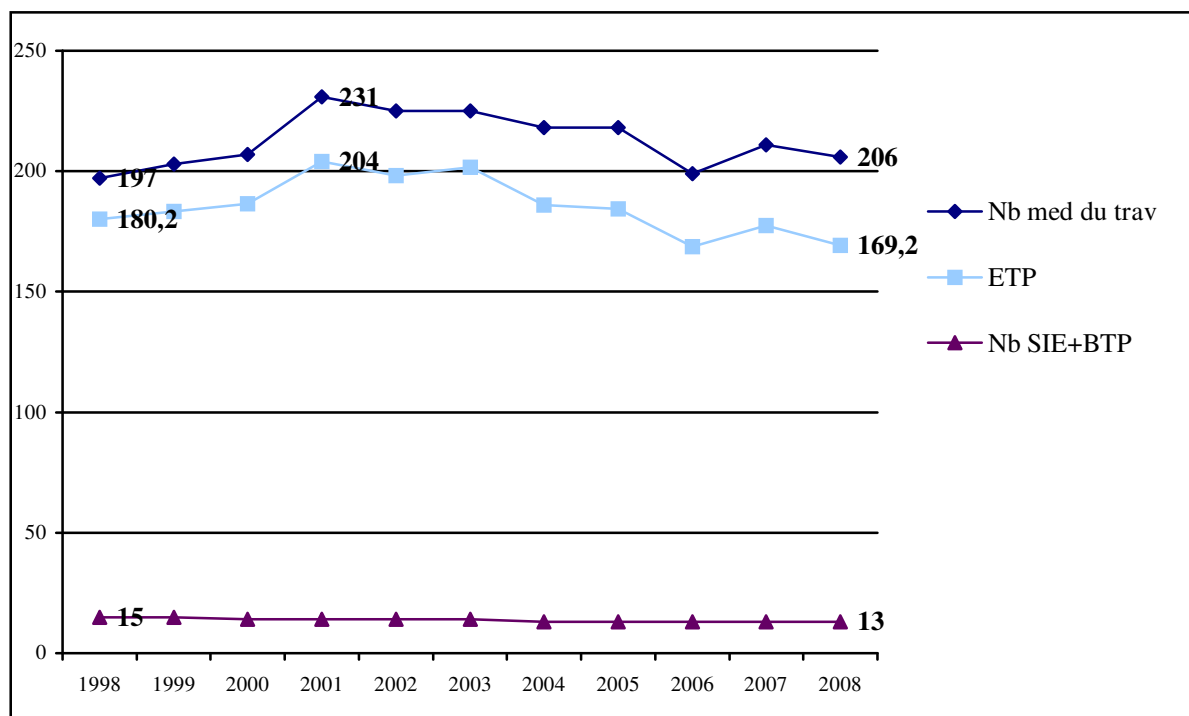


Du fait de la pratique répandue du temps partiel et de la possibilité de cumuler plusieurs contrats dans des structures différentes, le décompte en équivalent temps plein apparaît plus pertinent que celui en nombre brut de médecin du travail.

La grande majorité (entre 86% et 90% selon les années) des médecins du travail exercent en services interentreprises ou interprofessionnels. En 2008, on compte 206 médecins pour 169.2 ETP dans les services interentreprises et interprofessionnels.

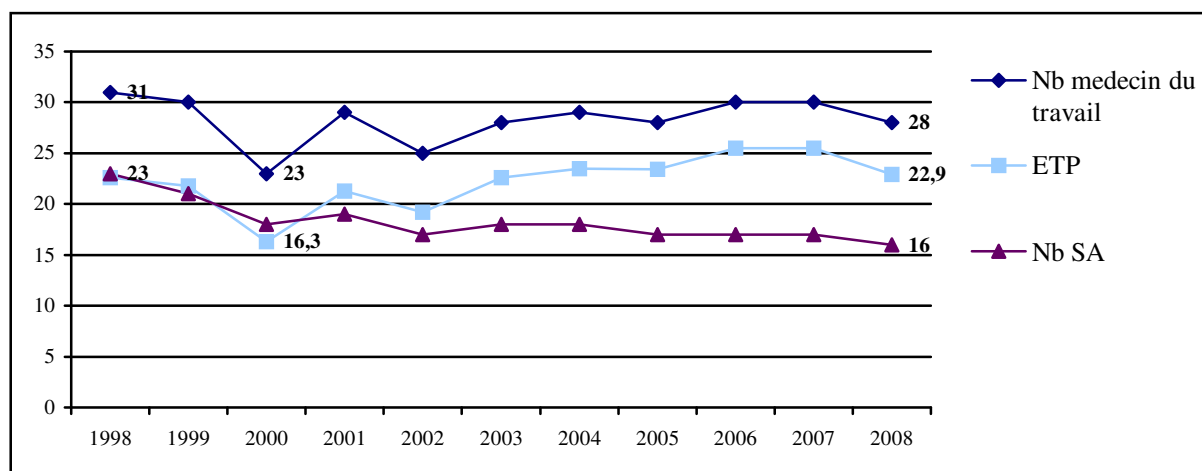
Depuis 2001, les effectifs sont en baisse. De plus la différence entre le nombre brut de médecins du travail et son équivalent temps plein ne cesse d'augmenter, ce qui objective une progression du travail à temps partiel. C'est par exemple le cas lors du cumul emploi-retraite.

Figure 6 : Evolution du nombre brut de médecins du travail et en ETP dans les SIE et interprofessionnel en Lorraine de 1998 à 2008.



Dans les services autonomes, les chiffres les plus bas sont atteints en 2000, cette évolution étant à mettre en parallèle avec celle du nombre de services. Ensuite, le nombre de médecins du travail (brut et ETP) progresse jusqu'en 2006. En 2008, un service autonome disparaît et le nombre de médecins du travail diminue à nouveau dans un contexte économique difficile, notamment dans le secteur de la sidérurgie qui demeure important dans notre région.

Figure 7 : Evolution du nombre brut de médecins du travail et en ETP dans les services autonomes en Lorraine de 1998 à 2008.



IV. Le personnel non médical dans les SST

4.1. En 2008

On compte :

- 52 agents administratifs ;
- 190 secrétaires médicales ;
- 19 intervenants en santé au travail (IST. Dans certains services, le terme d'Assistants en Santé au Travail (AST) a été choisi) ;
- 119 infirmiers dont 47 en services autonomes et 4 dans les services interentreprises ;
- 13 IPRP (compétences techniques) ;
- 19 personnels autres (chauffeurs, agents d'entretien...).

Le temps de travail consacré à des actions pluridisciplinaires est estimé à 4532 heures mensuelles.

4.2. Evolution de 1998 à 2008

Depuis 2002, le nombre d'agents administratifs et de secrétaires médicales reste stable. Ce personnel est principalement employé par les services interentreprises. Il y a peu d'agents administratifs dans les services autonomes. En effet, ces services sont le plus souvent rattachés au service des ressources humaines de l'entreprise qui prend en charge les questions d'ordre administratif, les infirmiers se chargeant entre autres des convocations.

Les entreprises du secteur industriel ont l'obligation d'employer 1 infirmier pour 200 à 800 salariés et un de plus par tranche de 600 salariés ; celles du tertiaire doivent employer 1 infirmier pour 500 à 1000 salariés et un de plus par tranche de 600 salariés (Article R 4623-51 du Code du Travail). Cette réglementation peut expliquer que la quasi-totalité des infirmiers exercent en service autonome ou dans les entreprises de plus de 200 salariés adhérentes à un service interentreprises. 4 infirmiers sont employés par un service interentreprises dans le cadre d'une contractualisation avec la Direction Régionale du Travail.

Les IST et les IPRP sont employés principalement par les services interentreprises et interprofessionnels. Depuis 2002, leur nombre est en progression constante, suite à l'évolution de la réglementation (Art R 4623-26 du Code du travail).

Figure 8 : Evolution du temps de travail mensuel des IST et IPRP.

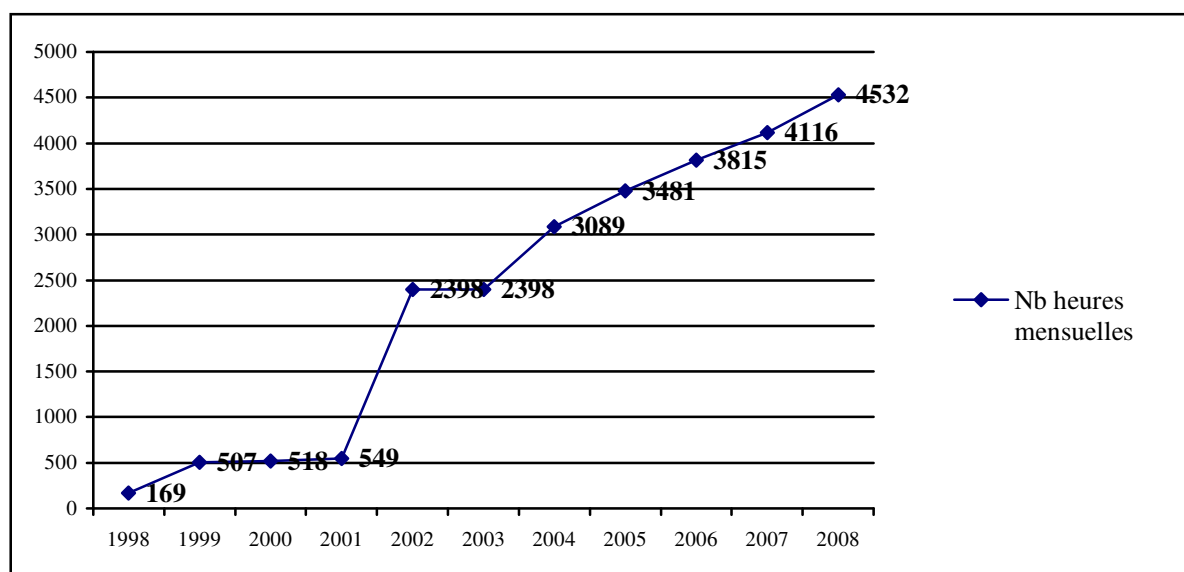


Tableau 3 : Personnels des services de santé au travail de 1998 à 2008.

	Médecin		Secrétaire	IST/IPRP	Adminis tratif	Autre
	effectif	ETP	effectif	effectif	effectif	effectif
SIE + BTP + SA						
1998	228	202.8	154.5	4	50	21
1999	233	205	161	6	34	19
2000	230	202.7	180	7	31	24
2001	260	224.1	195	16	35	22
2002	250	217.3	185	25	46	29
2003	253	224.2	186	25	46	34
2004	247	209.4	187	24	49	26
2005	246	207.8	194	27	48	29
2006	229	194.1	188	25	48	28
2007	241	202.9	190	27	54	32
2008	234	192.1	190	19	52	19
SIE + BTP						
1998	197	180.2	143	4	50	20
1999	203	183.2	152	6	34	19
2000	207	186.4	174	7	31	18
2001	231	202.8	186	8	35	16
2002	225	198.1	176	17	46	29
2003	225	201.6	177	17	46	34
2004	218	185.9	178	16	49	26
2005	218	184.4	187	22	48	29
2006	199	168.6	181	20	48	26
2007	211	177.6	183	22	54	30
2008	206	169.2	185	18	52	19

Tableau 3 : Personnels des services de santé au travail de 1998 à 2008.

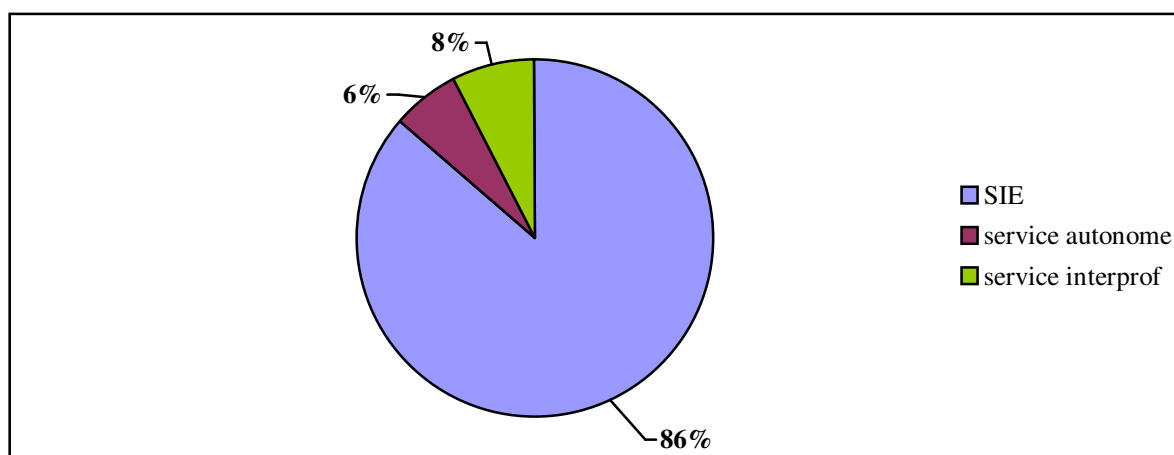
	Médecin		Secrétaire	IST/IPRP	Adminis tratif	Autre
	effectif	ETP	effectif	effectif	effectif	effectif
SA						
1998	31	22.6	11.5	0	0	1
1999	30	21.8	9	0	0	0
2000	23	16.3	6	0	0	6
2001	29	21.3	9	8	0	6
2002	25	19.2	9	8	0	0
2003	28	22.6	9	8	0	0
2004	29	23.5	9	8	0	0
2005	28	23.4	7	5	0	0
2006	30	25.5	7	5	0	2
2007	30	25.3	7	5	0	2
2008	28	22.9	5	1	0	0

V. Les salariés bénéficiant d'un suivi par les Services de Santé au Travail

5.1. En 2008

En Lorraine, plus de 530 000 personnes bénéficient d'un suivi par la médecine du travail, la plupart en services interentreprises.

Figure 9 : Répartition des salariés lorrains en 2008 selon le type de SST.



Dans les services autonomes, 79% des salariés sont déclarés en Surveillance Médicale Renforcée (SMR). Ils sont 36.7% dans les services interprofessionnels et moins de 30% dans les SIE. La déclaration des salariés en surveillance médicale renforcée est sous la responsabilité de l'employeur qui doit se référer à la réglementation en cours (décrets spéciaux et Arrêté du 11 juillet 1977, joints en annexe). De nombreux défauts de déclarations sont relevés dans les SIE et interprofessionnels.

Le nombre de salariés pris en charge par ETP médecin varie de plus du simple au double selon le type de service : en moyenne 1358 dans les services autonomes, 2980 dans les SIE et 2692 dans les services interprofessionnels.

5.2. Evolution de 1998 à 2008

De 1998 à 2008, le nombre total de salariés suivis a progressé de 9%. Cette progression concerne principalement les services interentreprises (+10.5%), suivi des services

interprofessionnels (+8.5%). Par contre, le nombre de salariés suivis par les services autonomes a diminué (- 6.8%).

Cette évolution peut s'expliquer en partie par la suppression de plusieurs services autonomes suite à une baisse de leur effectif et à leur adhésion à un SIE.

Figure 10 : Evolution du nombre de salariés suivi par les SST et par les SIE.

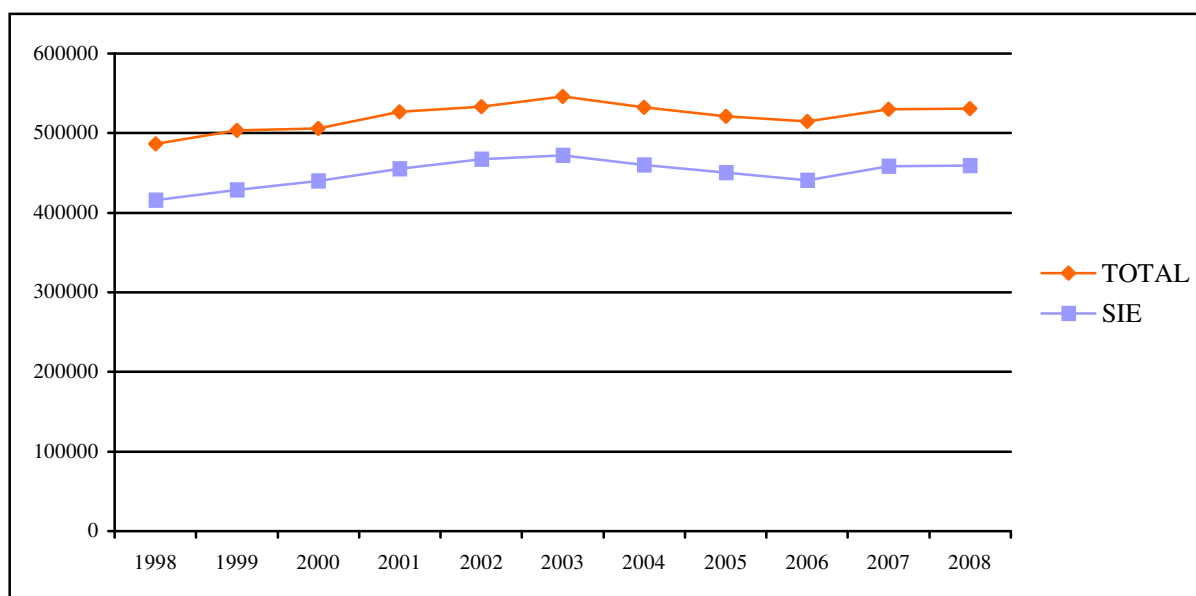
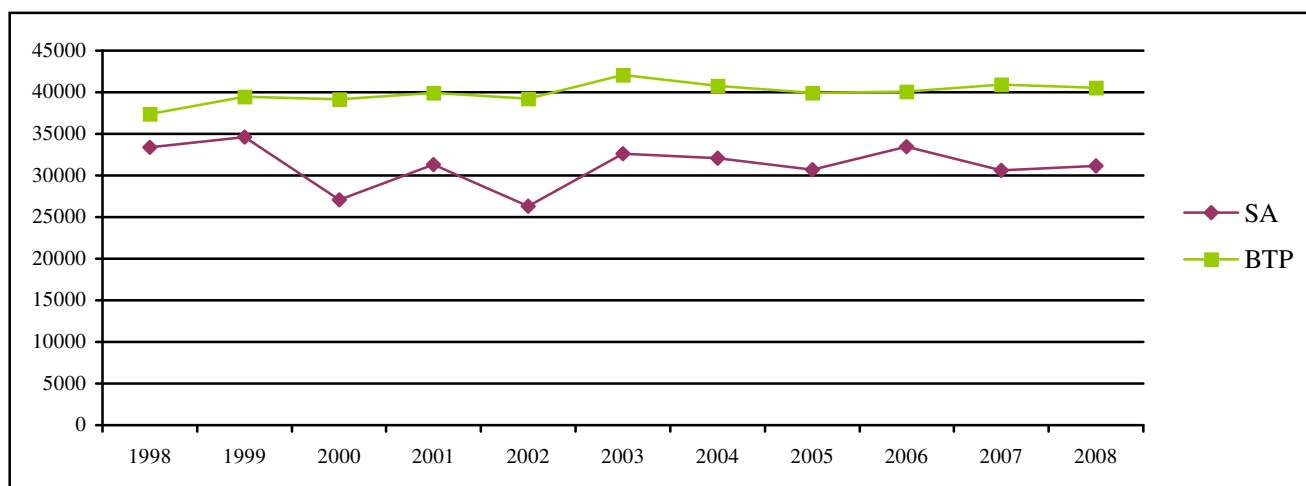


Figure 11 : Evolution du nombre de salariés suivis dans les services interprofessionnels et par les services autonomes.



De nos constats précédents, il ressort que le nombre d'ETP de médecins du travail est en diminution alors que le nombre de salariés à suivre est lui en augmentation. Il en résulte donc une majoration de l'effectif suivi par ETP médecin du travail.

Ainsi l'évolution des courbes concernant les services interentreprises et interprofessionnels du BTP est similaire avec une augmentation d'un peu plus de 15% de l'effectif suivi par ETP médecin du travail.

Par contre, nous notons une évolution inverse dans les services autonomes : le nombre de salariés est en diminution alors que le nombre de médecins du travail (en ETP) est en légère augmentation : il en découle une diminution de l'effectif suivi par ETP médecin dans les SA (- 8% de 1998 à 2008).

Figure 12 : Evolution des effectifs par ETP médecin du travail.

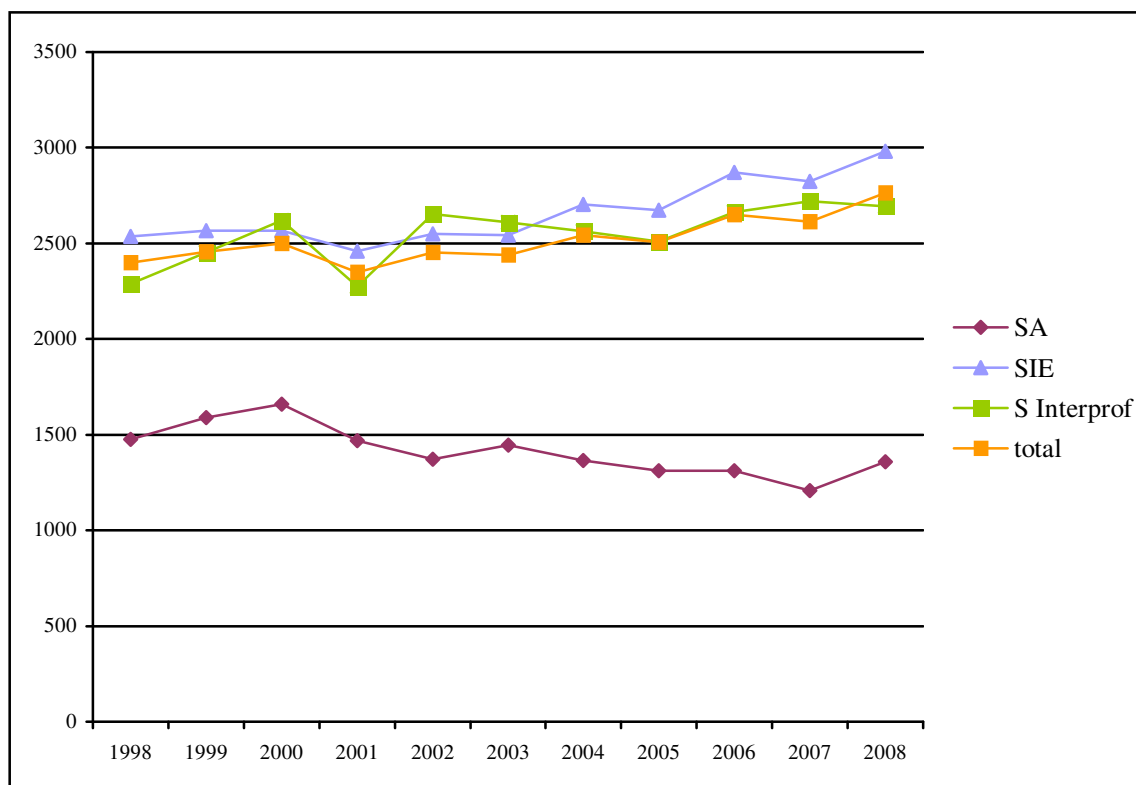


Tableau 4 : Salariés pris en charge par les services de santé au travail de 1998 à 2008.

	Salariés	
	Nombre	(/ ETP)
SIE + BTP + SA		
1998	486 512	(2399)
1999	503 151	(2455)
2000	506 176	(2498)
2001	526 628	(2350)
2002	532 891	(2453)
2003	546 462	(2438)
2004	532 553	(2544)
2005	520 906	(2506)
2006	514 575	(2651)
2007	530 335	(2614)
2008	531 082	(2765)
SIE		
1998	415 748	(2537)
1999	429 081	(2567)
2000	439 944	(2565)
2001	455 423	(2459)
2002	467 359	(2550)
2003	471 740	(2543)
2004	459 689	(2704)
2005	450 297	(2672)
2006	440 998	(2872)
2007	458 807	(2823)
2008	459 395	(2980)

Tableau 4 : Salariés pris en charge par les services de santé au travail de 1998 à 2008.

	Salariés	
	Nombre	(/ ETP)
BTP		
1998	37 360	(2288)
1999	39 464	(2454)
2000	39 173	(2620)
2001	39 902	(2277)
2002	39 216	(2653)
2003	42 078	(2609)
2004	40 782	(2563)
2005	39 938	(2510)
2006	40 106	(2663)
2007	40 939	(2719)
2008	40 544	(2692)
SA		
1998	33 404	(1476)
1999	34 606	(1591)
2000	27 059	(1660)
2001	31 303	(1470)
2002	26 316	(1372)
2003	32 644	(1444)
2004	32 082	(1364)
2005	30 671	(1311)
2006	33 470	(1313)
2007	30 589	(1209)
2008	31 143	(1358)

Conclusion

En 2008, 530 000 salariés bénéficient d'un suivi dans 29 services de santé au travail répartis sur tout le territoire lorrain. Le coût de cette surveillance est à la charge des employeurs. La cotisation est très variable d'un service à un autre : de 44 à 103 euros par salarié dans les services interentreprises ou interprofessionnels du BTP, de 101 à 499 euros dans les services autonomes.

Pour 94% d'entre eux, il s'agit d'un service interentreprises ou interprofessionnel spécifique du BTP. La charge de travail des médecins du travail de ces services est croissante pour atteindre 2980 salariés suivis par ETP médecin en SIE et 2692 dans le BTP (effectif en progression de 15%).

En 10 ans, la part des services autonomes dans le paysage de la santé au travail en Lorraine a fortement diminué : 7 services ont disparu, le nombre de salariés concernés baisse de près de 7%. Par contre, le nombre de médecins du travail exerçant dans ces structures se maintient et l'effectif pris en charge par ETP médecin du travail est nettement inférieur à celui pris en charge dans les services interentreprises et du BTP avec 1358 salariés suivis par ETP médecin en 2008.

Le tournant de la pluridisciplinarité s'est amorcé dès 2002 avec depuis une progression constante. Dans les services autonomes, il s'agit principalement d'une évolution de l'activité des infirmiers. A l'opposé, dans les services interentreprises le choix s'est porté vers le recrutement ou la formation interne d'intervenants en santé au travail et de quelques IPRP ; le recours aux infirmiers reste limité (4 infirmiers en 2008 dans le cadre d'une contractualisation avec la direction régionale du travail).

TROISIEME PARTIE :

SYNTHESE DES DONNEES DES RAPPORTS ANNUELS D'ACTIVITE DES MEDECINS DU TRAVAIL DE LORRAINE DE 2006 A 2008

66

Introduction	68
I. Protocole	69
1.1. Critères d'inclusion	69
1.2. Les variables recueillies	69
1.2.1. Les données générales	69
1.2.2. L'activité clinique	70
1.2.2.1. Les examens cliniques	70
1.2.2.2. Les conclusions des visites médicales	71
1.2.2.3. Les orientations médicales	72
1.2.2.4. Les maladies professionnelles	72
1.2.3. L'action en milieu de travail	73
1.2.3.1. Le temps consacré à l'AMT	73
1.2.3.2. Les visites des lieux de travail	73
1.2.3.3. Les fiches d'entreprises	74
1.2.3.4. Les études de postes	75
1.2.3.5. L'activité de métrologie	75
1.2.4. La parole des médecins du travail	75
II. Données générales	76
III. L'activité clinique	82
3.1. Les visites médicales	82
3.1.1. Evolution globale	82
3.1.2. Le type de visite médicale	82
3.2. Les conclusions des visites médicales en terme d'aptitude	87
3.2.1. Aptitude - Aptitude avec restriction ou aménagement du poste de travail	87

3.2.2. Inaptitude au poste - Inaptitude à tout poste dans l'entreprise	88
3.3. Les orientations médicales	92
3.4. Les maladies professionnelles	94
Synthèse de l'activité clinique	96
IV. Le « tiers temps »	97
4.1. Temps consacré à l'AMT	97
4.2. Les visites des lieux de travail	99
4.2.1. Données brutes	99
4.2.2. Visites avec propositions et type de propositions	101
4.3. Les fiches d'entreprises	104
4.4. Les actions menées en milieu de travail : études de postes et métrologies	107
4.4.1. Les études de postes	107
4.4.2 Les métrologies	111
Synthèse de l'action en milieu de travail	114
V. L'inquiétude face à la situation actuelle, une attente forte de la réforme annoncée	115
Conclusion	116

Introduction

Chaque médecin du travail doit établir un rapport annuel d'activité. La forme de ce rapport est détaillée dans l'arrêté du 13 décembre 1990 (modèle joint en annexe). Elle est différente pour les services de santé au travail interentreprises et les services autonomes afin de prendre en compte les spécificités de chaque situation.

Il a pour but de présenter l'ensemble de l'activité du médecin du travail sur l'année écoulée, (visites médicales et actions en milieu de travail), aux instances de contrôle des services de santé au travail (Comité d'Entreprise pour les services autonomes et Commission de Contrôle pour les SIE et les services du BTP selon l'Art D 4623-43 du Code du travail). Ce rapport doit ensuite être adressé à l'Inspection du Travail ou à la Direction Régionale du Travail et de la Formation Professionnelle ainsi qu'au médecin inspecteur régional du travail avant la fin du mois d'avril (Art D4624-44 du Code du Travail). Bien que la réglementation ait évolué depuis 2004, le modèle de ce rapport annuel reste inchangé à ce jour.

Nous avons sélectionné une partie des données des rapports annuels des médecins du travail de Lorraine de 2006, 2007 et 2008 et nous avons étudié leur évolution au cours du temps ainsi que les différences possibles selon le type de service : interentreprises, spécialisé dans le BTP ou autonome.

Trois chapitres ont été distingués : tout d'abord les données générales, ensuite l'activité clinique proprement dite et enfin l'action en milieu de travail.

I. Protocole

1.1. Critères d'inclusion

Ont été inclus les rapports annuels :

- Des années 2006, 2007 et 2008 ;
- Des services de santé au travail de Lorraine bénéficiant d'un agrément par la Direction Régionale du Travail de cette région ;
- Des médecins du travail ayant exercé au moins 10 mois au cours de l'année considérée ;
- Adressés au Médecin Inspecteur Régional du Travail au 30 juillet 2009.

1.2. Les variables recueillies

1.2.1. Les données générales

Il s'agit :

- Du nombre de rapports annuels inclus ;
- Du nombre de salariés et d'entreprises suivis ;
- De l'effectif réel suivi par équivalent temps plein médecin du travail. Cet effectif réel prend en compte l'effectif déclaré en début d'année auquel s'ajoutent les visites d'embauche. De ce chiffre sont retirés les salariés sortis au cours de l'année qui n'ont pas été vus en visite. Ceux qui sont sortis en cours d'année mais qui ont bénéficié d'un examen médical sont pris en compte.

De plus, nous nous sommes intéressés au nombre de salariés suivis par médecin du travail, fixé à 3300 salariés par ETP médecin du travail par le Décret du 28 juillet 2004. Après avoir adapté ce nombre en fonction du temps de travail, nous avons distingué les situations où l'effectif réel dépasse ce seuil et les cas où il l'approche à moins de 5% près.

1.2.2. L'activité clinique

Cette partie comprend :

- Une synthèse de l'activité type examen clinique ;
- L'étude des conclusions de ces visites ;
- Les orientations vers des spécialistes ;
- Les maladies professionnelles.

1.2.2.1. Les examens cliniques

Dans les examens cliniques, nous avons distingué les visites périodiques des visites non périodiques.

Selon la réglementation (Art R 4624-16 à R 4624-20 du Code du Travail), les salariés bénéficient d'une visite périodique au moins tous les 24 mois afin de s'assurer du maintien de leur aptitude à leur poste de travail. Cette visite est plus rapprochée (tous les 6 ou 12 mois) en cas de surveillance médicale renforcée (situations détaillées dans l'arrêté du 11 juillet 1977 et les décrets spéciaux joints en annexe).

Les visites non périodiques regroupent les autres visites :

- Les visites d'embauche : elles ont pour objet de s'assurer que le salarié est médicalement apte au poste de travail, de proposer si nécessaire une adaptation du poste ou l'affectation à un autre poste de travail et de rechercher une affection dangereuse pour les autres salariés (Art. R 4624-11 du Code du Travail) ;
- Les visites de pré reprise : lorsqu'une modification de l'aptitude est prévisible, ce type de visite peut être demandé par le salarié, le médecin traitant ou le médecin conseil de l'organisme de sécurité sociale, préalablement à la reprise du travail, afin de faciliter la recherche des mesures nécessaires (Art. R 4624-23 du Code du Travail) ;
- Les visites de reprise : elles sont obligatoires après une absence pour cause de maladie professionnelle, après un congé maternité, après une absence d'au moins 8 jours pour cause d'accident de travail, après une absence d'au moins 21 jours pour maladie ou accident non professionnel et en cas d'absences répétées pour

raison de santé. Ces visites ont pour but d'apprécier l'aptitude à reprendre son ancien emploi et/ou la nécessité d'une adaptation des conditions de travail et/ou d'une réadaptation du salarié. (Art R 4624-21 du Code du travail) ;

- Les visites occasionnelles : elles peuvent être demandées à tout moment par le salarié, l'employeur ou le médecin du travail dans le cadre d'une problématique de santé au travail.

1.2.2.2. Les conclusions des visites médicales

Six conclusions sont distinguées :

1. Aptitude au poste de travail : le poste de travail auquel est affecté le salarié est compatible avec son état de santé au moment de la visite et ne risque pas de lui nuire ;
2. Aptitude au poste de travail avec restriction : cet avis peut être émis en cas de problème lié directement à la personne, ce problème ne trouvant pas de solution dans une modification de l'environnement de travail ; par exemple l'épileptique inapte au travail en hauteur ou le diabétique insulino-dépendant inapte à travailler en 3 x 8 ;
3. Aptitude avec aménagement du poste de travail : une modification de l'environnement de travail permettrait de maintenir le salarié à son poste ; par exemple le lombalgique apte sans port de charges lourdes ;

En pratique, la distinction entre restriction et aménagement de poste n'est pas toujours effective dans les rapports des médecins du travail. Par conséquent, nous avons regroupé ces deux types d'avis dans notre étude.

4. Inaptitude temporaire au poste de travail (même si cette notion n'est pas réglementaire) : par exemple un salarié travaillant en hauteur qui présente un œdème important de la cheville suite à une entorse ;
5. Inaptitude au poste de travail mais aptitude à un autre poste de l'entreprise ;
6. Inaptitude à tout poste de travail dans l'entreprise : lorsque le salarié n'est plus apte à son poste et qu'aucun aménagement ou reclassement à un autre poste de travail n'est possible.

Bien que le Code du Travail prévoit la remise d'une fiche médicale d'aptitude en double exemplaire à l'issue d'une visite d'embauche, d'une visite périodique, d'une visite de reprise, d'une visite à la demande du salarié ou de l'employeur (Art. D 4624-47 du Code du Travail),

le médecin du travail n'émet pas d'avis d'aptitude après la visite médicale dans un certain nombre de cas. Par exemple à l'issue d'une visite de pré reprise, le médecin du travail ne peut statuer sur l'aptitude du salarié à son poste de travail, le contrat de travail définissant celui-ci étant naturellement interrompu par l'arrêt maladie en cours. Il peut cependant émettre des propositions d'aménagements et prendre contact avec l'employeur afin de préparer et faciliter la reprise. Ceci explique que le nombre total d'avis émis par les médecins du travail ne soit pas équivalent au nombre de visites.

1.2.2.3. Les orientations médicales

Lors de la visite médicale, le médecin du travail peut détecter diverses pathologies d'appareils qui peuvent nécessiter une prise en charge. Recenser ces orientations permet d'évaluer les pathologies les plus souvent observées par les médecins du travail.

Nous avons distingué 14 orientations différentes : cardiologie, dermatologie, endocrinologie, gastro-entérologie, hématologie, néphrologie, neurologie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, pneumologie, psychiatrie, urologie(ou gynécologie) et enfin les orientations autres (qui comprennent par exemple les bilans biologiques ou radiologiques).

1.2.2.4. Les maladies professionnelles

Dans cette rubrique, nous avons détaillé les déclarations de maladies professionnelles portées à la connaissance des médecins du travail. Le certificat médical initial peut être rédigé par le médecin du travail ou par un autre médecin, c'est le salarié ou ses ayant droits qui en font la déclaration à la caisse primaire d'assurance maladie de leur lieu de résidence.

Ce sont les maladies déclarées qui sont notifiées et non les maladies professionnelles reconnues : les décisions des caisses de sécurité sociale quant à la reconnaissance ou non de ces maladies en maladies professionnelles ne sont pas toujours transmises aux médecins du travail. De plus ces décisions sont différées dans le temps du fait du délai d'instruction du dossier.

1.2.3. L'action en milieu de travail

Cette partie comprend :

- Le temps de travail consacré à l'action en milieu de travail ;
- Les actions réalisées : les visites de lieu de travail ; la rédaction de fiches d'entreprise ; les études de poste et l'activité de métrologie.

1.2.3.1. Le temps de travail consacré à l'action en milieu de travail

Réglementairement, un médecin du travail travaillant à temps plein doit consacrer 50 heures par mois à cette activité, d'où l'appellation « tiers temps » notifiée pour la première fois dans le décret du 20 mars 1979. Le décret du 28 juillet 2004 rend l'action en milieu de travail prioritaire : *« L'employeur ou le président du service interentreprises prend toutes mesures nécessaires pour permettre au médecin du travail de consacrer à ses missions en milieu de travail le tiers de son temps de travail. Ce temps comprend au moins 150 demi-journées de travail effectif chaque année, réparties mensuellement, pour un médecin à plein temps. Pour un médecin à temps partiel, cette obligation est calculée proportionnellement à son temps de travail. »* (Art. R 4624-2 du Code du Travail). L'action du médecin sur le milieu de travail comprend la préparation, la réalisation et les suites immédiates d'une intervention au bénéfice d'une ou de plusieurs entreprises préalablement identifiées (circulaire du 7 avril 2005).

Nous avons choisi d'étudier le nombre d'heures de travail dévolues mensuellement à l'action en milieu de travail. Ce nombre a ensuite été rapporté au temps de travail afin de distinguer les situations où la réglementation n'était pas respectée.

Dans les rapports annuels, les médecins du travail déclarent cette durée en nombre d'heures dévolues annuellement ou mensuellement ou en pourcentage du temps de travail. Nous avons calculé le rendu horaire mensuel en arrondissant à la demi-heure près.

1.2.3.2. Les visites des lieux de travail

Le médecin du travail a libre accès aux lieux de travail (Article R 4624-1 du code du travail). Ces visites ont divers objectifs : connaître le milieu de travail des salariés (l'environnement de travail, les locaux, les postes de travail, les risques professionnels...) ; grâce à cette

connaissance rédiger la fiche d'entreprise, approfondir certains risques (étude des risques chimiques, métrologies...), adapter le suivi des salariés, donner des conseils de prévention adaptés...

Lors de ces visites, le médecin du travail est susceptible d'émettre des avis ou des propositions portant sur l'organisation du travail, les conditions de travail, les protections collectives et individuelles ou sur d'autres éléments.

Nous avons relevé le nombre de visites, le nombre de visites avec propositions ainsi que celui des avis et propositions émis. Une visite ne se conclut pas invariablement par une proposition, le nombre de visites effectuées n'est donc pas identique à celui des visites avec propositions. D'un autre côté, une même visite peut engendrer plusieurs avis ou propositions et donc le nombre d'avis n'est pas identique à celui des visites avec propositions.

1.2.3.3. Les fiches d'entreprises

Il s'agit d'une obligation réglementaire : le médecin du travail doit établir cette fiche pour chaque entreprise dont il a la charge, y compris celles de moins de 10 salariés depuis le 1^{er} janvier 2006.

Cette fiche d'entreprise a notamment pour but d'identifier les risques auxquels sont soumis les salariés et les mesures préventives adoptées. Elle est un support essentiel à l'action du médecin du travail, par exemple pour conseiller les employeurs ou les salariés. Elle permet également aux médecins du travail de jouer leur rôle d'alerte et de veille grâce à la somme des informations recueillies.

Pour rédiger ces fiches, le médecin du travail se rend dans l'entreprise. C'est donc une autre manière d'appréhender l'action en entreprise du médecin du travail.

Les rapports annuels des services autonomes ont été exclus de cette partie de l'étude car les fiches y sont le plus souvent rédigées par secteur d'activité et le prorata nombre d'entreprises/nombre de fiches rédigées ne pouvait donc pas être interprété.

1.2.3.4. Les études de postes

Différentes situations peuvent nécessiter une connaissance plus poussée du poste de travail : questionnement sur l'aptitude, nécessité d'aménager le poste, procédure d'inaptitude, demande de reconnaissance en maladie professionnelle...

Ces études de postes peuvent être effectuées par le médecin du travail mais également par un intervenant en santé au travail ou un infirmier du service, un organisme extérieur, une personne de l'entreprise, un IPRP.

Nous avons comptabilisé les interventions de ces différents acteurs, étant entendu qu'une même étude peut être réalisée conjointement par plusieurs personnes.

1.2.3.5. L'activité de métrologie

Il peut s'agir de mesures de bruit, d'éclairement, de prélèvements d'atmosphère, de cardiofréquencemétrie... Ces mesures permettent d'évaluer les risques auxquels sont soumis les salariés.

Certaines de ces mesures peuvent être réalisées par les médecins du travail, les intervenants en santé au travail ou les infirmiers; d'autres par des organismes extérieurs spécialisés, du personnel de l'entreprise ou des IPRP.

Comme pour les études de poste, nous avons relevé les interventions de ces différents acteurs (une même étude pouvant également mettre en jeu plusieurs acteurs).

L'évolution du nombre d'intervenants autre que le médecin du travail dans les études de postes et l'activité de métrologie permet d'aborder la question de la pluridisciplinarité en santé au travail.

1.2.4. La parole des médecins du travail

La rédaction du rapport annuel est également l'occasion pour le médecin du travail de commenter son activité. Nous nous sommes attachés à recueillir ces remarques et nous avons retenu les citations représentatives du vécu des médecins du travail concernant chaque item étudié.

II. Données générales

Au total, 604 rapports annuels ont été analysés, respectivement 205 pour l'année 2006, 193 pour 2007 et 206 pour 2008.

496 ont été rédigés par des médecins du travail de services interentreprises, 38 de services du BTP et 70 de services autonomes.

43 rapports ont dû être exclus, essentiellement du fait d'une interruption de l'activité professionnelle de plus de deux mois.

Tableau 5 : Nombre de rapports annuels selon le type de service de santé au travail et l'année considérée.

	SIE	BTP	SA	Total	Rapports exclus
2006	171	10	24	205	25
2007	157	13	23	193	15
2008	168	15	23	206	3

Chaque année, ces rapports rendent compte du suivi en santé au travail de plus de 480 000 salariés dans plus de 30 000 entreprises de Lorraine.

Tableau 6 : Nombre de salariés et d'entreprises suivis (global et par ETP).

	Effectif		Nombre d'entreprises	
	Nombre	(/ETP)	Nombre	(/ETP)
SIE + BTP + SA				
2006	494468	(2816.7)		
2007	481799	(2928.9)		
2008	512856	(2943.6)		
SIE				
2006	434770	(2941.6)	31799	(224.2)
2007	420145	(3084.8)	30251	(232.7)
2008	443906	(3134.9)	32706	(237.6)
BTP				
2006	28365	(3083.2)	3011	(327.3)
2007	30924	(3289.8)	3407	(370.3)
2008	40151	(2996.3)	4697	(355.8)
SA				
2006	31333	(1653.5)		
2007	30730	(1625.9)		
2008	28799	(1499.9)		

Globalement, le nombre de salariés suivis par ETP est en légère progression sur la période 2006-2008. (+ 127 salariés) pour atteindre 2944 salariés par ETP en 2008, mais de nettes différences sont observées selon les services.

Ainsi, en service autonome, le nombre de salariés suivis par ETP médecins du travail (1500) et moitié moindre qu'en service interentreprises (3135).

En effet, dans les services interentreprises le nombre de salariés à suivre progresse alors que celui des médecins du travail diminue : en conséquence l'effectif suivi par médecin du travail augmente (+6.6%).

Au contraire, le nombre de salariés pris en charge dans les services autonomes diminue alors que les effectifs des médecins du travail sont maintenus : l'effectif suivi par médecin du travail baisse.

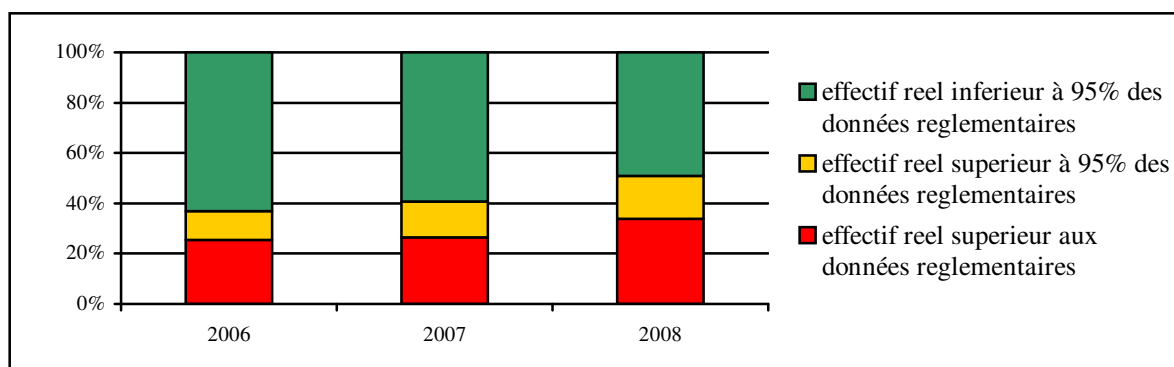
La situation des services interprofessionnels du BTP est intermédiaire : le nombre de salariés à suivre progresse mais également le temps de travail des médecins du travail de ces services. L'effectif pris en charge par ETP médecin du travail diminue donc sur la période 2006-2008 mais reste nettement supérieur à ce qui est observé dans les services autonomes (2996 salariés par ETP médecin du travail).

Le nombre de médecins du travail des SIE et du BTP dont l'effectif réel attribué dépasse les chiffres plafonds notifiés dans le décret du 28 juillet 2004 est en augmentation constante pour atteindre le tiers des médecins en 2008, il dépasse même les 50% si on inclut les rapports annuels des médecins du travail dont l'effectif réel avoisine ces chiffres à 5% près.

Tableau 7 : Effectif des médecins du travail des SIE et du BTP en fonction du seuil réglementaire de 2006 à 2008.

	Médecins	
	Nombre	(%)
Effectif supérieur aux données réglementaires		
2006	46	(25.4)
2007	45	(26.5)
2008	62	(33.9)
Effectif inférieur aux données réglementaires à 5% près		
2006	21	(11.6)
2007	24	(14.1)
2008	61	(16.9)
Effectif inférieur à 95% des données réglementaires		
2006	114	(63)
2007	101	(59.4)
2008	90	(49.2)

Figure 13 : Proportion des médecins du travail des SIE et du BTP dont l'effectif réel est conforme à la réglementation.



Le nombre d'entreprises suivies par ETP médecin du travail est en augmentation de 2006 à 2008 (+ 7.6%). La tendance est identique dans les services interentreprises et dans les services spécialisés dans le BTP même si dans ces derniers, on note une diminution sur la période 2007-2008 qui s'explique par une augmentation du nombre d'ETP médecin du travail durant cette période. Une des particularités du secteur du BTP est bien mise en évidence : il s'agit essentiellement de très petites entreprises avec peu de salariés. Ainsi le nombre d'entreprises à la charge de chaque médecin du travail est particulièrement élevé avec une moyenne de 356 entreprises par ETP médecin du travail (contre 238 en service interentreprises) pour 2008 alors que l'effectif pris en charge est plus faible dans le BTP (2996 contre 3135 dans les services interentreprises).

Paroles des médecins du travail

La trame de ces rapports est établie sur la base d'un décret de 1990. Ce support apparaît peu adapté à l'exercice actuel de la profession : *« comme en 2006, il faut souligner que la forme actuelle du rapport annuel demande à être réactualisée en fonction de l'évolution des tâches, et que ce rapport ne reflète pas franchement l'activité du médecin, dans sa complexité et sa multiplicité. »*. *« Il n'y a toujours pas de modèle standard national de rapport annuel prenant en compte la réforme, d'où ma difficulté pour rédiger ce rapport annuel »*.

L'outil informatique apparaît délicat et difficile à utiliser au quotidien *« le logiciel est bien trop complexe avec de multiples applications qui ne seront jamais utilisées car trop*

compliquées et nécessitant un temps d'utilisation et de recherche bien trop long » « La trame du rapport annuel n'ayant pas changé, les chiffres sont toujours aussi faux ».

Les conditions d'exercice des médecins du travail sont difficiles, voire « *mission impossible* » avec « *des effectifs incompatibles avec la réalisation des objectifs déontologiques* » et l'« *impression de devoir toujours courir* ». La pénurie en médecins du travail et ses conséquences sur les médecins en activité est soulignée : « *Le déficit en médecins du travail pèse lourdement sur l'activité des médecins restant.* », « *Je regrette que le temps qui aurait dû être libéré par le passage à deux ans pour les visites sms ne serve en réalité qu'à pallier au déficit des médecins du travail en attribuant à ceux qui restent plus d'effectif* ». « *Avenir inquiétant pour les médecins du travail qui ne trouvent pas de remplaçant en cas de départ et salariés en constante augmentation. Que faire ?* ».

III. L'activité clinique

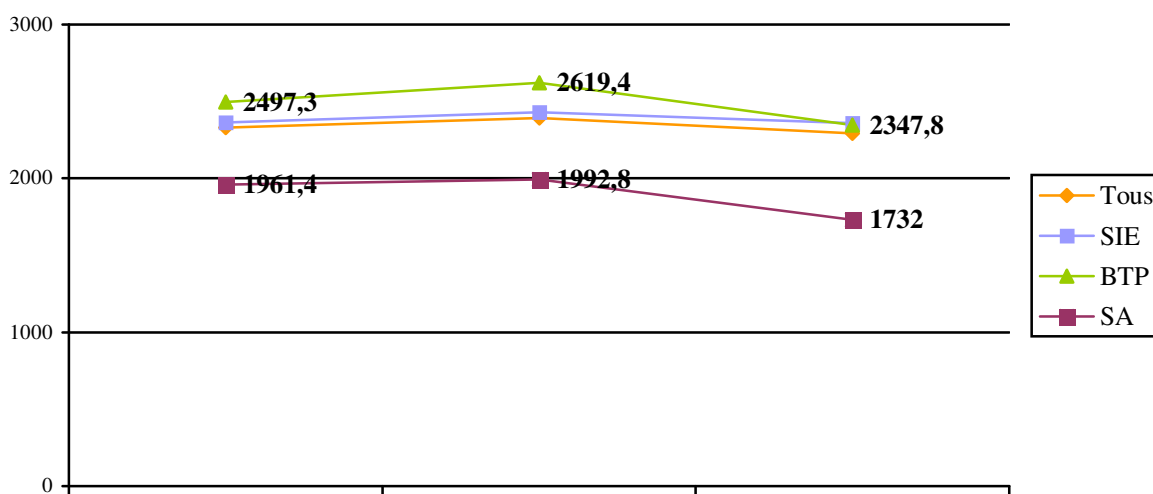
3.1. Les visites médicales

3.1.1. Evolution globale

Après avoir augmenté en 2007 du fait de la diminution du nombre d'ETP médecin du travail, le nombre d'examens cliniques réalisés par ETP médecin du travail a diminué en 2008, ce nombre restant globalement stable sur la période 2006-2008, à plus de 2300 examens cliniques par an.

Ce nombre est nettement moins important dans les services autonomes. Ainsi en 2008, il est effectué 1732 visites par ETP médecin du travail dans les services autonomes contre près de 2360 dans les SIE.

Figure 14 : Nombre de visites médicales effectuées par ETP médecin du travail de 2006 à 2008.



3.1.2. Le type de visite médicale

Tout service confondu, le nombre de visites non périodiques est en augmentation de plus de 5% durant cette période, pour passer de 939.3 à 991.2 examens par ETP.

C'est dans les SIE que cette progression est la plus importante : 1054.4 visites non périodiques en 2008 contre 966 en 2006, soit + 9%.

Dans les services du BTP, les visites périodiques restent largement majoritaires, représentant plus de 65% de la totalité des visites. Une explication possible est la plus grande proportion de salariés placés en surveillance médicale renforcée, avec donc une visite périodique plus rapprochée que dans les SIE et un recours moins fréquent à des visites supplémentaires.

Dans les services autonomes, la proportion des visites médicales périodiques reste également à plus de 60%, la proportion de salariés en surveillance médicale renforcée est également plus importante.

Figure 15 : Evolution des visites non périodiques de 2006 à 2008 selon le type de service de santé au travail.

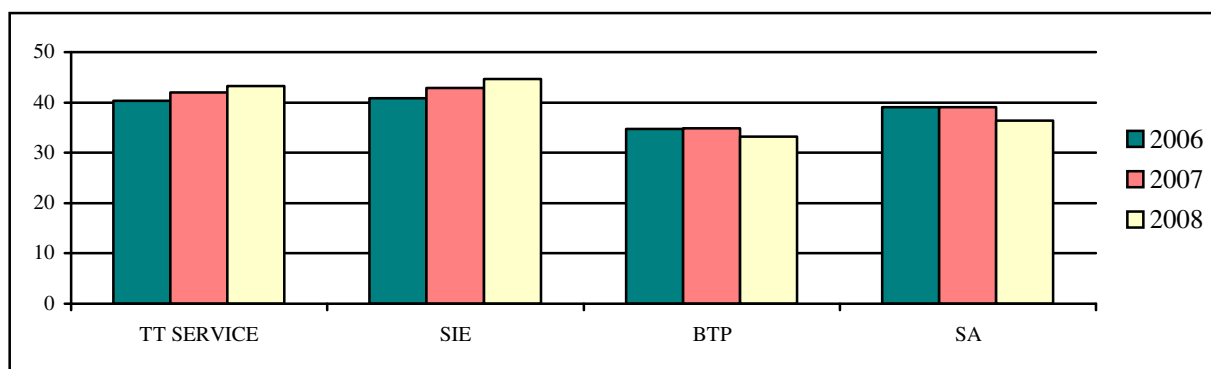


Tableau 8 : Activité clinique : visites périodiques et non périodiques.

	Visite périodique		Visite non périodique		Total
	Nombre	(%)	Nombre	(%)	
SIE + BTP + SA					
2006	1389.1	(59.7)	939.3	(40.3)	2328.4
2007	1386.7	(58)	1005.3	(42)	2392
2008	1303.3	(56.8)	991.2	(43.2)	2294.5
SIE					
2006	1399	(59.2)	966	(40.8)	2365
2007	1387.9	(57.1)	1043.3	(42.9)	2431.2
2008	1303.3	(55.3)	1054.4	(44.7)	2357.7
BTP					
2006	1631.5	(65.3)	865.8	(34.7)	2497.3
2007	1707.8	(65.2)	911.6	(34.8)	2619.4
2008	1567.7	(66.7)	780.7	(33.2)	2347.8
SA					
2006	1194.2	(60.9)	767.2	(39.1)	1961.4
2007	1213	(60.9)	779.8	(39.1)	1992.8
2008	1101.1	(63.6)	630.9	(36.4)	1732

Paroles des médecins du travail

Les visites non périodiques, classiquement plus « *chronophages* » et qui « *demandent beaucoup plus de temps et d'investissement* » sont de plus en plus fréquentes, atteignant régulièrement 50% des visites médicales réalisées par les médecins du travail des services interentreprises : « *Les bénéfices de la réforme de la Santé au Travail ne sont guère visibles : je dénote l'augmentation du nombre de visites à la demande de l'employeur et du salarié : j'ai l'impression d'avoir de plus en plus de visites médicales « problématiques » qui empiètent sur mon action en milieu de travail* ».

Cette évolution concerne notamment les visites de pré reprise et les visites à la demande du salarié, en particulier pour des problèmes de souffrance au travail.

Cette « augmentation du nombre de visites non périodiques laisse de moins en moins de place aux visites périodiques qui permettraient un suivi clinique des salariés et une bonne connaissance de leur vécu du travail en entreprise ».

La bisannualisation des visites a également pour conséquence une augmentation de la durée de la visite périodique : *« en deux ans, beaucoup de choses ont pu se passer : informations à demander, explications des EPI, etc. »*. De plus, le contenu de la visite médicale se densifie : *« aspect médical, recueil des expositions et des risques actuels mais aussi passés, informatisation des données »*. *« Cela ne peut se faire en 15 minutes »*.

De nombreux médecins du travail sont attachés aux visites périodiques, indispensables à la création d'un lien salarié-médecin du travail et essentielles dans la connaissance des conditions de travail décrites par les salariés. *« L'activité clinique tant décrite garde un rôle d'écoute et de conseil qui me semble de plus en plus important. »* ; *« La visite périodique est un moment privilégié où certaines conditions de travail peuvent être révélées (par l'employeur ou le salarié) et amène le médecin du travail à intervenir au sein de l'entreprise. Je doute qu'en supprimant cette visite périodique, l'on puisse établir un lien de confiance suffisant pour obtenir des confidences des salariés. »*. *« Perte du contact avec les salariés du fait des visites tous les deux ans »*. *« Comment établir une relation de confiance sur des personnes que nous rencontrerons en dehors de l'entreprise de façon très épisodique ? Beaucoup de salariés ignorent la possibilité de visite à la demande du salarié. Certaines informations ne sont données que dans l'intimité du cabinet médical en dehors de l'entreprise. »*

L'espacement des visites médicales pose question notamment ses conséquences sur la prévention des risques professionnels. *« La visite annuelle reste le moment privilégié pour parler du ressenti du salarié par rapport à son travail (ambiance de travail, difficultés physiques ou psychologiques,...) mais également pour rappeler certaines règles de prévention que l'on croit comprises ou admises et pourtant souvent négligées. L'examen clinique est donc un élément important dans la prévention des maladies professionnelles. »* ; *« Avec l'espacement inéluctable des visites médicales, comment rester efficace en matière d'évaluation de l'état de santé, de surveillance des risques en entreprise afin d'apporter des pistes de prévention adaptées ? »*

L'intérêt de certaines visites médicales périodiques obligatoires dans le cadre de la surveillance médicale renforcée est fréquemment remis en question : il s'agit des visites médicales tous les 6 mois en cas de travail de nuit et de la surveillance médicale renforcée « travail sur écran ». *« Le nombre de visites effectuées annuellement est alourdi par l'effectif à revoir tous les 6 mois pour le travail de nuit. » ; « On peut se poser des questions sur l'opportunité et l'utilité de la visite médicale complète annuelle dans le cadre du travail sur écran. » ; « Inutilité complète de la visite tous les 6 mois pour le travail de nuit qu'il faut cependant rendre attractive. »*. De plus en plus fréquemment ces visites (notamment les visites médicales tous les 6 mois dans le cadre du travail de nuit) ne peuvent d'ailleurs plus être réalisées, par manque de temps. Dans d'autres situations, une visite tous les deux ans semble insuffisante. Il s'agit notamment de la conduite automobile, poids lourds et transport en commun.

Plus globalement, ce sont les déclarations en surveillance médicale renforcée qui apparaissent problématiques. Celles-ci doivent être effectuées par l'employeur qui peut craindre qu'on lui reproche dans le futur la non prise en compte d'un risque et peut ainsi avoir tendance à déclarer en excès ses salariés en SMR. Dans d'autres cas, cette déclaration peut ne pas être faite. Enfin, l'exposition à certains risques de façon ponctuelle, durant de courtes périodes dans l'année pose également question : ces salariés doivent-ils bénéficier d'une surveillance médicale renforcée et de quel type ? *« De nombreuses entreprises même « des grosses » déclarent leurs salariés en SMR par sécurité. Selon ces employeurs, il est préférable que les salariés soient vus tous les ans, ainsi on ne pourra rien leur reprocher en cas de problème. »*

Il est également souligné la difficulté à assurer le suivi des travailleurs intérimaires : absence d'informations sur les postes et les risques auxquels ces salariés sont soumis ou alors de façon erronée, multiplication des visites par des médecins différents (inscription dans plusieurs entreprises de travail temporaire)...

3.2. Les conclusions des visites médicales en termes d'aptitude

3.2.1. Aptitude – Aptitude avec restriction ou aménagement du poste de travail

Même si on observe un léger recul, l'aptitude reste la règle (plus de 9 conclusions sur 10).

Les avis avec restriction ou aménagement de poste progressent quel que soit le type de service. Cette évolution est particulièrement nette dans les services autonomes : l'aptitude (avec ou sans restriction ou aménagement) concerne la majorité des situations, à un niveau relativement stable (environ 97% des avis) ; cependant on note que la part de restrictions ou des aménagements est en nette progression pour atteindre plus de 15% des avis en 2008 (contre 10% en 2006).

Figure 16 : Conclusions des visites médicales en termes d'aptitude (en % des avis émis).

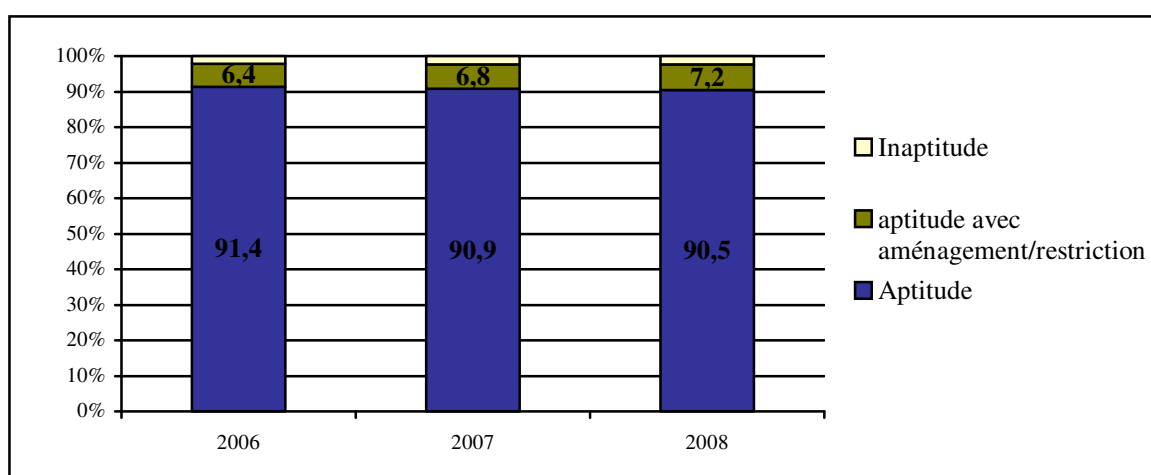


Figure 17 : Aptitude avec aménagement ou restriction au poste de travail selon le type de service de 2006 à 2008 (en % des avis émis).

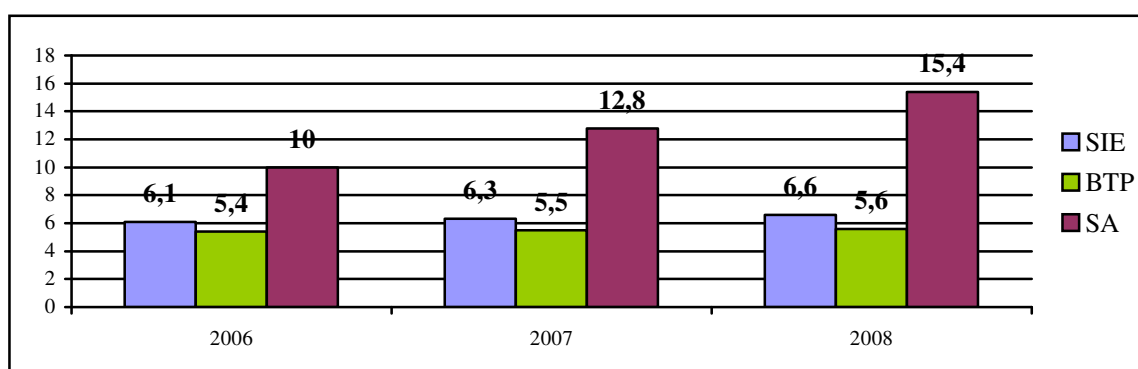
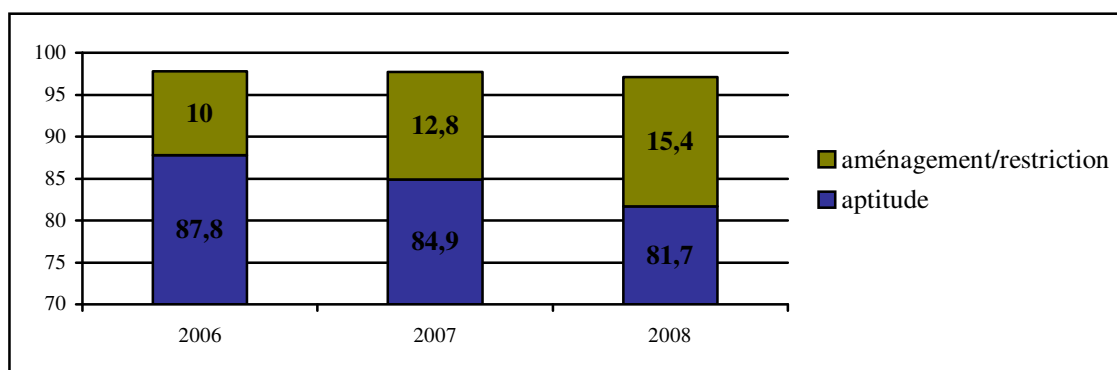


Figure 18 : Evolution des avis d'aptitude (en % des avis émis) dans les services autonomes de 2006 à 2008.



Dans les services du BTP, les aménagements ou restrictions au poste de travail sont moins fréquents que dans les autres services.

La situation des services interentreprises est intermédiaire avec des possibilités d'aménagements ou de restrictions au poste de travail qui semblent légèrement plus favorables que pour les services du BTP.

3.2.2. Inaptitude au poste – Inaptitude à tout poste dans l'entreprise

La proportion des avis d'inaptitude reste stable au cours de la période 2006-2008 : hors inaptitude temporaire, elle concerne environ 1.3% des avis. L'inaptitude est plus fréquente dans les services du BTP (1.7 à 1.9% des avis). On observe également que les inaptitudes à tout poste dans l'entreprise sont exceptionnelles dans les services autonomes (0.3% des avis). Enfin l'inaptitude temporaire (pourtant non réglementaire) concerne 1% des avis.

Seulement 17 rapports annuels mentionnent les causes d'inaptitude en 2006, 44 en 2007 et 40 en 2008. Les pathologies de l'appareil locomoteur (dont les TMS) tout d'abord, les pathologies psychiatriques (comprenant les souffrances morales au travail) ensuite et enfin les invalidités de 2ème catégorie sont les principales causes énumérées.

Tableau 9 : Conclusions des visites médicales en termes d'aptitude.

	Aptitude		Aptitude avec restriction ou aménagement		Nombre total d’avis
	Nombre	(%)	Nombre	(%)	
SIE + BTP + SA					
2006	353 683	(91.4)	24 587	(6.4)	386 872
2007	339 364	(90.9)	25 632	(6.8)	373 430
2008	345 550	(90.5)	27 392	(7.2)	381 947
SIE					
2006	304 746	(91.7)	20 171	(6.1)	332 247
2007	289 757	(91.4)	20 180	(6.3)	316 936
2008	295 261	(91.1)	21 529	(6.6)	324 247
BTP					
2006	20 805	(92.1)	1 216	(5.4)	22 588
2007	22 459	(91.6)	1 344	(5.5)	24 503
2008	28 430	(91.9)	1 733	(5.6)	30 943
SA					
2006	28 132	(87.8)	3 200	(10)	32 037
2007	27 148	(84.9)	4 108	(12.8)	31 991
2008	21 859	(81.7)	4 130	(15.4)	26 757

Tableau 10 : Conclusions des visites médicales en termes d'inaptitude.

	Inaptitude à tout poste dans l'entreprise		Inaptitude au poste mais apte à un autre poste		Inaptitude temporaire		Nombre total d'avis
	Nombre	(%)	Nombre	(%)	Nombre	(%)	
SIE + BTP + SA							
2006	1906	(0.5)	2947	(0.7)	3749	(1)	386 872
2007	1867	(0.5)	2876	(0.8)	3691	(1)	373 430
2008	1903	(0.5)	3059	(0.8)	4043	(1)	381 947
SIE							
2006	1652	(0.5)	2481	(0.7)	3197	(1)	332 247
2007	1570	(0.5)	2396	(0.8)	3033	(1)	316 936
2008	1642	(0.5)	2471	(0.8)	3344	(1)	324 247
BTP							
2006	165	(0.7)	231	(1)	171	(0.8)	22 588
2007	203	(0.8)	262	(1.1)	235	(1)	24 503
2008	171	(0.6)	354	(1.1)	255	(0.8)	30 943
SA							
2006	89	(0.3)	235	(0.7)	381	(1.2)	32 037
2007	94	(0.3)	218	(0.7)	423	(1.3)	31 991
2008	90	(0.3)	234	(0.9)	444	(1.7)	26 757

Paroles des médecins du travail

Les difficultés au reclassement et au maintien dans l'emploi des salariés en général et des personnes handicapées en particulier sont certaines. L'impact délétère de la crise économique dans la gestion de ces situations est mentionné par plusieurs médecins. « *Inaptitudes : grandes difficultés à préserver l'emploi des salariés déclarés inaptes à leur poste de travail dans les entreprises. Le licenciement est souvent la solution adoptée par l'entreprise même en cas d'effectifs importants même si la cause est d'origine professionnelle, l'entreprise se retranchant souvent derrière un argument qui est la polyvalence des salariés et donc*

l'impossibilité de reclassement. » ; « Malgré les incitations pour le maintien des travailleurs handicapés, il est de plus en plus difficile de garantir à ces personnes le maintien dans l'entreprise. »

Une question éthique se pose alors à chaque médecin du travail *« Notre fonction nous oblige souvent à choisir entre le droit à la santé et le droit au travail. », « Les conditions de travail actuelles nécessiteraient plus de restrictions sur l'avis d'aptitude. Mais comment éviter que cela porte préjudice aux salariés, intérimaires en particulier ? Eviter de stigmatiser ce qui n'est pas performant ? »*, rendant la décision d'aptitude difficile dans le cadre du colloque singulier. Certains médecins plaident pour l'intervention d'autres partenaires afin de rendre cette décision collégiale.

La « judiciarisation » des avis pose également de plus en plus de difficultés dans la pratique quotidienne *« La détermination de l'aptitude me pèse de plus en plus ; il serait souhaitable qu'elle devienne « collégiale » et ne soit plus supportée par une seule personne qui ne peut satisfaire tout le monde. » ; « Nous ne sommes pas des juristes. Or, la procédure d'inaptitude est de plus en plus utilisée à des fins juridiques. »*

Les aménagements ou les restrictions sont de plus en plus difficiles à concilier avec un maintien de l'aptitude au poste :

« Visites occasionnelles à la demande des employeurs pour des motifs tels (...) aptitude donnée à un poste avec des restrictions qu'il suggère de revoir impliquant que si ce n'est pas fait, il s'agira alors d'un avis d'inaptitude. ». « De plus en plus le concept d'aptitude me paraît remis en cause. Les avis d'aptitude avec parfois de simples conseils type « permettre l'utilisation d'un siège assis debout » ou de simples aménagements de poste sont interprétés comme des inaptitudes ». « Les restrictions d'habitude mènent de plus en plus souvent aux licenciements car les entreprises demandent aux salariés d'être polyvalents ». « Nous constatons une difficulté croissante à reclasser les salariés à l'occasion des diminutions de leur aptitude physique et/ou psychique ; polyvalence demandée et réduction d'effectif, imposent que chacun soit et reste « au top » »

3.3. Les orientations

Les orientations suite à la découverte de pathologies sont en progression sur la période 2006 - 2008.

Tableau 11 : Orientation auprès de spécialistes selon le type de service (données globales et en fonction du nombre de visites).

	Orientation		Orientation pour un problème d'ordre psychologique ou psychiatrique	
	Nombre	(% des visites)	Nombre	(% des visites)
SIE + BTP + SA				
2006	21 884	(5.5)	642	(0.17)
2007	22 160	(5.9)	769	(0.20))
2008	23 276	(6.3)	1121	(0.30))
SIE				
2006	19 289	(5.9)	596	(0.18)
2007	19 485	(6.2)	717	(0.23)
2008	20 162	(6.5)	1 121	(0.34)
BTP				
2006	470	(2)	5	(0.02)
2007	494	(2)	9	(0.04)
2008	907	(2.9)	11	(0.03)
SA				
2006	2 125	(5.9)	41	(0.19)
2007	2 181	(6)	43	(0.12)
2008	2 207	(7.3)	65	(0.21)

L'orientation principale reste l'orientation auprès d'un ophtalmologiste dans plus d'un cas sur cinq quel que soit le type de service. Les orientations cardiologiques et rhumatologiques viennent ensuite (hors rubrique « autres »).

En 2008, l'orientation pour un problème d'ordre psychologique se situe au 5ème rang des orientations tous services confondus alors qu'elle était en 9ème position en 2006. Le nombre de ces orientations a progressé de près de 75% alors que dans le même temps le nombre total des orientations a lui augmenté d'un peu moins de 10%. Les chiffres progressent dans le secteur du BTP, dans les services autonomes mais cette évolution est particulièrement marquée dans les services interentreprises où le nombre de visites donnant lieu à ce type d'orientation a presque doublé en 3 ans.

Paroles des médecins du travail

Les médecins du travail constatent une aggravation de la souffrance des salariés exprimée lors des visites médicales.

« Les risques psychosociaux prennent une place de plus en plus importante dans notre activité. ». « Au moins une visite par jour est absorbée par le risque psychosocial, du mal être à la non reconnaissance jusqu'à la souffrance au travail avérée. Ce thème devrait devenir une priorité. » ; « de plus en plus les salariés vont mal, et souvent même très mal, les tentatives de suicide et les états dépressifs sont de plus en plus fréquents. »

Cette souffrance au travail a un impact direct sur le quotidien des médecins du travail : visites à la demande du salarié, durée plus longue de consultation, nouvelle convocation, médiation souvent difficile. L'échange lors des visites médicales apparaît essentiel : *« La visite périodique est un moment privilégié pour l'expression d'un mal être au travail. » ; « Beaucoup d'écoute active individuelle chez des salariés exprimant leur souffrance psychologique au travail. » ; « constatation toujours d'actualité du nombre important de visite de reprise après maladie suite à un vécu au travail difficile (stress, environnement professionnel défavorable, horaires flexibles, non reconnaissance de la valeur du travail, polyvalence des postes). »*

Les médecins du travail soulignent les difficultés rencontrées dans la gestion de ces situations et l'intérêt d'une formation dans ce domaine. *« Ce travail est très délicat, et le médecin du travail est parfois désemparé, et submergé par ces problèmes. Un complément de formation à la « relation d'aide » serait important à mettre en place » ; « Les consultations de pré reprise sont en augmentation et ceci dans la grande partie des cas pour traiter des conflits employeurs-salariés. Dans l'avenir, une fonction de psychologue au travail sera une nécessité*

pour chaque médecin du travail de manière à apaiser et ramener la sérénité au sein des entreprises. »

Ils regrettent l'absence de prévention primaire et soulignent les difficultés à agir en entreprise « Augmentation des risques psychosociaux en entreprise avec demande d'intervention pour ce risque à l'initiative de salariés ou d'employeurs dans l'urgence, mais pas de prévention primaire car ce risque est nié par les employeurs s'il n'existe pas de situation d'urgence. » ; « La prise en compte des risques psychosociaux dans les entreprises est actuellement quasi inexistante. L'évaluation est difficile et la mise en place d'une démarche de prévention ne fait pas partie des priorités des entreprises, des grands groupes industriels ou commerciaux. » ; « la prévention des risques psychosociaux reste difficile à mettre en place. L'aborder, c'est souvent admis, faire un état des lieux c'est encore possible, mais on se heurte ensuite le plus souvent à un blocage pour toute intervention ultérieure » ; « Ils (les risques psychosociaux) font l'objet de rapports ministériels, d'articles, de films, de colloques...qui constituent un état des lieux sans que se développe actuellement une volonté de prévention dans les entreprises. »

Dans ce contexte déjà difficile, la crise économique pourrait majorer ces difficultés. « Il faut noter l'augmentation de la charge de travail, du stress des salariés, ceux-ci parlent de plus en plus fréquemment et facilement de leurs difficultés, voire de la souffrance au travail. En particulier, l'inquiétude pour l'avenir est devenue palpable, dans de grandes entreprises, en raison de l'évolution économique. La crise actuelle se fait déjà sentir ; des responsables d'entreprises m'ont fait part de leur inquiétude. »

3.4. Les maladies professionnelles

95% des déclarations concernent 4 tableaux : le tableau 57 (affections péri articulaires provoquées par certains gestes et postures de travail), les tableaux 30 et 30bis (pathologies consécutives à l'inhalation de fibres d'amiante), le tableau 42 (atteinte auditive provoquée par les bruits lésionnels) et le tableau 98 (affections chroniques du rachis lombaire provoquées par la manutention manuelle de charges lourdes). Ces chiffres ne représentent cependant pas l'ensemble des déclarations en maladie professionnelle. En effet, cet item est renseigné dans un peu moins de 3 rapports sur 4. De plus toutes les déclarations ne sont pas connues des médecins du travail. En effet, tout d'abord, c'est le salarié qui est à l'origine de la déclaration.

Il joint à sa déclaration un certificat médical établi par le médecin de son choix. Pour demander une reconnaissance de sa pathologie en maladie professionnelle, le salarié ne doit donc pas nécessairement en informer son médecin du travail. D'autre part, du fait de l'espacement des visites tous les deux ans, le salarié et le médecin peuvent ne pas s'être rencontrés l'année de la demande. Enfin, dans le cadre de l'instruction du dossier de reconnaissance en maladie professionnelle, la caisse primaire d'assurance maladie adresse un courrier à l'employeur. Ce courrier comprend une lettre adressée au médecin du travail de l'entreprise. En pratique, sa transmission n'est pas systématique.

Tableau 12 : les maladies professionnelles de 2006 à 2008 (global et en pourcentage des MP à la connaissance des médecins du travail chaque année).

	2006		2007		2008	
	Nombre	(%)	Nombre	(%)	Nombre	(%)
Tableau de maladie professionnelle						
Tous	1545		1517		1756	
MP 57	1136	(73.5)	1131	(74.6)	1339	(76.3)
MP 30 et 30 bis	111	(7.2)	114	(7.5)	110	(6.2)
MP98	126	(8.2)	104	(6.9)	128	(7.3)
MP42	85	(5.5)	58	(3.8)	65	(3.7)
Autres	87	(5.6)	110	(7.2)	114	(6.5)

MP 30 bis : Cancer broncho-pulmonaire provoqué par l'inhalation de poussières d'amiante ;

MP42 : Atteinte auditive provoquée par les bruits lésionnels ;

MP 30 : Affections professionnelles consécutives à l'inhalation de poussières d'amiante ;

MP98 : Affections chroniques du rachis lombaire provoquées par la manutention manuelle de charges lourdes ;

MP 57 : Affections péri articulaires provoquées par certains gestes et postures de travail.

Synthèse de l'activité clinique

Un peu plus de 2300 examens cliniques sont effectués chaque année par les médecins du travail dont une proportion croissante de visites non périodiques.

Avec plus de 90% des avis, l'aptitude reste la règle. Les aménagements ou restrictions au poste de travail progressent pour atteindre 7.2% des conclusions. Les inaptitudes restent stables (1.3% des avis).

En service autonome, le nombre de visites réalisées annuellement est nettement moins élevé (1700 à 1900 visites/an) dont une proportion stable de visites périodiques (60%). Les restrictions ou aménagements du poste de travail progressent (15% des avis en 2008).

Dans les services du BTP, 2/3 des visites sont des visites périodiques. Les aménagements ou restrictions sont moins nombreux (5.5%) et les inaptitudes plus fréquentes (1.7 à 1.9%)

Les orientations les plus fréquentes sont liées à des pathologies ophtalmologiques, cardiovasculaires et rhumatologiques. On note une nette progression des orientations pour un problème d'ordre psychologique ou psychiatrique.

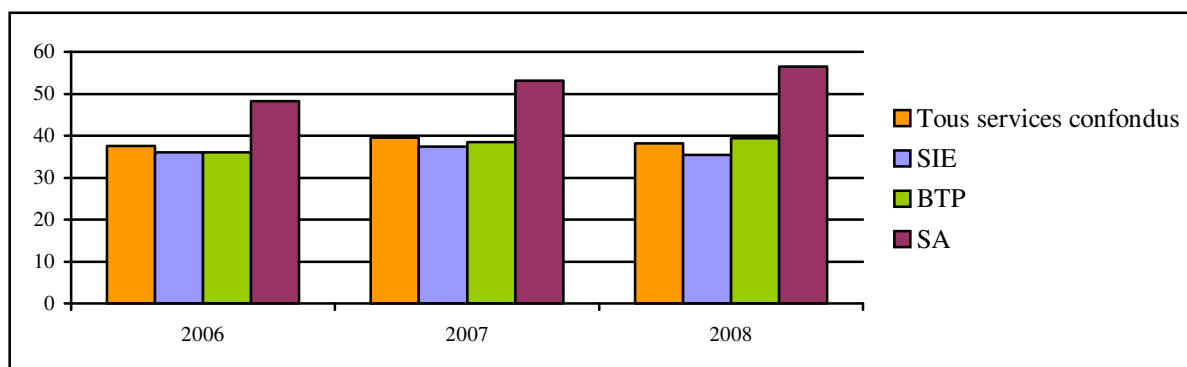
4 tableaux regroupent 95% des déclarations en maladies professionnelles.

IV. Le « tiers temps »

4.1. Temps consacré à l'action en milieu de travail

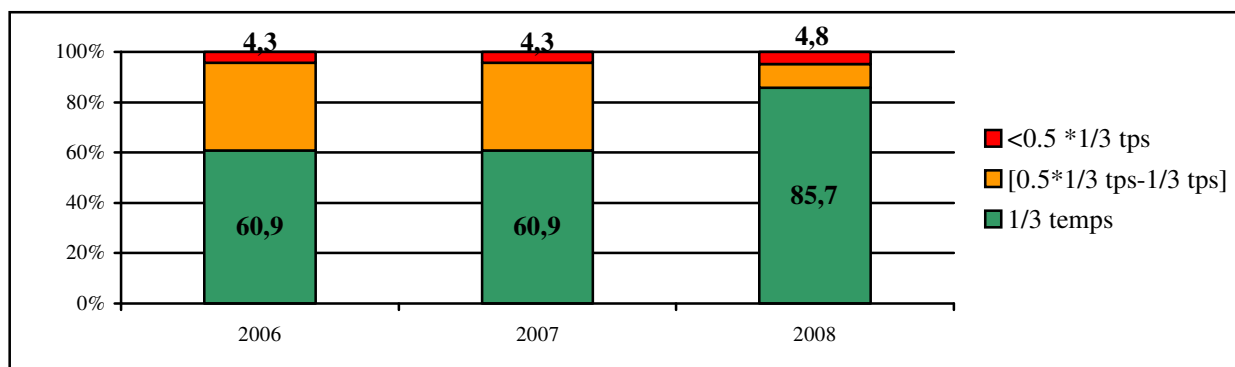
Le temps consacré à l'action en milieu de travail reste stable sur la période 2006-2008, entre 37 et 39 heures mensuelles par ETP. Il demeure très éloigné des obligations réglementaires du « tiers temps » (c'est-à-dire aux environs de 50 heures mensuelles).

Figure 19 : Temps consacré à l'action en milieu de travail par ETP en fonction du type de service.



Le temps consacré est nettement plus important dans les services autonomes. Il est en progression constante et la durée légale de 50 heures mensuelles est même dépassée en 2007 et 2008.

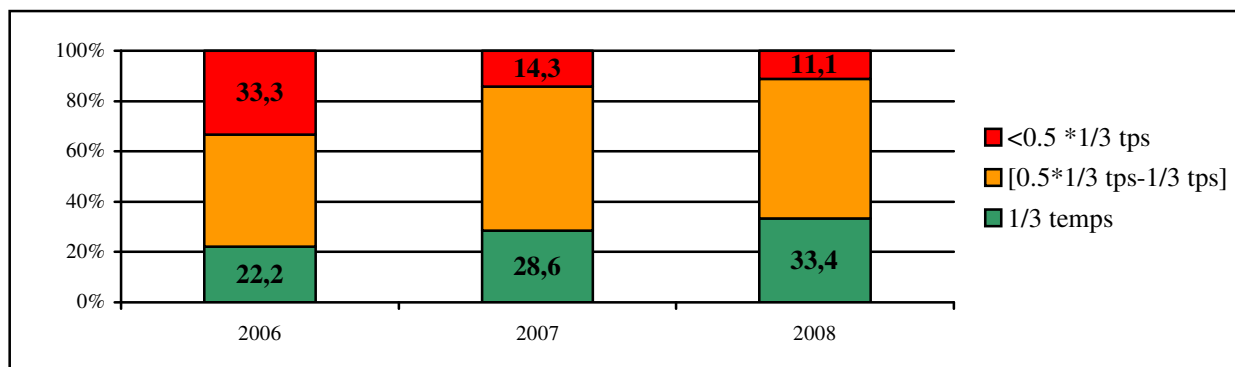
Figure 20 : Respect de la durée réglementaire du tiers temps dans les SA (en % des médecins du travail).



Dans les services du BTP, la durée du tiers temps est en augmentation (39,4 heures en 2008 contre 36 heures en 2006) même si elle reste éloignée des obligations légales. Un médecin du travail sur 3 respecte les obligations réglementaires en 2008 alors qu'ils n'étaient qu'un quart

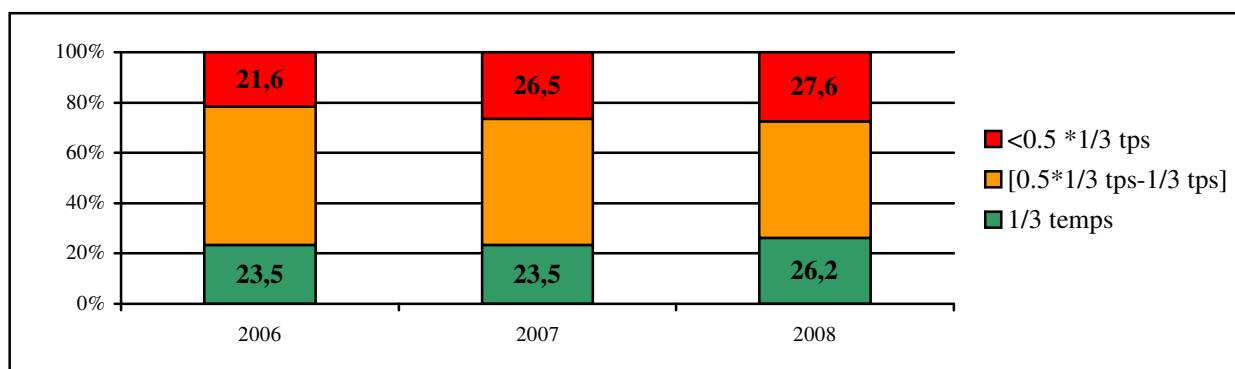
en 2006. On constate également que le nombre de médecins du travail consacrant moins de la moitié du temps réglementaire est en net recul : un sur neuf en 2008, alors qu'ils étaient le tiers en 2006.

Figure 21 : Respect de la durée réglementaire du tiers temps dans le BTP(en % des médecins du travail).



La situation est préoccupante dans les SIE où, après avoir légèrement augmenté en 2007, la durée consacrée au tiers temps a reculé en 2008. Les obligations réglementaires ne sont pas remplies par près des trois quarts des médecins du travail en 2008 et plus d'un médecin sur quatre y consacre moins de la moitié de ce temps.

Figure 22 : Respect de la durée réglementaire du tiers temps dans les SIE (en % des médecins du travail).



Paroles de médecins du travail

L'action en milieu de travail est plébiscitée par les médecins du travail : « L'AMT est essentielle et complémentaire de l'activité clinique. Elle reçoit un accueil très favorable dans

les entreprises. » ; « Importance d'aller sur le terrain, de rencontrer les salariés dans leur contexte de travail, d'avoir des contacts avec l'employeur. »

Elle apparaît comme un complément indispensable à l'activité clinique « L'AMT nous est utile pour enrichir la visite médicale en connaissant les risques et les conditions de travail auxquels sont soumis les salariés. Elle nous permet de déterminer plus précisément les examens complémentaires à mettre en œuvre. », « L'intervention en milieu de travail fait partie de notre spécificité médicale. Elle nous permet de relier l'approche individuelle réalisée lors des visites médicales à l'approche collective »

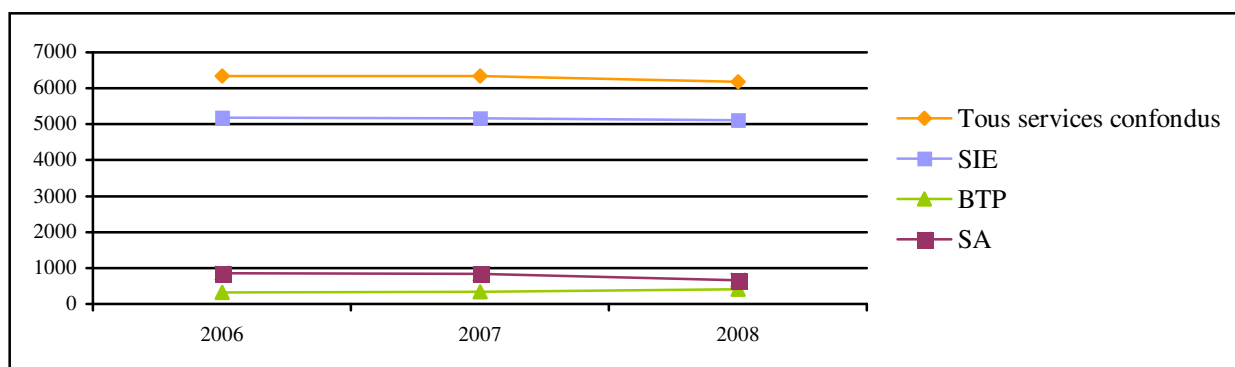
Quelques difficultés sont toutefois soulignées. Les demandes émanant des petites et très petites entreprises sont quasiment inexistantes. Les employeurs, par manque de connaissance de cet aspect de la médecine du travail, sont parfois réticents. *« Rôle des médecins du travail (hors visites médicales) très souvent méconnu des petites entreprises d'où le premier accueil parfois « mitigé » »* ; la sollicitation du médecin du travail est plus fréquente dans les plus grosses structures avec un comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail ou un responsable sécurité *« ce sont les entreprises de plus de 50 salariés qui prennent beaucoup et sont demandeuses d'AMT. »*. Le facteur temps est également limitant. Le temps consacré à l'action en milieu de travail est fréquemment réduit du fait de visites urgentes ou des tâches « connexes » : *« Importance du temps « connexe » correspondant aux tâches administratives qui ampute le tiers temps en entreprise réel »*. *« Du fait d'une charge de travail trop importante, nous n'effectuons que des AMT en urgence, sans pouvoir effectuer les AMT que nous estimons nécessaire en prévention primaire. »* *« Actions en milieu de travail : selon nos instances, une priorité mais dans la réalité, avec les demandes de consultations toujours plus nombreuses et toutes les tâches connexes, sa systématisation avec fiche d'entreprise pour toutes nos TPE (environ 300) est impossible tant les sollicitations non anticipables sont quotidiennes. »*

4.2. Les visites des lieux de travail

4.2.1. Données brutes

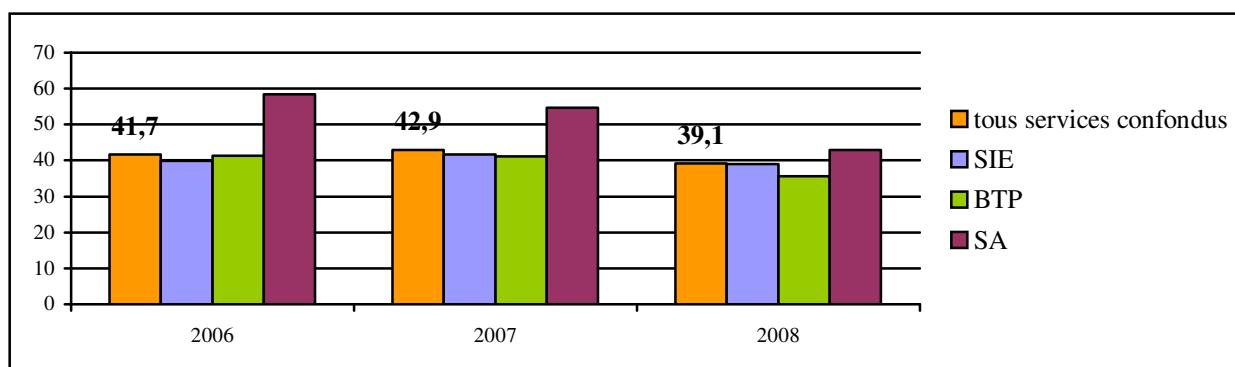
Plus de 6000 visites d'entreprises sont réalisées chaque année, soit en moyenne 41.2 visites d'entreprises par ETP médecin du travail.

Figure 23 : Nombre de visites d'entreprises par an selon le type de service de santé au travail.



Ce nombre est en diminution de 2007 à 2008 dans tous les services mais le recul est particulièrement marqué dans les services autonomes (-20%). Le nombre de visites par ETP médecin du travail dans les services autonomes se rapproche ainsi de la moyenne tous services confondus alors qu'il était nettement supérieur les deux années précédentes.

Figure 24 : Evolution du nombre de visites d'entreprises par ETP médecin du travail.



En ce qui concerne les services du BTP, le nombre brut de visites effectuées chaque année est en augmentation de plus de 100 visites mais le nombre de médecins du travail est également en augmentation. Au total, le nombre de visites par ETP est en diminution à 35.6 visites.

La situation dans les SIE est stable.

Tableau 13 : Visites d'entreprises de 2006 à 2008 (global et par ETP).

	Visite	
	Nombre	(/ETP)
SIE + BTP + SA		
2006	6348	(41.7)
2007	6345	(42.9)
2008	6191	(39.1)
SIE		
2006	5180	(39.9)
2007	5172	(41.6)
2008	5114	(39)
BTP		
2006	312	(41.3)
2007	337	(41.1)
2008	411	(35.6)
SA		
2006	856	(58.4)
2007	836	(54.6)
2008	656	(42.9)

4.2.2. Visites avec propositions et types de propositions

Seulement la moitié des rapports annuels (304 rapports sur 604) mentionnent à la fois le nombre de visites avec propositions et le type de propositions. L'analyse de ces données est donc limitée.

Sur la période 2006-2008, plus de 12000 propositions ont été faites par les médecins du travail lors d'un peu plus de 7200 visites. Ces propositions concernent l'organisation du travail, les conditions de travail, les protections collectives et individuelles ou d'autres éléments.

On observe que les propositions concernant les protections, qu'elles soient individuelles ou collectives, représentent plus du tiers des propositions, à un niveau stable d'une année sur l'autre. Ce type de propositions est plus fréquent dans le secteur du BTP.

Celles concernant les conditions de travail sont nettement plus fréquentes dans les services autonomes : plus de 40% des propositions alors qu'elles ne représentent que 27,7% des propositions tous services confondus.

Figure 25 : Type de propositions tous services confondus.

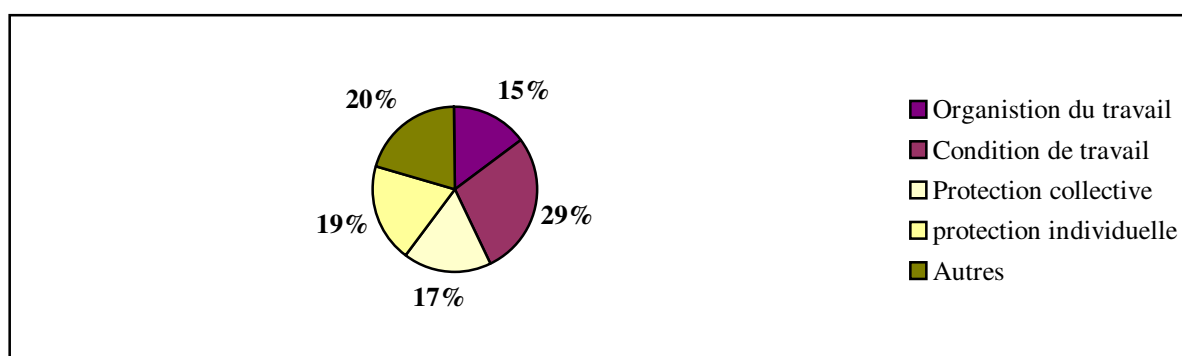


Figure 26 : Type de propositions dans les SIE.

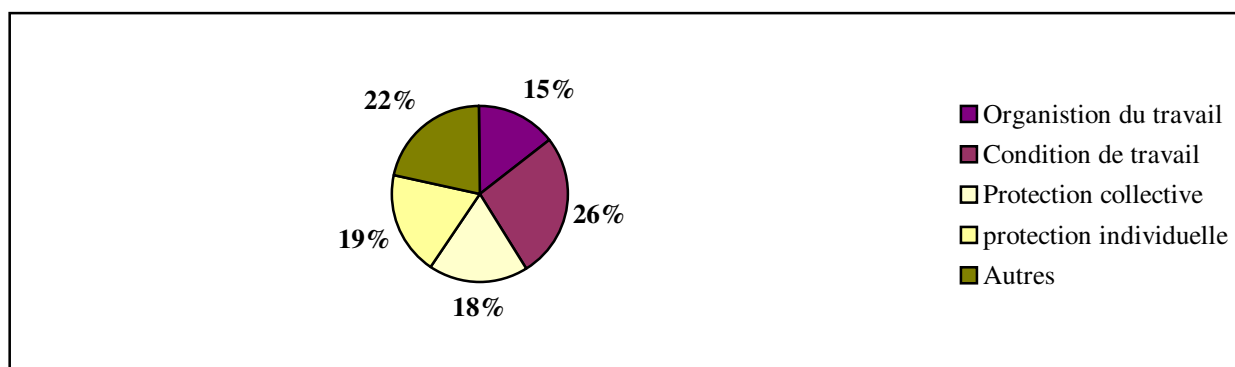


Figure 27 : Type de propositions dans les services du BTP.

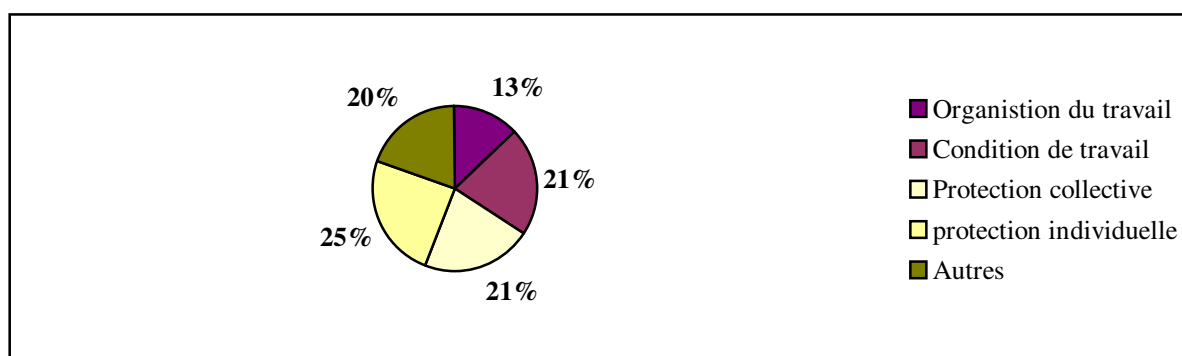
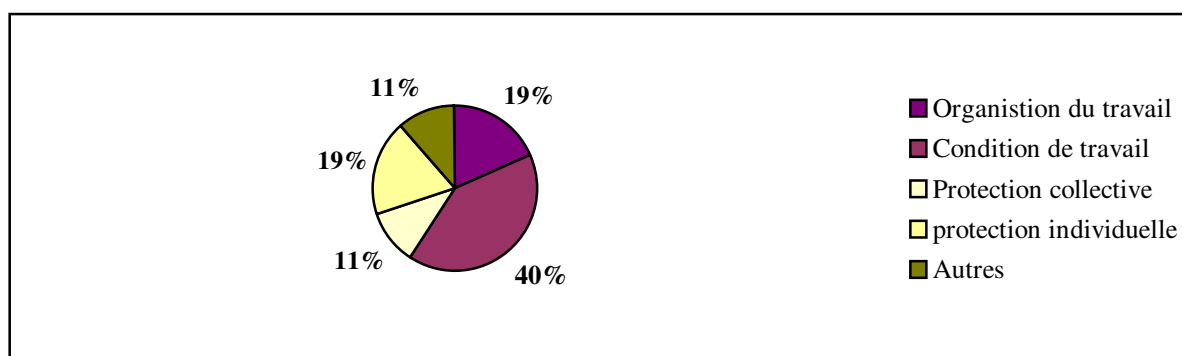


Figure 28 : Type de propositions dans les services autonomes.



Paroles de médecins du travail

« Les visites d'entreprises me permettent d'établir un contact privilégié avec les employeurs et sont l'essence même de notre métier. Elles restent un support aux actions à mener avec les entreprises, qui permettent bien souvent d'aboutir à des améliorations. »

4.3. Les fiches d'entreprises

De 2006 à 2008, 9727 fiches d'entreprises ont été rédigées : 6824 ont été créées et 2903 mises à jour.

Tableau 14 : Fiches d'entreprises réalisées chaque année (global et par ETP).

	FE mises à jour		FE créées		Total
	Nombre	(/ETP)	Nombre	(/ETP)	
SIE + BTP					
2006	916	(6.3)	2674	(18.3)	3590
2007	980	(7.4)	2315	(17.5)	3295
2008	1007	(7)	1835	(12.7)	2842
SIE					
2006	835	(6.1)	2568	(18.7)	3403
2007	900	(7.3)	2191	(17.7)	3091
2008	929	(7.2)	1695	(13.2)	2624
BTP					
2006	81	(8.8)	106	(11.5)	187
2007	80	(9.3)	124	(14.3)	204
2008	78	(4.9)	140	(8.9)	218

En moyenne, sur la période 2006-2008, 23,4 fiches d'entreprises sont réalisées par an et par ETP médecin du travail dans les SIE ; 18,2 par les médecins du travail des services du BTP.

En 2008 un net recul est observé (-20%), la diminution atteint plus de 40% dans les services du BTP.

Figure 29 : Evolution du nombre de fiches d'entreprises réalisées sur la période 2006 -2008.

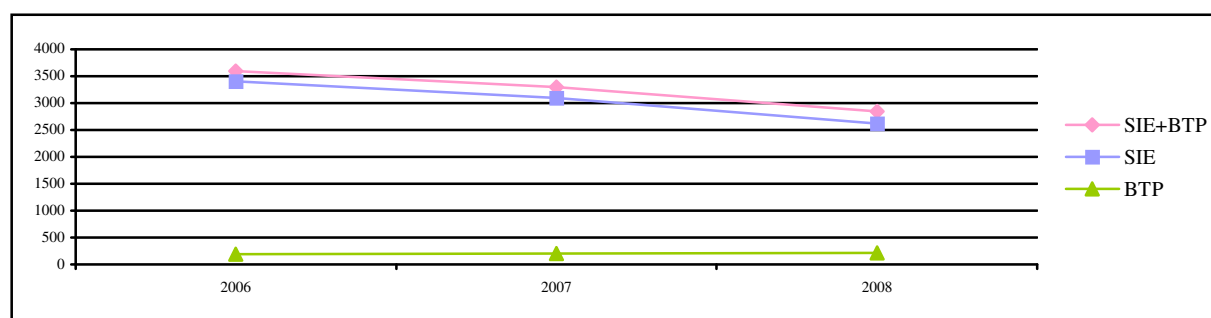


Tableau 15 : Proportion des entreprises suivies bénéficiant de la rédaction d'une fiche d'entreprise.

FE			
		Nombre	(% des entreprises)
SIE + BTP			
	2006	3590	(10.9)
	2007	3295	(10.6)
	2008	2842	(8.1)
SIE			
	2006	3403	(11.4)
	2007	3091	(11.1)
	2008	2624	(8.6)
BTP			
	2006	187	(6.2)
	2007	204	(6.5)
	2008	218	(4.6)

Dans les SIE, plus d'une entreprise sur 10 en 2006 et 2007 bénéficient de la rédaction d'une fiche d'entreprise ; un peu moins d'une entreprise sur 12 en 2008.

Dans le BTP, ces chiffres sont nettement moins importants : moins de 5 entreprises sur 100 bénéficient de la création ou de la mise à jour de leur fiche d'entreprise en 2008.

Paroles de médecins du travail

La majorité des médecins du travail mettent en avant l'intérêt de cette démarche. L'élaboration de la fiche d'entreprise est ainsi ressentie comme un moment propice aux échanges que ce soit avec l'employeur ou les salariés. *« La réalisation de la fiche d'entreprise permet d'échanger avec l'employeur sur les risques présents dans son secteur d'activité et sur les actions préventives en cours ou à mettre en place » ; « L'élaboration de la fiche d'entreprise est un moment privilégié qui permet au médecin du travail de sensibiliser le chef d'entreprise sur les risques auxquels les salariés sont exposés du fait de leur travail et d'insister sur la nécessité de bien remplir le document unique. » ; « Les salariés apprécient notre venue sur le lieu de travail. »*

Il peut cependant exister des difficultés : *« le facteur limitant est encore souvent le manque d'enthousiasme des chefs d'entreprise vis-à-vis de nos interventions, qu'elles soient interprétées comme des mises en cause de leur gestion des conditions de travail, ou au mieux qu'elles représentent pour eux une perte de temps. »*. *« La rédaction de la fiche d'entreprise est l'occasion de prendre contact avec l'employeur. Mais pour un qui découvre et s'étonne de l'utilité du médecin du travail, combien reportent le rendez vous ou sont absent et nous laissent avec une employée gênée. »*

D'autres médecins pointent les insuffisances de cette fiche d'entreprise, qui apparaît peu adaptée et beaucoup moins précise que le document unique établi par l'employeur : *« L'adaptation du modèle actuel de fiche d'entreprise paraît indispensable. Le formulaire actuel est inadapté aux TPE. » ; « La rédaction de la fiche d'entreprise sur un support mal adapté semble « légère » en regard du document unique que l'employeur doit détenir. »*.

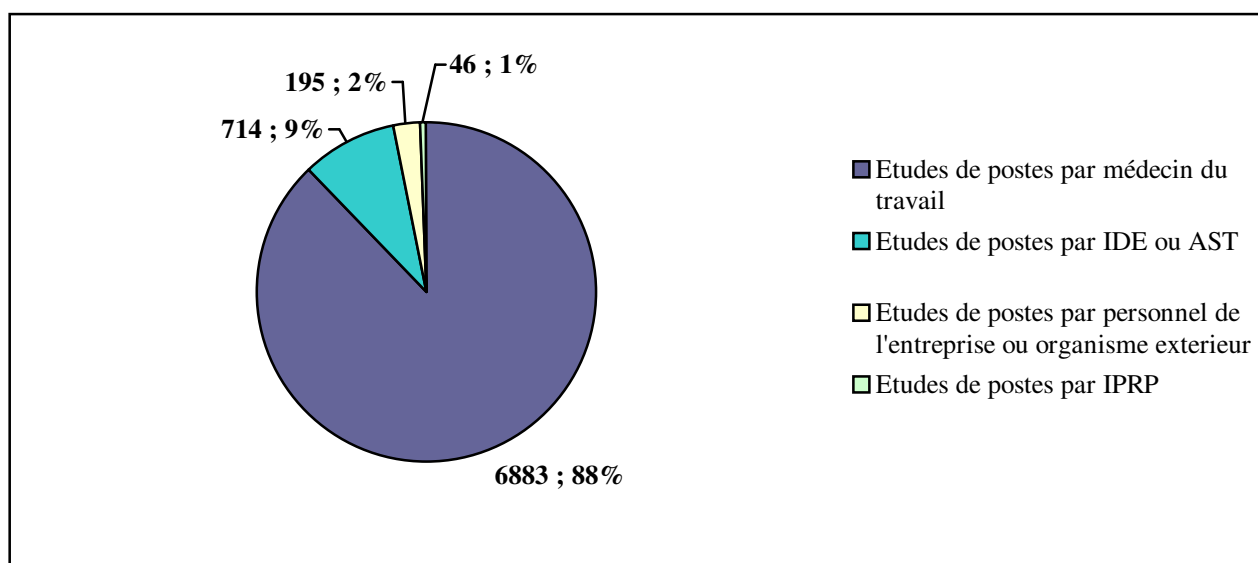
4.4. Les actions menées en milieu de travail : études de postes et métrologies

Elles peuvent être réalisées par les médecins du travail mais également par les intervenants en santé au travail ou les infirmiers, un organisme extérieur, une personne de l'entreprise ou un IPRP, conjointement ou séparément du médecin du travail.

4.4.1. Les études de postes

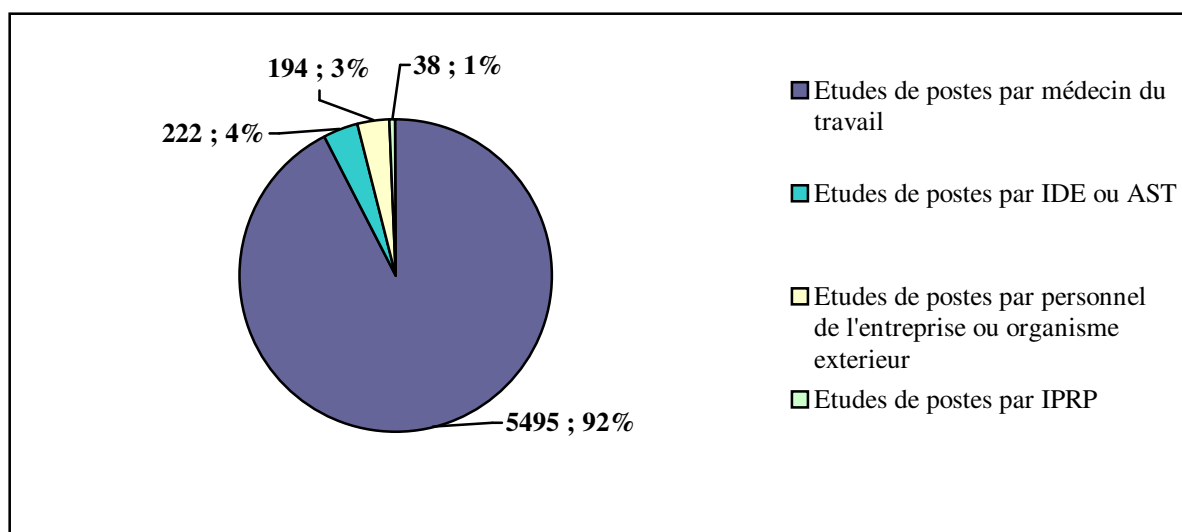
Les études restent majoritairement réalisées par les médecins du travail mais d'autres intervenants y sont associés de plus en plus fréquemment.

Figure 30 : Personnes intervenants lors des études de postes tous services confondus (en nombre et en % des études réalisées).



En service interentreprises l'intégration d'intervenants en santé au travail reste rare. Par contre, la participation des IPRP est en nette progression (multipliée par 7) même si elle reste faible par rapport au nombre total d'études réalisées chaque année (1.5% des études de postes dans les SIE en 2008).

Figure 31 : Personnes intervenants lors des études de postes dans les SIE (en nombre et en % des études réalisées).



Dans les services du BTP les médecins du travail réalisent seuls l'ensemble des études de postes, sans participation d'autres intervenants.

Figure 32 : Personnes intervenants lors des études de postes dans les services du BTP (en nombre et en % des études réalisées).

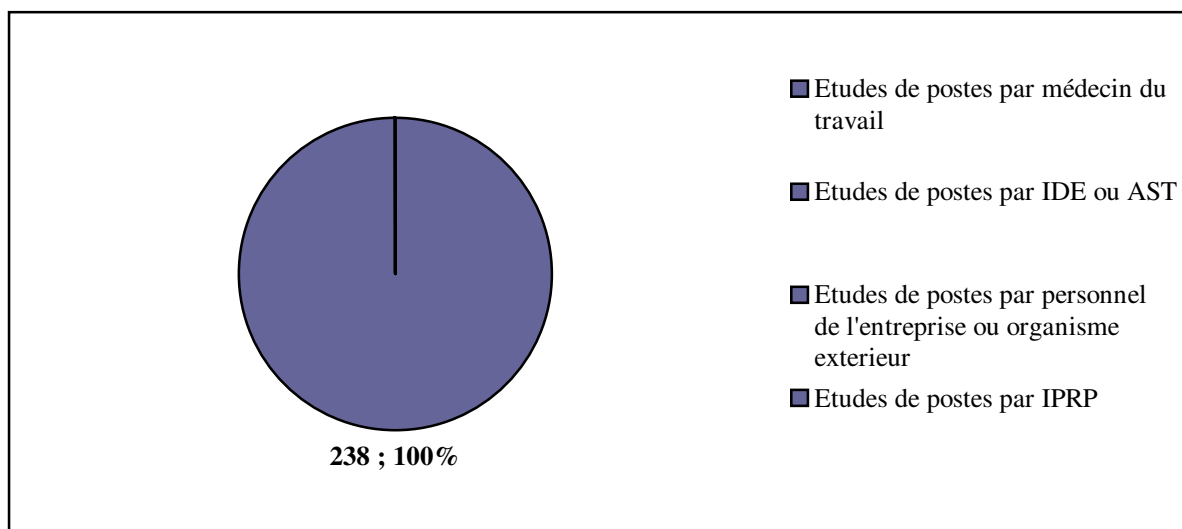
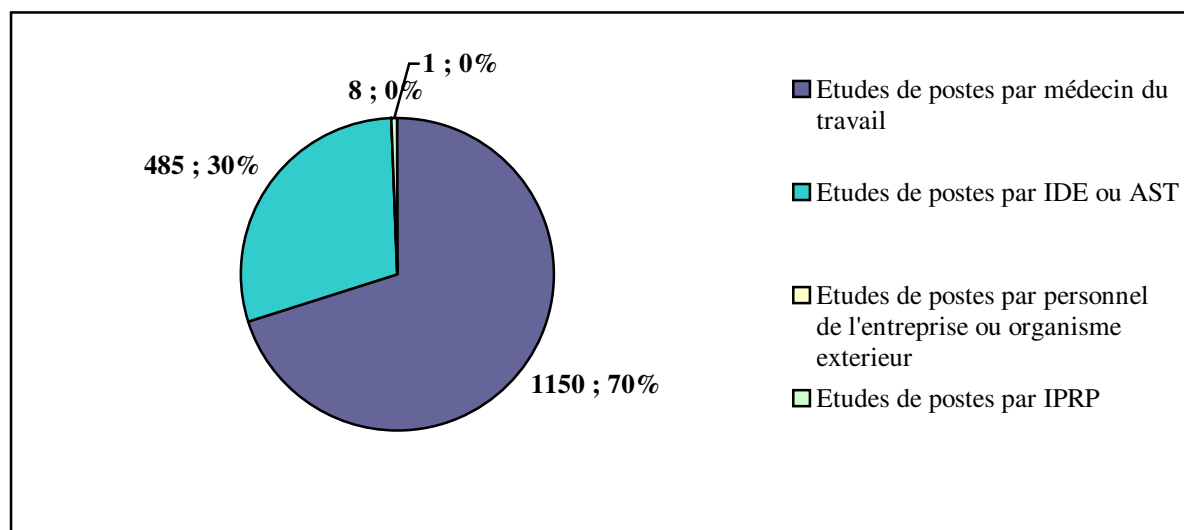


Figure 33 : Personnes intervenants lors des études de postes dans les SA (en nombre et en % des études réalisées).



Dans les services autonomes, l'intégration des IDE est beaucoup plus active et est même en progression sur la période 2006-2008 pour passer d'un peu plus d'une étude de postes sur quatre à près d'une sur trois en 2008.

Tableau 16 : Intervenants lors des études de postes.

	Médecin du travail	IST / IDE	Personnel d' entreprise	Organisme extérieur	IPRP
SIE+BTP+SA					
2006	2511	248	15	11	5
2007	2168	189	9	0	8
2008	2204	277	146	14	33
SIE					
2006	2047	102	14	11	5
2007	1737	30	9	0	8
2008	1711	90	146	14	25
BTP					
2006	58	0	0	0	0
2007	71	0	0	0	0
2008	109	0	0	0	0
SA					
2006	406	146	1	0	0
2007	360	159	0	0	0
2008	384	187	0	0	8

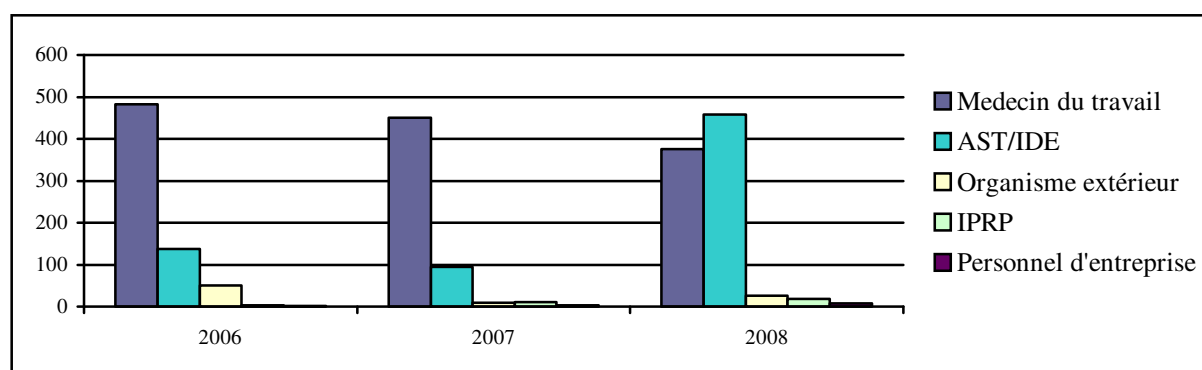
4.4.2. Les métrologies

L'intervention d'organismes extérieurs ou de personnes de l'entreprise s'observe quasi exclusivement dans les services autonomes (98.1% de leurs interventions). Il s'agit majoritairement de métrologie de bruit, en seconde position viennent les prélèvements atmosphériques.

En services autonomes, la participation directe des médecins du travail est rare (3,5% des interventions) contrairement à ce qui est observé en services interentreprises où les médecins du travail sont associés plus de 6 fois sur 10.

Cependant la pluridisciplinarité semble se développer au sein des services interentreprises concernant l'activité de métrologie. Les interventions directes des médecins du travail diminuent au bénéfice d'une présence plus fréquente des intervenants en santé au travail : en 2008, le nombre d'actions auxquelles elles ont participé dépassent celles des médecins.

Figure 34 : Intervenants en métrologie dans les SIE.



Dans les services du BTP, la place des intervenants autres que les médecins du travail reste très limitée.

Tableau 17 : Intervenants en métrologie de 2006 à 2008 selon le type de service.

	Médecin du travail	IST / IDE	Personnel d' entreprise	Organisme extérieur	IPRP
SIE+BTP+SA					
2006	587	220	1498	3	4
2007	651	133	1037	17	24
2008	440	569	2714	28	24
SIE					
2006	482	138	50	3	1
2007	450	95	9	11	3
2008	376	458	26	19	7
BTP					
2006	68	0	0	0	0
2007	61	1	0	2	0
2008	41	3	0	0	0
SA					
2006	37	82	148	0	3
2007	140	37	1028	2	21
2008	23	108	2688	9	15

Paroles de médecins du travail sur la pluridisciplinarité

Progressivement les services forment ou embauchent des IST et des IPRP.

Les médecins du travail revendiquent leur rôle central dans le dispositif *« A nous de prendre possession de cette évolution, d'articuler et de coordonner toutes ces compétences entre elles pour rendre notre exercice le plus intéressant possible au profit d'actions de prévention renforcées en vue de tenter d'améliorer toujours plus les conditions de travail de nos salariés. »*

L'apport de la pluridisciplinarité dans le quotidien du médecin du travail apparaît indéniable *« La pluridisciplinarité est un atout majeur et incontournable des SST » ; « le travail est de qualité ».*

La complémentarité d'action est recherchée dans le but d'étayer davantage les actions de prévention *« L'intervention en entreprises de techniciennes, échelonnée dans le temps, de par les nouvelles normes de mesurage du bruit qui requièrent un certain volume de temps, permettent d'ores et déjà un meilleur message de prévention aux salariés et aux chefs d'entreprise » ; « Les interventions réalisées avec les IPRP (toxicologue, ergonome) sont intéressantes sur le plan de la collaboration et permettent de donner à l'entreprise des résultats fiables et des pistes de prévention documentées ».*

Les employeurs font généralement un bon accueil à ces nouveaux intervenants *« travail en collaboration avec l'IST en métrologie très enrichissant pour l'AMT et très apprécié par l'entreprise »*

Quelques difficultés dans la pratique sont soulignées, notamment du point de vue des ressources humaines disponibles et du délai d'intervention de ces équipes : *« pluridisciplinarité : nécessaire et bienvenue dans notre service mais encore trop peu sollicitée en raison de demandes souvent urgentes avec un délai trop court pour la mettre en œuvre. La pluridisciplinarité actuelle répond plus à ces demandes programmées ou à des actions thématiques ou par branches. » ; « Le plateau technique pluridisciplinaire nous apporte une aide précieuse mais il faudrait qu'il soit plus conséquent en ressources humaines tant les actions à mener sont vastes. »*

Synthèse de l'action en milieu de travail

En dehors des services autonomes, le temps consacré à l'action en milieu de travail (entre 36 et 39h mensuelles) reste nettement inférieur aux obligations réglementaires.

Les médecins du travail réalisent plus de 6000 visites d'entreprises chaque année. Ces visites sont notamment l'occasion de rédiger les fiches d'entreprise ou d'émettre des propositions afin d'améliorer les situations de travail. En 3 ans, près de 10 000 fiches d'entreprise ont été rédigées mais l'obligation réglementaire de réaliser la fiche d'entreprise de chaque entreprise et sa mise à jour régulière n'est pas possible en l'état actuel de la situation. Environ 1 entreprise sur 10 suivie par un service interentreprises et 1 entreprise sur 20 du secteur du BTP bénéficient chaque année de cette évaluation. Mais ces nombres sont en diminution en 2008. Concernant les propositions émises par les médecins du travail lors des visites d'entreprises, elles concernent essentiellement les équipements de protection individuelle de salariés dans le BTP (25% des propositions) et l'organisation du travail dans les services autonomes (40% des propositions).

Les actions menées en milieu de travail permettent d'aborder la place de la pluridisciplinarité en santé au travail du point de vue des médecins du travail. Dans les services interentreprises, les études de postes sont réalisées majoritairement par les médecins du travail. La place des intervenants en santé au travail se développe dans le domaine de la métrologie. En service autonome, l'intégration des infirmiers lors des études de postes est plus fréquente et progresse. Les métrologies sont principalement effectuées par des organismes extérieurs. La pluridisciplinarité peine à se mettre en place dans les services du BTP.

V. L'inquiétude face à la situation actuelle, une attente forte de la réforme annoncée

Le personnel des services de santé au travail n'échappe pas à la problématique des risques psychosociaux voire au burn out.

« Par conséquent les risques psychosociaux, qui touchent maintenant une majorité des salariés que nous suivons, atteignent aussi le médecin de santé au travail et sa secrétaire. Il apparaît difficile dans ces conditions d'assurer correctement notre mission »

« Nous sommes des professionnels assurant des « urgences » des entreprises et des salariés ; Nous sommes soumis à tant d'injonctions paradoxales qu'il est impossible de répondre à toutes les sollicitations, ce qui peut apporter découragement et perte de sens du travail »

« L'incertitude et le manque de perspectives caractérisent pour moi cette année 2008 »

« Augmentation considérable de la charge mentale pour les médecins et les secrétaires, des journées longues, l'impression de « courir » d'un lieu à l'autre »

« Notre charge mentale pourrait être évaluée »

Face à cette situation, les attentes face à la réforme annoncée sont nombreuses *« réforme en attente, de plus en plus long d'attendre... »* ; *« La réforme, la réforme, quand verra t elle le jour ? Il est impératif qu'elle permette aux SIST de mieux connaître les postes de travail »* ; *« je souhaite et j'espère que la « réforme » tant attendue mettra véritablement l'accent sur l'action en milieu de travail et nous en donnera le temps et les moyens. »*

Conclusion

L'étude des rapports annuels des médecins du travail montre une évolution de leur activité suite à la réforme de 2004. L'activité clinique a évolué, l'action en milieu de travail s'est développée même si elle reste éloignée des obligations réglementaires, la pluridisciplinarité trouve peu à peu sa place.

Des différences importantes sont notées selon que le médecin du travail exerce au sein d'un service interentreprises, interprofessionnel du BTP ou autonome.

Les médecins s'interrogent, les enjeux futurs de la santé au travail sont perceptibles : comment agir en prévention sur les risques psychosociaux ? Comment assurer la prise en charge de l'individu au sein d'une approche collective ? Et quel lendemain pour la profession ?

I.Méthode de l'étude	118
1.3 Intérêts de l'étude	118
1.4 Limites de l'étude	118
II. Résultats	120
2.1 Synthèse des résultats	120
2.1.1. Données démographiques concernant les services de santé au travail	120
2.1.2 L'activité clinique	121
2.1.3 Le tiers temps	122
2.2 Discussion	122
2.2.1 Données socio-démographiques concernant les services de santé au travail, le personnel et les salariés suivis par ces services	122
2.2.2 Discussion	125

I. Méthode

1.1 Intérêt de l'étude

Bilan de la mise en œuvre de la pluridisciplinarité en matière de santé et de prévention des risques professionnels [38], Rapport sur le bilan de réforme de la médecine du travail [36], Rapport sur l'aptitude et l'inaptitude médicale au travail [30]...De nombreux rapports concernant la médecine du travail ont été demandés par le Ministère du Travail. Notre étude présente certaines spécificités et apporte un nouvel écho à ces travaux.

La plupart de ces dossiers résultent de la synthèse de données nationales. Des initiatives se multiplient afin de faire un bilan à l'échelon local. Notre travail permet d'esquisser un état des lieux spécifique à la région Lorraine et ainsi de pouvoir comparer les conclusions nationales au quotidien des médecins du travail lorrains.

En effet, les médecins du travail ont des choses à dire sur leur activité, le système de santé et de prévention au travail et son évolution. La particularité de notre étude est de prendre en compte les observations et la parole des médecins du travail en s'appuyant sur l'analyse des rapports annuels dans lesquels ils transcrivent chaque année le bilan de leur activité professionnelle.

Enfin, l'évolution de la réglementation est à l'origine de profondes mutations au sein des services de médecine du travail qui sont devenus des services de santé au travail. La période étudiée pour l'analyse de l'évolution des services s'étend sur une décennie (1998-2008) et permet d'étudier l'impact de cette réglementation sur l'organisation de ces structures.

1.2 Limites de l'étude

Un certain nombre de limites sont cependant à souligner. Tout d'abord, comme pour toute étude rétrospective, les données peuvent être imprécises ou manquantes. Cependant, les données utilisées pour l'analyse de l'évolution des services de santé au travail sont recueillies de façon standardisée via un logiciel informatique spécifique mis à disposition des médecins inspecteurs régionaux du travail par le ministère. Les rapports annuels sont quant à eux établis sur la base d'un modèle détaillé dans l'arrêté du 13 décembre 1990.

Un biais de l'étude est lié au mode de saisie des données par les médecins du travail, à l'origine des éléments chiffrés des rapports annuels. Tout au long de l'année, les médecins du travail saisissent informatiquement leur activité clinique et celle qui concerne leurs actions en milieu de travail. Ce recueil n'est pas toujours exhaustif. De plus, les logiciels utilisés diffèrent d'un service à l'autre et tous les médecins n'ont pas bénéficié d'une formation à leur utilisation.

D'autre part, les rapports annuels sont établis sur la base d'un modèle datant de 1990. Depuis, la réglementation a évolué, le code du travail a été recodifié, la pluridisciplinarité s'est développée...Ce modèle ne prend pas en compte toutes ces modifications et la vision de l'activité des médecins du travail s'en trouve tronquée, notamment en ce qui concerne les activités en milieu de travail et la pluridisciplinarité.

Cette analyse prend en compte les rapports annuels des médecins du travail exerçant dans un service agréé par la Direction Régionale du Travail et de la Formation Professionnelle de Lorraine. En sont donc exclus les médecins de prévention de la fonction publique d'Etat et territoriale, les médecins du travail de la fonction publique hospitalière, les médecins du travail de la Mutualité Sociale Agricole, de la SNCF et d'EDF-GDF.

Enfin, nous avons fait le choix d'une simple description, sans traitement statistique des données. L'interprétation s'en trouve limitée mais le but de ce travail est de réaliser un état des lieux au niveau régional et ainsi de mieux appréhender les enjeux locaux de la santé au travail.

II. Résultats

2.1 Synthèse des résultats

2.1.1. Données démographiques concernant les services de santé au travail

En 2008, la santé au travail s'exerce au sein de 28 services interentreprises, interprofessionnels ou d'entreprises répartis sur tout le territoire lorrain. Ce nombre est en nette diminution sur les dix dernières années puisqu'on en dénombrait 38 en 1998. Cette baisse est principalement le fait de fermetures de services d'entreprises.

Tous services confondus, plus de 530 000 salariés sont suivis dans ces structures, soit une augmentation de 9% en 10 ans. Les effectifs suivis dans les services autonomes sont eux en diminution, ce qui est à mettre en parallèle avec notre remarque précédente concernant la fermeture de ces services.

La démographie médicale est préoccupante : le nombre de médecin du travail est en baisse de 14% de 2001 à 2008, atteignant sensiblement le même niveau qu'en 1998 malgré la reconversion de médecins généralistes vers la médecine du travail et la régularisation de médecins non diplômés dans cette discipline.

La pratique répandue du travail à temps partiel (qui concerne plus d'un médecin du travail sur deux) nous a amené à nous intéresser au nombre de médecins du travail en équivalent temps plein plutôt qu'au nombre brut de médecins du travail. La même évolution à la baisse est notée. En 2007, on dénombre ainsi 241 médecins du travail pour 202.9 ETP, on estime le manque à 15 ETP.

Cette situation touche exclusivement les services interentreprises et interprofessionnels : dans les services autonomes, le nombre de médecins du travail reste relativement stable sur 10 ans et le nombre d'ETP est en très légère diminution en 2008 dans le contexte particulier de crise économique alors même que le nombre de services est lui en nette diminution (8 services de moins sur cette période).

D'autre part, plus d'un médecin du travail sur deux est âgé de plus de 55 ans et la base de la pyramide des âges est très fragilisée avec moins de 5% de médecins âgés de moins de 40 ans. Les départs en retraite devraient se multiplier dans les années à venir et, en l'état actuel des choses, ne pourront être compensés par de nouvelles inscriptions à l'Ordre des Médecins (en moyenne, 2 à 3 internes sont diplômés chaque année).

L'effectif pris en charge par chaque médecin du travail progresse : +15% dans les services interentreprises et interprofessionnels. Le dépassement du seuil réglementaire de 3300 salariés par ETP concerne un médecin du travail sur trois en 2008 (hors services autonomes). Précédemment, nous avons souligné l'évolution particulière des services d'entreprises qui concernent de moins en moins de salariés mais conservent leur temps médical avec en conséquence logique, une baisse des effectifs pris en charge par chaque médecin du travail (- 8%).

La pluridisciplinarité progresse peu à peu dans les services avec des orientations et des choix différents selon le type de service. Dans les services autonomes, la place des infirmiers évolue. Un seul service interentreprises a embauché des infirmiers dans le cadre d'une contractualisation avec la Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle. Les services interentreprises et interprofessionnels ont opté pour la formation d'intervenants en santé au travail dès 2002. Le temps de travail consacré à leur action est en constante progression.

2.1.2. L'activité clinique

Environ 2300 visites sont réalisées annuellement dont une proportion croissante de visites non périodiques (43.2% en 2008). L'aptitude reste la règle (entre 90.5% et 91.4% des avis selon les années) mais les restrictions ou les aménagements de poste sont de plus en plus fréquents. Des différences sont soulignées selon le type de service.

La proportion de visites non périodiques progresse davantage dans les services interentreprises pour représenter près de 45% des visites en 2008.

Dans les services professionnels du BTP, le recours à un aménagement du poste de travail ou à des restrictions est moins fréquent (5.6% des avis en 2008) mais les avis d'inaptitude sont plus fréquents (1.1% des avis en 2008).

A l'opposé, les aménagements ou restrictions au poste de travail sont beaucoup plus fréquents dans les services autonomes et progressent nettement sur la période considérée (10% des avis en 2006, 15.4% en 2008). Les inaptitudes à tout poste dans l'entreprise sont plus rares. Le nombre de visites effectuées annuellement est également nettement moins élevé (1730 en 2008).

Les orientations ophtalmologiques, cardiologiques ou rhumatologiques restent les orientations principales mais on observe une nette progression des orientations pour des motifs psychologiques et/ou psychiatriques notamment dans les services interentreprises.

Quatre tableaux des maladies professionnelles regroupent plus de 90% des déclarations en maladie professionnelle portées à la connaissance des médecins du travail. Il s'agit des tableaux 57, 30, 98 et 42 du régime général. Ces tableaux concernent les troubles musculo-squelettiques, les affections consécutives à l'inhalation d'amiante et les atteintes auditives liées au bruit.

2.1.3. Le « tiers temps »

A l'exception des services autonomes, le temps consacré à l'action en milieu de travail reste nettement inférieur aux obligations réglementaires.

Dans les services interentreprises, la durée moyenne consacrée est de 35h en 2008, en recul par rapport aux années précédentes. Les trois quarts des médecins du travail ne respectent pas la durée réglementaire.

La situation s'améliore dans les services interprofessionnels mais avec une moyenne de 39 heures mensuelles, elle reste très éloignée des objectifs réglementaires.

Ce temps est notamment consacré aux visites d'entreprises, aux études de postes, à l'établissement de fiches d'entreprises ou à des actions de métrologie.

2.2 Discussion

2.2.1. Données socio-démographiques concernant les services de santé au travail, le personnel et les salariés suivis par ces services.

Les caractéristiques socio-démographiques des services de santé au travail de la région Lorraine suivent les mêmes tendances que celles observées au niveau national [39]. Tout d'abord, on note une baisse constante du nombre de service de santé au travail en France. Ainsi, on dénombrait 1328 services de médecine du travail en 1998, 894 sont recensés en 2008. Cette baisse est particulièrement marquée pour les services d'entreprises : ils étaient

928 en 1998, il en persiste 593 en 2008. On observe également une évolution vers le regroupement des services interentreprises : 89 services de moins en 10 ans. Pour rappel, en Lorraine le nombre de services est passé de 38 à 28, principalement du fait de la disparition de services autonomes.

On note une évolution préoccupante de la démographie médicale en santé au travail : 51% des médecins du travail français ont plus de 55 ans, 17.5% plus de 60 ans. Entre 2007 et 2012, ce sont 1700 médecins du travail qui devraient partir en retraite alors que seuls 370 nouveaux auront été qualifiés pendant cette période [40].

Selon une étude de l'Ordre National des Médecins [41], la moyenne d'âge des médecins du travail en Lorraine est identique à celle retrouvée au niveau national à 54 ans alors que l'âge moyen des médecins en activité est de 51 ans toutes spécialités confondues.

Il existe des différences selon le département considéré : la Meurthe et Moselle est l'un des 20 départements où la moyenne d'âge est inférieure (52 ans) alors que la Moselle (avec une moyenne d'âge à 55ans), les Vosges et la Meuse (avec une moyenne à 57 ans) font partie des 35 départements dont la moyenne d'âge est plus élevée.

En France métropolitaine, les effectifs passent de 5890 médecins du travail en 2008 à 5787 en 2009 : les Vosges, la Meuse et la Meurthe et Moselle font partie des 55 départements qui perdent des médecins du travail, la Moselle des 23 départements qui en conservent le même nombre ; 18 départements voient leur nombre de médecins du travail augmenter (Dont 10 dans le Sud Ouest, les régions Rhône Alpes et Provence Côte d'Azur).

Au niveau national et toutes spécialités confondues, le nombre de médecins en activité baisse de 2% de 2008 à 2009. Selon la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evolution et des Statistiques, le nombre de médecins va baisser de près de 10% au cours des 10 prochaines années. Si la répartition des postes ouverts et des postes pourvus à l'examen national classant reste identique à ce qui est observé actuellement, la baisse des effectifs serait plus marquée pour les spécialistes avec cependant des différences importantes selon les disciplines. La médecine du travail serait la spécialité la plus touchée avec une baisse de ses effectifs de plus de 60% à l'horizon 2030 [42].

Enfin, l'importance du travail à temps partiel et une population essentiellement féminine sont par ailleurs soulignées. Au niveau national tout comme en Lorraine, le travail à temps partiel concerne un peu plus d'un médecin du travail sur deux.

Avec 70% de femmes, la médecine du travail fait partie des spécialités à prédominance féminine. Pour comparaison, 39% des médecins inscrits à l'Ordre sont des femmes toutes disciplines confondues. Ces chiffres se vérifient dans notre travail (deux tiers de médecins du travail lorrains sont des femmes au 1^{er} juillet 2009) avec une différence importante selon le département considéré : 83% des médecins du travail sont des femmes dans les Vosges et en Meurthe et Moselle contre 56% en Moselle ou dans la Meuse [41].

S'agissant de la pluridisciplinarité, un premier bilan a été dressé en 2007 à la demande des pouvoirs publics. Près de 1750 intervenants en prévention des risques professionnels ont été habilités depuis 2004. Il s'agit d'ergonomes, d'ingénieurs sécurité en entreprise, de psychologues, d'épidémiologistes...[43] On recense 267 IPRP dans les services de santé au travail (interentreprises, professionnels et d'entreprises) au 1^{er} janvier 2008 soit plus du double de l'année précédente [39]. Les IPRP peuvent également exercer au sein des entreprises, de cabinets conseils ou comme consultants indépendants. Le rôle des IPRP apparaît différent selon leur mode d'exercice. Majoritairement, ils ont une fonction d'aide dans l'évaluation des risques et l'élaboration du document unique. Il s'agit de leur principale fonction s'ils exercent au sein d'entreprise ou de cabinet de conseil. En service interentreprises, la métrologie est la principale spécialité des IPRP, cette fonction ne venant qu'en 10^{ème} et 11^{ème} position pour les IPRP d'entreprises et des cabinets indépendants [38].

La pluridisciplinarité prend donc peu à peu place dans le paysage de la santé au travail. 4029 infirmiers, 544 intervenants en santé au travail, 267 intervenants en prévention des risques professionnels, 5520 secrétaires médicales et 2424 agents administratifs travaillent dans les services de santé au travail au 1^{er} janvier 2008 [39]. Tout comme en Lorraine, ces chiffres sont en nette progression : le nombre d'IST progresse de 25% et celui des IPRP est doublé en un an. Les infirmiers travaillent également très majoritairement dans les services d'entreprises : seulement 180 exercent en services interentreprises.

Les résultats sont plus contradictoires concernant les salariés. Dans notre étude, nous notons une augmentation de 9% des salariés suivis en 10 ans, avec une stagnation de 2008 à 2009. Selon les rapports d'activités des services de santé au travail, le nombre de salariés suivis progresse également pour atteindre 15 956 000 salariés au 1^{er} janvier 2009 [39]. Près de 93% de ces salariés sont suivis en services interentreprises. En 2009, une baisse de 6% du nombre d'intérimaires suivis et de 0.7% des effectifs suivis par les services d'entreprises est observée mais le nombre global de salariés suivis est en progression (+0.9%).

Ces chiffres sont différents de ceux publiés par Pôle Emploi qui note un recul de l'emploi salarié en France en 2009 [44, 45]. 16 530 000 salariés sont dénombrés. La baisse concerne particulièrement les intérimaires (- 21.3%).

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cet écart. Tout d'abord, les sources de déclarations à l'origine de ces statistiques sont différentes. Les statistiques publiées par les Assedic se basent sur les déclarations des employeurs assujettis à l'assurance chômage qui doivent adresser à la Direction Régionale de Pôle emploi une déclaration destinée à régulariser les sommes réglées l'année précédente. Une partie est réservée à la déclaration des effectifs employés dans l'établissement au 31 décembre de l'année considérée. Le rapport sur les conditions de travail se base quant à lui sur les rapports administratifs et financiers des services de santé, établis à partir des déclarations d'effectifs effectués chaque début d'année par les employeurs. Ensuite, même si l'adhésion à un service de santé au travail est obligatoire pour tous les chefs d'entreprises ayant au moins un salarié, elle n'est pas toujours réalisée dans les faits. Enfin, certaines entreprises sont radiées des services de santé au travail, pour non paiement des cotisations par exemple.

Enfin, au niveau national tout comme dans notre étude, nous notons une progression de l'effectif pris en charge par médecin. Il atteint une moyenne de 2989 salariés suivis par ETP médecins du travail, [39] tout type de service confondu, soit légèrement plus que dans notre étude (2944 salariés selon les rapports annuels d'activité 2008 des médecins du travail lorrains).

2.2.2. Discussion

Notre étude, ainsi que les différents travaux portant sur la santé au travail, montre une profession en pleine mutation : les services de santé au travail évoluent, la tendance est au regroupement de ces structures et au développement de compétences non strictement médicales (IST, IDE, toxicologues, ergonomes...); actions en milieu de travail et pluridisciplinarité font aujourd'hui partie du quotidien des médecins du travail.

Malgré tout, la part de l'activité clinique demeure importante. La bisannualisation des visites pour les salariés en surveillance médicale simple avait comme objectif de libérer du temps pour l'action en milieu de travail. Mais il n'y a pas eu de diminution importante du nombre de visites médicales.

Tout d'abord, les effectifs réels sont excessifs : les chiffres plafonds notifiés dans le décret du 28 juillet 2004 sont dépassés pour un tiers des médecins du travail des services interentreprises et du BTP. Cette tendance risque de persister et même de s'accélérer du fait de la pénurie en médecins du travail et des départs en retraite nombreux dans les années à venir.

Ensuite, les visites non périodiques sont en augmentation. Cette augmentation est moins nette dans les services du BTP et les services autonomes, mais dans ces services, la proportion plus importante de salariés déclarés en surveillance médicale renforcée (pour lesquels la bisannualisation des visites ne s'applique pas) limite également l'impact de la réforme sur la libération de temps médical en faveur de l'action en milieu de travail.

Enfin, les médecins du travail soulignent des visites plus complexes qui nécessitent un temps plus long de consultation et ceci pour plusieurs raisons. En premier lieu, l'espacement des visites densifie leur contenu. L'intervention d'autres professionnels (avis médical spécialisé, contact auprès des médecins traitants ou des médecins de la sécurité sociale, organismes aidant les travailleurs handicapés...) est parfois nécessaire et ces différentes interventions doivent être coordonnées. Ensuite, la réglementation évolue et les informations à donner (mais également à recueillir) sont de plus en plus nombreuses. Enfin, un nombre croissant de salariés s'approprient cette visite pour exprimer leur mal être au travail : de nombreux médecins soulignent l'omniprésence des risques psychosociaux. Dans notre étude, en 3 ans, le nombre de visites donnant lieu à une orientation pour un motif psychologique ou psychiatrique a doublé.

Dans le même temps, les indicateurs sont au rouge : restrictions et/ou aménagements de poste, inaptitudes, maladies professionnelles connaissent une croissance rapide ces dernières années.

De nombreux travaux mettent en question la notion d'aptitude. Les médecins du travail soulignent les difficultés éthiques liées à cette décision. Entre droit au travail et droit à la santé, ils s'interrogent sur leur rôle d'arbitre. De plus les pressions sont multiples, que ce soit du côté des employeurs ou des salariés. Enfin la judiciarisation se développe et les médecins se sentent isolés face à cette prise de décision.

Dans son rapport sur l'aptitude [30], H. Gosselin souligne « *l'ampleur du phénomène de l'inaptitude au travail* » : en 2004, 470 000 avis d'inaptitude ont été émis par les médecins du

travail dont 200 000 inaptitudes temporaires, mais également 1 190 000 avis d'aptitude avec restriction ou aménagement du poste de travail (4.5% des avis). Le constat d'incompatibilité entre les exigences du poste de travail et l'état de santé du salarié concerné est de plus en plus fréquent et amène à l'émission d'avis d'inaptitude définitive au poste de travail. En France, environ 150 000 personnes perdent ainsi chaque année leur emploi du fait de problèmes de santé [46].

Les chiffres retrouvés en Lorraine suivent la même tendance. En 2003, 2157 inaptitudes définitives ont été prononcées soit 0.48% des conclusions professionnelles des médecins du travail [47]. Dans notre étude, nous observons que ces chiffres sont en nette progression. En 2008, seulement 90.5% des conclusions des visites des médecins du travail sont des aptitudes sans restriction ni aménagement de poste contre 92.8% en 2003. L'inaptitude (inapte à tout poste dans l'entreprise et inapte à un poste mais apte à un autre) concernent 1.3% des avis contre 1% en 2003.

Cette tendance risque de persister du fait du vieillissement de la population active, du recul de l'âge de la retraite et de l'intensification du travail [48].

Si nous comparons les inaptitudes à tout poste de travail dans l'entreprise, elles représentent 0.3% des avis en service autonome contre 0.6 à 0.8% dans les services du BTP, soit plus du double. Au contraire, les aménagements ou restrictions au poste de travail sont nettement plus fréquents en service autonome (15% contre 5.6% dans le BTP).

Le travail au sein d'une entreprise possédant son propre service de santé au travail apparaît donc « protecteur » vis à vis de l'aptitude. Il s'agit de grandes entreprises où les possibilités de proposer un poste de travail adapté aux compétences physiques et psychiques de l'individu sont plus nombreuses, même si la polyvalence est de plus en plus exigée. La proximité du service médical, la connaissance de la vie de l'entreprise ou encore les rencontres fréquentes entre médecins du travail et membres de l'encadrement pourraient également faciliter le dialogue et le suivi, primordiaux dans ces situations. Enfin, les conséquences financières (et possiblement juridiques) ne sont également pas négligeables.

Au contraire, dans le BTP les exigences physiques sont certaines quel que soit le poste de travail, en dehors des activités dites « administratives ». De plus, il s'agit essentiellement de petites et très petites entreprises : comment limiter le port de charge pour un ouvrier

travaillant dans une entreprise dont il est le seul salarié (les conditions de chantier ne permettant pas toujours l'utilisation d'aides à la manutention) ?

Les maladies professionnelles sont également en nette progression, les déclarations ont plus que doublé depuis 2000 pour atteindre plus de 45000 demandes de reconnaissance en 2008. Elles concernent majoritairement :

- les affections péri articulaires provoquées par certains gestes et postures de travail (tableau 57 du Régime Général),
- les affections professionnelles consécutives à l'inhalation de poussières d'amiante (tableau 30 du Régime Général),
- les affections chroniques du rachis lombaire provoquées par la manutention manuelle de charges lourdes (tableau 98 du Régime Général),
- les atteintes auditives provoquées par les bruits lésionnels (tableau 42 du Régime Général).

En Lorraine, ces quatre tableaux concernent 95% des déclarations sur la période 2004-2008.

La situation est particulièrement préoccupante en ce qui concerne les troubles musculo-squelettiques (tableau 57) [49]. L'augmentation des déclarations est continue et impacte fortement l'évolution des maladies professionnelles : 24848 déclarations en 2004, 33682 en 2008 soit près de 3 déclarations de maladies professionnelles sur 4 [50].

En Lorraine, on retrouve la même évolution : 2225 déclarations au titre du tableau 57 en 2004, 3040 en 2008 avec une progression de près de 20% des déclarations de 2007 à 2008. Les déclarations au titre du tableau 57 sont nettement majoritaires même si c'est à un niveau légèrement inférieur que celui retrouvé au niveau national (71% des déclarations en 2008) [51].

Nous avons vu dans la première partie que l'importance de se rendre sur les lieux de travail était soulignée dès le XIXème siècle. Bien que prioritaire depuis 1973, le temps consacré à l'action en milieu de travail reste éloigné des objectifs réglementaires de « tiers temps ». Dans le bilan de la réforme [36], les rapporteurs notent une évolution positive du temps consacré à l'action en milieu de travail qui tend à se développer. Sur la base des données des rapports annuels des médecins du travail, il aurait progressé pour représenter 25.7% du temps de travail en 2005 contre 18.1% en 2004. Les données recueillies par les

rapporteurs dans trois régions (Ile de France, Nord Pas de Calais, Poitou Charente) vont dans le même sens. En 2006, 52% des médecins du travail déclarent avoir pu augmenter le temps consacré à l'AMT mais 25% considèrent impossible la réalisation d'un tiers temps réel [52]. La même évolution est notée dans notre étude mais la situation se dégrade à nouveau en 2008 dans les services interentreprises et du BTP alors qu'en service autonome, la réglementation est respectée voir dépassée. Une explication possible tient aux effectifs pris en charge, moitié moindre dans les services autonomes.

L'action en milieu de travail est pourtant essentielle à la connaissance des entreprises et du travail réel des salariés, connaissances primordiales à l'exercice de la médecine du travail.

De nouveaux acteurs (IPRP, IST, IDE) ont pris place dans le champ de la santé au travail. Si aujourd'hui, le principe et l'intérêt de la pluridisciplinarité ne sont plus en question, les débats sur la place des différents intervenants et les rôles respectifs de chacun sont toujours d'actualité et étaient au cœur des débats entre les partenaires sociaux lors des réunions préparatoires à la nouvelle réforme de la médecine du travail.

C'est notamment le cas des infirmiers en santé au travail dont le rôle au sein des services de santé au travail devrait être amené à évoluer. Plusieurs expérimentations sont en cours à Lille, Bordeaux, Epinal, avec l'accord de la Direction Générale du Travail. Des entretiens médico-professionnels sont menés par les infirmiers, en alternance avec la visite médicale réglementaire qui pourrait avoir lieu tous les trois à quatre ans [53]. Cette possibilité est reprise dans les axes de la réforme de la santé au travail que M. Darcos a présenté le 4 décembre 2009 aux membres du Conseil d'Orientation sur les Conditions de Travail [54]. L'habilitation, le statut des IPRP mais également son indépendance, y compris par rapport au médecin du travail, font débat.

Le flou qui entoure les textes ayant donné naissance à la pluridisciplinarité amène à des mises en place très variables d'un service à l'autre et d'une région à l'autre. L'offre de compétence s'est élargie mais la constitution d'équipes de santé au travail et d'actions pluridisciplinaires en santé au travail peinent à se mettre en place d'autant que le monde de l'entreprise demeure faiblement demandeur.

A l'aube d'une nouvelle réforme, le bilan est mitigé. Si l'action en milieu de travail s'est développée et si la pluridisciplinarité trouve peu à peu sa place, le temps médical reste largement impacté par la détermination de l'aptitude au poste de travail.

Dans leurs rapports annuels, les médecins du travail expriment une difficulté de plus en plus grande à assurer les différentes tâches qui leur incombent, la charge de travail s'avérant trop importante voire épuisante, le travail dans l'urgence devient quotidien.

CONCLUSION

Même si la loi de 1946, considérée par beaucoup comme l'acte de naissance de la médecine du travail, demeure toujours valable de nos jours, la profession a profondément évolué.

Entre action en milieu de travail et exercice clinique, le quotidien du médecin du travail du XXIème siècle se complexifie. Il conserve une place centrale dans le système de prévention des risques professionnels en France et doit faire face aux mutations du monde du travail et aux nouveaux risques émergents (risques psychosociaux, intensification du travail, nouveaux mode de travail...).

Notre étude montre les limites de la réglementation actuelle : effectifs à la limite supérieure voire dépassement du seuil fixé par le décret du 28 juillet 2004, temps consacré à l'action en milieu de travail nettement inférieur au « tiers temps », fiche d'entreprise impossible à réaliser et à mettre à jour régulièrement pour chaque entreprise...

Le champ de la santé au travail n'est plus réservé aux médecins du travail. D'autres intervenants prennent place. Mais le travail en équipe pluridisciplinaire ne se décrète pas, il se construit peu à peu et nécessite l'implication de l'ensemble des partenaires, y compris des salariés et des chefs d'entreprises.

A l'interface du Droit, du Travail, du Social et de la Santé, la santé au travail doit accompagner les mutations en cours si elle veut être en capacité de répondre aux enjeux majeurs en question.

Le dossier est entre les mains des Pouvoirs Publics. Une nouvelle réforme est annoncée depuis 2008. Elle suscite à la fois doutes, interrogations et espoirs.

- Doutes quant aux effets possibles d'une nouvelle réforme, la précédente n'ayant pas eu l'effet escompté,
- Interrogations sur l'avenir du métier et la place du médecin du travail au sein d'équipes pluridisciplinaires de santé au travail,
- Espoirs en un exercice différent de la profession tournés vers la prévention primaire et permettant d'assurer pleinement leurs différentes missions.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Leca AP. La médecine égyptienne au temps des pharaons. Edition Roger Dacosta, 1971, 486 p.
- [2] Leuridan S, Mereau M. 2000 ans de médecine du travail. Les éditions de l'encre vive, 2006, 79 p.
- [3] Ramazzini. Des maladies du travail. Les Editions Alexitères.
- [4] Row Jr, Thorton JL. Percival Pott (1714-1788) and chimney sweepers' cancer of the scrotum. British Journal of Industrial Medicine. 1957 ;14(1) : 68-70.
- [5] Buret E. De la misère des classes ouvrières en Angleterre et en France. Paulin, 1840.
- [6] Annales d'hygiène publique et de médecine légale. Disponible sur < <http://web2.bium.univ-paris5.fr/livanc/?cote=90141&do=livre> > (consulté le 14/07/2010).
- [7] Bouchet H. La médecine du travail au XIXème siècle. La revue du praticien. 2000; 50(3) : 241-243.
- [8] Hugo V. Les Misérables.
- [9] Moriceau C. La perception des risques au travail dans la seconde moitié du XIXème siècle : entre connaissance, déni et prévention. Revue d'histoire moderne et contemporaine. 2009 ; 56(1) : 11-27.
- [10] Villermé LR. Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie, 1840. Etudes et Documentation Internationale, 1989.
- [11] Davezies P. La prise en charge de la santé au travail en France : Aperçu historique sur les fondements idéologiques de l'institution. Médecine et travail. 2000 ; 183 : 42-44.
- [12] Rosenthal PA, Omnès C. L'histoire des maladies professionnelles, au fondement des politiques de « santé au travail ». Revue d'histoire moderne et contemporaine. 2009 ; 56(1) : 5-11.
- [13] Buzzi S, Rosenthal PA, Devinck JC. La santé au travail, 1880-2006. Editions La découverte. 2006, 128p.
- [14] Devinck JC, Rosenthal PA. Histoire d'une maladie professionnelle «exemplaire». La silicose en France au XXème siècle. Rapport de recherche, programme santé et travail Mire-Dress/la poste. 2006.
- [15] Join-Lambert O. L'histoire du service médical des PTT(1943-1977). Travail et emploi. 2003 ; 96 : 105-119.

- [16] Faure O. Les hôpitaux des villes industrielles de la région stéphanoise au XIX^{ème} siècle. Bulletin du centre d'histoire économique et sociale de la région lyonnaise. 1986 ; 3-4.
- [17] Leclercq J, Mazel P, Dujaric, De la Rivière R. Le rôle du médecin dans l'industrie après la guerre. Orientation et utilisation physiologiques de l'ouvrier. Annales d'hygiène publique et de médecine légale. 1917 ; 27 (6) : 369-390.
- [18] Montmollin (De) M. Le taylorisme à visage humain. PUF, 1997.
- [19] Davezies P. L'aptitude médicale dans le système français de santé au travail : origine, interrogations et débats. Médecine du travail & ergonomie. 2007 ; 44 : 73-82.
- [20] Buzzi S, Devinck JC, Rosenthal PA. Entre fragilité et ambiguïté : la médecine du travail au XX^{ème} siècle. Archives des maladies professionnelles. 2002 ; 63 (3-4) : 134-136.
- [21] Desoille H, Scherrer J, Truhaut R. Précis de médecine du travail. Masson, 4^{ème} édition 1984 : 9-13.
- [22] Rivière JA. Le point de vue du patron : ce que nous attendons du service médical d'usine. Le médecin d'usine . 1942 ; 1 : 3.
- [23] Gros A, Menetrier J. La médecine du travail. Bernard Frères, 1941, 67 p.
- [24] Delemotte B, Adjemian A, Grillet JP, 1966-2006 : de la médecine du travail à la santé au travail en agriculture. La revue du praticien. 2007; 57 : 7-10.
- [25] Huez D. Santé et travail : les origines, les acteurs et les indicateurs actualité. Actualité et dossier en santé publique. 1994 ; 9 : 4-14.
- [26] Buzzi S, Devinck JC, Rosenthal PA. L'examen médical en milieu de travail 1914-1979. Archives des maladies professionnelles. 2002 ; 63 (5) : 355-363.
- [27] Pitti L. La lutte des Pennaroya contre le plomb. Santé et travail. 2008 ; 62 : 48-50.
- [28] Join-Lambert O, Machu L, Vincent C. Mars 1975 : premier accord sur la santé au travail. Santé et Travail. 2007 ; 60 : 48.
- [29] Nutte A, Fontaine J. La politique de prévention des risques professionnels en France depuis la promulgation de la loi du 6 décembre 1976. Revue Travail et Emploi. 1980 ; 5 : 53-58.
- [30] Gosselin H. Aptitude et inaptitude médicale au travail : diagnostic et perspectives. Rapport pour le ministre délégué à l'emploi, au travail et à l'insertion professionnelle des jeunes. 2007.
- [31] Bertran J, Barre P ; Petiet G. Historique de la notion d'aptitude en médecine du travail. Archives des maladies professionnelles. 1991 ; 52 (2) : 78-79.
- [32] Aizicovici F. Mauvais bulletin de santé pour les conditions de travail. Le Monde. 24 octobre 2000.

[33] Deriot G, Godefroy JP. Le drame de l'amiante en France : comprendre, mieux réparer, en tirer des leçons pour l'avenir. Rapport d'information n°37 (2005-2006), fait au nom de la mission commune d'information, déposé au sénat le 20 octobre 2005. Disponible sur <<http://www.senat.fr/rap/r05-037-1/r05-037-1.html>>(consulté le 14/07/2010).

[34] Peulet JP. « Il est quatre heures du matin, les journalistes nous attendent... » Récit d'une négociation sociale interprofessionnelle en France. *Négociations*. 2006 ; 5 : 155-171.

[35] Conseil National de l'Ordre des Médecins. La médecine du travail : condition d'accès. 2006. Disponible sur < <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/la-medecine-du-travail-conditions-d-acces-516> > (consulté le 14/07/2010).

[36] Aubin C, Pelissier R, De Saintignon P, Veyret J, Conso F, Frimat P. Bilan de la réforme de la médecine du travail. Rapport pour le ministre chargé de la Santé et de la Solidarité et les ministres délégués aux Relations du travail et à l'Enseignement supérieur et à la Recherche. 2007.

[37] Dellacherie C, Conseil Economique et Social. L'avenir de la médecine du travail. Avis adopté par le Conseil Economique et Social le 27 février 2008.

[38] Direction Générale du Travail. Bilan de la mise en œuvre de la pluridisciplinarité en matière de santé et de prévention des risques professionnels. Rapport établi à la demande du Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité.

[39] Données chiffrées de la médecine du travail. Conditions de travail-Bilan 2008. Edité par le Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville, juin 2009, p 377-383.

[40] De la Brosse J. La médecine du travail est elle vouée à l'échec ? *L'express*. 18/12/2009

[41] Source Conseil national de l'ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2009. Disponible sur <http://www.conseil-national.fr/sites/default/files/atlas2009_0.pdf> (consulté le 14/07/2020).

[42] Attal-Toubert K, Vanderschelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. *Etudes et résultats*. 2009 ; 679.

[43] Richez JP. IPRP. Santé au travail et TPE : la dynamique de la pluridisciplinarité. *Travail et sécurité*. 2008 ;683 : 12 -13.

[44] Pôle emploi. L'emploi salarié au 31 décembre 2008, résultats détaillés. Les Cahiers n°4 Statistiques. Disponible sur <http://info.assedic.fr/unistatis/travail/documents/cahiersstatistiques39028.pdf> (consulté le 14/07/2010).

[45] Assedic. Statistiques annuelles des effectifs salariés affiliés au 31 décembre 2007. Disponible sur <http://info.assedic.fr/unistatis/travail/documents/statan07.pdf> (consulté le 14/07/2010).

[46] Atlas national de l'agefiph 2005. Disponible sur http://www.agefiph.fr/upload/files/1132327080_Atlas%20Agefiph%202005%20Web.pdf (consulté le 14/07/2010)

[47] Poupel B, Wasmer AS. Synthèse des rapports annuels d'activité des médecins du travail année 2003. Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle de Lorraine. 2005.

[48] Manet C. L'inaptitude médicale au poste de travail : enquête épidémiologique descriptive dans trois services de santé au travail de Meurthe et Moselle en 2007. Th D Méd ; Nancy I ; 2008.

[49] Institut National de Veille Sanitaire. TMS d'origine professionnelle : une préoccupation majeure. 2010 ; 5-6.

[50] INRS. Statistiques nationales des accidents du travail et des maladies professionnelles. Disponible sur http://www.inrs.fr/htm/frame_constr.html?frame=/INRS-PUB/inrs01.nsf/IntranetObject-accesParReference/Dossier%20Statistiques%20ATMP%202008/%24File/Visu.html (consulté le 14/07/2010).

[51] David R, Leonard M, Barba M. Tableau de bord des déclarations de maladies professionnelles en Lorraine. Années 2004 à 2008. Approches Régionale et Départementale. Direction Régionale du Travail, de l'emploi et de la formation professionnelle de Lorraine. Cahiers lorrains de l'emploi. Novembre 2009.

[52] Blanc F, Antzenberger JP, Lucas G. Une réforme de la santé au travail au décret si peu appliqué. Le journal des professionnels de santé au travail. 2006 ; 20 : 3.

[53] S. Warnet. L'infirmière au cœur de la promotion de la santé au travail et de la prévention des risques professionnels. La revue de l'infirmière. 2009 ; 58 : 4-6.

[54] Dossier de presse de la réunion du Conseil d'Orientation sur les Conditions de Travail sur la réforme des services de santé au travail (4/12/2009). Disponible sur < [http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/DP réunion COCT - 4 décembre 2009.pdf](http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/DP_reunion_COCT_-_4_d%C3%A9cembre_2009.pdf)> (consulté le 14/07/2010).

[55] Travaux faisant l'objet de décrets spéciaux. Disponible sur < http://www.bossons-fute.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=26-examensmedicaux&catid=13-docujuridique> (consulté le 14/07/2010).

LISTE DES ABREVIATIONS

ANACT : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail

AMT : Action en Milieu de Travail

ARACT : Agence Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail

Art : Article

BTP : Bâtiment et Travaux Public

CES : Certificat d'Etudes Spéciales

CRAM : Caisse Régionale d'Assurance maladie

DES : Diplôme d'Etude Spécialisée

DRTEFP : Direction Régionale du Travail de l'Emploi et de la Formation Professionnelle

Ent : Entreprise

ETP : Equivalent Temps Plein

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité

IPRP : Intervenant en Prévention des Risques Professionnels

IST : Intervenant en Santé au Travail

Med du trav : Médecin du travail

MP : Maladie Professionnelle

Nb : Nombre

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OPPBTP : Organisme Professionnel de Prévention du Bâtiment et des Travaux Publics

Org ext : Organisme extérieur

ORST : Observatoires Régionaux de Santé au Travail

Pers d'ent : Personnel d'entreprise

SA : Service Autonome

SIE : Service Inter Entreprises

S. Interprof : Service interprofessionnel

SMR : Surveillance Médicale Renforcée

SST : Service de Santé au Travail

TMS : Troubles Musculo Squelettiques

TPE : Très petites Entreprises

Tps : Temps

Annexe 1 : Modèle du rapport annuel en service de santé au travail interentreprises	140
Annexe 2 : Arrêté du 11 juillet 1977 fixant la liste des travaux nécessitant une surveillance médicale spéciale	150
Annexe 3 : Salariés effectuant des travaux faisant l'objet de décrets spéciaux	153

ANNEXE 1

Modèle du rapport annuel en service de santé au travail interentreprises

Année de référence du rapport :

1. Renseignements concernant le service interentreprises

1.1. Identification du service :

Nom :

Adresse :

Téléphone :

1.2. Identification du secteur géographique et/ou professionnel où exerce le médecin du travail :

1.2.1. Centre fixe du secteur :

Adresse :

Téléphone :

1.2.2. Nature des locaux où exerce le médecin du travail :

Centre fixe ;

Centre annexe (adresse s'il y a lieu) ;

Centre en entreprise (adresse s'il y a lieu) ;

Centre mobile s'il y a lieu.

1.3. Commentaires et observations du médecin du travail sur ces locaux ainsi que, s'il y a lieu, sur la répartition de son temps de travail dans chacun d'eux.

2. Renseignements concernant le médecin du travail

2.1. Nom, Prénom :

Titres et diplômes :

2.2. Modalités d'exercice :

Temps de travail mensuel figurant au contrat de travail.

Observations du médecin du travail, notamment sur les variations éventuelles de ce temps de travail pendant l'année.

2.3. Effectif :

2.3.1. Effectif attribué au 1er janvier de l'année considérée :

2.3.2. Effectif réel pris en charge au cours de l'année considérée :

2.3.3. Observations du médecin du travail sur les éventuelles différences entre les effectifs mentionnés au 2.3.1. et au 2.3.2. :

2.3.4. Répartition de l'effectif mentionné au 2.3.1. :

a) Nombre d'employés ou assimilés (non soumis à surveillance médicale particulière) :

b) Nombre d'ouvriers ou assimilés (non soumis à surveillance médicale particulière) :

c) Nombre total de salariés soumis à surveillance médicale particulière (1) :

dont

- nombre de salariés bénéficiant de la surveillance médicale prévue par les décrets spéciaux pris en application de l'article L. 231-2-2 du code du travail :

- nombre de salariés affectés à des travaux comportant des risques spéciaux déterminés par arrêté (art. R. 241-50, alinéa 2 du code du travail) ;

- nombre de salariés mentionnés à l'article R. 241-50, alinéas 3 et 4 du code du travail :

d) Salariés temporaires :

1° Nombre de salariés temporaires dont le médecin du travail a la charge au titre de l'entreprise de travail temporaire :

2° Nombre de salariés temporaires soumis à surveillance médicale particulière (art. R. 241-50) dans les entreprises utilisatrices dont le médecin du travail a la charge :

2.3.5. Nombre d'entreprises suivies par le médecin du travail au 1er janvier de l'année considérée :

- de 1 à 10 salariés :

- de 11 à 49 salariés :

- de 50 à 299 salariés :

- de 300 et au-dessus :

Dont : nombre total d'entreprises de plus de 50 salariés disposant d'un C.H.S.C.T. :

2.4. Ressources pédagogiques :

2.4.1. Formation du médecin (nombre de jours par an consacrés à la formation).

Formation continue.

Journées d'étude et réunions (précisez).

2.4.2. Formation dispensée, le cas échéant, par le médecin du travail :

Accueil étudiants D.E.S.

Autres.

2.5. Participation études et recherches :

2.5.1. Nature de l'étude.

2.5.2. Organismes responsables ou associés.

2.5.3. Degré de participation aux différentes étapes de l'étude.

2.5.4. Travaux de publication(s) (références bibliographiques s'il y a lieu) :

2.6. Personnel assistant le médecin du travail :

2.6.1. Nombre de secrétaire(s) médicale(s) :

2.6.2. Nombre d'infirmier(e) (s) :

2.6.3. Nombre d'autres personnels (précisez) :

2.6.4. Nombre d'infirmier(e) (s) d'entreprise (R. 241-35) :

2.6.5. Commentaires et observations éventuelles du médecin du travail (notamment sur le temps de mise à disposition).

2.7. Equipement et moyens matériels mis à la disposition du médecin du travail :

2.7.1. Pour l'activité clinique :

2.7.2. Pour les activités de tiers temps :

2.7.3. Le cas échéant, pour études et recherches (R. 241-48) :

2.7.4. Autres :

2.7.5. Commentaires et observations du médecin du travail (notamment sur les disponibilités et l'utilisation des moyens matériels effectivement mis à disposition) :

3. Données numériques concernant le nombre de salariés soumis à des risques faisant l'objet d'une réglementation spécifique

3.1. Nombre de salariés bénéficiant d'une surveillance médicale particulière effectuée par le médecin du travail :

EFFECTIF SOUMIS À SURVEILLANCE MÉDICALE PARTICULIÈRE

3.2. Nombre de salariés soumis à un risque de maladie professionnelle indemnisable, tel qu'il résulte des indications figurant dans les fiches d'entreprise qui ont été établies par le médecin du travail (art. R. 241-41-3) :

3.3. Commentaires et observations du médecin du travail, et notamment existence d'autres risques particuliers :

4. Dispositions expérimentales

(art. 13 et 14 du décret n° 88-1198 du 28 décembre 1988)

4.1. Commentaires du médecin du travail sur la ou les convention(s) signée(s) au titre de l'article 13 :

Nombre d'entreprises concernées :

Nature de ces conventions :

4.2. Commentaires du médecin du travail sur les accords signés en applications de l'article 14 :

Nombre d'entreprises concernées :

Nombre de salariés concernés par chaque accord :

5. Examens médicaux cliniques effectués

5.1. Examens médicaux périodiques :

5.1.1. Nombre d'examens médicaux annuels effectués :

5.1.1.1. Salariés non soumis à surveillance médicale particulière (S.M.P.).

5.1.1.2. Salariés soumis à S.M.P., dont :

Salariés soumis aux décrets spéciaux L. 231-2-2.

Salariés soumis à l'art. R. 241-50, alinéa 2 (risques spéciaux fixés par arrêté).

Salariés soumis à l'art. R. 241-50, alinéas 3 et 4.

5.1.2. Nombre d'examens cliniques supplémentaires :

5.1.2.1. Salariés soumis aux décrets particuliers pris en application de l'art. L. 231-2-2 du code du travail.

5.1.2.2. A l'initiative du médecin du travail, au titre, soit des articles :

R. 241-50, alinéa 2 (risques spéciaux fixés par arrêté).

R. 241-50, alinéas 3 et 4.

Salariés soumis à plusieurs des risques mentionnés aux 5.1.2.1 et 5.1.2.2.

5.2. Examens médicaux non périodiques :

5.2.1. Visites d'embauches.

5.2.2. Visites de préreprise à l'initiative du :

- médecin traitant.
- médecin-conseil de la sécurité sociale.
- salarié.

5.2.3. Visites de reprises :

- après maternité.
- après maladie.
- après maladie professionnelle.
- après accident du travail.

5.2.4. Visites occasionnelles :

- à la demande du salarié.
- à l'initiative du médecin du travail.
- suite à absences répétées.
- urgence(s).

5.3. Total des examens cliniques.

5.4. Commentaires et observations du médecin du travail sur son activité clinique.

6. Examens complémentaires

6.1. Examens complémentaires dont la nature et la fréquence sont prévues par les décrets spéciaux pris en application de l'article L. 231-2 (hors travailleurs temporaires) :

Les données concernant ces examens complémentaires pourront être utilement indiquées sous forme d'un recueil en tableau

6.2. Autres examens complémentaires effectués pour des risques figurant dans des décrets, arrêtés, circulaires ou instructions spéciales :

6.3. Examens complémentaires pouvant être prescrits en application de l'article R. 241-52 :

6.4. Examens complémentaires de surveillance médicale particulière en application des dispositions :

6.4.1. De l'article L. 124-4-6 du code du travail.

(Cas où le médecin du travail a dans sa population des travailleurs temporaires soumis à surveillance médicale particulière dans des entreprises utilisatrices dont il a la charge).

6.4.2. Au titre de la réglementation applicable aux travaux effectués dans un établissement par une entreprise extérieure.

6.5. Mesures biologiques et physiologiques effectuées en application des articles R. 241-41-2 et R. 241-44 :

6.6. Mesures biologiques et physiologiques effectuées en application de l'article R. 241-58 (Recherches, études et enquêtes) :

6.7. Commentaires et observations du médecin du travail sur les examens complémentaires ; donner, s'il y a lieu, le pourcentage de ces examens pratiqués dans le service de médecine du travail :

Observations éventuelles également sur le pourcentage d'examens complémentaires prescrits et non réalisés :

7. Conclusions des examens médicaux cliniques et complémentaires

7.1. Conclusions professionnelles.

7.1.1. Conclusions professionnelles (nombre d'avis d'aptitude).

7.1.2. Nombre de cas pour lesquels il a été fait recours à l'article L. 241-10-1 du code du travail.

7.1.3. Commentaires et observations du médecin, notamment en termes statistiques, sur les motifs d'inaptitude et, lorsque cela est possible, sur les suites données à ces avis d'aptitude ou d'inaptitude.

7.2. Conclusions médicales.

7.2.1. Pathologies dépistées et observées quelle qu'en soit la cause :

Nombre de salariés :

Commentaires et observations du médecin sur les suites qui sont données à ces orientations :

Indiquer si possible la pathologie d'appareil qui a suscité l'orientation :

7.2.2. Dépistage des maladies en relation avec le travail :

Maladie(s) à caractère professionnel, déclarée(s) au titre de l'article L. 461-6 du code de la sécurité sociale

7.2.3. Dépistage des maladies dangereuses pour l'entourage :

Nombre :

Nature et diagnostic :

7.2.4. Autres orientations :

Service social :

- de l'entreprise :
- extérieur à l'entreprise :

Cotorep :

Hospitalisation(s) en urgence :

Autres :

7.3. Nombre de fiches médicales établies par le médecin du travail au titre de l'article R. 241-57, 3e alinéa :

7.4. Commentaires et observations du médecin sur ces conclusions médicales, notamment sur ces dépistages et orientations, déclarations et relations avec les services sociaux et le Cotorep :

8. Actions sur le milieu de travail

8.1. Temps mensuel consacré par le médecin du travail à ses actions en milieu de travail (art. R. 241-47) :

Commentaires et observations du médecin du travail sur la partie de ce tiers temps consacré aux visites et études des lieux de travail :

8.2. Etude du milieu de travail et action en vue de l'amélioration des conditions de travail (identification et évaluation des risques en milieu de travail) :

8.2.1. Fiches d'entreprises :

Nombre de fiches existantes au début de l'année :

Nombre de fiches nouvelles établies au cours de l'année :

Nombre de fiches mises à jour au cours de l'année :

Commentaires et observations :

8.2.2. Données numériques :

8.2.2.1. Nombre de lieux de travail visités :

Précisez la nature de ces lieux (entreprises, ateliers, bureaux et chantiers...) :

Précisez le cas échéant si, de par la nature des risques, certains ont fait l'objet de plusieurs visites :

8.2.2.2. Nombre de visites et d'interventions ayant fait l'objet de propositions, avis ou conseils :

Conseils concernant l'organisation du travail, les conditions de travail, la protection collective ou individuelle... (précisez) :

8.2.2.3. Précisez la nature des risques sur lesquels ont principalement porté les interventions du médecin du travail (indications figurant sur la fiche d'entreprise) :

8.2.2.4. Nombre d'étude(s) de métrologie effectuée(s) (par nature de risque physique, chimique ou autre).

8.2.2.5. Nombre d'étude(s) de postes de travail :

Commentaires et observations du médecin du travail (joindre éventuellement en annexe tout document pouvant porter sur l'analyse du milieu de travail) :

8.2.2.6. Participation à des enquêtes ponctuelles :

- Suite déclaration d'accident du travail ;
- Suite déclaration maladie professionnelle ;
- Suite déclaration de maladie à caractère professionnel ;

- Autres (précisez).

8.2.2.7. Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (C.H.S.C.T.).

Nombre de réunion(s) de C.H.S.C.T. auxquelles le médecin du travail a assisté :

Commentaires et observations du médecin du travail :

8.2.2.8. Nombre de cas où le médecin a été sollicité par l'employeur dans le cadre de l'article R. 241-42 :

Nouvelles techniques de production :

Projets de construction ou aménagements nouveaux :

Modifications apportées aux équipements :

Observations du médecin du travail concernant les modalités d'information sur la composition des produits utilisés :

8.2.2.9. Autres :

8.2.2.10. Commentaires et observations sur ces différentes activités et conclusions :

9. Plan d'activité (R. 241-41-1)

Présentation résumée du ou des plan(s) d'activité :

9.1. Objectifs :

9.2. Arguments du choix de ces objectifs :

9.3. Présentation sommaire du plan :

S'agit-il d'un ou de plan(s) commun(s) à plusieurs médecins du travail de l'entreprise ?

S'agit-il d'un ou de plan(s) commun(s) à plusieurs entreprises ?

9.4. Etat d'avancement :

9.5. Commentaires sur les résultats obtenus pour l'année considérée et les difficultés éventuellement rencontrées :

10. Autres activités

10.1. Organisation des soins d'urgence :

10.2. Actions de formation dans les entreprises :

10.2.1 Secouristes :

10.2.2. Education sanitaire (collectivement) :

- en rapport avec des risques de l'entreprise :
- en rapport avec les problèmes de santé au travail :

faite personnellement par le médecin du travail ou par l'intermédiaire d'un tiers appartenant (infirmier(e)...) ou n'appartenant pas au service médical de l'entreprise :

10.2.3. - Autres (précisez) :

10.2.4. Commentaires du médecin, notamment sur les populations concernées par ces actions de formation :

10.3. Liaisons du médecin du travail dans l'entreprise et hors de l'entreprise :

10.4. Activités d'infirmierie :

Commentaires éventuels du médecin du travail sur les activités de la ou des infirmières(s) qui ont travaillé avec lui, soit dans le cadre du service inter-entreprises, soit dans le cadre de l'article R. 241-35 :

10.5. Autres activités :

11. Observations générales du médecin du travail sur son activité

(1) non compris les travailleurs temporaires

ANNEXE 2

Arrêté du 11 juillet 1977 fixant la liste des travaux nécessitant une surveillance médicale spéciale

Le ministre du Travail,

Vu l'article D. 241-15 du code du Travail relatif aux visites médicales périodiques ;

Vu l'arrêté du 22 juin 1970 fixant la liste des travaux nécessitant une surveillance médicale spéciale ;

Vu l'arrêté du 20 novembre 1974 complétant l'arrêté précité ;

Sur le rapport du directeur des relations du travail ;

Arrête :

Article 1er. - Pour les travaux énumérés au présent article, le ou les médecins chargés de la surveillance médicale du personnel effectuant de façon habituelle lesdits travaux consacreront à cette surveillance un temps calculé sur la base d'une heure par mois pour dix salariés :

1. Les travaux comportant la préparation, l'emploi, la manipulation ou l'exposition aux agents suivants :

- Fluor et composés ;
- Chlore ;
- Brome ;
- Iode ;
- Phosphore et composés, notamment les esters phosphoriques, pyrophosphoriques, thiophosphoriques, ainsi que les autres composés organiques du phosphore ;
- Arsenic et ses composés ;
- Sulfure de carbone ;
- Oxychlorure de carbone ;
- Acide chromique, chromates , bichromates alcalins, à l'exception de leur solutions aqueuses diluées ;
- Bioxyde de manganèse ;
- Plomb et ses composés ;
- Mercure et ses composés ;
- Glucose et ses sels ;
- Benzène et homologues ;
- Phénols et naphtols ;
- Dérivés halogénés, nitrés et aminés des hydrocarbures et de leur dérivés ;
- Brais, goudrons et huiles minérales ;
- Rayons X et substances radioactives.

2. Les travaux suivants :

- Application des peintures et vernis par pulvérisation ;
- Travaux effectués dans l'air comprimé ;
- Emploi d'outils pneumatiques à main, transmettant des vibrations ;
- Travaux effectués dans les égouts ;
- Travaux effectués dans les abattoirs, travaux d'équarrissage ;
- manipulation, chargement, déchargement, transport soit de peaux brutes, poils, crins, soies de porcs, laine, os ou autres dépouilles animales, soit de sacs, enveloppes ou récipients contenant ou ayant contenu de telles dépouilles, à l'exclusion des os dégelatinés ou dégraissés et des déchets de tannerie chaulés ;
- Collecte et traitement des ordures ;
- Travaux exposant à des hautes températures, à des poussières ou émanations toxiques et concernant le traitement des minerais, la production des métaux et les verreries ;
- Travaux effectués dans les chambres frigorifiques ;
- Travaux exposant aux émanations d'oxyde de carbone dans les usines à gaz, la conduite des gazogènes, la fabrication synthétique du méthanol ;
- Travaux exposant aux poussières de silice, d'amiante et d'ardoise (à l'exclusion des mines, minières et carrières) ;
- Travaux de polymérisation de chlorure de vinyle ;
- Travaux exposant au cadmium et composés ;
- Travaux exposant aux poussières de fer ;
- Travaux exposant aux substances hormonales ;
- Travaux exposant aux poussières de métaux durs (tantale, titane, tungstène et vanadium) ;
- Travaux exposant aux poussières d'antimoine ;
- Travaux exposant aux poussières de bois ;
- Travaux en équipe alternante effectués de nuit en tout ou partie ; (cf. instruction technique RT n°2 du 8 août 1977) ;
- Travaux d'opérateur sur standard téléphonique, sur machines mécanographiques, sur perforatrices, sur terminal à écran ou visionneuse en montage électronique ;
- Travaux de préparation, de conditionnement, de conservation et de distribution de denrées alimentaires ;
- Travaux exposant à un niveau de bruit supérieur à 85 décibels.

Art. 2. - Les dispositions du présent arrêté ne s'appliquent pas aux travaux énumérés à l'article 1er lorsque ceux-ci s'effectuent à l'intérieur d'appareils rigoureusement clos en marche normale.

Art. 3. - Lorsque des mesures particulières de prévention assurent une protection efficace des travailleurs contre les risques dus aux travaux énumérés à l'article 1er, le directeur départemental du Travail et de la main-d'œuvre peut, après avis du médecin inspecteur du Travail et de la main d'œuvre et du comité d'entreprise ou de la commission de contrôle mentionné à l'article D. 241-7 du code du Travail, ou, à défaut de l'une ou l'autre de ces institutions, des délégués du personnel, dispenser le chef d'établissement d'assurer la surveillance médicale spéciale du personnel affecté à certains postes.

Art. 4. - Les arrêtés des 22 juin 1970 et 20 novembre 1974 sont abrogés.

Art. 5. - Le directeur des relations du travail est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal Officiel de la République française.

Fait à Paris, le 11 juillet 1977.

*Pour le ministre et par délégation :
Le directeur des relations du travail,
PIERRE CABANES*

(Paru au J.O du 24 juillet 1977)

ANNEXE 3

Salariés effectuant des travaux faisant l'objet de décrets spéciaux

[55]

- **Agents biologiques** : Décret n°94-352 du 4 mai 1994 relatif à la protection des travailleurs contre les risques résultant de leur exposition à des agents biologiques.
- **Agents cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction** : Décret n° 2001-97 du 1^{er} février 2001 établissant les règles particulières de prévention des risques cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction et modifiant le code du travail (deuxième partie : décrets du Conseil d'Etat).
- **Agents chimiques dangereux** : Décret n° 2003-1254 du 23 décembre 2003 relatif à la prévention du risque chimique et modifiant le code du travail
- **Amiante** : Décret n°97-1219 du 26 décembre 1997 modifiant le décret n°96-98 du 7 février 1996 modifié relatif à la protection des travailleurs contre les risques liés à l'inhalation de poussières d'amiante.
- **Arsenic** : Décret n°49-1499 du 16 novembre 1949. Décret portant règlement d'administration publique en ce qui concerne les mesures particulières d'hygiène applicables dans les établissements dont le personnel est exposé aux poussières arsenicales.
- **Benzène** : Décret n°91-880 du 6 septembre 1991 modifiant le décret n°86-269 du 13 février 1986 relatif à la protection des travailleurs exposés au benzène.
- **Bruit** : Décret n°88-405 du 21 avril 1988 relatif à la protection des travailleurs contre le bruit et décret n° 2006-892 du 19 juillet 2006 relatif aux prescriptions de sécurité et de santé applicables en cas d'exposition des travailleurs aux risques dus au bruit et modifiant le code du travail.
- **Chlorure de vinyle monomère** : Décret n°80-203 du 12 mars 1980 portant règlement d'administration publique relatif aux mesures de protection des travailleurs contre les risques présentés par le chlorure de vinyle monomère (abrogé par le décret n°2001-97 du 1er février 2001 établissant les règles particulières de prévention des risques cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction et modifiant le code du travail (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat).
- **Hydrogène arsénié** : Décret n°50-1567 du 19 décembre 1950 portant règlement d'administration publique en ce qui concerne les mesures particulières d'hygiène

applicables dans les établissements dont le personnel est exposé aux intoxications par l'hydrogène arsénié.

- **Gaz destinés aux opérations de fumigation** : Décret n°88-448 du 26 avril 1988 modifié par décret n°95-608 du 6 mai 1995 relatif à la protection des travailleurs exposés aux gaz destinés aux opérations de fumigation.
- **Peinture ou vernissage par pulvérisation** : Décret n°47-1619 du 23 août 1947 modifié par le décret n°62-1040 du 27 août 1962 portant règlement d'administration publique en ce qui concerne les mesures particulières relatives à la protection des ouvriers qui exécutent des travaux de peinture ou de vernissage par pulvérisation.
- **Rayonnements ionisants** : Décret n°2003-296 du 31 mars 2003 relatif à la protection des travailleurs contre les dangers des rayonnements ionisants.
- **Silice** : Décret n°97-331 du 10 avril 1997 relatif à la protection de certains travailleurs exposés à l'inhalation de poussières siliceuses sur leurs lieux de travail.
- **Substances susceptibles de provoquer une lésion maligne de la vessie** : Arrêté du 5 avril 1985 fixant les instructions techniques que doivent respecter les médecins du travail assurant la surveillance médicale des salariés exposés aux substances susceptibles de provoquer une lésion maligne de la vessie.
- **Travail sur écran de visualisation** : Décret n°91-451 du 14 mai 1991 relatif à la prévention des risques liés au travail sur des équipements comportant des écrans de visualisation.
- **Travaux en milieu hyperbare** : Décret n°90-277 du 28 mars 1990 modifié par le décret n°95-608 du 6 mai 1995 et par le décret n°96-364 du 30 avril 1996 relatif à la protection des travailleurs intervenant en milieu hyperbare.
- **Travail de nuit** : Décret n°2002-792 du 3 mai 2002 pris pour l'application des articles L.213-2, L.213-3, L.213-4 et L.213-5 du code du travail : concerne le travail de nuit, y compris les modalités de la surveillance médicale spéciale.
- **Vibrations mécaniques** (en cas de dépassement de la valeur d'exposition journalière rapportée à une période de référence de huit heures fixée à 2,5 m/s² pour les vibrations transmises aux mains et aux bras, et à 0,5 m/s² pour les vibrations transmises à l'ensemble du corps) (Décret n° 2005-746 du 4 juillet 2005).

RÉSUMÉ DE LA THÈSE :

La réforme de 2004 sur la prévention des risques professionnels en France a modifié l'exercice de la médecine du travail. Nous avons étudié la situation en Lorraine à partir des rapports administratifs des services de santé au travail de 1998 à 2008 et des rapports annuels des médecins du travail de 2006 à 2008. En 2008, 530 000 salariés bénéficient d'un suivi par 234 médecins du travail dans 29 services de santé au travail répartis sur tout le territoire lorrain (services interentreprises, autonomes et interprofessionnels du BTP). Plus de neuf fois sur dix, il s'agit d'un service interentreprises. En moyenne, 2765 salariés sont suivis par un médecin du travail travaillant à temps plein. Si l'action en milieu de travail progresse, elle reste nettement inférieure aux obligations réglementaires. Le temps clinique conserve une place prépondérante et se complexifie. La pluridisciplinarité se développe peu à peu. Des différences importantes sont notées selon le type de service. L'intérêt de ce travail réside également dans la prise en compte des commentaires des médecins du travail sur leur activité. Dans un contexte de raréfaction de la ressource médicale, un autre mode d'exercice de la médecine du travail se dessine. Ces éléments devront être pris en compte dans la nouvelle réforme annoncée de la santé au travail afin de répondre aux enjeux majeurs liés à la prévention des risques professionnels.

TITRE EN ANGLAIS : Occupational health in Lorraine : characteristics and evolution based on the services' activity reports from 1998 to 2008, and occupational health physicians' annual reports from 2006 to 2008.

THÈSE : MÉDECINE DU TRAVAIL – ANNÉE 2010

MOTS CLEFS : rapport annuel, service de santé au travail, réforme, pluridisciplinarité, action en milieu de travail, visites.

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR :

Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54 505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
