

# RAPPORT IGAS (août 2004)

## L'AGREMENT DES SERVICES DE SANTE

### SOMMAIRE

<b>Introduction.....</b>	<b>1</b>
<b>1. L'ORGANISATION DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL RESTE FOCALISÉE SUR LES MOYENS.....</b>	<b>2</b>
1.1 LA RESPONSABILITÉ PREMIÈRE DU DISPOSITIF INCOMBE À L'EMPLOYEUR.....	2
1.1.1 <i>Une responsabilité des employeurs encadrée par l'Etat.....</i>	2
1.1.2 <i>Une approche qui reste centrée sur l'examen médical.....</i>	2
1.2 L'AGRÉMENT EST AU CŒUR DE L'ACTION DE L'ÉTAT.....	3
1.3 LES PARTENAIRES SOCIAUX EXERCENT UN CONTRÔLE PUREMENT CONSULTATIF.....	4
<b>2. LES CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DE L'AGRÉMENT RESTREIGNENT CONSIDÉRABLEMENT SON IMPACT.....</b>	<b>6</b>
2.1 TROP D'IMPROVISATION AU NIVEAU OPÉRATIONNEL.....	6
2.1.1 <i>Un faible niveau de priorité.....</i>	6
2.1.1.1 Pratiquement jamais une priorité du directeur régional.....	6
2.1.1.2 Très peu d'orientations concernant l'agrément.....	6
2.1.1.3 Un défaut de politique territoriale.....	7
2.1.1.4 Les actions ponctuelles ne définissent pas de politique de santé au travail.....	7
2.1.2 <i>Les principes, lorsqu'ils ont été mis en avant, se sont révélés difficiles à respecter.....</i>	8
2.1.2.1 Le temps médical et le tiers temps ne sont pas respectés.....	8
2.1.2.2 La prise en compte de l'indépendance des médecins reste inopérante.....	9
2.1.3 <i>Le manque de procédures formalisées se traduit par des pratiques dispersées et hétérogènes.....</i>	9
2.1.4 <i>Manquements à la réglementation et décisions irrégulières ont été très fréquents ces dernières années.....</i>	10
2.1.5 <i>Un défaut de suivi.....</i>	12
2.1.6 <i>La contribution de l'agrément et du suivi des services à la politique de santé au travail et leur impact réel sur la santé au travail restent peu visibles.....</i>	12
2.2 QUI REFLÈTE L'INSUFFISANCE D'ORGANISATION ET DE VOLONTÉ POLITIQUE AU NIVEAU NATIONAL.....	13
2.2.1 <i>Une procédure inadaptée et assez largement inapplicable.....</i>	13
2.2.1.1 L'inadaptation de la procédure.....	13
2.2.1.2 Des problèmes importants d'application.....	16
2.2.2 <i>La faiblesse du contrôle social.....</i>	20
2.2.2.1 L'insuffisances des commissions locales de contrôle.....	20
2.2.2.2 Le manque de dynamisme des commissions régionales de la médecine du travail.....	20
2.2.3 <i>Un défaut de politique et d'animation au niveau national.....</i>	20
2.2.3.1 Une animation insuffisante et peu coordonnée.....	20
2.2.3.2 Une approche politique purement réglementaire, sans contenu opérationnel.....	21
2.2.4 <i>Dont les conséquences dommageables appellent des mesures correctrices.....</i>	22
2.2.4.1 Un dispositif fragilisé.....	22
2.2.4.2 Une contribution aléatoire à la santé au travail.....	22
<b>3. LES VOIES D'ÉVOLUTION POSSIBLES.....</b>	<b>23</b>
3.1 SUPPRIMER LA PROCÉDURE D'AGRÉMENT ?.....	23
3.2 AMÉNAGER LA PROCÉDURE D'AGRÉMENT ET LA PILOTER PLUS EFFICACEMENT.....	24
3.3 ALLER PLUS LOIN POUR FAIRE DE L'AGRÉMENT L'OUTIL D'UNE POLITIQUE PLUS GLOBALE.....	25
<b>4. DES PROPOSITIONS POUR REDONNER SENS À L'INTERVENTION DE L'ÉTAT VIS À VIS DES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL.....</b>	<b>27</b>
4.1 CLARIFIER LES RESPONSABILITÉS ET LES MISSIONS.....	27
4.1.1 <i>Préciser les responsabilités de l'Etat vis à vis des SST.....</i>	27
4.1.1.1 Assurer la couverture des besoins :.....	27
4.1.1.2 Assurer un niveau minimum de qualité pour les services existants.....	27
4.1.1.3 Inscrire la contribution des services dans le cadre d'une politique de santé au travail.....	28
4.1.2 <i>Définir les missions et les exigences essentielles auxquelles doivent satisfaire les services de santé au travail.....</i>	28

4.1.2.1	Les exigences essentielles auxquelles doivent satisfaire les SST découlent de leurs missions .....	28
4.1.2.2	Ces exigences méritent d'être explicitées. ....	29
4.2	ADAPTER LES PROCÉDURES .....	31
4.2.1	<i>Définir un cadre cohérent de couverture des besoins au niveau régional</i> .....	31
4.2.2	<i>Garantir un niveau minimum de qualité pour les services existants</i> .....	32
4.2.2.1	Moduler la procédure et la crédibiliser .....	32
4.2.2.2	Améliorer la gestion .....	33
4.2.3	<i>Inscrire la contribution des services dans une démarche de progrès, dans le cadre d'une politique de santé au travail, à travers des "contrats d'objectifs"</i> .....	34
4.2.4	<i>Reprendre en main les outils</i> .....	35
4.2.4.1	Saisir l'opportunité créée par la réforme de la médecine du travail .....	35
4.2.4.2	Impulser une action systématique et coordonnée de mise en conformité des services de santé au travail .....	36
4.2.4.3	Doter les services déconcentrés d'une doctrine vis à vis des SST .....	37
4.2.4.4	Assurer le pilotage par l'administration centrale et par les DRTEFP .....	37
4.3	METTRE LES PROCÉDURES AU SERVICE D'UNE POLITIQUE PUBLIQUE DE SANTÉ AU TRAVAIL .....	39
4.3.1	<i>Entrer dans une démarche de programme</i> .....	39
4.3.1.1	Des programmes de santé au travail .....	39
4.3.1.2	En lien avec la politique de santé publique .....	39
4.3.1.3	Et dans la logique de la LOLF .....	40
4.3.2	<i>Animer et coordonner au niveau régional</i> .....	40
4.3.2.1	La mise en place de plans régionaux de santé au travail .....	40
4.3.2.2	Elargir la commission régionale de médecine du travail et l'associer au groupe régional de santé publique .....	40
4.3.2.3	Une réorientation de l'activité des médecins inspecteurs .....	41
	<b>Conclusion</b> .....	<b>43</b>

## Annexes

## Introduction

Dans le cadre du programme annuel d'activité de l'IGAS en 2003, madame Claire AUBIN et messieurs Gilles DUHAMEL et Daniel LEJEUNE ont été chargés d'une mission de contrôle et de propositions concernant l'agrément des services de santé au travail (SST).

La mission s'est rendue dans 6 directions régionales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DRTEFP) : Alsace, Basse-Normandie, Ile-de-France, Nord - Pas de Calais, Pays de la Loire, Rhône-Alpes, entre novembre 2003 et février 2004.

Ses investigations dans chaque région ont visé à répondre aux questions suivantes :

- La mise en œuvre de la procédure d'agrément est-elle effectuée conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur, assure-t-elle le respect du principe d'égalité de traitement sur l'ensemble du territoire et correspond-elle au partage des missions et responsabilités prévu par les textes relatifs à l'organisation des services déconcentrés du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle ?
- Les services de l'Etat et notamment en leur sein les médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main-d'œuvre sont-ils suffisamment outillés et formés, notamment dans les domaines juridique et administratif, pour remplir leur mission dans le respect du point précédent ?
- Quel est le bilan de la procédure en termes de respect des dispositions du code du travail sur les services de santé au travail et de contribution à la protection de la santé au travail, quels indicateurs de résultats pourraient en rendre compte ?

Ces visites font l'objet de six rapports de site contradictoires.

Le présent rapport de synthèse tire un bilan des pratiques des DRTEFP contrôlées et formule des propositions pour améliorer, à travers la procédure d'agrément, l'intervention de l'Etat vis à vis des services de santé au travail.

## 1. L'organisation de la médecine du travail reste focalisée sur les moyens

### 1.1 La responsabilité première du dispositif incombe à l'employeur

#### 1.1.1 Une responsabilité des employeurs encadrée par l'Etat

Le dispositif de santé au travail mis au point dans notre pays repose sur un principe de responsabilité sans faute de l'employeur qui privilégie l'automatisme de la réparation en cas d'accident ou de maladie en relation avec la profession. Au-delà des litiges<sup>1</sup> qu'il évite, ce système présente deux avantages. Il protège le salarié et il responsabilise l'employeur qui est incité à prévenir le risque en le forçant à internaliser son coût. En pratique, le système a essentiellement favorisé le premier aspect et il apparaît plus comme un système de réparation que de prévention.

L'employeur est tenu à une obligation générale de sécurité. Il doit assurer la santé des travailleurs et mettre en œuvre des principes généraux de prévention. C'est lui qui doit organiser les services de médecine du travail.

Dans son mode d'organisation et de fonctionnement actuel, le système obéit aux principes fondamentaux définis en 1946 et procède plus d'une volonté de compromis social que d'une démarche de sécurité sanitaire. Il repose sur une réglementation partagée entre le code du travail et le code de la sécurité sociale, une responsabilité prépondérante de l'employeur et un contrôle assurés conjointement par les services de l'Etat<sup>2</sup> et par les caisses d'assurance maladie<sup>3</sup>. La réglementation laisse traditionnellement une large part à la concertation sociale. Parfois taxé de variable d'ajustement à la politique de l'emploi, le système obéit encore insuffisamment à une démarche de sécurité sanitaire fondée sur une meilleure connaissance des risques, une expertise plus indépendante, un processus de décision plus transparent, des moyens de contrôles renforcés, et où l'Etat s'engagerait de manière renforcée dans un domaine qui touche au cœur de ses responsabilités régaliennes de sécurité, notamment en matière d'orientations politiques, de veille, de coordination et de contrôle.

#### 1.1.2 Une approche qui reste centrée sur l'examen médical

Contrairement à d'autres pays européens<sup>4</sup>, la prévention conduite par les services de santé au travail en France a été essentiellement organisée dans une perspective individuelle et conçue

<sup>1</sup> Le régime est forfaitaire et exclut en principe le recours au droit commun contre l'employeur.

<sup>2</sup> Au premier rang desquels se situent l'action des inspecteurs du travail.

<sup>3</sup> Une branche autonome de l'assurance maladie (dite « AT/MP ») gérée par les partenaires sociaux assure l'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles. Elle élabore notamment la tarification qui fonde les cotisations des employeurs. Elle finance pour une grande part la recherche via l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS), et participe au contrôle des entreprises.

<sup>4</sup> Un certain nombre de pays européens ont favorisé une démarche pluridisciplinaire axée sur l'environnement du travail et mis en place un contrôle essentiellement technique et ergonomique.

sous la forme d'un examen médical de l'aptitude au travail du salarié. Les médecins du travail consacrent la majeure partie de leur temps aux visites obligatoires d'aptitude que leur impose la réglementation<sup>5</sup>. La visite d'aptitude constitue, depuis sa création, la pierre angulaire de leur intervention. Ce système, sécurisant pour l'employeur et pour le salarié, rencontre une forte adhésion auprès des partenaires sociaux.

Depuis 1979, les médecins du travail ne sont plus seulement en charge du suivi individuel des salariés. Ils doivent intervenir dans le domaine des conditions de travail et sont chargés du suivi collectif de la santé des travailleurs. Au-delà des visites médicales<sup>6</sup>, ils doivent conseiller l'employeur et les salariés et consacrer un tiers de leur temps à l'étude des actions correctrices à mener en milieu de travail. Depuis 1986, dans les entreprises et établissements de plus de 10 salariés, ils doivent établir une fiche sur laquelle sont consignés les risques professionnels et les effectifs de salariés exposés. Depuis 1988, les médecins du travail sont censés établir chaque année un plan d'activité en milieu de travail. La directive cadre européenne 89/391 du 12 décembre 1989 est venue renforcer cette approche en rendant obligatoire – et pluridisciplinaire – l'évaluation des risques professionnels.

Toutefois, comme l'ont souligné divers travaux antérieurs, les plans d'activité des médecins sont pratiquement inexistant, l'existence des fiches d'entreprise, et plus encore leur mise à jour, laissent à désirer, et l'obligation de tiers temps des médecins est encore mal respectée. Dans les faits et dans les têtes, les salariés restent attachés à la visite annuelle et les employeurs au certificat d'aptitude. Ces derniers continuent d'identifier le paiement de la cotisation à la visite.

De même, la mise en œuvre effective de la nouvelle démarche d'évaluation des risques ne semble pas acquise. Il a fallu attendre près de 10 ans la parution du décret n°2001-1016 du 5 novembre 2001 pour que puisse être rendue effective la loi n° 94-1414 du 31 décembre 1991 transposant la directive. Bien qu'elle serve de socle à l'accord interprofessionnel dont il est signataire fin 2000<sup>7</sup>, le MEDEF la considérait encore en mai 2002 comme « une nouvelle contrainte imposée aux entreprises ». Un précédent rapport de l'IGAS soulignait à quel point, deux ans après la signature de l'accord, sa mise en œuvre piétinait<sup>8</sup>.

## 1.2 L'agrément est au cœur de l'action de l'Etat

Les services de médecine du travail, financés et gérés par les employeurs, peuvent revêtir la forme de services autonomes, propres à une entreprise ou un établissement ou de services

<sup>5</sup>La réglementation fixe la durée du temps minimal que le médecin du travail doit consacrer à l'exercice de ses missions. Elle détermine un effectif plafond de salariés suivis par médecin qui prend en compte la surveillance médicale renforcée prévue pour certains travailleurs particulièrement à risque.

<sup>6</sup> Principalement la visite à l'embauche, la visite de reprise après un arrêt de travail et la visite annuelle systématique.

<sup>7</sup> L'accord interprofessionnel intervenu en septembre 2000 et sa déclaration interprétative de décembre 2000 marquait la volonté des signataires « de s'engager au service d'une prévention renouvelée et plus efficace et ainsi d'améliorer ensemble le dispositif de prévention des risques professionnels ». L'accord prévoyait également la mise en place d'Observatoires régionaux de la santé au travail (ORST) sous pilotage des partenaires sociaux dont l'objectif est de promouvoir au niveau régional les orientations politiques en matière de santé et de sécurité au travail, d'hygiène et de prévention, en prenant en compte les préoccupations et les risques spécifiques définis dans les branches professionnelles. La déclaration de décembre 2000 incitait les branches à agir vite et à engager des négociations sur la mise au point de programmes de prévention.

<sup>8</sup> La prévention sanitaire en milieu de travail. Zeggar H., Roux J., de Saintignon P. IGAS février 2003.

interentreprises, communs à plusieurs entreprises, organisés en secteurs médicaux à compétence géographique et professionnelle ou interprofessionnelle<sup>9</sup>. D'un strict point de vue juridique, ce sont des institutions privées qui rendent des services à leurs adhérents mais n'exercent pas une mission de service public<sup>10</sup>.

La loi de modernisation sociale n° 2002-73 du 17 janvier 2002 a transformé les services de médecine du travail en services de santé au travail, consacrant l'approche pluridisciplinaire de leur activité (évaluation des risques et actions de prévention, contribution à la connaissance épidémiologique et à la veille sanitaire professionnelle).

L'Administration doit agréer les services de santé au travail et approuver le champ territorial et professionnel de leur activité<sup>11</sup>. Les approbations et agréments sont donnés par le directeur régional du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DRTEFP), après avis du médecin inspecteur régional du travail et de la main-d'œuvre (MIRTMO). Ils ne peuvent être refusés que pour des motifs tirés des besoins en médecine du travail ou de la non conformité aux prescriptions réglementaires. Ils peuvent être retirés après mise en demeure.

Les demandes d'approbation, d'agrément ou de renouvellement d'agrément sont accompagnées d'un dossier dont les éléments sont fixés par l'arrêté du 28 mars 1979. Les dossiers sont fondés essentiellement sur des données matérielles et quantitatives : évolution des effectifs suivis depuis 5 ans et leur répartition entre catégories de salariés, nombre de médecins, locaux du service. Elles doivent être accompagnées de l'avis de l'institution chargée du contrôle social, de celui de chacun des médecins et, pour les services interentreprises, du nombre d'entreprises ou d'établissements et du nombre de médecins par secteur médical.

La circulaire du 22 janvier 1985 est venue préciser certains points, et notamment certains critères qualitatifs à prendre en compte : nombre de salariés par médecin, nombre d'exams cliniques par salarié, nombre d'exams complémentaires, activités de tiers temps (participation au CHSCT, mesures et prélèvements en milieu de travail, études de postes et de conditions de travail), conditions de fonctionnement du service ou du secteur, qualification du personnel, qualité des installations, participation à des études épidémiologiques.

Au total, à côté de l'obligation générale de sécurité et de santé qui s'impose à l'employeur, c'est avant tout une obligation de moyens qui détermine l'action des médecins et le fonctionnement des services de santé au travail. Aucune obligation de résultat ne leur est fixée. De surcroît, la médecine du travail échappe à toute évaluation de ses pratiques médicales, contrairement à la médecine de ville et à la médecine hospitalière.

### **1.3 Les partenaires sociaux exercent un contrôle purement consultatif**

Le contrôle social s'exerce sur les services d'entreprise ou d'établissement à travers les compétences dévolues au comité d'entreprise (ou au comité d'entreprise commun aux entreprises constituant une unité économique et sociale). S'agissant des services

<sup>9</sup> Les services interentreprises sont des organismes à but non lucratif (dans la pratique association loi de 1901 ou GIE) qui ont pour objet exclusif la pratique de la médecine du travail (Art R 241- 12 du Code du travail).

<sup>10</sup> Tribunal des conflits, 24 février 1992, n°2686.

<sup>11</sup> Voir en annexe 4, un tableau synthétique de la procédure d'agrément.

interentreprises, il s'exerce à travers les attributions d'une commission de contrôle<sup>12</sup> où siègent les représentants de l'employeur (pour un tiers des sièges) et ceux des salariés (pour deux tiers des places).

Comité et commission sont essentiellement tenus de donner leur avis sur l'organisation et le fonctionnement des services. En sus des rapports annuels administratifs et financiers des services et des rapports d'activité de chacun des médecins qui y travaillent, ils sont informés des observations formulées et des mises en demeure notifiées par l'inspection du travail dans le domaine de la médecine du travail, ainsi que les observations d'ordre technique faites par le service de l'inspection médicale du travail.

Leur rôle dans le dispositif est essentiellement consultatif.

---

<sup>12</sup> En dehors des services à gestion paritaire, dispensés de la création d'une commission.

## **2. Les conditions de mise en œuvre de l'agrément restreignent considérablement son impact**

### **2.1 Trop d'improvisation au niveau opérationnel**

#### *2.1.1 Un faible niveau de priorité*

##### *2.1.1.1 Pratiquement jamais une priorité du directeur régional*

On peut estimer que l'agrément des services de santé au travail n'a pas été considéré comme une priorité des services de l'Etat dans les six régions contrôlées, comme en témoigne la faible occurrence de ce sujet dans les réunions des comités techniques régionaux et inter départementaux (CTRI). Pour autant, le sujet n'a pas été délaissé. Mais, il a été abordé, le plus souvent, de façon désorganisée.

Le dispositif a généralement été considéré comme domaine réservé des médecins inspecteurs ou leur a été délégué, le plus souvent sans aucune orientation. Les autres services (inspection du travail, économiste régional) ont été dans l'ensemble peu impliqués.

##### *2.1.1.2 Très peu d'orientations concernant l'agrément*

Aucune politique claire n'a été affichée, très peu d'orientations d'ensemble sur l'agrément et, plus globalement, sur la manière de faire vis à vis des services de santé au travail ont été définies<sup>13</sup>.

Certaines régions ont affiché des principes censés avoir fondé leur action à défaut de doctrine nationale. Ce sont principalement le respect du temps médical, défini par la réglementation, l'état des locaux, l'indépendance des médecins et le contrôle social qui ont été considérés comme les axes principaux permettant de s'assurer du bon fonctionnement des services.

Pratiquement aucune orientation opérationnelle précise n'a été définie en matière de procédures ou d'objectifs formalisés (délais à respecter, relances systématiques, conditions de participation éventuelle des différents services de la direction, rôle de l'inspection du travail, suivi des décisions...).

Il n'y a pas, non plus, d'orientations concernant l'activité des services (tiers temps/visites médicales, participation à des actions programmatiques...). Très peu d'instructions écrites ont été données sur la manière d'analyser, d'évaluer ou de suivre leur fonctionnement.

---

<sup>13</sup> Les rares qui existent, ne sont pas homogènes entre régions.



### 2.1.1.3 Un défaut de politique territoriale

Il n'y a pas, en région, de lignes directrices explicites concernant la répartition et l'organisation des services entre eux.

Il existe toujours une cartographie des services interentreprises de la région qui illustre la répartition – généralement complexe - des services par secteurs géographiques. Les directions régionales ont conduit des analyses au cas par cas. Des prises de position sont intervenues, généralement dans le but d'assurer une meilleure couverture des besoins ou pour lutter contre une approche et des considérations purement mercantiles dans les relations entre services.

Mais, il n'y a pas de document fixant *a priori* les principes, analysant la situation de manière globale, esquissant des lignes directrices ou définissant des orientations, sinon des objectifs, concernant l'organisation des services dans la région (concurrence ou monopole, taille optimale, service inter entreprise ou autonome...). Il n'y a pas non plus de suivi ou de bilan permettant d'évaluer l'impact de l'action des services de l'Etat en la matière. La volonté d'associer collectivement les différents acteurs (commission régionale, partenaires sociaux...) à la réflexion sur d'éventuelles orientations concernant l'organisation globale et le fonctionnement des services ne s'est pas non plus manifestée.

### 2.1.1.4 Les actions ponctuelles ne définissent pas de politique de santé au travail

Plusieurs initiatives ont été prises au niveau régional ou départemental, par les services de l'Etat ces dernières années, rarement par certains services de santé au travail eux-mêmes : enquêtes sur la démographie médicale, bilan des déclarations de maladies professionnelles, enquête sur certains risques : radiations ionisantes en milieu médical, expositions aux risques de cancers, mise en place d'un réseau de surveillance des travailleurs de l'amiante, actions vis à vis des éthers de glycol, participation à l'enquête nationale SUMER (« surveillance médicale des risques »)...

Plusieurs actions ont été conduites en lien avec les actions coordonnées des inspecteurs du travail ; parfois - mais de façon ponctuelle - en partenariat avec d'autres acteurs de la région (CRAM, ARACT, OPPBTP<sup>14</sup>).

Mais les directions régionales n'ont pas impliqué les SST dans la politique de santé au travail, tout juste ont-ils pu être éventuellement informés des thèmes d'action retenus.

La connaissance des besoins et le constat sur l'état des lieux, les risques principaux, la réalité des dispositions préventives en place et la situation réelle en matière de santé au travail restent à préciser dans le cadre d'un développement et d'une consolidation des diagnostics « travail ». A l'exception du Nord-Pas-de-Calais, les services de l'Etat n'ont même pas recensé les différentes actions menées par les services de santé au travail de la région.

Aucun lien n'a été établi entre ces actions et les programmes de santé publique conduits dans les régions ces dernières années<sup>15</sup>.

<sup>14</sup> Caisse régionale d'assurance maladie, Action régionale d'amélioration des conditions de travail, Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics.

<sup>15</sup> A l'exception des régions Nord – Pas de Calais et Picardie dans le cadre d'un programme de lutte contre le cancer.

## ***2.1.2 Les principes, lorsqu'ils ont été mis en avant, se sont révélés difficiles à respecter***

### *2.1.2.1 Le temps médical et le tiers temps ne sont pas respectés*

La durée du tiers temps et le temps minimal que le médecin du travail doit consacrer à l'exercice de ses missions sont fixés par la réglementation<sup>16</sup> et généralement considérés comme des priorités par les directions régionales. Pourtant, ils demeurent mal évalués et paraissent très souvent mal respectés.

Des divergences notoires apparaissent très régulièrement concernant l'estimation du nombre de salariés relevant d'une surveillance médicale spéciale, selon que sont prises en compte l'évaluation des médecins du travail – telle qu'elle apparaît dans leur rapports annuels – ou la déclaration des services de santé au travail dans le rapport administratif et financier du service. Or, ce nombre conditionne en partie l'organisation du travail des médecins tant en ce qui concerne leurs consultations (visites) cliniques que leur présence sur le terrain en entreprise, et se répercute d'autant dans le calcul de la durée globale de leur temps de travail. Il est des régions, par exemple l'Ile-de-France, où le taux de surveillance médicale spéciale dans les services interentreprises varie de 51,4 % à 1,5 %, soit une fourchette de un à trente quatre<sup>17</sup>. Les constats se sont renouvelés année après année dans les différentes régions sans susciter autre chose que des propos convenus en commission régionale de médecine du travail. Ils n'ont fait l'objet d'aucun commentaire, d'aucune réflexion et, a fortiori, d'aucune orientation au niveau national, de la part de la Direction des relations du travail (DRT).

Pour ce qui concerne le tiers temps, il existe deux types de préoccupations. D'une part, sa durée réglementaire n'est pas respectée. Selon l'estimation faite en Ile-de-France en 2002, sur une base déclarative, moins de la moitié des médecins respectaient la réglementation. La même constatation a été faite dans les autres régions. Ainsi, en région Nord-Pas-de-Calais, la durée moyenne du tiers temps est estimée à la moitié de ce qu'elle devrait être (17 % du temps de travail).

D'autre part, le souci tient, au moins dans certains services, au flou de son contenu. Certains services en affichent une déclinaison satisfaisante (études en milieu de travail, mesures météorologiques, conseils en matière d'organisation, études de postes en vue de reclassement). Ailleurs, les activités recensées comme activités de tiers temps restent imprécises ou de nature franchement discutable car comprises comme étant tout ce qui ne relève pas de la visite médicale.

De surcroît, si le temps médical a été régulièrement mis en avant par les services de l'Etat, force est de constater qu'il n'a pas été pris en compte systématiquement. Ainsi, une insuffisance de temps médical a été relevée dans de très nombreux avis de médecins inspecteurs sans avoir fait obstacle à une décision d'agrément, ni même l'objet d'aucune remarque dans les courriers de la direction accompagnant la décision d'agrément, ou d'une quelconque mise en demeure.

<sup>16</sup> L'article R 241-32 prévoit un temps médical d'au moins une heure par mois pour : 20 employés ; 15 ouvriers ; 10 salariés soumis à surveillance médicale spéciale ; 10 travailleurs temporaires.

<sup>17</sup> Dans une note de janvier 2003, le directeur régional qualifiait certains cas de « véritable détournement de la réglementation » et demandait aux inspecteurs et contrôleurs du travail une vérification systématique des chiffres déclarés par les entreprises. Mais, un an après, la direction régionale ne disposait d'aucune information concernant les suites données et les résultats obtenus sur ce sujet.

### 2.1.2.2 *La prise en compte de l'indépendance des médecins reste inopérante*

Les services de l'Etat sont apparus désarmés face à des situations où la question de l'indépendance des médecins s'est trouvée confrontée à leur situation de salariés.

La région Ile-de-France a été la seule des six régions contrôlées à avoir cherché à se mobiliser sur ce sujet. Elle a mené une réflexion qui a fait l'objet d'une publication. Ce travail a consisté principalement à colliger et à rapprocher les différentes dispositions réglementaires et à les expliciter, notamment au regard de la jurisprudence. L'attention s'est concentrée sur le contrat liant le médecin du travail à son employeur, les modalités de protection du médecin en cas de rupture de contrat et le rôle du contrôle social en la matière.

Mais, la réflexion n'a guère apporté d'éclairage sur les conditions de préservation de l'indépendance des médecins dans l'organisation de leurs activités dans les services et dans les entreprises, tous éléments qui au quotidien n'ont pas été sans poser de difficultés. De même, la direction régionale n'a conduit aucune étude susceptible de renseigner sur la situation en Ile-de-France ou d'analyser la pertinence de certains indicateurs<sup>18</sup>.

Au plan national, un groupe de travail composé de médecins inspecteurs de différentes régions a conduit une réflexion sur l'indépendance des médecins en 2000-2001. Une des préconisations du groupe proposait que le médecin soit associé à l'élaboration de son programme de travail et de formation afin qu'il soit, en permanence, en mesure de l'adapter aux particularités de l'effectif dont il assure le suivi et à ses priorités d'action. Il est à déplorer qu'aucune suite n'ait été donnée à cette réflexion.

### 2.1.3 *Le manque de procédures formalisées se traduit par des pratiques dispersées et hétérogènes*

Les médecins inspecteurs, restés le plus souvent livrés à eux-mêmes, travaillent en grande autonomie. Même lorsqu'ils ne sont pas seuls, ils agissent souvent de façon indépendante. Les échanges entre eux ou avec les agents administratifs affectés à la même mission ont un faible impact sur leurs pratiques qui restent très individuelles.

Le manque de procédure et l'hétérogénéité des outils utilisés pour l'instruction des dossiers sont la règle. Un certain nombre de « référentiels » ont été exhumés à l'occasion du passage de la mission. Ils s'apparentent plus à des canevas d'éléments à prendre en compte pour instruire les dossiers de demande d'agrément. Outre le manque de précision sur le contenu de chaque item ou sur l'importance respective des différents critères, la mission souligne leur origine imprécise et, surtout, leur statut juridique plus qu'incertain. On notera, de surcroît, qu'ils ne constituent pas des instruments de travail collectifs qui auraient pu permettre une certaine homogénéité dans l'analyse du fonctionnement des services<sup>19</sup>.

De fait, si la répartition des tâches entre personnel administratif et médecins est assez similaire dans les régions – encore que des variations importantes existent en matière

<sup>18</sup> Par exemple, la fréquence avec laquelle certaines entreprises cherchent à changer de médecin du travail ou les conditions dans lesquelles ces changements interviennent et la réalité du contrôle effectué par les commissions en la matière.

<sup>19</sup> L'échelon central de l'inspection médicale travaille actuellement avec les médecins inspecteurs à une méthodologie de contrôle des services. Cette réflexion peut servir de base à l'établissement d'une véritable doctrine nationale pour peu qu'elle soit discutée avec les autres acteurs, validée et rendue publique.

d'organigramme, l'agent « administratif » en charge des agréments pouvant, selon le cas, être positionné auprès du « service de l'inspection médicale » ou du pôle « travail » de la direction du travail et des entreprises - les pratiques varient assez sensiblement d'un médecin inspecteur à un autre, encore aujourd'hui. Ainsi, les visites sur site ne sont pas systématiques<sup>20</sup>. Le contenu des avis des médecins inspecteurs présente également une très grande hétérogénéité. Certains avis se réduisent à un « avis favorable » qui ne permet guère – hormis l'expérience du signataire - de garantir la qualité de son appréciation.

L'implication des inspecteurs du travail dans la procédure d'instruction est très variable, tenant principalement aux habitudes et aux relations personnelles, souvent aussi à une inclinaison plus naturelle à s'intéresser aux services autonomes directement intégrés dans les entreprises.

Plusieurs directions régionales ne disposaient pas, jusque très récemment, d'échéancier concernant les agréments, ni de procédure de suivi ayant conduit à la relance systématique des SST.

Au total, les approches au cas par cas ont prévalu, aboutissant à des décisions comportant de nombreuses irrégularités.

#### ***2.1.4 Manquements à la réglementation et décisions irrégulières ont été très fréquents ces dernières années***

De très nombreuses infractions à la réglementation sont intervenues ces dernières années. Certaines sont le fait des services de santé au travail, d'autres sont liées aux insuffisances ou à des manquements délibérés de l'administration.

Aux dires mêmes de l'administration, il est probable qu'existent des services autonomes fonctionnant sans que la DRTEFP en soit informée. Il existe également des cas – rares – de services connus des services administratifs, fonctionnant au quotidien, mais n'ayant jamais été agréés. Enfin, de nombreux services ont continué à fonctionner, parfois pendant plusieurs mois voire plusieurs années, en phase transitoire entre échéance et renouvellement de leur agrément.

De nombreux retards sont intervenus dans toutes les régions contrôlées<sup>21</sup>. Il n'est pas aisé d'attribuer la responsabilité de ces manquements aux services eux-mêmes ou à l'administration, en l'absence de tableau de bord opérationnel en la matière. Certains retards sont clairement imputables aux services qui ne respectent pas les échéances et/ou ne déposent pas de demande de renouvellement. D'autres retards sont en relation avec le « mouvement de protestation » des médecins inspecteurs qui entre 2000 et 2002, soit n'ont pas participé à l'instruction des dossiers, soit n'ont pas transmis en temps et en heure leur avis. Enfin d'autres retards ont été pris délibérément par l'administration qui entendait faire pression sur certains services pour obtenir d'eux certaines améliorations avant d'agréer.

<sup>20</sup> Lorsqu'elles ont lieu, les médecins ainsi que les employeurs et, le plus souvent, mais pas systématiquement, les organisations représentatives de salariés sont rencontrées comme le préconisait la circulaire du 22 janvier 1985.

<sup>21</sup> Ainsi, en Ile-de-France, entre 1998 et 2003, 40% des services autonomes et 30% des services interentreprises ont vu leur date d'échéance dépassée. Le taux de services restés sans agrément depuis plus de 5 ans a été de 8% et 4% respectivement. Le taux de services fonctionnant sans jamais avoir fait l'objet d'un agrément a été de 5% et 3%.

Quels qu'en soient les motifs, ces retards sont nombreux. De surcroît, certains se sont prolongés pendant une durée telle que ne sauraient être invoquées de seules raisons conjoncturelles. Ainsi, l'instruction de certains dossiers a duré plusieurs années. A l'inverse, certaines décisions ont été prises quelques jours seulement après réception de la demande, sans même que l'avis des médecins inspecteurs ait été sollicité.

De très nombreuses décisions sont entachées d'irrégularités :

- Nombreuses sont les irrégularités qui tiennent à la confusion – que l'on retrouve dans les demandes des services et dans les décisions du directeur régional - entre approbation de compétence géographique ou professionnelle d'un service, agrément des secteurs médicaux et agrément d'un service. Elles appellent une clarification des textes réglementaires.
- De nombreuses décisions ont été prises de façon rétroactive, la rétroactivité portant parfois sur plusieurs années.
- De nombreuses décisions ont été notifiées<sup>22</sup> sans avis du médecin inspecteur (même après la fin du mouvement de protestation).
- Certains agréments ont été accordés pour une durée limitée.

D'autres libertés ont été prises – plus rarement - avec la réglementation, entachant les décisions d'irrégularités : par exemple, en anticipant délibérément sur une éventuelle modification des dispositions réglementaires<sup>23</sup>, ou en décidant unilatéralement d'étendre la compétence géographique d'un service, sans demande du service ni avis du médecin inspecteur, ou en imposant à une entreprise et à un service un statut non prévu par la réglementation.

Dans de nombreux cas les manquements se sont cumulés à l'occasion d'une même décision.

De nombreuses décisions traduisent les efforts de recherche empirique d'une position intermédiaire entre agrément et non agrément : agrément sous conditions ou sous réserves, agrément provisoire. Ces dispositions, toutefois, ne sont pas prévues par la réglementation et pour légitimes qu'elles puissent paraître dans leurs motifs, ne résisteraient pas à une contestation en droit.

Ailleurs, l'administration s'est autocensurée et de très nombreux agréments ont été notifiés à des services ne satisfaisant pas à la réglementation, dans sa lettre (notamment du fait d'une insuffisance de temps médical, de la défaillance de certains locaux, d'un défaut de fiche d'entreprise ou de plan d'activité des médecins) ou dans son esprit (en particulier face à des problèmes d'indépendance de médecins).

In fine, les décisions ont pratiquement toujours été positives malgré ces insuffisances fréquentes. Les très rares cas de refus ont d'ailleurs parfois été déjugés par l'administration centrale, ce qui n'a pas manqué d'ajouter à la déstabilisation du système<sup>24</sup>.

<sup>22</sup> Particulièrement en Ile-de-France.

<sup>23</sup> L'administration a ainsi agréé des services dits « de site » intervenant dans plusieurs entreprises différentes situées sur un même site et des services dits « de groupe » intervenant dans plusieurs entreprises ayant un statut juridique différent, pas forcément situées sur le même site, mais appartenant généralement à un même groupe.

<sup>24</sup> Cela a été le cas dernièrement en Ile-de-France. Le directeur des relations du travail a considéré que les dysfonctionnements affectant la composition et le fonctionnement de la commission de contrôle du service étaient regrettables, mais ne constituaient pas un vice de forme substantiel. Il a, de plus, estimé que la décision

### **2.1.5 Un défaut de suivi**

A ce constat, viennent s'ajouter des insuffisances concernant les suites données aux instructions des dossiers de demande d'agrément.

Aucune doctrine particulière sur la conduite à tenir en cas de remarques ou d'observations techniques formulées par les médecins inspecteurs n'a été formulée ou appliquée en région.

Fréquemment les remarques formulées par les médecins inspecteurs à l'occasion de l'instruction du dossier d'agrément n'ont pas même été formulées aux services concernés, accompagnant la décision d'agrément.

Le suivi des remarques et observations techniques notifiées et celui des conditions posées lors de l'agrément ne sont ni systématiques ni exhaustifs.

Leur non prise en compte est rarement sanctionnée. Rarement une action complémentaire plus coercitive des inspecteurs du travail est intervenue<sup>25</sup>. Pourtant, la démarche s'est révélée très efficace les très rares fois où une action conjointe des médecins inspecteurs et des inspecteurs du travail est venue sanctionner un service défaillant.

Au total, on ne peut que constater le caractère aléatoire de l'impact des remarques formulées par les médecins inspecteurs dans le cadre de leur contribution à l'instruction des demandes d'agrément.

### **2.1.6 La contribution de l'agrément et du suivi des services à la politique de santé au travail et leur impact réel sur la santé au travail restent peu visibles**

Le suivi du fonctionnement des services de santé au travail ne se résume pas à leur procédure d'agrément. Rarement, celui-ci s'opère à l'occasion de l'intervention d'un inspecteur du travail en entreprise, généralement lorsqu'un problème est signalé ou à l'occasion de la contestation d'une décision individuelle d'aptitude. Plus habituellement, ce sont les médecins inspecteurs qui sont en relation avec les services, à l'occasion de l'analyse des rapports annuels administratifs et financiers des services ou de celle des rapports annuels individuels des médecins du travail, ou à l'occasion de la lecture d'un compte-rendu de commission de contrôle posant problème.

Hormis la procédure d'agrément qui n'intervient qu'une fois tous les 5 ans, le suivi des services se fait donc ponctuellement, sans approche systématisée. Les rapports annuels des médecins des SST sont lus pour la plupart, mais ne font l'objet d'aucune évaluation basée sur une méthodologie commune dans les régions.

Il existe pourtant une base de données des services (IMT2) qui permettrait des analyses : par exemple, celle de l'évolution des caractéristiques d'un service ou la comparaison des caractéristiques des services entre eux, dans une région, ou entre régions. Mais, aucune de ces applications n'a été développée jusqu'à présent, ni dans les régions, ni en administration

---

régionale de refus, fondée sur un calcul arithmétique du temps médical ne prenant pas en compte les arguments du service, était entachée d'une erreur de droit.

<sup>25</sup> L'examen des procès-verbaux fait apparaître la faible part des infractions relevées en matière de médecine du travail, la majeure partie des contraventions ayant trait au non respect de la visite médicale réglementaire, celles concernant l'organisation et le fonctionnement des services restant minoritaires.

centrale. 10% des rapports annuels des médecins des SST « remontent » en administration centrale, mais rien ne redescend en région. De même, les rapports annuels des MIRTMO ne donnent lieu à aucune analyse diffusée. Aucune étude globale, régionale ou nationale, ne permet d'évaluer la performance des SST et la qualité du service qu'ils rendent.

Hors agréments, l'analyse des échanges ponctuels entre directions régionales et services de santé au travail fait apparaître les mêmes préoccupations prioritaires de l'administration et les mêmes insuffisances de son action. Les interventions des services de l'Etat concernent avant tout un défaut de procédure ou de moyens. Rarement les remarques sont plus qualitatives. Pratiquement jamais elles ne s'inscrivent dans une démarche cherchant à évaluer les services effectivement rendus en matière de prévention et d'amélioration de l'état de santé des travailleurs. De surcroît, le suivi des remarques formulées aux services de santé au travail s'avère, là aussi peu opérant et son efficacité aléatoire.

Au total :

Le système est désorganisé, les agents publics directement impliqués sont désabusés. Les manquements dans l'application de la réglementation sont très fréquents. Les incertitudes juridiques quant aux décisions prises sont la règle. Et l'impact du dispositif sur la santé des personnes est mal évalué et reste incertain.

Ces éléments témoignent d'une détérioration évidente de la procédure. Les causes tiennent à la fois aux faiblesses intrinsèques du système, à un défaut d'animation patent de la part de l'administration centrale et à de nombreux dysfonctionnements dans les services déconcentrés (régionaux et départementaux).

## 2.2 Qui reflète l'insuffisance d'organisation et de volonté politique au niveau national

### 2.2.1 Une procédure inadaptée et assez largement inapplicable

#### 2.2.1.1 L'inadaptation de la procédure

L'inadaptation de la procédure tient à plusieurs facteurs :

#### ➤ **Son vieillissement : un défaut d'actualisation.**

La procédure d'agrément, dans sa conception même, a été définie il y a plus de cinquante ans et n'a pas, jusqu'à aujourd'hui, été actualisée. Ses modalités d'application ont également vieilli puisque l'essentiel des dispositions réglementaires en vigueur pour le contrôle des services de santé au travail remonte à près de 25 ans<sup>26</sup>.

<sup>26</sup> Le décret du 14 mars 1986, qui constitue le texte de base, reprend lui-même sur plusieurs points celui du 20 mars 1979. Le contenu du dossier exigible des candidats à l'agrément date également de 1979. Cf. historique de la procédure ci-dessus.

Dans le même temps, les réflexions et approches de la santé au travail ont profondément évolué. On est ainsi passé :

- d'une vision mécanique fondée sur la notion d'intégrité physique, qui correspondait au contexte industriel de l'après-guerre, à une conception globale intégrant la santé physique et mentale et prenant en compte les interactions entre l'être humain et son environnement,
- d'une approche individuelle à la prise en compte des facteurs collectifs de la santé au travail et d'une démarche essentiellement - voire exclusivement - médicale à une perspective pluridisciplinaire.

Promue au niveau européen, cette nouvelle vision de la santé au travail a commencé à pénétrer dans le droit français, à partir de la loi de 1991, qui transpose des dispositions de la directive cadre européenne de 1989, et de la loi de modernisation sociale. Elle n'a en revanche pas eu d'effet sur la façon dont est envisagé et organisé le contrôle réglementaire de l'administration à travers la procédure d'agrément. Celle-ci reste dominée par une logique quantitative et de moyens qui privilégie implicitement la notion d'acte médical individuel.

### ➤ **Son manque de lisibilité**

L'agrément s'intègre dans un ensemble complexe qui distingue et combine les concepts d'agrément et d'approbation, de service et de secteur.

Les textes prévoient ainsi, pour les services interentreprises une double procédure :

- L'approbation de compétence : les décisions fixant la compétence géographique et professionnelle d'un service, ainsi que leurs modifications, doivent être préalablement approuvées par le directeur régional après avis du médecin inspecteur. Aucun renouvellement n'est exigé pour cette approbation, qui est donnée une fois pour toutes et reste donc valable tant que la compétence géographique et professionnelle du service n'est pas modifiée.
- L'agrément de secteur : pour les services organisés en secteurs médicaux, chaque secteur doit faire l'objet d'un agrément à renouveler tous les 5 ans.

Cependant, la rigidité des textes concernant cette organisation en secteurs et l'absence quasi généralisée de commission consultative de secteur vont à l'encontre de la volonté<sup>27</sup> qui y a présidé. Par ailleurs, les décisions d'agrément examinées par la mission mettent en évidence des approches diverses par les DRTEFP des notions d'agrément des services ou des secteurs.

Il apparaît que cette distinction entre approbation et agrément est généralement mal comprise, et donc souvent mal appliquée, tant par les services de santé au travail, qui se contentent de demander leur agrément en tant que service, que par les directions régionales qui, la plupart du temps, répondent à la demande du service dans sa formulation initiale, en ignorant la lettre des dispositions réglementaires, voire, dans certains cas, se lancent dans des interprétations pour le moins contestables de leur esprit (cf. note 23).

---

<sup>27</sup> Les services interentreprises doivent être organisés en secteurs géographiques et/ou professionnels sur une base correspondant à une double volonté de proximité vis à vis des entreprises et des salariés et de subdivision des SST en unités à taille humaine.



➤ **Sa rigidité : une approche en termes de « tout ou rien »**

L'outil de contrôle des services de santé au travail dont s'est doté l'Etat à travers la procédure d'agrément se caractérise par son caractère brut : la décision est définie en termes binaires, sur le mode du « tout ou rien ». Il n'existe pas d'intermédiaire entre l'agrément, quasi blanc-seing délivré au service pour une période de 5 ans, et le refus d'agrément, qui suppose des manquements significatifs à la réglementation pour justifier une telle sanction. Cette relative rusticité de la procédure de contrôle, son absence totale de progressivité contrastent avec la sophistication des dispositions réglementaires auxquelles sont assujettis les services de santé au travail, qui apparaissent nombreuses et détaillées.

D'une façon générale et au regard des textes, le fonctionnement des services de santé au travail apparaît comme un domaine très réglementé mais faisant l'objet d'un contrôle relativement distant, faute d'outil adapté.

Confrontées à ce paradoxe, et soucieuses de faire appliquer la réglementation sans recourir à un moyen de sanction peu maniable et souvent disproportionné, les directions régionales se sont efforcées de trouver des solutions intermédiaires et plus souples pour faire pression sur les services. Leur créativité dans ce domaine s'est traduite par un foisonnement de formules dont l'ingéniosité n'a d'égale que l'illégalité : dérogations, agréments provisoires, agréments à durée limitée, prolongation d'agréments, agréments conditionnels, agréments avec réserves...

➤ **Son formalisme : un contrôle sur les moyens, non sur les objectifs ou résultats**

La composition du dossier sur la base duquel est examinée la demande d'agrément d'un service de santé au travail matérialise cette approche qui privilégie les éléments quantitatifs et de moyens.

Le contenu de ce dossier, qui varie légèrement selon le statut du service (autonome d'entreprise ou d'établissement, inter établissements ou interentreprises), s'attache essentiellement aux

- effectifs : nombre de salariés couverts, répartition par catégorie de salariés, nombre de médecins du travail ;
- locaux et équipement : implantation, conditions d'installation et matériel.

Ces éléments doivent permettre d'apprécier si le service a les moyens de remplir sa mission dans les conditions réglementaires. Ils correspondent bien à une approche à dominante quantitative telle qu'elle s'exprime dans la circulaire de 1985 qui retient l'indicateur du nombre de salariés par médecin comme un critère essentiel dans la décision d'agrément. L'accent mis sur les installations matérielles reflète également l'importance accordée à la visite médicale et à ses conditions de bon déroulement.

S'y ajoutent des éléments formels de contrôle social :

- avis du comité d'entreprise ou de la commission de contrôle,
- avis des médecins du travail,
- avis des commissions consultatives de secteur.

De cette formulation minimaliste, on peut déduire que l'objet est avant tout de vérifier que les institutions de contrôle social existent et ont été formellement informées. Car, comme le

souligne la direction d'un service en conflit avec l'administration, « il est difficilement envisageable que soit les salariés, soit la commission de contrôle, pénalisent leur propre service par un avis défavorable ». L'obtention d'éléments d'information et d'appréciation sur le service, susceptibles d'éclairer l'autorité administrative dans sa décision, supposerait d'exiger un avis motivé.

De fait, on constate dans les dossiers d'agrément que les avis demandés s'apparentent souvent à de simples visas, sans que l'on puisse apprécier le degré de dialogue et de liberté laissé aux signataires. De ce fait les avis apportent peu d'éléments de contenu pour l'instruction du dossier. Dans certains cas (Ile de France), l'administration limite elle même les possibilités d'expression à travers un formulaire de dossier préétabli qui ne laisse aucune place à un éventuel exposé des motifs. *A contrario*, certains médecins inspecteurs prennent l'initiative de contacter les médecins du travail pour obtenir des informations complémentaires sur les fondements de l'avis délivré. Cette pratique, qui est bien accueillie dans certaines régions (Pays de Loire), peut être contestée ailleurs, comme en Ile de France où le courrier d'un médecin inspecteur - invitant les médecins du travail à lui faire part « s'ils le désiraient » de toutes les informations qu'ils jugeaient utiles sur le fonctionnement de leur service - a donné lieu à une protestation, ce courrier étant considéré comme « incitation à la déloyauté de praticiens salariés », potentiellement constitutif d'un abus de pouvoir.

### 2.2.1.2 Des problèmes importants d'application

La procédure apparaît pratiquement inapplicable sur deux points essentiels.

#### ➤ Les dispositions réglementaires sur le temps médical

La définition réglementaire du temps médical, fondée sur l'article R 241-32 du Code du travail, est au cœur du système de santé au travail tel que défini par les textes précités.

Pourtant les dispositions en vigueur ne sont plus compatibles avec le niveau actuel et prévisible de la ressource médicale<sup>28</sup>.

De ce fait nombre de services de santé au travail ne sont plus en mesure de faire face à leurs obligations réglementaires en termes de temps médical global. Compte tenu de la tendance générale en matière d'utilisation du temps médical, qui privilégie la visite médicale individuelle, ce déficit se répercute de plein fouet sur le « tiers temps » et rend pratiquement inopérantes les dispositions du Code relatives à l'action en milieu de travail du médecin du travail (article R 241-47). Certains services, pour contourner les difficultés de recrutement des médecins du travail, ont recours à des médecins qui n'ont pas la qualification requise.

Dans ce contexte, l'autorité administrative est fréquemment conduite à agréer par défaut des services qui contreviennent à des dispositions réglementaires fondamentales :

- temps médical minimum,
- action en milieu de travail,

---

<sup>28</sup> La démographie de la médecine du travail est aujourd'hui, de l'avis général, jugée alarmante (cf. rapport annuel l'IGAS sur la prévention sanitaire-2003) Cette situation est appelée à empirer avec les nombreux départs à la retraite à l'échéance de 2007. En 2001 un médecin du travail sur deux avait plus de 50 ans. Un sur dix seulement a moins de 40 ans (9%) alors que cette proportion était de un sur cinq en 1994 et de un sur deux en 1982.

- qualification des médecins du travail,  
et n'ont pas les moyens de fonctionner dans les conditions prévues par les textes en vigueur.

Les réserves sur l'insuffisance du temps médical et les exigences d'embauches qui accompagnent généralement ces décisions d'agrément apparaissent plus formelles qu'opérationnelles et les services concernés ont beau jeu de faire valoir les difficultés de recrutement pour s'en exonérer.

L'administration centrale a elle-même validé cette pratique à travers sa décision du 29 août 2003 considérant que la seule prise en compte du temps médical selon un « calcul arithmétique » ne peut suffire à justifier un refus d'agrément. Cette décision reconnaît au directeur régional un pouvoir d'appréciation pour évaluer les besoins en médecine du travail et lui permet de s'affranchir des critères quantitatifs fixés par le Code pour « prendre en compte les circonstances locales, les exigences d'équilibre entre les services de santé au travail et les caractéristiques et évolutions propres à chaque service de santé au travail »<sup>29</sup>.

On mesure à travers cette décision l'évolution du contexte et des pratiques au cours des vingt dernières années sur cette question essentielle du temps médical<sup>30</sup>. La circulaire du 22 janvier 1985 considérait qu'« un assez grand nombre de médecins du travail dûment qualifiés étant actuellement à la recherche d'un emploi, il n'existe aucune difficulté de recrutement dans ce domaine ». Sur la base de ce constat, elle fixait des normes quantitatives d'acceptabilité et de refus d'agrément, exprimées en nombre de salariés par médecin.

Plusieurs mesures récentes devraient contribuer à combler le décalage entre la réglementation et la situation de fait. Elles visent à :

- Augmenter la ressource médicale. La loi de modernisation sociale<sup>31</sup> contient des dispositions visant à faciliter l'accès aux fonctions de médecin du travail : mise en place d'une possibilité de conversion pour les généralistes, régularisation des médecins non diplômés en médecine du travail exerçant dans les services de médecine du travail.
- Libérer du temps médical. La mise en œuvre de la pluridisciplinarité doit permettre de relayer l'action du médecin du travail dans certains domaines non spécifiquement médicaux et de faire une utilisation plus ciblée des compétences médicales disponibles. Le projet de réforme de la médecine du travail devrait également libérer du temps médical en espaçant les visites médicales réglementaires.

L'impact convergent de ces mesures pour ce qui concerne le temps médical devrait, au moins dans un premier temps, lever un obstacle important à la mise en œuvre de la procédure d'agrément.

<sup>29</sup> Décision prise dans le cadre du recours hiérarchique formé par le Dr THILLAUD contre la décision du DTREFP d'Ile de France en date du 27 décembre 2002, refusant de renouveler l'agrément des secteurs géographiques de l'Association Médicale Interentreprises (AMI)

<sup>30</sup> Cette évolution peut être résumée par le tableau ci-dessous :

	1985 (circulaire 22 janvier)	2003 (décision du 29 août)
Nombre moyen de salariés par médecin	2 930	
Seuil de qualité	2 930	
Seuil de refus d'agrément	3 380	Un calcul arithmétique ne peut justifier un refus

<sup>31</sup> Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale.

Une autre difficulté demeure toutefois, qui, à la différence du problème ci-dessus, ne relève pas d'éléments de contexte extérieurs mais est intrinsèquement liée à la procédure elle-même.

### ➤ **Le refus ou retrait d'agrément**

L'ensemble des acteurs administratifs s'accorde à considérer que le refus d'agrément est une initiative à haut risque et cet outil, considéré comme quasi inutilisable, est pratiquement tombé en désuétude.

Une décision négative est d'emblée apparue difficile, compte tenu au départ de la nécessité d'assurer la couverture du territoire, puis de la difficulté de remettre en cause des situations installées avec l'accord de l'administration.

L'introduction par le décret du 14 mars 1986 d'une procédure de mise en demeure préalable au retrait d'agrément (article R 241-9 et R 241-23) n'a pas modifié les pratiques.

La circulaire du 21 février 1989 reconnaissait que la procédure de retrait d'agrément était « toujours délicate à engager » mais incitait les services « à l'utiliser y compris dans les cas où une situation de monopole ne (permettait pas) de satisfaire à toutes les exigences réglementaires, en l'absence de solution alternative ».

La constatation faite en 1989 dans la circulaire précitée que « la politique des agréments soulève des questions complexes et exige une réflexion de fond » pourrait être reprise en l'état aujourd'hui, soit quinze ans après.

L'enquête récemment effectuée par la DRT auprès des directions régionales fait clairement apparaître le caractère exceptionnel des décisions de refus ou retrait d'agrément. Sur 16 directions ayant répondu au questionnaire, 4 seulement avaient déjà pratiqué un refus d'agrément. Par ailleurs sur 5 décisions négatives recensées dans ce cadre, 2 ont été annulées au niveau central suite à un recours hiérarchique.

Si l'on excepte le problème du temps médical mentionné plus haut, qui a fortement contribué à la résignation ambiante et à décrédibiliser la valeur de l'agrément, les raisons les plus fréquemment citées pour expliquer cette situation tiennent à 3 causes principales.

a) L'absence de solution alternative pour assurer la couverture médicale des salariés concernés.

Cette préoccupation est primordiale pour la majorité des directeurs régionaux qui la citent en tout premier. Alors que, dans la plupart des régions - à l'exception notable de l'Île de France - les services de santé au travail sont en situation de monopole sur leur zone de compétence, un retrait d'agrément a pour effet immédiat de priver de tout suivi médical un nombre souvent très important de salariés. L'administration, qui a précisément pour mission de veiller à la bonne couverture des besoins de santé au travail se trouve ainsi placée en porte-à-faux par sa propre décision. Le souci d'éviter une situation pour le moins paradoxale et inconfortable peut expliquer le souci de trouver des accommodements qui conduisent souvent à reporter indéfiniment une éventuelle décision négative.

Cette difficulté était explicitement évoquée dans la circulaire de 1985 mais en l'absence de solution concrète, les encouragements prodigués par le Directeur du travail qui affirmait « ne

pas douter que le vide ainsi créé ne soit rapidement comblé, dans des conditions conformes aux normes réglementaires » semblent avoir été de peu de portée.

b) Les conséquences pour les personnels des services en cause.

Même s'il y est moins souvent fait référence, une mesure de refus a pour effet de priver de leur emploi, de façon temporaire ou définitive, les médecins et l'ensemble des personnels du service de santé au travail concerné. En pratique on peut imaginer que dans le contexte actuel de pénurie, le reclassement des médecins du travail ne constituerait pas un problème majeur. Il n'en reste pas moins qu'une telle décision peut être difficile à vivre et à justifier de la part d'une administration en charge de l'emploi. De façon plus générale, il existe un grand flou sur les conséquences juridiques et économiques d'un refus ou retrait d'agrément qui semblent n'avoir jamais été concrètement envisagées<sup>32</sup>. Il faut en revanche constater que nombre de services ont fonctionné ou fonctionnent sans agrément, ce qui contribue, là encore, à limiter sérieusement la portée d'une décision négative et rend son usage peu crédible.

c) La crainte de « ne pas être suivi » par l'échelon hiérarchique supérieur.

Cet argument est plus souvent exprimé par les médecins inspecteurs et les inspecteurs du travail qui mettent en cause les « pressions politiques » auxquelles serait soumise leur hiérarchie, lesquelles se traduiraient par une certaine pusillanimité au niveau de la décision finale.

De fait, la mission a pu constater que sur certains dossiers de services importants, les réserves ou avis négatifs exprimés par les médecins inspecteurs et les inspecteurs du travail n'avaient pas abouti au refus suggéré.

Mais elle a aussi constaté que ces avis, tout en dénonçant des manquements parfois nombreux et importants à la réglementation, ne concluent qu'assez rarement au refus d'agrément. Ce qui tendrait à accréditer l'idée d'une autocensure peu justifiable au niveau d'un avis technique.

On peut aussi y voir un effet des préoccupations exposées ci-dessus qui ne concernent pas le seul directeur régional, ainsi qu'une manifestation de la résignation collective face à un outil jugé peu crédible.

L'annulation par l'administration centrale de refus d'agrément notifiés au niveau régional, même si elle ne concerne - par construction - qu'un nombre très limité de dossiers et ne peut donc être considérée comme significative d'une politique, n'en est pas moins perçue, dans ce contexte, comme un signal clairement négatif. Ce traitement des recours contribue sans aucun doute à accréditer l'idée de pressions politiques dont les dossiers d'agrément seraient l'objet. Il ne peut que dissuader encore davantage l'usage d'une procédure qui suppose une prise de risque trop importante au niveau régional pour encourir un désaveu. Indépendamment de l'appréciation qui peut être par ailleurs portée sur la décision au fond, on ne peut que s'étonner que des initiatives si rares n'aient pas fait l'objet d'une concertation entre le niveau régional et le niveau central, permettant de prévenir de telles discordances dont la portée dépasse largement le seul dossier concerné.

---

<sup>32</sup> L'article L.122-12 du code du travail et la directive CE 2001/23 du 12 mars 2001 apportent des éléments de réponse juridique, mais leur application reste à expertiser dans un contexte où le fait générateur est une décision administrative que l'on pourrait considérer comme un cas de force majeure (« fait du prince »).

## **2.2.2 La faiblesse du contrôle social**

### *2.2.2.1 L'insuffisances des commissions locales de contrôle*

La mission a observé que les commissions de contrôle étaient fréquemment incomplètement constituées, souffraient d'un absentéisme des représentants des employeurs et plus encore des salariés<sup>33</sup>, et constaté que les avis des commissions de contrôle (qui sont un élément constitutif du dossier de demande d'agrément), comme ceux des médecins du travail, sont purement formels et – sauf exceptions - non motivés.

Ce constat est corroboré par l'enquête réalisée en 2000 par la DRTEFP d'Ile-de-France<sup>34</sup>. Cette enquête sur le contrôle social dans les services de santé au travail « met en exergue des dysfonctionnements au sein des commissions de contrôle des services interentreprises de médecine du travail ». Bien plus que par un désintérêt pour la médecine du travail, l'enquête évoque l'absence de statut des membres de ces commissions, les moyens « dérisoires pour ne pas dire inexistantes », l'absence de condition minimale de tenue des réunions et de validité des décisions et « des textes conçus dans une logique d'obligation de procédure et non de résultat » comme facteurs explicatifs.

### *2.2.2.2 Le manque de dynamisme des commissions régionales de la médecine du travail*

S'agissant des commissions régionales de la médecine du travail, le constat fait par la mission est mitigé. Dans une région, la commission ne s'est pas réunie pendant 2 ans. Dans pratiquement toutes les régions, les réunions sont tenues à bout de bras par les services de l'Etat. Les thèmes abordés se répètent année après année, mais la réflexion collective sur les difficultés rencontrées (surveillance médicale spéciale, contenu et durée du tiers temps...) ne progresse guère.

## **2.2.3 Un défaut de politique et d'animation au niveau national**

### *2.2.3.1 Une animation insuffisante et peu coordonnée*

En dehors de la circulaire du 22 janvier 1985 relative à l'agrément des services médicaux du travail et d'un « questions/réponses du 2 novembre 2002 (dont le préambule souligne que « pour la première fois, un questions/réponses relatif aux thématiques Santé au travail vous est adressé ») transmis aux DRTEFP, les questions concernant l'agrément des services de santé au travail et leur suivi, n'ont pas fait l'objet d'instructions, ni d'échanges approfondis lors des réunions périodiques des DRTEFP.

<sup>33</sup> Les syndicats font état de la difficulté de mobiliser des militants dans des instances jugées dépourvues de pouvoirs réels jusqu'à présent, et de les y faire participer alors que les réunions se déroulent souvent en dehors des heures de travail et à distance de l'entreprise ou du domicile des représentants. Cette participation reste limitée s'agissant des représentants des employeurs et les conseils d'administration ne sont pas toujours représentatifs des employeurs actifs.

<sup>34</sup> Les résultats de ce travail sont publiés dans « La gazette sociale d'Ile-de-France » n° 41 de mars 2001.

L'enquête sur les agréments, conduite entre novembre 2002 et janvier 2003 par la direction des relations du travail auprès des DRTEFP, n'a pas eu de suites perceptibles et la mission relève qu'aucune réunion nationale rassemblant l'administration centrale, les MIRTMO et les DRTEFP ou leurs représentants n'a été organisée.

Sans porter de jugement sur le choix qui a été fait de séparer les fonctions de chef de l'inspection médicale du travail et de la main-d'œuvre et de chef du bureau en charge de la réglementation relative à la médecine du travail et aux services de santé au travail (choix conforté par la récente réorganisation de la sous-direction des conditions de travail qui fusionne ce bureau avec un autre), la mission a perçu, à travers ses entretiens avec les services de la DRT, comme dans la plupart des DRTEFP qu'elle a visités, un déficit préoccupant de coopération entre les acteurs médicaux et administratifs. Plus généralement, elle relève que la pluridisciplinarité, préconisée à juste titre par les textes, n'a pas encore d'existence réelle au sein des services centraux et déconcentrés du travail.

#### *2.2.3.2 Une approche politique purement réglementaire, sans contenu opérationnel*

La mission a relevé le caractère tardif de la transposition intégrale de la directive « cadre » européenne 89/391 du 12 décembre 1989, s'agissant de l'évaluation des risques et de la pluridisciplinarité.

Si une activité réglementaire importante est en cours de finalisation, avec l'ensemble constitué par la loi de modernisation sociale et les décrets relatifs à la pluridisciplinarité, à la reconversion de médecins généralistes en médecins du travail et à la réforme de la médecine du travail, l'effort de visibilité des réformes pour les employeurs et les salariés, comme pour les services de l'Etat chargés d'en assurer le contrôle reste à accomplir. Les orientations stratégiques 2003/2006 définies le 31 mars 2003 par le conseil supérieur de la prévention des risques professionnels et leur déclinaisons en actions pour 2003 n'abordent la question des services de santé au travail que sous l'angle des évolutions réglementaires et ne font pas le lien entre le rôle de ces services et les ambitions affichées en matière de veille sanitaire ou de prévention des cancers professionnels, par exemple. Quant à la directive nationale d'orientations pour 2003, elle ne précise pas les implications de la politique de santé au travail pour les SST.

En tout état de cause, la procédure d'agrément reste orientée sur les moyens des services de santé au travail et n'aborde que de très loin les questions d'activité des services de santé au travail en matière de veille sanitaire, d'évaluation et de prévention des risques professionnels, alors même que les décisions du Conseil d'Etat du 3 mars 2004 établissent que « il incombe aux autorités publiques chargées de la prévention des risques professionnels de se tenir informées des dangers que peuvent courir les travailleurs dans le cadre de leur activité professionnelle (...) et d'arrêter (...) les mesures les plus appropriées pour limiter et si possible éliminer ces dangers ».

## 2.2.4 *Dont les conséquences dommageables appellent des mesures correctrices*

### 2.2.4.1 *Un dispositif fragilisé*

La perte de crédibilité de la procédure d'agrément est patente. Les responsables des SST oublient ou négligent souvent d'en demander le renouvellement. Certains laissent sciemment fonctionner leur service dans l'illégalité pendant des mois, voire des années. Les agents de l'Etat semblent de leur côté résignés ou désabusés. Le mouvement de protestation des médecins inspecteurs a enrayé la procédure pendant des mois sans que l'Administration paraisse se soucier des conséquences. Cela n'a pu que contribuer à discréditer davantage le dispositif, comme en témoignent certaines réactions ironiques recueillies en région par la mission auprès d'interlocuteurs de l'administration.

Au delà de la procédure elle-même, c'est le droit du travail qui est ouvertement bafoué sur des domaines sensibles touchant à la santé et à la sécurité. La non application des dispositions relatives à l'action des médecins en milieu de travail en est une des illustrations les plus flagrantes mais non la seule. Dans un tel contexte, les enjeux sont peu visibles, ce qui explique le faible intérêt des parties en présence à faire fonctionner le dispositif de santé au travail, comme en témoigne la relative désaffection pour les instances de contrôle des services.

Par ailleurs l'irrégularité fréquente des situations et des décisions d'agrément entraîne une insécurité juridique, tant pour les services de santé au travail que pour les entreprises utilisatrices, et en définitive pour l'Etat dont la responsabilité pourrait se trouver mise en cause.

L'ensemble justifie les critiques contre une politique d'agrément ressentie comme hétérogène et aux fondements mal assurés et encourage les recours contre les directions régionales qui se risqueraient à rejeter des demandes pour non conformité à la réglementation.

### 2.2.4.2 *Une contribution aléatoire à la santé au travail*

L'agrément constitue le vecteur essentiel d'intervention de l'Etat vis à vis des services de santé au travail, et devrait donc être un élément central dans le dispositif de prévention et de santé au travail. Mais il fonctionne comme une procédure ancienne qui tourne à vide et dont on ne sait ce qu'on en attend.

Sa mise en œuvre formelle ne sert aucune politique déterminée et l'impact de ce dispositif sur la santé au travail reste inconnu et hypothétique en l'absence d'évaluation de la qualité des pratiques et des prestations, du service rendu.

Il y a là un chaînon défaillant dans l'intervention publique, dont les manquements contrastent avec les ambitions affichées en matière de prévention et de veille sanitaire.



### 3. Les voies d'évolution possibles

#### 3.1 Supprimer la procédure d'agrément ?

Il est tentant - si l'on considère le très faible taux de rejet des dossiers et l'importance des irrégularités - de conclure que cette procédure formelle, d'une efficacité limitée, et d'une conception obsolète, pourrait être supprimée au titre des simplifications administratives.

Mais, elle constitue la clé d'entrée dans les services de santé au travail pour les services de l'Etat. Les dysfonctionnements précités n'excluent pas une réelle connaissance et un suivi des services et, aussi émuée que soit la menace du retrait, l'agrément permet dans une certaine mesure d'influer sur leur évolution.

Tous les acteurs rencontrés s'accordent pour indiquer que le suivi des SST à travers la procédure d'agrément, aussi imparfait soit-il, a contribué au réel effort de mise à niveau intervenu dans la plupart des services ces dernières années, même si la mission n'a pas été en mesure, faute d'éléments d'évaluation, d'objectiver cette progression.

A l'inverse, la suppression de toute procédure de contrôle serait la porte ouverte à une régression de la prestation rendue par certains services.

Le transfert de la responsabilité du contrôle des services de santé au travail à la branche AT/MP apparaît, lui aussi, difficilement concevable eu égard à la faiblesse du contrôle social. La légitimité de l'Etat à intervenir n'est contestée par personne - entreprises et services de santé au travail en reconnaissent le bien-fondé. Son intervention est réclamée par de nombreux acteurs, notamment par les syndicats représentant les salariés en tant que : garant de la santé publique, arbitre et animateur des différents intervenants (préventeurs...), contrepoids dans un système dont l'équilibre initial est rompu par la faiblesse du contrôle social, notamment au plan local.

Mais surtout, la conjonction d'une attente toujours plus importante du citoyen vis à vis de l'Etat en matière de santé, le développement des cas de mise en cause de la responsabilité de la puissance publique<sup>35</sup> et d'une multiplication de risques plus diffus - plurifactoriels et ne restant pas cantonnés au périmètre exclusif de l'entreprise - rendent difficilement concevable toute remise en cause de l'engagement de l'Etat dans le champ de la santé au travail.

De surcroît, les pouvoirs publics, à l'heure où ils affirment leur responsabilité en matière de santé publique, ne sauraient se priver du levier d'action important que constitue la démarche de santé au travail.

---

<sup>35</sup> Décision du Conseil d'Etat du 3 mars 2004 concernant l'amiante.

## 3.2 Aménager la procédure d'agrément et la piloter plus efficacement

C'est la solution retenue actuellement qui se veut le reflet d'une conception plus « réaliste » des services de santé au travail de la part de la direction des relations du travail.

La réforme envisagée fait l'objet d'un projet de décret porteur d'améliorations potentielles indéniables.

Le projet de décret comporte des dispositions qui visent à renforcer le contrôle social et le rôle des commissions de contrôle<sup>36</sup> : élargissement des attributions de la commission, notamment pour ce qui concerne les conditions de nomination, de changement d'affectation et de licenciement des médecins du travail et le changement d'affectation d'une entreprise, participation de membres des commissions au conseil d'administration des services, formation des membres des commissions<sup>37</sup>.

Toutefois, le projet ne répond pas à certaines insuffisances patentes observées à propos des commissions de contrôle. Les pouvoirs publics doivent en particulier :

- éclaircir les règles de fonctionnement des commissions ;
- favoriser une plus grande participation des représentants des salariés (en leur reconnaissant un véritable statut, en élargissant les possibilités de désignation des représentants...);
- et, plus globalement, créer les conditions d'une plus grande prise en compte des propositions formulées par les commissions, par exemple, en rendant possible la participation du DRTEFP ou de son représentant (médecins inspecteurs et inspecteurs du travail) aux réunions des commissions de contrôle et de secteur.

Certains principes de bonne gestion sont clarifiés dans le projet de réforme. Il en est ainsi :

- de la non participation des présidents de service aux votes en commission de contrôle ;
- de l'impossibilité d'exercer simultanément des fonctions de médecin du travail et de gestionnaire des services ;
- de l'obligation créée d'adjoindre – dans un souci de transparence financière - un rapport comptable validé par un commissaire aux comptes au rapport administratif et financier (RAF) des services.

Toutefois, des améliorations supplémentaires pourraient être apportées :

- Des indicateurs comptables « clignotants » devraient être définis permettant d'attirer l'attention des médecins inspecteurs et des agents administratifs non spécialistes chargés du suivi des services de santé au travail et de faciliter leur analyse des éléments comptables contenus dans les rapports administratifs et financiers (RAF) des services.
- Le principe d'une déconnexion entre cotisation des entreprises et nombre de visites annuelles devrait être discuté.

Certaines dispositions facilitent le fonctionnement des services. A cet effet, le projet révisé les conditions de création des services. Il assouplit leur statut. Il introduit le principe d'un agrément provisoire (qui pourrait être une autorisation provisoire de fonctionner). Plus

<sup>36</sup> Conformément aux préconisations de l'accord interprofessionnel du 13 septembre 2000 sur la santé au travail et la prévention des risques professionnels.

<sup>37</sup> Le projet de décret transforme l'obligation (dont la mission a constaté qu'elle n'était généralement pas respectée) de création des commissions consultatives de secteur en faculté.

prometteuses sont les dispositions destinées à améliorer la concertation au sein des services et la qualité de leur fonctionnement, sans - bien sûr - les garantir. Il en est ainsi :

- de la création des commissions médico-techniques dans les services employant au moins 3 médecins du travail ;
- de l'introduction dans le code du travail du principe garantissant l'indépendance du médecin du travail<sup>38</sup> ;
- de la fin de l'obligation d'un examen clinique (visite) annuelle pour tous les salariés, mesure consommatrice de temps médical et insuffisamment ciblée qui est remplacée par une visite bi-annuelle.

Le texte introduit des obligations nouvelles justifiées : suivi du travail temporaire, généralisation à terme des fiches d'entreprise dans les petites entreprises.

Pour autant, le projet de réforme ne paraît pas satisfaisant.

D'abord, parce qu'il n'est accompagné d'aucune orientation précise sur les requis en matière d'agrément et de bon fonctionnement des services. La mission souligne, à cet égard, la nécessité que soient rendues applicables simultanément les nouvelles règles concernant les services de santé au travail et les principes et critères permettant de s'assurer de leur bon fonctionnement.

Mais aussi, parce qu'il comporte des lacunes et présente de réels dangers.

### **3.3 Aller plus loin pour faire de l'agrément l'outil d'une politique plus globale**

Les dispositions des projets de décret et d'arrêté ne tiennent pas suffisamment compte des insuffisances majeures et de l'état de détérioration du dispositif actuel déjà plus ou moins confusément connus, et que ce rapport ne vient que confirmer :

- Elles ne permettent guère d'espérer une meilleure application des dispositions existantes (tiers temps, fiches d'entreprises, plans d'activité des médecins...).
- Elles ne clarifient pas les interrogations persistantes (champ de l'agrément, indépendance des médecins...).
- Elles s'en tiennent à une logique de moyens et ne donnent pas de gages suffisants en matière de qualité (qualité des pratiques, pertinence et qualité des activités).
- Elles laissent même planer le risque d'une régression.
- Elles ne témoignent d'aucune volonté d'inscrire le dispositif dans une démarche de modernisation du fonctionnement de l'Etat.

a) Les dispositions concernant l'activité des médecins font courir un risque de régression.

Certes, les éléments pris en compte pour circonscrire cette activité ne posent pas de problème de principe. Ils font intervenir un nombre maximal d'entreprises suivies, un effectif de salariés suivis plafonné et calculé en fonction de la proportion de salariés devant bénéficier d'une surveillance médicale renforcée, un nombre maximal annuel d'examen médicaux (visites), et le temps que chaque médecin doit consacrer à l'action en milieu de travail.

---

<sup>38</sup> *A contrario*, la possibilité dorénavant offerte aux services de santé au travail de recruter des médecins en contrat à durée déterminée n'est pas un gage de plus grande indépendance.

Mais ces dispositions n'offrent aucune garantie quant à leur bonne application.

La question de l'effectif salarié suivi et de celui relevant d'une surveillance médicale spéciale qui fait l'objet dans toutes les régions d'estimations discordantes depuis des années, n'est en rien tranchée. Pour avancer, la mission propose que cette estimation relève désormais de la responsabilité conjointe de l'employeur et du médecin du travail chargé de leur suivi (avis conforme).

b) La question de la qualité du service rendu et de l'impact des prestations des services de santé au travail sur la santé des travailleurs n'est pas non plus abordée. La mission fait des propositions en la matière (cf. *infra*).

c) La déclinaison des principes déterminant l'activité des médecins prévue par le projet d'arrêté traduit une approche purement comptable et renforce la crainte d'une régression du service rendu par les services de santé au travail.

D'une part, les chiffres plafonds paraissent difficilement compatibles avec un service rendu de qualité, compte tenu des nécessités du tiers temps et des surveillances médicales renforcées.

D'autre part, rien n'est fait pour mieux assurer une meilleure organisation du tiers temps, pour mieux garantir la pertinence des activités qui lui sont dédiées, et pour contrôler sa réalisation effective.

d) Aucune contrepartie n'est obtenue aux conditions d'assouplissement données aux employeurs et aux services de santé au travail.

Si l'arrêté permet de régler - au moins temporairement - les problèmes de pénurie de médecins que connaissent certains services, il fait émerger, dans d'autres, des marges de manœuvre sinon un sureffectif qui, en libérant du temps de travail, laisse la porte ouverte à une amélioration du service rendu, tout autant qu'à des réductions d'effectifs des services de santé au travail. Il renforce les risques « d'abattage » sans créer aucune contrainte supplémentaire permettant une implication plus grande dans la connaissance et la surveillance des risques, ou la mise en place de mesures préventives bénéfiques à l'état de santé des travailleurs.

e) De façon plus globale, la volonté d'intégrer l'activité des services de santé au travail dans une approche programmatique de santé est à peine effleurée :

- aucune velléité d'inscrire la logique même de leur activité dans des programmes d'actions concertées ;
- aucune tentative d'introduire l'esprit de la LOLF (loi organique relative aux lois de finances), c'est à dire la définition d'objectifs et d'indicateurs et la prise en compte de résultats ;
- aucun souhait d'intégrer ces activités dans une approche plus globale de santé publique.

Sur la base de cette analyse, la mission propose un certain nombre d'évolutions qui impliquent un certain renforcement de l'action de l'Etat sans apporter, pour autant, de modification conséquente de l'équilibre général du dispositif de santé au travail.

## 4. Des propositions pour redonner sens à l'intervention de l'Etat vis à vis des services de santé au travail

### 4.1 Clarifier les responsabilités et les missions

#### 4.1.1 Préciser les responsabilités de l'Etat vis à vis des SST

La mission estime que l'intervention de l'Etat vis à vis des SST doit être réaffirmée et redéfinie.

Elle note que le principe même d'une telle intervention n'est remis en cause par aucune des parties prenantes au système et qu'il est ardemment soutenu par certains, qui souhaitent son renforcement. Il lui apparaît un élément clé dans l'architecture du système de santé au travail mise en place en 1946, dont l'effacement risque de profondément déséquilibrer ce système.

Selon elle, trois responsabilités de l'Etat devraient être distinguées et pleinement assumées.

##### 4.1.1.1 Assurer la couverture des besoins :

La mission considère qu'il appartient à l'Etat d'assurer que tous les salariés puissent être couverts par un service de santé au travail (SST) accessible. Le contrôle par l'inspection du travail de l'affiliation des entreprises à un service de santé<sup>39</sup> devrait inciter les employeurs à en organiser là où l'offre fait défaut. Toutefois, il ne semble pas en lui-même suffisant. La liberté laissée à l'initiative privée tend naturellement à délaissier les territoires ou secteurs jugés non rentables pour privilégier ceux caractérisés par une forte demande. Le cas de la région parisienne, où l'on constate sur certaines zones une forte densité de services en concurrence les uns avec les autres illustre bien ce phénomène, de même – en sens inverse – celui de certaines zones délaissées en Basse-Normandie ou dans le Haut-Rhin. Par ailleurs, l'atomisation croissante de la main-d'œuvre entre des unités de petites tailles suppose de fédérer et mutualiser les initiatives, ce qui ne va pas de soi.

Le respect de l'égalité devant la loi suppose donc une intervention des pouvoirs publics qui relève de la planification ou au moins de l'animation. C'est à cette fonction que se rattache l'approbation de compétences géographique et professionnelle, que les textes en vigueur prévoient, sans toutefois en expliciter l'objectif.

##### 4.1.1.2 Assurer un niveau minimum de qualité pour les services existants

Il appartient également à l'Etat d'assurer que les services existants sont organisés et fonctionnent dans des conditions qui leur permettent d'exercer correctement leur mission.

<sup>39</sup> Objet relativement fréquent de verbalisation, comme la mission a pu le constater sur le terrain.

Dans cette perspective, les pouvoirs publics ont nécessairement une double responsabilité :

- Fixer les exigences essentielles auxquelles doivent satisfaire les services pour fonctionner dans des conditions jugées acceptables. Cette responsabilité ressort de la fonction normative de l'Etat. Elle est déjà en partie définie dans les textes réglementaires. Elle mérite toutefois d'être précisée.
- Contrôler la conformité des services à ces exigences et sanctionner ceux qui ne satisfont pas aux normes. L'agrément des services et de leurs secteurs est conçu dans cette perspective. Mais il répond imparfaitement à cet objectif dans ses conditions actuelles de mise en œuvre.

#### *4.1.1.3 Inscrire la contribution des services dans le cadre d'une politique de santé au travail.*

Comme on l'a déjà souligné, l'Etat a une responsabilité essentielle d'impulsion et d'animation pour promouvoir la santé au travail. Les SST constituent des acteurs incontournables dans la mise en œuvre d'une politique de santé au travail.

Cette vocation des SST à contribuer à la mise en œuvre de priorités collectives en matière de santé au travail doit être reconnue de façon explicite. Elle doit également être organisée et encouragée par des procédures adaptées.

Le rôle de l'Etat vis à vis des services de santé au travail à cet égard pourrait opportunément faire l'objet d'une disposition législative sans toutefois constituer une condition *sine qua non* pour la mise en œuvre des propositions qui figurent ci-dessous.

#### **4.1.2 Définir les missions et les exigences essentielles auxquelles doivent satisfaire les services de santé au travail**

##### *4.1.2.1 Les exigences essentielles auxquelles doivent satisfaire les SST découlent de leurs missions*

En prévoyant que « *les employeurs (...) doivent organiser des services de santé au travail* », la loi crée une obligation pour ces services d'exister mais elle ne définit pas leur rôle et ne leur fixe pas explicitement d'objectif.

Seul est défini le rôle individuel du médecin du travail, lequel « *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* »<sup>40</sup>.

Encadrer le fonctionnement des services de santé au travail suppose au préalable d'être au clair sur les missions qui leur sont dévolues.

<sup>40</sup> Article L241-2 du Code du travail.

En se fondant sur le rôle actuellement imparti par les textes au médecin du travail et en tenant compte des évolutions récentes (notamment l'introduction de la pluridisciplinarité), celles-ci pourraient être définies comme suit :

- surveiller l'état de santé des travailleurs et les risques de contagion ;
- surveiller les conditions d'hygiène du travail et contribuer à l'amélioration des conditions de travail<sup>41</sup> ;
- contribuer à la prévention et à l'évaluation des risques professionnels ;

auxquels on ajouterait, pour répondre aux besoins de développement d'une politique de santé au travail :

- contribuer à l'amélioration des connaissances en matière de santé au travail et participer à la veille sanitaire.

Les missions des SST n'étant pas actuellement définies par la loi, cette définition, qui est cohérente avec les textes en vigueur, sur lesquels elle se fonde, n'implique pas nécessairement de modification législative ou réglementaire. Elle peut faire l'objet d'une simple explicitation de doctrine, dans un cadre concerté. Lui donner un contenu législatif permettrait toutefois de fonder le suivi des SST sur une base juridique solide qui fait actuellement défaut.

#### *4.1.2.2 Ces exigences méritent d'être explicitées.*

La mission estime qu'une base juridique doit asseoir une telle doctrine et que le projet actuel de décret devrait être complété en ce sens. A minima, ce noyau d'exigences essentielles doit s'intégrer dans la doctrine à élaborer par l'administration centrale.

Ces exigences essentielles concernent :

##### ➤ **Les moyens humains**

Les effectifs et les compétences auxquelles fait appel le service font l'objet de dispositions réglementaires précises. Les mesures de réforme envisagées devraient permettre de mettre en conformité la plupart des services pour ce qui concerne les effectifs médicaux. L'effort à venir doit être porté sur la mise en œuvre de la pluridisciplinarité et les qualifications. Dans cette perspective, devrait être envisagée la définition par voie réglementaire d'exigences minimum de qualification pour les directeurs de service. Des obligations de mise à jour régulière des qualifications et des connaissances pour toutes les catégories de personnel pourraient aussi être posées.

##### ➤ **Les moyens matériels**

Les locaux et les équipements doivent être conformes à la réglementation et à l'état des techniques. La disponibilité des équipements doit être appréciée avec une certaine souplesse, la possibilité pour le service de faire appel à des équipements et des capacités d'investigation spécialisés n'impliquant pas nécessairement qu'il en soit lui même propriétaire.

---

<sup>41</sup>Par référence à l'article 193 de la loi de mars 2002.

➤ **L'activité**

Les réformes en cours doivent permettre de faire respecter les exigences résultant de la réglementation en matière d'action sur le milieu de travail (tiers temps médical, plans d'activité, fiches d'entreprise), et de visites médicales.

➤ **Le respect des règles d'éthique et de déontologie**

Le respect du secret médical et de la dignité des salariés lors des visites médicales, l'indépendance des médecins du travail, font évidemment partie des exigences essentielles. La mission a pu constater que la question de l'indépendance des médecins du travail, point de rencontre entre le Code de déontologie médicale et Code du travail était fréquemment posée. Sa portée devrait être précisée dans le contexte des services de santé au travail et de leurs missions.

➤ **Le suivi, l'évaluation et le contrôle du service rendu**

L'obligation d'élaborer, à partir des rapports d'activité médicale, un rapport consolidé du service qui serait présenté à la commission de contrôle et à l'administration devrait améliorer le suivi et le contrôle de l'activité.

Une exigence de motivation de l'avis des médecins du travail et celui de la commission de contrôle concourrait également à cet objectif.

La mission suggère également que soit entamée une réflexion sur des référentiels de bonnes pratiques<sup>42</sup> en matière de santé au travail, ainsi que sur l'évaluation de ces pratiques.

➤ **La participation aux actions collectives dans le cadre de la politique de santé au travail**

Les services de santé au travail ne peuvent pas rester en dehors des orientations et priorités de la politique de santé au travail et leur contribution à celles-ci doit faire partie des objectifs prioritaires d'action de ces services.

---

<sup>42</sup> S'agissant des référentiels de suivi médical des salariés, la mission a relevé qu'il existe des référentiels réglementaires exigeant la réalisation d'examens périodiques précis en fonction des nuisances auquel le salarié est ou a été exposé tels que surveillance des salariés exposés au plomb, aux amines aromatiques, au bruit, aux rayonnements ionisants, suivi post-professionnel. Par ailleurs, la surveillance médicale des salariés ayant été exposés à l'amiante a fait l'objet d'une conférence de consensus, mais ce référentiel n'est pas encore introduit dans la réglementation. Enfin, des conseils de surveillance médicale sont proposés dans certaines publications, que ce soit dans les publications de l'INRS, en particulier les « *Documents pour le Médecin du Travail* », ou dans d'autres publications. En Allemagne, les principes applicables pour la surveillance médicale des salariés sont définis dans des « *Berufsgenossenschaftliche Grundsätze* », au nombre de 45 en septembre 2002.



## 4.2 Adapter les procédures

### 4.2.1 Définir un cadre cohérent de couverture des besoins au niveau régional

La procédure individuelle d'approbation des compétences géographiques et professionnelles de chaque service est mal comprise, mal appliquée (souvent confondue avec la procédure d'agrément) et pratiquement tombée en désuétude. Il est proposé de la supprimer et de la remplacer par une décision unique définissant les compétences géographiques et professionnelles de l'ensemble des SST d'une région. Cette décision serait préparée par une concertation avec les différents acteurs dans le cadre de la commission régionale de médecine du travail, où pourraient être débattues à cette occasion l'ensemble des questions ayant trait à la planification de l'offre, notamment celles relatives à la concurrence ou la complémentarité des services, au développement des plateaux techniques locaux et régionaux et au travail en réseau (entre SST, avec les autres acteurs de la prévention des risques professionnels, avec la médecine de ville).

Elle ferait l'objet d'un arrêté du préfet de région pris (sur proposition du DRTEFP) après avis de la commission régionale de médecine du travail, établissant la cartographie des services.

Cette décision serait valable sans limitation de durée, et modifiable dès que les conditions l'imposent.

Une telle procédure donnerait aux services de l'Etat la possibilité de réagir en cas de défaillance d'un service (cessation d'activité ou retrait d'agrément par exemple). Elle permettrait en effet de modifier la compétence géographique et professionnelle d'un service pour assurer la couverture des entreprises concernées et garantir la continuité des prestations de médecine du travail.

En cas de défaillance d'un service « fermé », l'arrêté permettrait à toute entreprise concernée de se tourner immédiatement vers le service « ouvert » compétent. En cas de défaillance d'un service « ouvert », il appartiendrait au préfet, sur proposition du DRTEFP, après consultation de la commission régionale de médecine du travail, de conférer à un ou plusieurs autres services de santé au travail (sauf si la cartographie existante prévoit déjà que les compétences nécessaires sont partagées par plusieurs services) les compétences retirées au service défaillant.

Le schéma proposé suppose une modification réglementaire. Il offre en contrepartie plusieurs avantages :

- clarification et simplification des procédures ;
- introduction d'une approche globale et concertée au niveau régional, qui se substitue à une approche ponctuelle par service dans le cadre d'un dialogue singulier entre le service et l'administration ;
- utilisation de la commission régionale de médecine du travail pour élaborer une politique de réponse aux besoins au niveau régional ;
- traitement des questions de compétence en fonction d'une analyse des besoins sans être tenu par la demande du prestataire ;
- possibilité de bâtir une solutions alternative en cas de défaillance d'un service.

#### 4.2.2 *Garantir un niveau minimum de qualité pour les services existants*

C'est la procédure d'agrément qui répond à cet objectif. L'agrément délivré par l'autorité administrative vise à vérifier et garantir que l'organisation et le fonctionnement du service répondent aux exigences essentielles exposées ci-dessus, lui permettant d'assurer ses missions dans des conditions satisfaisantes.

Le constat effectué par la mission suppose de réformer la procédure qui doit être :

- modulée dans ses modalités de mise en œuvre pour sortir de l'alternative dénoncée du « tout ou rien » ;
- crédibilisée, en cessant d'agréer par défaut des services qui ne répondent pas aux conditions ;
- améliorée dans sa gestion.

##### 4.2.2.1 *Moduler la procédure et la crédibiliser*

A la pratique rigide de l'agrément quinquennal, il est proposé de substituer une autorisation de fonctionner dont la durée pourrait être modulée en fonction de l'appréciation portée par l'administration sur la fiabilité du service, sans pouvoir dépasser un maximum de 5 ans.

Pour les services qui ne répondent pas aux exigences essentielles définies par les pouvoirs publics, toute pratique visant à accorder un agrément, même provisoire, limité ou conditionnel, présente un problème de principe important dans la mesure où elle engage l'Etat qui se porte garant de la conformité d'un service pour lequel il a pourtant identifié un manquement important. C'est le reproche essentiel qui peut être fait au projet actuel d'agrément non renouvelable, même si celui-ci peut dans la pratique faciliter l'action de l'administration. Il serait préférable, - lorsque la situation ne justifie pas un refus définitif et que le directeur régional du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle « *estime [que les écarts entre les conditions réelles de fonctionnement du service et les prescriptions relatives à la médecine du travail] peuvent être résolus moyennant un engagement précis de mise en conformité de la part du service de santé au travail* » -, d'y substituer une autorisation provisoire de fonctionner (limitée dans le temps), assortie d'un tel engagement formalisé, assorti d'échéances précises et de critères vérifiables.

Au delà de l'appellation, la transformation systématique de l'agrément en une autorisation de fonctionner évite d'apporter la garantie de l'Etat à un service qui ne satisferait pas toutes les dispositions réglementaires. Elle vise ainsi à remédier à ce qui apparaît comme un défaut de construction initial de la procédure - comment garantir la conformité à 100% d'un service? - lequel a été considérablement aggravé au niveau de sa mise en œuvre - l'agrément ayant été accordé malgré des manquements identifiés et parfois substantiels à la réglementation.

L'autorisation de fonctionner répond bien à la notion d'exigences essentielles : elle signifie que le service est considéré comme « suffisamment bon » pour exercer son activité, sans exclure qu'il ait à se mettre en conformité sur des points plus mineurs. *A contrario*, tout manquement à des exigences essentielles doit entraîner, après mise en demeure, une suspension provisoire ou un retrait définitif de l'autorisation de fonctionner.

La panoplie complète des moyens de contrôle de l'Etat doit être mobilisable vis à vis des SST pour permettre des sanctions graduées :

- autorisation provisoire de fonctionnement ;

- mise en demeure ;
- contravention ;
- suspension provisoire ;
- retrait de l'autorisation de fonctionner.

Cette proposition suppose des modifications réglementaires pour substituer l'autorisation de fonctionner à l'agrément et préciser les manquements aux exigences essentielles qui motivent le retrait de l'autorisation de fonctionner.

#### 4.2.2.2 *Améliorer la gestion*

##### ➤ **Accorder une autorisation de fonctionner par service et non plus par secteur**

D'ores et déjà, la pratique largement répandue consiste à accorder un agrément au service en tant que tel, et non pour chaque secteur pris individuellement. La sectorisation apparaît toutefois un principe utile pour l'organisation des services (taille limitée des équipes et proximité du prestataire) et doit être maintenue. L'autorisation de fonctionner serait donc accordée pour un service sur la base d'une organisation sectorielle donnée, ce qui permet d'exclure éventuellement un ou des secteurs jugés insatisfaisants.

##### ➤ **Assurer le respect des échéances pour supprimer les périodes de vide juridique**

La réglementation actuelle laisse à l'administration un délai de 4 mois pour répondre aux demandes d'agrément. Pour éviter les périodes de vide juridique fréquemment constatées entre deux agréments, il conviendrait de prévoir que la demande de renouvellement de l'autorisation de fonctionner doit obligatoirement être déposée quatre mois avant l'échéance. Les SST qui continuent de fonctionner sans autorisation sont passibles de sanctions pénales prévues par l'article R.264-1 du code du travail, lesquelles devraient être effectivement mises en œuvre à l'encontre des responsables.

L'application de ces dispositions suppose évidemment la tenue par les directions régionales d'échéanciers systématiques qui font trop souvent défaut actuellement.

##### ➤ **Améliorer les rapports annuels des services et des médecins du travail**

Les rapports annuels des médecins du travail sont inégaux, non harmonisés, souvent incomplets, et se révèlent difficilement exploitables malgré leur structuration par l'arrêté du 13 décembre 1990. Leur consolidation au niveau du service de santé au travail apparaît nécessaire pour donner aux institutions de contrôle social les moyens d'exercer correctement leur mission et permettre une évaluation du service rendu. Elle apporterait par ailleurs une contribution plus exploitable à l'objectif de veille sanitaire dans le domaine du travail.

Pour ce qui concerne les rapports administratifs et financiers des services, leur conception doit être revue et adaptée aux besoins opérationnels pour mettre fin à la pratique constatée dans plusieurs régions d'un questionnaire supplémentaire adressé aux services pour alimenter le logiciel IMT2, dont le contenu apparaît largement redondant par rapport aux informations déjà incluses dans le RAF.

L'informatisation des rapports d'activité et des rapports administratifs et financiers devrait être mise à l'étude pour permettre une transmission numérisée des données aux directions régionales qui doivent actuellement effectuer d'importants travaux de saisie.

#### **4.2.3 *Inscrire la contribution des services dans une démarche de progrès, dans le cadre d'une politique de santé au travail, à travers des "contrats d'objectifs"***

L'autorisation de fonctionner, comme l'agrément, s'inscrit essentiellement dans une démarche de moyens : dans le contexte rénové décrit ci-dessus, l'administration, qui contrôle la disponibilité des moyens et leur mise en œuvre effective (accomplissement des visites, réalisation du « tiers temps »), garantit un niveau minimum de conformité de l'offre. Le service autorisé est supposé répondre aux exigences essentielles lui permettant de remplir les missions qui lui sont fixées en matière de santé au travail.

En revanche, cette procédure ne donne pas de garantie sur l'impact des actions entreprises et les résultats obtenus en termes de santé au travail, que l'état actuellement embryonnaire des méthodes de connaissance et d'évaluation ne permet d'ailleurs pas d'appréhender<sup>43</sup>. Elle constitue, dans cette perspective, une condition nécessaire mais non suffisante.

Un premier pas dans cette voie consisterait à s'assurer que les moyens mis en œuvre le sont en fonction d'objectifs définis et ciblés. Il faudrait par ailleurs faire en sorte que les objectifs de ces organismes privés que constituent les services de santé au travail, s'insèrent dans le cadre d'orientations et de priorités collectives définies au niveau national et régional dans le cadre d'une politique publique de santé au travail. Car, comme le souligne le rapport sur la prévention sanitaire en milieu de travail, la politique de santé publique, y compris en milieu de travail, est clairement une responsabilité de l'Etat. La définition des objectifs et priorités lui revient.

Les actions de santé au travail conduites dans la région Nord-Pas-de-Calais, individuellement par certains services (par exemple une action « cancer »), ou collectivement et avec les services de prévention des risques professionnels (sur les CMR), en lien avec les programmes régionaux de santé, constituent un exemple d'implication des SST dans les actions de santé publique et dans des priorités collectives que la mission estime devoir développer sur l'ensemble du territoire national.

Le concept de « contrat d'objectifs » doit permettre de répondre à ces préoccupations. Cet outil, appliqué aux services de santé au travail, doit permettre :

- De les inscrire, sans renoncer à leur autonomie, dans une démarche collective et coordonnée, fondée sur des objectifs de santé au travail définis sur une base concertée.
- D'organiser le suivi de leur action dans une perspective d'évaluation des résultats, fondée sur la définition d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs correspondant aux objectifs fixés.
- De mobiliser l'important dispositif que représentent ces services pour contribuer à une politique de santé au travail, dont la définition et la mise en œuvre constituent un enjeu majeur.
- De donner une portée nouvelle au contrôle social, à travers une meilleure visibilité des enjeux (contribution à la détermination des objectifs) et une information plus opérationnelle (indicateurs de suivi).

<sup>43</sup> cf. rapport sur « la prévention sanitaire en milieu de travail »

Ces contrats seraient conclus pour une durée de trois ans entre l'Etat (DRTEFP) et le service de santé au travail ainsi qu'éventuellement la caisse d'assurance maladie. Les instances de contrôle social et la commission régionale de médecine du travail devraient être consultés sur le projet de contrat.

Sur la base d'un diagnostic de départ commun et en fonction des priorités nationales et régionales, le contrat fixerait les objectifs à atteindre durant sa période d'exécution, ainsi que les indicateurs de suivi et les méthodes d'évaluation contradictoire à l'échéance finale. Il pourrait s'étendre à des questions de méthode (par exemple développement et mise en œuvre de référentiels de pratique de la visite médicale) et de financement (tels que l'expérimentation de système de tarification novateurs, visant à dénouer le lien trop souvent fait avec la visite médicale).

En contrepartie des engagements pris dans le cadre du contrat d'objectifs, le service pourrait avoir accès à des financements : financements publics de l'Etat – par exemple dans le cadre de programmes régionaux de santé, financements de l'assurance maladie –branche AT-MP, FNPEIS - », autres financements – ORST<sup>44</sup> - et le cas échéant européens. Les organismes financeurs deviendraient cosignataires des contrats d'objectifs.

L'idée d'établir un lien entre la procédure des contrats d'objectifs et la tarification des accidents du travail et maladies professionnelles mériterait par ailleurs d'être mise à l'étude. En effet la constatation en fin de contrat des résultats obtenus en termes de santé au travail pourrait donner lieu à une modulation des cotisations des entreprises concernées, en adaptant et si besoin élargissant le système actuel des « ristournes » prenant en compte les efforts de prévention déployés par l'entreprise<sup>45</sup>.

La mise en œuvre de cet instrument peut être modulée selon des critères d'opportunité :

- le contrat d'objectif peut revêtir un caractère facultatif et être réservé aux seuls services volontaires et jugés aptes par l'administration ;
- il peut aussi être systématique, en prévoyant par exemple que la signature d'un contrat d'objectifs, qui matérialise la participation du service à la politique de santé au travail, constitue une condition obligatoire pour l'octroi de l'agrément.

La mission propose de saisir l'opportunité créée par la réforme de la médecine du travail pour lancer sans attendre une expérimentation dans chaque région auprès de services volontaires. Au terme de cette première période, et au plus tard dans un délai de trois ans, un premier bilan devrait être dressé sur la base duquel le choix entre faculté et obligation pourrait être débattu et les textes réglementaires permettant de systématiser cette procédure pourraient être rédigés.

#### **4.2.4 Reprendre en main les outils**

##### *4.2.4.1 Saisir l'opportunité créée par la réforme de la médecine du travail*

<sup>44</sup> Observatoire régional de la santé au travail.

<sup>45</sup> L'article L 242-7 du Code de la sécurité sociale prévoit un système de sanctions financières en cas de non observation des prescriptions de sécurité ou de « ristournes » venant récompenser des mesures de prévention ou de soins. Ces ristournes sont actuellement limitées à 1% des cotisations.

Comme on l'a vu précédemment, un des facteurs qui ont puissamment contribué au discrédit de la procédure d'agrément a été l'impossibilité, en raison du manque de médecins du travail, de faire respecter des dispositions réglementaires aussi essentielles que celles concernant le temps médical et le tiers temps.

Les projets de textes rendent désormais possible la mise en œuvre de ces dispositions réglementaires. Il s'agit maintenant pour l'Etat d'en exiger l'application. Ainsi, le temps médical libéré par l'espacement des visites peut et doit être affecté au travail de terrain des médecins sur les sites de production, sur la base d'un tiers temps effectif.

➤ **Un enjeu majeur pour la crédibilité de la procédure ...**

Celle-ci peut être réhabilitée et rétablie dans le rôle qui est le sien et ne doit pas être sous estimé : permettre aux pouvoirs publics de contrôler et garantir que les services de santé au travail disposent des moyens nécessaires pour exercer les missions qui leur sont confiées par le code du travail et les mettent effectivement en œuvre.

Dans le contexte actuel, toute défaillance à saisir immédiatement l'opportunité qu'offrent les nouveaux textes aurait pour effet de condamner définitivement la procédure d'agrément (ou d'autorisation de fonctionner, telle que proposée par le rapport) qui pourrait alors être purement et simplement supprimée.

➤ **...Et pour l'avenir du système français de santé au travail**

A travers la restauration des capacités d'action des médecins en milieu de travail, la réforme permet de réorienter l'action des services de santé dans une perspective plus collective. Au moment où se met en place une démarche systématique d'évaluation du risque professionnel et où se développe une approche programmatique de la santé publique qui inclut nécessairement la santé au travail, les services de santé au travail se trouvent face à un tournant à ne pas manquer. L'action de l'Etat à leur égard doit y contribuer.

*4.2.4.2 Impulser une action systématique et coordonnée de mise en conformité des services de santé au travail*

Dans cette perspective, la mise en œuvre de la réforme doit s'accompagner d'une campagne de contrôle systématique auprès des services de santé au travail, visant à les remettre en conformité avec la réglementation, en mettant l'accent sur leur intervention en milieu de travail et sur l'effectivité du tiers temps médical.. L'ensemble des services déconcentrés de l'Etat (DRTEFP, MIRTMO, DDTEFP, sections d'inspection) doit être mobilisé sur cette action qui devra être annoncée et explicitée au niveau local et qui utilisera tous les moyens disponibles, de l'incitation à la sanction. En cas de manquement significatif, les agréments actuels devront être suspendus et remplacés par une autorisation provisoire de fonctionner, sans préjudice de la mise en œuvre, en fonction des besoins, de l'ensemble de la gamme des moyens d'intervention et de sanction de l'Etat.

Les responsables des services de santé au travail doivent être convaincus que les errements antérieurs ne seront plus tolérés et que le tiers temps constitue une priorité pour les autorités de contrôle. L'ensemble pourra être présenté comme une contrepartie indispensable à la plus grande souplesse accordée par la réforme aux services de santé au travail et aux exigences revues à la baisse en matière de surveillance individuelle des salariés.

C'est pourquoi la mission estime urgent l'envoi d'instructions précisant les actions à engager vis à vis des services de santé au travail dès l'entrée en vigueur de la réforme.

Une circulaire devrait être diffusée concomitamment à la parution du décret et de l'arrêté en projet. Elle s'attachera à expliquer la cohérence et les objectifs des nouveaux textes et à répondre aux questions techniques que leur mise en œuvre est susceptible de soulever. Mais elle devra surtout impulser une action systématique et coordonnée de mise en conformité des services de santé au travail dans la perspective définie ci-dessus.

#### *4.2.4.3 Doter les services déconcentrés d'une doctrine vis à vis des SST*

Pour des motifs évidents d'égalité et de sécurité juridique, il est de la responsabilité de l'administration centrale de définir une doctrine nationale en matière de contrôle des services de santé au travail.

Celle-ci doit donner aux services déconcentrés des orientations et des éléments de référence pour combler le vide que la mission a pu constater sur certaines questions auxquelles ils sont confrontés telles que politique de concurrence, taille critique des services.

Elle doit également les doter de critères d'appréciation et de décision pour préciser certaines notions qui entrent dans les exigences essentielles requises des services : contenu et portée du tiers temps (le « tiers temps » est trop souvent comptabilisé de façon résiduelle, en y faisant entrer tout ce qui ne relève pas de la visite médicale, y compris les temps de déplacement, d'administration, de formation,...), critères d'indépendance ou de non indépendance des médecins du travail, minimum exigible en matière de contrôle social.

L'utilisation des différents leviers administratifs selon une logique d'approche graduée, la conduite à tenir en cas de défaillance avérée d'un service de santé au travail et les solutions de remplacement envisageables, sont autant de questions sur lesquelles des orientations devraient également être données aux directions régionales.

#### *4.2.4.4 Assurer le pilotage par l'administration centrale et par les DRTEFP*

Les services déconcentrés ont trop longtemps été laissés à eux-mêmes sur ces sujets et doivent pouvoir s'appuyer sur un pilotage au niveau central, relayé par les DRTEFP.

Celui-ci passe par :

- La diffusion d'éléments de doctrine et d'orientations pour le suivi des SST : Il s'agit de conforter les services de l'Etat sur le terrain, d'harmoniser leurs pratiques et d'articuler leur intervention avec la politique du travail et les actions de santé publique. Les échanges de bonnes pratiques, les analyses de cas, permettraient de donner un contenu concret et opérationnel à la doctrine.
- Le développement et la mise à disposition d'outils opérationnels : Les travaux engagés pour la réalisation de guides méthodologiques et de recueils de questions/réponses doivent être systématisés et menés à terme dans une perspective opérationnelle. La mise en place de bases de données, la mutualisation des réponses, permettraient de faire face à la forte montée en puissance des questions ponctuelles qui mobilisent de façon excessive et redondante les médecins inspecteurs dans des domaines pour lesquels ils ne sont pas

nécessairement les plus compétents (importance des questions juridiques) et d'éviter une forte déperdition d'énergie et de moyens.

- La formation initiale et continue des agents et tout particulièrement des MIRTMO dont les plus récemment nommés n'ont pas bénéficié d'un minimum d'adaptation au poste<sup>46</sup>, notamment en matière de connaissance de l'environnement administratif, de maîtrise des concepts et outils juridiques, d'appropriation des politiques de santé publique et de santé au travail – nationales et européennes – et de conduites d'actions partenariales interministérielles et inter institutionnelles. La formation des MIRTMO devra également porter sur la démarche méthodologique de conduite de programme de santé au travail.
- La rénovation des systèmes de collecte, de remontée et d'exploitation des informations : rapports annuels des médecins du travail et des services de santé au travail, en vue de mettre fin aux demandes redondantes et non harmonisées des DRTEFP, de développer des outils d'évaluation de la qualité du service rendu par les SST et de contribuer à la veille sanitaire.
- L'établissement de tableaux de bord nationaux de suivi de la mise en œuvre de la politique d'agrément et l'exploitation (sans doute après rénovation) des rapports annuels des MIRTMO.
- L'animation et l'organisation du réseau des services de l'Etat en favorisant le rapprochement entre les responsables administratifs et médicaux, tant au niveau central (renforcement de la coopération entre l'IMTMO et le bureau CT1 de la DRT désormais notamment en charge de la médecine du travail), que déconcentré (avec par exemple une réunion annuelle des MIRTMO et des représentants des DRTEFP).
- L'organisation de la coopération interministérielle au niveau central et déconcentré, notamment entre les services du travail, de la santé, de la sécurité sociale, de l'industrie et de l'environnement.
- L'implication des comités techniques régionaux et interdépartementaux (CTRI) dans la définition de la politique de santé au travail et le suivi de sa mise en œuvre à l'aide d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs.
- Le renforcement de l'implication des DRTEFP et du pôle « entreprises », des DDTEFP et des inspecteurs du travail, dans la mise en œuvre de la procédure d'autorisation ou d'agrément et le contrôle des SST.
- Le renforcement de l'intégration des MIRTMO dans les DRTEFP (participation aux réunions internes de la DRTEFP et à l'équipe de direction, évaluation des MIRTMO par le directeur régional, implication des MIRTMO dans les actions d'animation de l'inspection du travail).

Compte tenu des sollicitations croissantes dont les médecins inspecteurs font l'objet en région, concernant le traitement de problèmes individuels de reclassement ou d'inaptitude (L.241-10-1), une réflexion est également à mener sur l'approche éventuelle à favoriser (entre action à visée collective et actions à visée individuelle) ou sur la manière de concilier les deux.

De même, une réflexion mériterait d'être conduite sur la répartition et le partage de tâches entre médecins, infirmières et autres intervenants de prévention au travail.

---

<sup>46</sup> La mission a relevé avec intérêt les réflexions conduites par l'école nationale de santé publique (ENSP) sur le rapprochement des formations des médecins inspecteurs de santé publique, médecins de l'éducation nationale et médecins territoriaux autour d'un « cœur de métier commun ». Ces réflexions pourraient être utilement étendues aux MIRTMO, dans la mesure où les « connaissances clés » identifiées apparaissent largement communes.



### 4.3 Mettre les procédures au service d'une politique publique de santé au travail

A travers l'autorisation de fonctionner, l'Etat garantit que les services de santé au travail ont les moyens et la capacité de fonctionner dans des conditions satisfaisantes. Il importe de mobiliser et d'orienter l'action de ce dispositif dans le cadre d'une politique publique de santé au travail pour lesquels ils représentent un atout majeur.

Encore faut-il définir et expliciter les objectifs d'une telle politique. Dans cette perspective, la mission reprend à son compte les propositions du rapport IGAS de février 2003 relatif à la prévention sanitaire en milieu de travail. La définition par l'Etat, après débat public, comme le préconise ce rapport, des grands axes de la politique de santé au travail, leur déclinaison au niveau régional, doivent conduire les services de santé au travail à s'insérer dans une démarche de programme maximisant leur efficacité collective et leur impact en termes de santé au travail.

#### 4.3.1 Entrer dans une démarche de programme

##### 4.3.1.1 Des programmes de santé au travail

Les programmes proposés aux services de santé au travail dans le cadre de la démarche de contrats d'objectifs décrite ci-dessus doivent couvrir trois types de fonctions fondamentales :

- Amélioration des connaissances concernant les risques et, notamment, leur caractère plurifactoriel.
- Renforcement de la surveillance. Les SST, et plus particulièrement les médecins du travail, sont en mesure d'apporter une contribution essentielle au système de veille sanitaire et de suivi épidémiologique. La réforme de la médecine du travail et le desserrement des contraintes en matière de visite devraient être l'occasion de définir des protocoles adaptés pour mieux répondre à ce besoin.
- Contribution à la prévention des risques. Le temps médical dégagé par la réforme pour l'action en milieu de travail, le développement de la pluridisciplinarité, doivent être mis au service d'actions coordonnées de prévention des risques en lien avec les priorités de santé au travail. L'objet de ce rapport n'est pas d'identifier ces priorités. Mais, la démarche pourrait croiser différentes approches : maladie, accident, branche professionnelle, bassins d'emploi d'une part, priorités nationales et besoins des entreprises d'autre part.

##### 4.3.1.2 En lien avec la politique de santé publique

Le rapport sur la prévention sanitaire en milieu de travail a souligné l'anachronisme que constitue la déconnexion entre santé au travail et santé publique et les inconvénients du cloisonnement actuel.

La démarche programmatique en matière de santé au travail ne peut ignorer les objectifs de santé publique et son application aux services de santé au travail doit permettre de définir les conditions de leur concours aux programmes de santé publique : par exemple ceux concernant les risques environnementaux, les facteurs cancérigènes ou les risques psychosociaux.

### *4.3.1.3 Et dans la logique de la LOLF*

La constitution d'un programme de santé au travail au sens de la loi organique du 1<sup>er</sup> août 2001 relative aux lois de finance (LOLF) - fondé sur l'intervention croisée de la DRT, de la direction générale de la santé et de la direction de la sécurité sociale - n'a pas été retenue. Pourtant, cette nécessaire réflexion stratégique commune fait encore aujourd'hui défaut.

Le choix a été fait de conserver la DRT comme opérateur national public de la santé au travail. Il importe, dès lors, de veiller à mobiliser l'ensemble de ses agents, et notamment les inspecteurs du travail, autour de cet objectif, et d'organiser au niveau régional un partenariat plus large (interministériel, avec l'assurance maladie...).

### **4.3.2 Animer et coordonner au niveau régional**

La mise en œuvre d'une démarche de programmes ne saurait s'accommoder du maintien du dialogue singulier entre la direction régionale du travail et chaque service de santé pris individuellement.

#### *4.3.2.1 La mise en place de plans régionaux de santé au travail*

Les grands axes de la politique de santé au travail définis par l'Etat sur une base concertée au niveau national doivent être déclinés au niveau régional, où ils pourraient prendre la forme de plans régionaux de prévention et d'actions de santé au travail. De tels plans ne peuvent être conçus de façon isolée et doivent s'intégrer, ou à tout le moins s'articuler avec les priorités régionales de santé publique. L'exemple du Nord-Pas-de-Calais, où un volet santé au travail a été inclus dans pratiquement chaque programme régional de santé, montre qu'une telle articulation est possible, qui peut revêtir des formes différentes selon les régions.

Les priorités régionales pourront elles-mêmes être traduites au niveau local en fonction des caractéristiques propres aux bassins d'emploi considérés<sup>47</sup> et servir de base à la discussion des contrats d'objectifs avec les services de santé au travail.

#### *4.3.2.2 Elargir la commission régionale de médecine du travail et l'associer au groupe régional de santé publique*

La détermination des priorités régionales de santé au travail, le suivi de leur mise en œuvre et l'évaluation des résultats, doivent associer l'ensemble des acteurs concernés, et pas seulement MIRTMO et services de santé au travail. L'articulation de ces priorités avec la politique de santé publique suppose impérativement la participation des administrations de la santé et de l'assurance maladie.

Dans cette perspective il importe de développer au niveau régional un lieu de coordination et de concertation en matière de santé au travail. La commission régionale de médecine du

---

<sup>47</sup> Les travaux animés dans le Nord de la France par l'ISTNF ont mis en évidence des attentes fortes en matière de prise en compte de la dimension territoriale au niveau des bassins d'emploi et une volonté partagée, que la mission suggère d'appuyer, de développer des plateaux techniques locaux et régionaux et le travail en réseau (entre SST, avec les autres acteurs de la prévention des risques professionnels, avec la médecine de ville).

travail (qu'il serait logique de rebaptiser, comme les services, pour en faire une commission régionale de santé au travail) pourrait fournir le noyau de départ sous réserve :

- D'en élargir la composition. La commission devrait notamment être ouverte à la DRASS et à la CRAM et les partenaires sociaux encouragés à s'y faire représenter par des responsables du niveau pertinent pour exprimer un point de vue de politique de santé au travail et non un point de vue limité aux aspects techniques de la médecine du travail.
- D'en étendre les missions. La commission régionale devrait contribuer à la définition de la politique régionale en matière de santé au travail (déclinaison des priorités nationales, organisation de l'offre de services de santé au travail), suivre sa mise en œuvre (notamment à travers l'examen des contrats d'objectifs avec les services de santé au travail), participer à l'évaluation des résultats et proposer sur cette base les adaptations nécessaires.

Le travail de la commission devra s'intégrer à celui du futur groupement régional de santé publique prévu par le projet de loi relatif à la politique de santé publique.

#### *4.3.2.3 Une réorientation de l'activité des médecins inspecteurs*

La gestion actuelle de la procédure d'agrément conduit les MIRTMO à assurer une part importante, parfois même prédominante, de tâches administratives et juridiques pour lesquelles ils ne sont pas nécessairement les mieux armés, au détriment des fonctions nécessitant une expertise médicale qu'ils sont les seuls dans l'administration du travail à pouvoir apporter.

La mise en œuvre des propositions qui précèdent impose un recentrage de l'activité des médecins inspecteurs.

Leur compétence technique doit être mobilisée en priorité pour :

- Fournir un diagnostic permettant de dégager des priorités régionales de santé au travail articulées avec la politique de santé publique. Dans cette perspective, ils devraient se rapprocher des médecins inspecteurs de santé publique, et développer des modalités de travail en commun.
- Discuter avec chaque SST le contenu technique de son contrat d'objectifs, déterminant sa contribution aux objectifs d'amélioration des connaissances, de veille sanitaire et de prévention des risques, et contribuer à l'évaluation des résultats en fin de contrat. A cette fin, le MIRTMO devrait agir en collaboration avec les professionnels de la CRAM, appelée à contribuer financièrement (directement ou indirectement) à la mise en œuvre du contrat.
- Animer dans un cadre collectif l'action des services de santé au travail, répondre aux interrogations et difficultés suscitées par la mise en œuvre des priorités régionales et assurer le lien avec les réflexions plus politiques au sein de la commission régionale de santé au travail.
- Répondre aux besoins d'appui et d'animation de l'inspection du travail et de pluridisciplinarité au sein des services déconcentrés du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle identifiés par le rapport IGAS sur le pilotage et l'animation de la fonction d'inspection du travail<sup>48</sup>.

<sup>48</sup> Rapport " HOURCADE, LANNELONGUE, LUCAS, LEJEUNE" (Mars 2003, n° 2002 138).

Enfin, la question du pilotage de la santé au travail devra nécessairement être réexaminée au vu des résultats observés, sans exclure un transfert du suivi des SST au ministère chargé de la santé.

## **Conclusion**

La protection de la santé au travail, avec le développement du dialogue social et l'amélioration de la qualité de l'emploi et du respect des droits fondamentaux est une des 3 composantes clé de la politique du travail.

L'organisation et l'activité des services de santé au travail en est un des rouages essentiels.

La procédure d'agrément – que la mission propose de remplacer par une autorisation de fonctionnement - reste indispensable comme support juridique de l'intervention de l'Etat.

Le non-respect d'exigences essentielles que les textes réglementaires devraient préciser, doit conduire, à l'issue d'une période de mise en demeure, au retrait de toute autorisation de fonctionner. Ce n'est pas le cas aujourd'hui.

De surcroît, l'intervention de l'Etat doit s'inscrire dans une perspective plus large et conduire à une véritable politique de santé au travail à laquelle participeraient les services de santé au travail dans le cadre de contrats d'objectifs, à un niveau régional intégrant santé au travail et santé publique.

**Claire AUBIN**

**Gilles DUHAMEL**

**Daniel LEJEUNE**