Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Attractivité et formation des professions de santé au travail

RAPPORT

Établi par

Xavier CHASTEL

Hamid SIAHMED

Membres de l'inspection générale des affaires sociales

INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES

N°2017-023R

Patrice BLEMONT

Membre de l'inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche

igaenr
Inspection générale de l'administration de l'Éducation nationale et de la Recherche

N°2017-057

Expert associé

Pr. Jean-Marc SOULAT

Président du collège des enseignants de médecine du travail

- AOUT 2017 –

SYNTHESE

[1] La loi du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels dispose que, "dans un délai de douze mois à compter de sa promulgation, le Gouvernement remet au Parlement un rapport présentant des propositions pour renforcer l'attractivité de la carrière de médecin du travail, pour améliorer l'information des étudiants en médecine sur le métier de médecin du travail, la formation initiale des médecins du travail ainsi que l'accès à cette profession par voie de reconversion".

[2] Par lettre datée du 9 janvier 2017, les ministres chargées du travail, de la santé et de l'enseignement supérieur et de la recherche ont demandé au chef de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et au chef du service de l'inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (IGAENR), d'engager conjointement une mission sur l'attractivité et la formation des professions de santé au travail, permettant de rédiger le rapport susmentionné, avec un focus particulier sur l'amélioration des quatre points suivants : l'attractivité de la médecine du travail pour les étudiants en médecine ; les conditions de reconversion des médecins souhaitant devenir médecins du travail ; les capacités universitaires de formation en médecine du travail ; la formation des membres non médicaux des équipes pluridisciplinaires, y compris par le biais de formations communes à l'ensemble des membres de ces équipes.

[3] Le rapport souligne tout d'abord que selon les données actuellement disponibles concernant le nombre de médecins du travail, leur activité et le nombre de visites qu'ils doivent effectuer, l'application des réformes introduites par la loi du 8 août 2016 permet de régler, à terme, la question de la pénurie des médecins du travail, même s'il perdure une hétérogénéité dans leur répartition géographique.

[4] La mission souligne néanmoins la nécessité de se donner les moyens de compléter et fiabiliser les données pour confirmer ce diagnostic. Celui-ci pourrait d'ailleurs évoluer en fonction des mesures qui pourraient être prises pour favoriser le maintien en emploi à la suite du rapport demandé parallèlement à l'IGAS. La réforme annoncée par le Gouvernement concernant la prévention de la pénibilité pourrait également avoir un impact sur le constat dressé dans le rapport.

[5] Les changements d'organisation induits par la loi du 8 août 2016 génèrent en parallèle un besoin accru d'infirmiers en santé au travail, profession qui ne souffre pas d'un manque d'attractivité mais dont les capacités de formation doivent être augmentées[1]. L'inspection médicale du travail doit par ailleurs être dotée des outils de pilotage nécessaires pour favoriser le recrutement des médecins en zones sous-denses et pour accélérer la mise en place en pratique sur le terrain des équipes pluridisciplinaire des services de santé au travail, notamment en ce qui concerne le recrutement des infirmiers, ainsi que pour mesurer et améliorer la qualité des pratiques.

[1] Les délais impartis à la mission ne lui ont pas permis d'examiner le cas des différents intervenants en prévention des risques professionnels.

[6] Pour autant, et en lien avec l'amélioration de la qualité des pratiques, la question de la faible attractivité de la médecine du travail liée, d'une part à la qualité du recrutement, et d'autre part à son image de médecine administrative éloignée de la clinique, se pose. Cinq évolutions pourraient être introduites pour l'améliorer :

- la spécialité pourrait évoluer vers une médecine du travail et environnementale : les risques sont proches, les salariés constituent une partie de la population générale et le réseau des médecins du travail constitue un vigile avancé ;
- l'enseignement pédagogique du deuxième cycle devrait être modifié : des questions de médecine et santé au travail pourraient être insérées dans chaque unité d'enseignement (UE) et posées lors des épreuves classantes nationales informatisées (ECNI) dans les dossiers cliniques transversaux, les stages de découverte en service de santé au travail généralisés notamment en cinquième année ;
- la réforme du troisième cycle des études médicales représente une opportunité pour introduire certaines évolutions qui permettraient de renforcer le caractère original du cursus de la médecine et santé au travail, notamment le rapport avec l'entreprise ;
- L'extension limitée de prescription pourrait être octroyée au médecin du travail, dans deux cas : la délivrance d'un primo arrêt de travail, en alternative à une décision d'inaptitude toujours stigmatisante, et la pratique dans le respect des règles déontologiques, de la spécialité complémentaire acquise dans le cadre de la formation spécialisée transversale (addictologie, maladies allergiques…), qui concernera un faible contingent de médecins du travail ;
- le médecin du travail doit être intégré dans le parcours de santé ; il pourrait notamment être autorisé à alimenter le dossier médical partagé (DMP) via un volet spécifique "contexte et expositions professionnels ou santé au travail".

[7] La loi du 20 juillet 2011 a créé une nouvelle voie d'accès à la médecine du travail, ouverte aux médecins dont la spécialité initiale est autre et qui désirent se reconvertir. Cette voie représente une ressource significative pour l'accès à la spécialité, puisqu'en 2016, les collaborateurs médecins entrant en formation étaient deux fois et demi plus nombreux que les internes. Afin de garantir la pérennité de l'attractivité de cette filière, la mission propose de raccourcir de quatre à trois ans la durée de cette formation, en contrepartie de la mise en place d'une sélection à l'entrée effectuée par les universitaires.

[8] La médecine du travail est accessible dans le cadre d'une future reconversion pour les autres disciplines, mais l'inverse n'est pas possible dans la pratique. En contrepartie de l'instauration d'une sélection à l'entrée, il devrait être envisagé d'ouvrir aux médecins du travail, une voie de reconversion vers d'autres spécialités médicales telles que la santé publique ou la médecine générale.

[9] Au-delà de l'attractivité de la filière, une autre question doit être examinée, celle de la pérennité des capacités de formation. Le nombre d'hospitalo-universitaires de médecine et santé au travail est en régression depuis deux décennies, et dans certaines UFR, les équipes pédagogiques ont disparu ou sont quasi inexistantes.

[10] Deux types de mesure doivent être adoptés :

- les hospitalo-universitaires doivent être regroupés autour de quelques pôles forts structurés en recherche et renforcés par des médecins de terrain ;
- le modèle du parcours HU qui n'est pas compétitif avec celui d'un médecin du travail, à la fois au niveau de la rémunération et de la diversité de l'activité (essentiellement une médecine ambulatoire de consultation sans contact avec le milieu de l'entreprise), doit être repensé : un statut plus rémunérateur de PHU pourrait être proposé temporairement pour attirer les candidats ; le modèle de cotation des revues scientifiques de santé au travail, qui désavantage la discipline, doit être revu ; le développement de la recherche dans le domaine de la santé au travail doit être favorisé et accompagné.

[11] En ce qui concerne la formation des infirmiers de santé du travail, assurée en grande partie par les UFR de médecine, il conviendrait, pour favoriser la mise en œuvre des larges possibilités de délégation de tâches qui peuvent leur être accordées par les médecins, d'homogénéiser au niveau national et de renforcer le contenu théorique de leur formation.

[12] Un parcours de formation obligatoire des directeurs des services au travail devrait être instauré, compte tenu de leur rôle essentiel dans la déclinaison des mesures de la loi du 8 août 2016.

[13] La mission fait en dernier lieu les deux constats suivants :

- les problématiques de la santé au travail et celle de la santé environnementale sont proches, renvoyant principalement à des risques chimiques physiques et infectieux. Ce qui différencie les approches tient principalement aux niveaux de concentration des polluants qui sont plus élevés, en règle générale, dans le milieu de travail ;
- Les propositions émises par les nombreux rapports précédents touchant à la formation des médecins du travail, à la valorisation de la médecine du travail en tant que discipline médicale, à la reconstitution du vivier des enseignants hospitalo-universitaires et à la redynamisation de la recherche sont en grande partie restées sans suite.

[14] Par ailleurs, l'une des priorités du président de la République est le développement et le renforcement de la politique de prévention.

[15] Dans ce contexte, la mission recommande que le pilotage national de la politique globale de la santé au travail soit confié au comité interministériel pour la santé en associant travail, santé et environnement, et qu'un seul plan national et des plans régionaux uniques de développement et de renforcement de la prévention en santé soient mis en place, regroupant l'ensemble des plans par milieu existants actuellement.

SOMMAIRE

SYNTHESE 3

RAPPORT 11

1 LES DONNEES ET PERSPECTIVES DEMOGRAPHIQUES SUR LES MEDECINS DU TRAVAIL ET LES MODALITES D'APPLICATION DE LA LOI DU 8 AOUT 2016 DOIVENT ENCORE ETRE CLARIFIEES 13

1.1 Les médecins du travail seraient, à horizon de 10 ans, en nombre suffisant dans le cadre des obligations et des évolutions organisationnelles induites par la loi du 8 août 2016 13

1.1.1 La baisse du nombre de médecins du travail a ralenti depuis 2013 13

1.1.2 Les projections des effectifs de médecins du travail à l'horizon 2030 restent fragiles 15

1.1.3 Le suivi de l'état de santé des salariés du secteur privé, dans les conditions prévues par la loi du 8 août 2016, pourrait être effectué à moyen terme avec environ 4 200 médecins du travail, pour autant qu'il y ait suffisamment d'infirmiers de santé au travail pour permettre les nécessaires évolutions organisationnelles et partages des tâches 17

1.2 Les services de santé font face à un déficit de médecins du travail en zones "sous-denses" 24

1.3 La DGT doit définir plus précisément le nombre de salariés que doit suivre l'équipe pluridisciplinaire ainsi que la composition de celle-ci 26

1.4 La mise en place d'une certification obligatoire, confiée à la HAS, pourrait accélérer la mise en place des nouvelles organisations et d'une évaluation des pratiques 29

2 LA STABILITE DU CADRE LEGISLATIF, LE CONTENU DES ETUDES DE MEDECINE ET L'INTEGRATION DANS LE PARCOURS DE SANTE SONT TROIS FACTEURS ESSENTIELS D'ATTRACTIVITE POUR LA MEDECINE DU TRAVAIL 32

2.1 L'évolution fréquente du cadre législatif donne un sentiment d'incertitude sur le devenir du métier de médecin du travail 32

2.2 Le contenu des études de médecine pourrait mieux mettre en valeur la médecine du travail 34

2.2.1 La discipline souffre d'un manque de reconnaissance et d'une image de médecine "administrative" 34

2.2.2 L'enseignement du deuxième cycle devrait valoriser la médecine de prévention 38

2.2.3 Des forums des métiers devraient être organisés par toutes les UFR 41

2.2.4 La réforme du troisième cycle des études médicales représente une opportunité pour renforcer le caractère original du cursus de la médecine du travail 42

2.2.5 La spécialité pourrait évoluer vers une médecine du travail et environnementale 45

2.3 Le médecin du travail doit être intégré dans le parcours de santé 47

2.3.1 La possibilité d'extension "encadrée" du droit de prescription est à envisager 47

2.3.2 La communication entre la médecine du travail et la médecine ambulatoire doit être encouragée et facilitée 49

2.3.3 Le parcours professionnel des salariés doit pouvoir être tracé, grâce à la mise en place de l'interopérabilité des systèmes d'information des services de santé au travail 51

3 LES AUTRES VOIES D'ACCES A LA MEDECINE DU TRAVAIL 53

3.1 Le diplôme de l'Institut national de médecine agricole peut donner accès à l'exercice de la médecine du travail par le biais de la procédure de qualification 55

3.2 Les « collaborateurs médecins » représentent une ressource significative pour l'accès à la spécialité 56

3.3 La durée de la formation des « collaborateurs médecins » devrait être abaissée, en contrepartie d'une sélection à l'entrée 58

3.4 Ces mesures pourraient être élargies au concours européen 60

3.5 Les médecins du travail devraient également pouvoir se reconvertir 60

3.6 Le recrutement de médecins à diplôme européen dans les services de santé au travail devrait être assorti d'une formation en droit social 61

4 LE NOMBRE DE POSTES D'HOSPITALO-UNIVERSITAIRES EN MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL EST EN REGRESSION DEPUIS DEUX DECENNIES. ILS DOIVENT ETRE REGROUPES ET RENFORCES PAR DES MEDECINS DE TERRAIN ET LEUR SUCCESSION FAVORISEE 62

4.1 Certaines équipes pédagogiques sont quasi inexistantes 62

4.2 La carrière HU de médecine du travail doit être rendue plus attractive 65

4.2.1 Le vivier des assistants hospitalo-universitaires pourrait être reconstitué en repensant le modèle du parcours HU 65

4.2.2 Le faible niveau de cotation des revues scientifiques de santé au travail désavantage la discipline 66

4.2.3 La recherche dans le domaine de la santé au travail doit être favorisée 67

4.3 Le regroupement des équipes pédagogiques autour de quelques pôles structurés en recherche doit permettre d'augmenter l'attractivité de la formation 70

4.4 L'organisation de centres de ressources pour pathologies professionnelles doit être cohérente avec le regroupement fonctionnel des enseignements 72

4.5 Les UFR devraient s'appuyer sur des équipes pédagogiques issues des services de santé et coordonnées par les HU 72

5 LA FORMATION DES AUTRES ACTEURS DES SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL 74

5.1 La formation des infirmiers de santé au travail devrait être renforcée dans le cadre d'une licence professionnelle définie au niveau national 74

5.2 Les équipes pédagogiques devraient être élargies à des acteurs de terrain et couvrant l'ensemble des compétences nécessaires 77

5.3 Les directeurs des services au travail devraient également suivre une formation obligatoire 77

6 CE RAPPORT POURRAIT ETRE L'OCCASION DE REVOIR LA GOUVERNANCE DE LA SANTE AU TRAVAIL 79

6.1 La question de la démographie des médecins du travail a été abordée dans de nombreux travaux 79

6.2 Les enjeux de la médecine du travail recoupent plusieurs plans d'action lancés séparément par les ministres chargés de la santé et du travail 79

6.3 Plusieurs plans nationaux et régionaux traitent de la prévention 81

6.4 Le ministère la santé doit être étroitement associé aux décisions concernant la médecine du travail 81

6.5 Le ministère de l'environnement est aussi concerné 82

6.6 Le comité interministériel pour la santé doit s'ériger en un comité de pilotage national de la politique globale de la santé au travail et associer travail, santé et environnement 83

CONCLUSION 85

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION 89

LETTRE DE MISSION 93

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES 97

ANNEXE 1 PROPOSITIONS DE MODIFICATIONS DES ITEMS DE DCEM 105

ANNEXE 2 PROPOSITIONS DE CLASSEMENT DES PUBLICATIONS DANS LE DOMAINE DE LA SANTE AU TRAVAIL PAR LA SOUS-SECTION DE MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL DU CNU (SOUS-SECTION 46-02 DE LA SECTION 46 DE SANTE PUBLIQUE) 109

ANNEXE 3 DEMOGRAPHIE DES ENSEIGNANTS TITULAIRES HU DE MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 115

SIGLES UTILISES 121

PIECE JOINTE N°1 MAQUETTES DE FORMATION DES DE MEDECINE GENERALE - MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL - SANTE PUBLIQUE 125

PIECE JOINTE N°2 GRILLE D'EVALUATION DU CNU 141

PIECE JOINTE N°3 CARTOGRAPHIE DES EQUIPES DE RECHERCHE DU CHAMP SANTE-TRAVAIL REALISEE PAR L'ITMO SANTE PUBLIQUE 147

PIECE JOINTE N°4 SYNTHESE ET PROPOSITIONS DU GROUPE DE TRAVAIL DU COCT SUR LA GOUVERNANCE DU SYSTEME DE SANTE AU TRAVAIL ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL. 163

RAPPORT

[16] La loi du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels dispose que, "dans un délai de douze mois à compter de sa promulgation, le Gouvernement remet au Parlement un rapport présentant des propositions pour renforcer l'attractivité de la carrière de médecin du travail, pour améliorer l'information des étudiants en médecine sur le métier de médecin du travail, la formation initiale des médecins du travail ainsi que l'accès à cette profession par voie de reconversion".

[17] Par lettre datée du 9 janvier 2017, les ministres chargées du travail, de la santé et de l'enseignement supérieur et de la recherche ont demandé au chef de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et au chef du service de l'inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (IGAENR), d'engager conjointement, une mission sur l'attractivité et la formation des professions de santé au travail, permettant de rédiger le rapport susmentionné, avec un focus particulier sur l'amélioration des quatre points suivants :

- l'attractivité de la médecine du travail pour les étudiants en médecine ;
- les conditions de reconversion des médecins souhaitant devenir médecins du travail ;
- les capacités universitaires de formation en médecine du travail ;
- la formation des membres non médicaux des équipes pluridisciplinaires, y compris par le biais de formations communes à l'ensemble des membres de ces équipes.

[18] Ces quatre points correspondent aux orientations pour le développement de la formation des professionnels de la santé au travail et en particulier des médecins du travail, adoptées le 13 juin 2016 par le groupe permanent d'orientation du Conseil d'orientation des conditions de travail (COCT), composé des partenaires sociaux, de l'Etat et de la CNAMTS.

[19] La mission a été conduite par Xavier CHASTEL et Hamid SIAHMED pour l'IGAS et Patrice BLEMONT pour l'IGAENR.

[20] Elle s'est inscrite dans le contexte de la loi du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, c'est-à-dire qu'elle n'aborde pas la question de l'impact de la place et du rôle du médecin du travail sur l'attractivité de la profession. Cette place et ce rôle sont particuliers à la France, aucun autre pays en Europe ou dans le monde n'a une organisation identique de la surveillance et de la protection de l'état de santé des salariés vis-à-vis des impacts potentiels du milieu professionnel.

[21] Ainsi la mission a estimé non pertinent de procéder à des comparaisons internationales sur le contenu de la formation des médecins du travail et de ses conséquences éventuelles en termes d'attractivité de la profession.

[22] Elle s'est appuyée en revanche sur de nombreux entretiens avec les représentants des diverses organisations professionnelles et syndicales des médecins du travail (y compris celles réunissant les enseignants) et des infirmiers du travail, les représentants des étudiants en médecine et des internes de médecine du travail.

[23] Afin d'avoir la vision la plus concrète possible des difficultés rencontrées et des solutions envisageables, la mission a effectué trois déplacements en région (Nouvelle Aquitaine, Hauts-de-France et Grand-Est) au cours desquels elle a rencontré les acteurs concernés à l'université (doyen, coordonnateur du DES, enseignants, étudiants, internes) et à la DIRECCTE (directeur régional, médecins inspecteurs du travail), et sur le terrain (un service interentreprises, un service autonome).

[24] Le rapport comporte six parties : la première réexamine de façon approfondie le constat inscrit dans la lettre de mission "d'une évolution des effectifs de médecins du travail préoccupante", qui nécessiterait de "former davantage de médecins du travail" et fait le lien avec la question du pilotage de la santé au travail (SST) par l'administration centrale ; les quatre suivantes traitent les quatre sujets figurant explicitement dans la lettre des ministres : l'attractivité des études de médecine, les conditions de reconversion des médecins souhaitant devenir médecin du travail (en y adjoignant les conditions d'accès à l'exercice de la profession pour les médecins étrangers) ; la question des capacités universitaires ; la formation des membres non médicaux des équipes pluridisciplinaires, y compris par le biais de formations communes à l'ensemble des membres de ces équipes (nous aborderons également la problématique de la formation des directeurs de service de santé au travail) ; enfin la mission a souhaité aborder dans une dernière partie les conditions préalables à une mise en œuvre réussie de tout ou partie des recommandations du rapport.

[25] La mission ne considèrera pas la question de l'attractivité de la médecine du travail dans la fonction publique (Etat, hôpitaux et collectivités territoriales) ou dans les entreprises du secteur agricole. La première a été traitée dans un rapport réalisé par l'IGA, l'IGAS et l'IGAENR en septembre 2014 sur "*la médecine de prévention dans les trois fonctions publiques*"[2] et s'est traduite par la mise en place d'un groupe de travail interministériel piloté par la direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP), la seconde nécessiterait l'accord du ministre chargé de l'agriculture et la participation de membres du CGAEER (Conseil général de l'Alimentation, de l'Agriculture et des Espaces Ruraux).

[26] La mission n'abordera également pas, compte tenu du temps qui lui est imparti, la question de l'attractivité des services de santé aux travail pour les ergonomes, les ingénieurs et techniciens HSE, les psychologues du travail, les toxicologues et les épidémiologistes qui constituent, au sens de la convention collective des services de santé au travail, les IPRP (intervenants en prévention des risques professionnels). Leurs formations ne se déroulent pas en lien avec les unités de formation et de recherche (UFR) de médecine.

[2] M2014-051 rapport établi par Philippe BARBEZIEUX, Véronique MARTIN SAINT LEON, Patrick SEGAL IGAS, Marie-Louise SIMONI, Bénédicte RENAUD-BOULESTEIX IGA et Patrick ALLAL, Rémy GICQUEL IGAENR.

1 LES DONNEES ET PERSPECTIVES DEMOGRAPHIQUES SUR LES MEDECINS DU TRAVAIL ET LES MODALITES D'APPLICATION DE LA LOI DU 8 AOUT 2016 DOIVENT ENCORE ETRE CLARIFIEES

1.1 Les médecins du travail seraient, à horizon de 10 ans, en nombre suffisant dans le cadre des obligations et des évolutions organisationnelles induites par la loi du 8 août 2016

[27] La lettre de mission se base sur une "baisse de 31 % du nombre de médecins du travail en équivalents temps plein entre 2005 et 2014" et s'inscrit de ce fait dans le contexte d'une évolution des effectifs de médecins du travail qui serait préoccupante.

1.1.1 La baisse du nombre de médecins du travail a ralenti depuis 2013

[28] Il est à signaler au préalable que la Direction Générale du Travail (DGT) ne suit plus annuellement l'évolution du nombre de médecins du travail, ce qui, dans le contexte de la mission, peut surprendre. La mission regrette que le service de l'inspection médicale du travail ne lui ait pas fourni les données 2016 demandées.

[29] Le bilan le plus récent émanant de la DGT est celui indiqué dans le bilan 2014 du COCT. Le nombre de médecins du travail exerçant en services de santé interentreprises ou autonomes serait de 5048 (en ETP) en 2014, en baisse de 31 % depuis 2014. Sur les trois dernières années, entre 2011 et 2014, la baisse serait de 18 %.

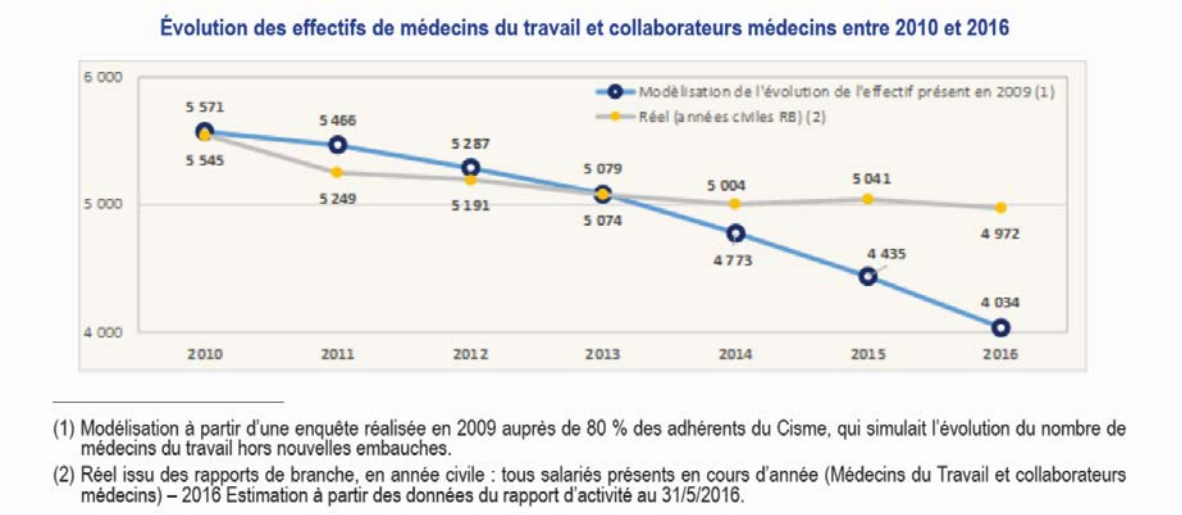
Tableau 1 : Evolution des effectifs de médecins du travail
(total en ETP au 1er janvier de chaque année)

Année	Effectif en ETP	Évolution n/n-1 (en %)
2002	7 067	
2003	7 083	0 %
2004	7 359	4 %
2005	7 331	0 %
2006	6 573	- 10 %
2007	6 993	6 %
2008	6 993	0 %
2009	6 874	- 2 %
2010	6 435	- 6 %
2011	6 153	- 4 %
2012	5 547	- 10 %
2013*	5 320	- 4 %
2014**	5 048	- 5 %

Source : *Bilan 2014 du COCT : données transmises par les DIRECCTE à partir des rapports d'activité des services de santé au travail*

[30] Les données du CISME[3] ne corroborent pas une baisse aussi rapide des effectifs de médecins du travail. Cette baisse serait même ralentie depuis la création de la passerelle des collaborateurs médecins (voir *infra*) qui permet aux médecins exerçant une spécialité différente de se reconvertir en médecins du travail.

Graphique 1 : Données du CISME sur la démographie des médecins du travail



Source : *CISME*

[31] Le graphique ci-dessus qui figure dans le document "chiffres-clés 2015-2016 du CISME" publié en janvier 2017 est issu d'une enquête réalisée en 2009 auprès de 80 % des adhérents du CISME. Il indique un nombre de médecins du travail légèrement inférieur en 2016 à 5 000, en baisse d'environ 10 % depuis 2010[4].

[32] Au-delà de la tendance, les données du CISME ne sont pas immédiatement comparables avec celles de la DGT : elles portent sur un champ différent et pour effectuer la comparaison, il convient d'effectuer les corrections suivantes de périmètre :

- le CISME ne prend pas en compte les médecins du travail des services de santé autonomes[5], dont l'effectif serait, d'après les données 2011 et 2012 de la DGT, de l'ordre de 660 ;
- il intègre en revanche les collaborateurs médecins, qui sont au nombre de 107 pour 2013 (1ère promotion) et 215 pour 2014 (1ère et 2ème promotion), ainsi que les médecins en cumul emploi-retraite, qui représentent 9 % des médecins des services de santé interentreprises (en ETP) ;
- les données du CISME sont en effectif et non en ETP ; la conversion s'effectue en prenant un temps de travail moyen des médecins du travail égal à 80 %.

[33] Le tableau suivant permet la comparaison des données sur le champ qui intéresse la mission : l'ensemble des médecins exerçant en services de santé, interentreprises ou autonomes, y compris les collaborateurs médecins.

[3] Association à but non lucratif, le CISME (Centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise) fédère et représente les services de santé au travail interentreprises. Il est également le dépositaire de la convention collective qui définit le cadre dans lequel les personnels des services exercent leur activité.

[4] Les données du CNOM confirment la tendance à la diminution plus lente que celle indiquée par la DGT : sur la période 2007/2017, les effectifs de médecins spécialistes en médecine du travail inscrits au tableau de l'ordre en activité régulière ont diminué de 17,2 %.

[5] Service de santé autonome : Service de santé intégré à l'établissement ou à l'entreprise.

Tableau 2 : Comparaison des données de la DGT et du CISME à champ identique

	COCT corrigé	CISME corrigé
2010	7 071	6 370
2011	6 762	6 074
2012	6 096	6 016
2013	5 953	5 899
2014	5 762	5 829
2015	ND	5 866
2016	ND	5 797

Source : *Mission*

[34] Les données sont proches à partir de l'année 2012. L'effectif de médecins du travail travaillant actuellement dans les services de santé au travail est en 2016 d'environ 5 800, intégrant 540 collaborateurs médecins et 680 médecins en cumul emploi-retraite.

[35] Le CNOM confirme ces données et la tendance à la diminution plus lente que celle indiquée par la DGT : sur la période 2007/2017, les effectifs de médecins spécialistes en médecine du travail inscrits au tableau de l'ordre en activité régulière ont diminué de 17,2 %.

[36] La mission tient à signaler que les données du RPPS[6], sur lesquelles travaillent la DREES et l'ONDPS[7], se sont révélées non exploitables pour évaluer le nombre de médecins du travail exerçant dans les services de santé au travail : beaucoup de médecins "reconvertis" n'ont pas déclaré leur changement de spécialité dans le RPPS.

[37] Les analyses qui se basent sur le nombre de médecins du travail sous-estiment de plus de 20 % le nombre de médecins exerçant réellement la spécialité et intègrent les médecins du travail exerçant dans les trois fonctions publiques et les organismes de sécurité sociale.

1.1.2 Les projections des effectifs de médecins du travail à l'horizon 2030 restent fragiles

[38] Les données utilisées par la Cour des Comptes dans son rapport de novembre 2012 "*les services de santé au travail : une réforme en devenir*" et par l'Assemblée Nationale et le Sénat pour adopter l'amendement à la loi du 8 août 2016 demandant la remise par le Gouvernement, dans un délai de douze mois à compter de la promulgation de la loi, d'un rapport présentant des propositions pour renforcer l'attractivité de la carrière de médecin du travail, sont les résultats de la projection réalisée par la DREES[8] en 2008.

---

[6] Le RPPS (répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé) a remplacé le répertoire Adeli qui, de 1984 à 2011, recensait lui aussi de manière exhaustive l'ensemble des médecins et leurs caractéristiques. Ce dernier souffrait cependant de carences statistiques, malgré une amélioration constante de la qualité. En effet, si pour les libéraux l'inscription au répertoire était obligatoire afin de pouvoir prescrire, elle possédait un caractère moins contraignant pour les salariés ; une faible partie d'entre eux n'était pas répertoriée. Un redressement du répertoire a été effectué jusqu'en 2009 afin de corriger ce défaut. De même, la désinscription au répertoire Adeli n'était assortie d'aucune obligation contrairement au RPPS. Ainsi, Adeli recensait plus de professionnels âgés que les autres sources et moins de professionnels jeunes, lesquels tardaient à s'inscrire tant que cela n'était pas obligatoire pour leur activité. Malgré ces quelques défauts structurels bien identifiés, Adeli reste le seul fichier permettant d'analyser l'ensemble des médecins sur longue période.

[7] Observatoire national de la démographie des professions de santé.

[8] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère chargé de la santé.

[39] Celle-ci prévoyait que les effectifs de la spécialité médecine du travail diminueraient de 61,7 % d'ici 2030 et s'élèveraient ainsi à 2 350. Selon la Cour des Comptes, à l'horizon 2015, on ne devait plus compter qu'environ 3 200 médecins du travail en poste, à temps partiel pour 54 % d'entre eux.

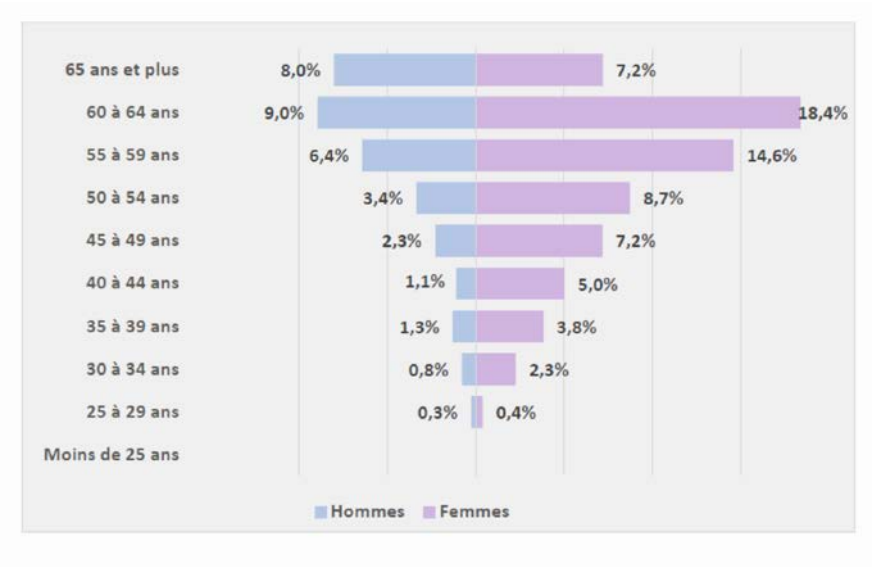
[40] La DREES a actualisé son modèle en 2016. Elle aboutit à des effectifs bien supérieurs à ceux auxquels elle arrivait dans la projection 2008. Cette différence serait essentiellement liée au doublement entre 2007 et 2015 du nombre de postes d'interne ouverts en médecine du travail (respectivement 60 et 194) et pourvus (respectivement 54 et 104).

[41] En 2030, selon la nouvelle projection, la France compterait 3960 médecins du travail.

[42] Cette projection est malheureusement basée sur des hypothèses erronées : outre les erreurs de champ susmentionnées, elle ne prend pas en compte notamment[9] les médecins obtenant leur qualification en médecine du travail via la voie de reconversion des collaborateurs médecins (voir *infra*). Depuis l'ouverture de cette voie d'accès en 2013, le nombre de médecins ainsi formés s'élève en moyenne à 135 par an.

[43] Dans une perspective de projection, sans modèle actuellement disponible, il est possible de se baser sur la pyramides des âges figurant dans "les chiffres clés du CISME 2015-2016" :

Graphique 2 : Pyramide des âges des médecins du travail et des collaborateurs médecins en 2015 (en personnes physiques)



Source : *CISME*

[44] La mission fait l'hypothèse que la pyramide des âges des médecins du travail exerçant en service autonome est identique.

[45] D'ici dix ans, la moitié de l'effectif partira à la retraite, il ne restera que 2 900 médecins du travail dans les services de santé.

[9] Les cumuls emploi-retraite ne sont également pas appréhendés. En moyenne les médecins du travail du modèle qui cessent leur activité ont 62,7 ans. Il s'agit des cessations définitives ou temporaires qui ne sont pas distinguées : les médecins cessent leur activité, et simplement un médecin en fin de carrière a une probabilité très faible de reprendre son activité dans les années suivantes.

[46] A cet effectif s'ajouteront les arrivées si les tendances de formation actuelles se poursuivent :

- 1 300 médecins formés par la voie des collaborateurs médecins[10] ;
- 1 000 médecins formés par la voie de l'internat[11] ;
- 100 médecins formés par la voie du concours européen[12].

[47] Une partie de ces médecins pourrait être recrutée par l'une des trois fonctions publiques. La mission évalue ce nombre à 1 100 environ, soit la moitié des effectifs actuellement en formation.[13]

[48] Il peut donc être estimé grossièrement que les services de santé au travail devraient disposer de 4 200 médecins environ à l'horizon de dix ans.

Recommandation n°1 : Fiabiliser le décompte des médecins exerçant en service de santé au travail ainsi que le modèle de projection, en associant la DREES, l'ONDPS, le CNOM et le service de l'inspection médicale du travail.

1.1.3 Le suivi de l'état de santé des salariés du secteur privé, dans les conditions prévues par la loi du 8 août 2016, pourrait être effectué à moyen terme avec environ 4 200 médecins du travail, pour autant qu'il y ait suffisamment d'infirmiers de santé au travail pour permettre les nécessaires évolutions organisationnelles et partages des tâches

1.1.3.1 La loi du 8 août 2016 a espacé la fréquence des visites au service de santé au travail, concentré le recours à l'expertise du médecin du travail sur les salariés à risques, élargi le rôle des infirmiers de santé au travail et simplifié le suivi des salariés en CDD

[49] La loi du 8 août 2016 dispose que les visites au service de santé au travail doivent avoir lieu au maximum tous les cinq ans. En l'absence de risques particuliers pour sa santé ou sa sécurité ou pour celles de ses collègues ou des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail, le suivi de l'état de santé des travailleurs peut être effectué, par un médecin collaborateur, un interne en médecine du travail, ou un infirmier, sous l'autorité du médecin du travail et dans le cadre d'un protocole élaboré par ce dernier.

[50] En cas de changement d'entreprise, une nouvelle visite n'est pas nécessaire lorsque le travailleur a bénéficié d'une visite dans les cinq ans précédant l'embauche, dans les deux ans en cas de poste à risques, ou dans les trois ans si c'est un travailleur handicapé, un travailleur âgé de moins de 18 ans, ou un travailleur de nuit. Ceci à condition que le travailleur soit appelé à occuper un emploi identique présentant des risques d'exposition équivalents et que le professionnel de santé soit en possession de la dernière attestation de suivi ou du dernier avis d'aptitude[14].

---

[10] Depuis l'ouverture de cette voie d'accès en 2013, le nombre de médecins ainsi formés s'élève en moyenne à 135 par an.
[11] Sur les cinq dernières années, 100 étudiants en moyenne ont choisi chaque année la médecine du travail.
[12] Sur les trois dernières années, 11 médecins en moyenne ont été admis chaque année.
[13] Selon le rapport IGA/IGAS/IGAENR de septembre 2014 sur "la médecine de prévention dans les trois fonctions publiques, il y aurait 448 médecins de prévention (en ETP) dans la fonction publique d'Etat, 1060 médecins de médecine professionnelle et préventive (en effectif) dans la fonction publique territoriale et 500 médecins du travail (en effectif) dans la fonction publique hospitalière, soit un total de 2100 médecins du travail en effectif dans les trois fonctions publiques. Il est fait l'hypothèse que 50 % partirait à la retraite d'ici dix ans.
[14] Article R 4624-12 du code du travail

[51] Les salariés occupant un poste à risque sont soumis à une surveillance médicale renforcée, avec une périodicité plus contraignante des visites médicales. Ainsi, le salarié bénéficiant de ce type de suivi devra faire constater son aptitude auprès du médecin du travail tous les quatre ans au minimum. Une visite dite "intermédiaire" avec un professionnel de santé au travail (médecin ou infirmier) devra avoir lieu au maximum deux ans après les examens médicaux d'aptitude. Le décret du 27 décembre 2016 fixe la liste des postes qui doivent faire l'objet d'un tel suivi médical. Il s'agit des postes exposant les salariés :

- à l'amiante ;
- au plomb au-delà d'un certain seuil ;
- aux agents cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction ;
- aux agents biologiques des groupes 3 et 4 ;
- aux rayonnements ionisants ;
- au risque hyperbare ;
- au risque de chute de hauteur lors des opérations de montage et de démontage d'échafaudages.

[52] A cette liste s'ajoute l'ensemble des postes pour lesquels le salarié doit passer un examen d'aptitude spécifique prévu par le code du travail (par exemple les salariés amenés à conduire certains équipements de travail pour lesquels une autorisation de conduite est nécessaire, ou les salariés habilités par l'employeur à effectuer des opérations sur les installations électriques ou dans leur voisinage). L'employeur peut également décider d'ajouter à la liste certains postes de l'entreprise présentant des risques particuliers pour la santé ou la sécurité du travailleur ou pour celles de ses collègues ou des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail, sous réserve de l'avis des médecins intervenant dans l'entreprise et du CHSCT.

[53] Précédemment, le salarié bénéficiait d'examens médicaux au moins tous les 24 mois, effectués par le médecin du travail. L'agrément du service de santé au travail pouvait cependant prévoir une périodicité excédant 24 mois lorsqu'étaient mis en place des entretiens infirmiers.

[54] Les salariés soumis à une surveillance médicale renforcée n'étaient pas identiques :

- les salariés soumis au bruit dans les conditions prévues au 2° de l'article R. 4434-7 et aux vibrations dans les conditions prévues à l'article R. 4443-2 ont disparu dans le décret d'application de la loi de 2016 ;
- *a contrario* ont été ajoutés les salariés exposés au risque de chute de hauteur lors des opérations de montage et de démontage d'échafaudages et les salariés occupant des postes nécessitant un examen d'aptitude spécifique prévu par le code du travail, notamment : conduite de certains engins ou moyens de levage (article R 4323-56), habilitation électrique (article R 4544-10).

1.1.3.2 La mission a bâti un modèle de calcul du nombre de professionnels nécessaires au suivi de l'état de santé des salariés et a confronté la robustesse de ses hypothèses aux données de plusieurs services de santé au travail

[55] Selon la réforme introduite par la loi du 8 août 2016, les médecins du travail peuvent déléguer la totalité du suivi des salariés qui n'occupent pas de postes à risque (visite d'embauche et visite de suivi périodique), ainsi que les visites intermédiaires à deux ans des postes à risque.

[56] La mission se place dans l'hypothèse où cette délégation serait complètement exercée, ce qui nécessitera à la fois des infirmiers en santé au travail formés en nombre suffisant (voir *infra*) et un certain délai pour la mise en application des changements d'organisation et de mode de travail qui n'ont pas débuté dans tous les services avec la même volonté. La mission se positionne donc à horizon de dix ans pour effectuer le calcul des besoins.

➤ Les médecins du travail

[57] Les autres hypothèses de la mission, basées sur la réalité observée dans les services de santé interentreprises visités, sont les suivantes :

- conformément à l'article R 4624-1 du code du travail, les médecins du travail consacrent un tiers de leur temps de travail à des actions en milieu de travail (AMT), les ambitions concernant le rôle du médecin du travail ne se limitant pas à la satisfaction des seules nouvelles obligations légales en termes de visite ;
- le taux d'absentéisme moyen des salariés à leur convocation est de 10 %[15] ;
- le nombre moyen de jours de formation suivie par les médecins du travail est de six jours[16] ;
- la durée moyenne d'une visite chez le médecin du travail est de 30 minutes[17] ;
- le temps dédié par le médecin à la coordination de l'équipe pluridisciplinaire (staff médical, organisation et débriefing des actions en milieu de travail) est de trois heures toutes les semaines.

  Le temps dédié à cette activité est cependant inclus dans les actions en milieu de travail (article R 4624-4 du code du travail).

[58] Dans ces conditions, un médecin du travail temps plein peut réaliser 1 850 examens par an.

[59] L'ACMS[18], plus important service de santé au travail de France, qui suit plus d'un million de salariés de la région Ile-de-France, prend comme référence pour ses calculs d'effectif la possibilité pour un médecin du travail de réaliser 2 000 examens par an[19].

[60] La DIRECCTE[20] Grand-Est considère quant à elle qu'un médecin du travail peut réaliser 2 200 examens par an.

[61] La France compte, dans le secteur privé hors secteur agricole, 17,2 millions de salariés[21]. Parmi ces salariés, 30 % sont affectés à des postes à risques (définis tels que par la réglementation ou par l'employeur) et nécessitent un suivi individuel renforcé (SIR)[22]. La mission fait l'hypothèse que dans 10 ans, le nombre de salariés du secteur privé hors secteur agricole sera de 19,1 millions,

---

[15] Certains services pratiquent de fait un "surbooking" pour ne pas être pénalisé par l'absentéisme.
[16] Donnée moyenne issue des entretiens menés par la mission.
[17] Certains services ont indiqué des durées de visite variables selon le type de visite, par exemple 40 minutes pour une visite de pré-reprise ou de reprise, 20 minutes pour les visites périodiques simples, et 30 minutes pour les autres visites. Les résultats du calcul du nombre de médecins peuvent alors être plus élevés de 15 %.
[18] Association interprofessionnelle des centres médicaux et sociaux de santé au travail de la région Ile-de-France.
[19] Il tient compte de l'absentéisme théorique pour convoquer plus de salariés par vacation.
[20] Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi.
[21] Source INSEE, données 2015 : 18 millions de salariés dans le secteur privé. Source MSA (chiffres utiles 2015) : 700 000 salariés environ inscrits au régime d'assurance maladie en 2014.
[22] Selon le CISME, la part des salariés en suivi médical renforcé (SMR) représentait 17 % en 2015. En ce qui concerne les services autonomes, selon la DGT, 52 % des salariés étaient en SMR, nombre en diminution depuis plusieurs années. La loi du 8 août 2016 ayant modifié la liste des emplois à risque, cette proportion pourrait augmenter selon certains de nos interlocuteurs.

en se basant sur l'évolution de la population active occupée telle que projetée dans le rapport de juin 2017 du COR (conseil d'orientation pour les retraites)[23].

[62] En 2016, environ 24,4 millions de contrats ont été signés en France hors intérim (source ACOSS) : 3,3 millions de CDI, 4,2 millions de CDD de plus d'un mois et 16,9 millions de CDD de moins d'un mois. Le nombre d'embauches n'est pas équivalent aux visites d'embauche : d'une part une nouvelle visite n'est pas nécessaire lorsque le travailleur a bénéficié d'une visite dans le laps de temps précédant l'embauche défini par la réglementation (2, 3 ou 5 ans selon les cas voir *supra*), d'autre part un même salarié peut avoir enchaîné les contrats courts une même année.

[63] Cependant la mission ne dispose pas de données sur le nombre de salariés distincts ayant eu au moins un contrat court dans l'année, elle considère donc dans ses calculs que le nombre de visites d'embauche obligatoires est égal au nombre d'embauches. Cette hypothèse majore très fortement le nombre de médecins du travail nécessaires pour assurer le suivi des salariés[24].

[64] A titre d'exemple, l'ACMS, citée *supra*, prend dans ses projections pour le calcul prévisionnel de ses effectifs une hypothèse moins forte d'un nombre de visites d'embauche égal au nombre de salariés suivis, qui correspond à la réalité des demandes effectuées actuellement par ses entreprises adhérentes.

[65] Cela reviendrait à considérer dans les calculs de la mission un nombre de visites d'embauche égal à 19,1 millions, au lieu de 24,4 millions.

[66] Le nombre de visites d'embauche obligatoires ne pourra toutefois être correctement estimé que lorsque les services de santé de travail pourront avoir accès au dossier médical en santé au travail informatisé et aux fiches informatisées des dernières entreprises dans lesquelles le salarié a travaillé[25]. C'est-à-dire lorsque l'ensemble des services au travail possèderont un système d'information adéquat interconnectable (cf. *infra*).

[67] Il convient également de rappeler que les services de santé au travail n'effectuent pas actuellement l'ensemble des visites obligatoires. La mission se place bien entendu dans ses calculs dans la perspective de lever ce qui est considéré comme une formalité impossible.

[68] En ce qui concerne les visites de reprise, de pré-reprise et les visites à la demande (employeur, salarié, médecin traitant), elles représentent selon le CISME[26] respectivement 12 %, 3 % et 9 % du total des visites actuellement effectuées (estimé à environ 8,6 millions[27]), soit 2 100 000.

[69] La mission considère en outre qu'il existe une marge de progression en ce qui concerne le nombre de visites de pré-reprise afin de favoriser le maintien en emploi, chiffrée à environ 140 000 visites supplémentaires, sur la base des données 2012 de la DGT et d'un alignement de l'ensemble des régions sur le ratio le plus élevé pré-reprise/ reprise observé pour les SSTI[28]. Il est probable

[23] Selon l'INSEE (INSEE première n° 1646, mai 2017), la population active en 2030 s'élèverait à 30,6 millions. Pour 2027, le COR retient dans son scénario central une population active de 30,4 millions et un taux de chômage de 7,7 %. La mission fait l'hypothèse qu'à l'intérieur de la population active occupée, la part des non-salariés sera identique à celle de 2015 (11,5 %) et que le nombre de salariés agricoles et du secteur public n'augmentera pas entre 2015 et 2027.
[24] La mission considère ainsi qu'il n'y a pas lieu de tenir compte dans ses calculs d'une éventuelle hausse des embauches entre 2016 et 2027.
[25] La fiche d'entreprise mentionne les risques professionnels et les effectifs de salariés qui y sont exposés. Elle doit être établie dans l'année qui suit l'adhésion de l'entreprise au service de santé au travail.
[26] Document chiffres clés 2015-2016.
[27] 7,6 millions pour les SSTI - données CISME 2015 - et 0,95 million pour les services autonomes - données DGT 2012.
[28] Cet aspect sera repris par le rapport de l'IGAS en cours sur l'amélioration des dispositifs de maintien dans l'emploi.

que dans leur action de maîtrise des dépenses d'indemnités journalières, les médecins conseil renverront de façon croissante les assurés vers leur médecin du travail en vue d'une pré-reprise.

[70] Enfin, les infirmiers de santé au travail, à l'occasion des visites qu'ils réaliseront, réorienteront une partie des salariés vers le médecin du travail. Les protocoles mis en place par les médecins définiront dans quel cas cela sera nécessaire. De ce fait, la mission fait l'hypothèse que les infirmiers réorienteront vers les médecins du travail en moyenne 10 % de leurs visites[29].

[71] Avec l'ensemble des hypothèses susmentionnées, la mission calcule un besoin de 3 400 ETP de médecins du travail. Compte tenu de la quotité moyenne de temps de travail des médecins des services de santé au travail qui est de 80 % environ, l'application complète de la loi du 8 août 2016 nécessiterait un effectif d'environ 4 200 médecins du travail.

Tableau 3 : Nombre de visites obligatoires à réaliser par les médecins du travail et calcul de l'effectif nécessaire de médecins

	Nombre en milliers	Périodicité de la visite	Nombre de visites
Salariés SIR	5 730	4	1 433
Visites à la demande			2 240
Embauches SIR	7 320	4	1 830
Réorientations par les IST			752
Total visites			6 255
Visites par médecin			1 844
Nombre de médecins ETP			**3 391**
Nombre de médecins (effectif)			4 239

Source : *Mission*

[72] Ce chiffre correspond au nombre de médecins du travail qui seraient effectivement formés et disponibles.

[73] Il convient cependant de le considérer avec prudence, compte tenu des facteurs d'incertitude entourant plusieurs hypothèses sous-tendant le calcul et liés aux changements introduits par la loi du 8 août 2016 :

- le nombre de salariés qui seront vus en visite initiale ou périodique par un infirmier en santé au travail et que celui-ci réorientera vers le médecin du travail. Ce nombre pourra varier en fonction du protocole défini par ce dernier ;
- le nombre de salariés qui feront l'objet d'un suivi individuel renforcé. La liste de ces salariés a été modifiée par le décret du 27 décembre 2016 ;
- le nombre de visites par le médecin du travail demandées par les salariés initialement orientés vers un infirmier de santé au travail. La suppression des visites systématiques pourrait avoir un impact à la hausse sur les visites à la demande, compte tenu du droit pour tout salarié de demander à tout moment à bénéficier d'un examen par le médecin du travail ;
- le nombre de salariés qui ne feront pas l'objet d'une visite d'embauche, compte tenu de la date de leur dernière visite.

[29] Hypothèse transmise par la Direccte Nouvelle-Aquitaine.

[74] Ces données devraient faire l'objet d'un recueil complet et fiable et d'un suivi et d'une analyse par les services de la DGT sur une base annuelle.

Recommandation n°2 : Fiabiliser le recueil des données sur l'activité annuelle des services de santé au travail, en associant le CISME

➤ Les infirmiers de santé au travail (IST)

[75] Le calcul se base sur les mêmes hypothèses que pour les médecins du travail, sauf pour le nombre moyen de jours de formation suivie par les infirmiers de santé au travail qui est pris égal à 9 jours[30].

[76] La durée moyenne de la visite est la même que celle du médecin. Ce pour plusieurs raisons possibles :

- les infirmiers ne bénéficient pas de l'aide d'une secrétaire ;
- ils sont astreints à un protocole contenant un certain nombre de questions, dont le suivi rigoureux doit leur permettre d'évaluer la nécessité d'un examen par le médecin du travail ;
- ils ont été introduits récemment dans l'organisation et sont moins expérimentés que les médecins ;
- les salariés se confient plus facilement qu'aux médecins.

[77] Il convient par ailleurs de souligner que dans ses calculs concernant les IST, la mission a pris comme hypothèse qu'ils consacrent un tiers de leur temps à des actions en milieu de travail, à l'instar des médecins. La mission a en effet relevé lors de ses entretiens avec des IST que la possibilité de réaliser des AMT était un facteur d'attractivité important de la profession.

[78] Néanmoins, la loi ne l'impose pas. Les articles R 4624-42 et R 4624-46 du code du travail donnent la possibilité au médecin de confier la réalisation d'une étude de poste ou d'une fiche d'entreprise à une IST.

[79] En pratique, dans la plupart des SST, les IST consacrent une partie de leur temps à des AMT dans une proportion qui peut varier de 8 % à 30 %, dans les services interentreprises avec lesquels la mission a pu s'entretenir. Un enquête du GIT (Groupement des Infirmiers de Santé au Travail) auprès de 684 IST donne une moyenne de 15 %.

[80] Avec les différentes hypothèses susmentionnées, un infirmier de santé au travail peut réaliser 1 800 examens par an.

Tableau 4 : Nombre de visites obligatoires qui peuvent être déléguées aux infirmiers de santé au travail

	Nombre en milliers	Périodicité de la visite	Nombre de visites
Salariés non SIR	13 370	5	2 674
Salariés SIR	5 730	4	1 433
Embauches non SIR	17 080	5	3 416
Total			7 523
Visites par infirmiers			1 802
Nombre d'infirmiers ETP			**4 174**
Nombre d'infirmiers (effectif)			4 488

Source : *Mission*

[30] Donnée moyenne issue des entretiens menés par la mission.

[81] Pour que les IST puissent réaliser la totalité du suivi des salariés qui n'occupent pas de postes à risque (visite d'embauche et visite de suivi périodique), ainsi que les visites intermédiaires à deux ans des postes à risque, ils devraient être environ 4 200 ETP. Compte tenu de la quotité moyenne de temps de travail des IST qui est de 93 % environ[31], l'application complète de la loi du 8 août 2016 nécessite un effectif d'environ 4 500 IST.

[82] Selon la DREES, 3 541 IST exerçaient au 1er janvier 2016 une activité en prévention et soins en entreprise. Il y a donc, à l'inverse du constat dressé par la mission pour les médecins, un déficit important d'IST pour parvenir à une application complète de la loi du 8 août 2016.

[83] Ces IST se répartissent entre les services de santé autonome (SSA), internes aux établissements ou aux entreprises (article L.4622-4 du code du travail), pour deux tiers et les services de santé interentreprises (SSTI) (article L.4622-7 du code du travail) pour un tiers[32].

[84] Les SSTI suivent plus de neuf salariés sur dix[33].

[85] Les IST sont en nombre suffisant dans les SSA, d'autant plus, comme indiqué *infra*, que l'effectif suivi par un médecin du travail y est réduit et que la délégation des visites y est également plus limitée[34] [35].

[86] Le déficit se concentre sur les SSTI. Avec l'hypothèse d'un nombre de visites d'embauche réparti, comme les salariés, à 93 % sur les SSTI, un calcul identique à celui réalisé pour l'ensemble des services de santé donne un besoin de 4 200 IST, pour un effectif actuel dans les SSTI de 1 300 environ.

[87] AFOMETRA forme actuellement une centaine d'infirmiers de santé au travail par an et les universités environ 390. D'ici dix ans ce seront donc 4 900 IST qui seront formés. Parmi ceux-ci, 2 300 iront travailler en SSTI[36], en contrepartie de départs que l'on peut estimer à 900 environ à partir de la pyramide des âges suivante fournie par le CISME et figurant ci-dessous.

[88] Les effectifs d'IST dans les SSTI à horizon de dix ans atteindront donc 2700, pour autant que l'augmentation du *turn-over* signalée par certains interlocuteurs de la mission ne perdure pas. Celle-ci aurait deux causes :

- le retard pour la mise en place de l'équipe pluridisciplinaire ;
- le temps parfois réduit que l'infirmier peut consacrer au tiers temps.

[89] Le besoin en IST n'est donc pas couvert par les capacités de formation actuelles.

<u>Recommandation n°3 :</u> Augmenter les capacités de formation pour les infirmiers de santé au travail.

---

[31] Donnée mission calculée à partir des chiffres clés du CISME au 31 mai2014 et des données fournies par la DIRECCTE Grand-Est et l'ACMS.

[32]Selon le CISME, 1 263 IST exerçaient en SSTI en 2015, nombre en progression de 13 % par rapport à 2014 et qui devait encore progresser de 18 % en 2016 (solde de 23 % de recrutements supplémentaires et 5 % de départ).

[33] Selon la DGT, 93 % des salariés (sur 23 régions) ont été suivis en 2012 en SSTI.

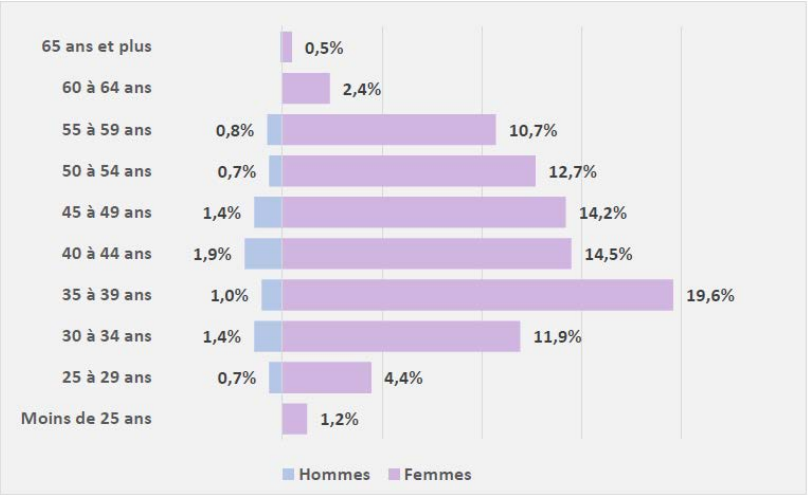
[34] 1,3 millions de salariés (7 % de 18 millions) pour 2 300 infirmiers, soit 570 salariés par infirmier.

[35] L'activité de soins, qui s'ajoute à l'activité de prévention en santé au travail, représente seulement 10 à 15 % du temps des IST en services autonomes (source GIT).

[36] La mission ne dispose pas de données nationales sur le devenir professionnel des IST formés. Ceux ayant suivi la formation AFOMETRA vont quasiment tous travailler en service de santé au travail. En revanche, ceux suivant la licence pro de Toulouse vont pour un tiers en SSTI. Si l'on généralise cette hypothèse pour toutes les formations universitaires, on aboutit à 2 300 IST formés en dix ans qui iront travailler en SSTI.

[90] Il convient de souligner que pour les IST, le facteur limitant pour l'accroissement des effectifs n'est pas l'attractivité du métier, mais la capacité de formation, les universités recevant bien plus de dossiers qu'elles ne peuvent en accepter.

Graphique 3 : Pyramide des âges des infirmiers en santé au travail en 2015 (en personnes physiques)



Source : *CISME*

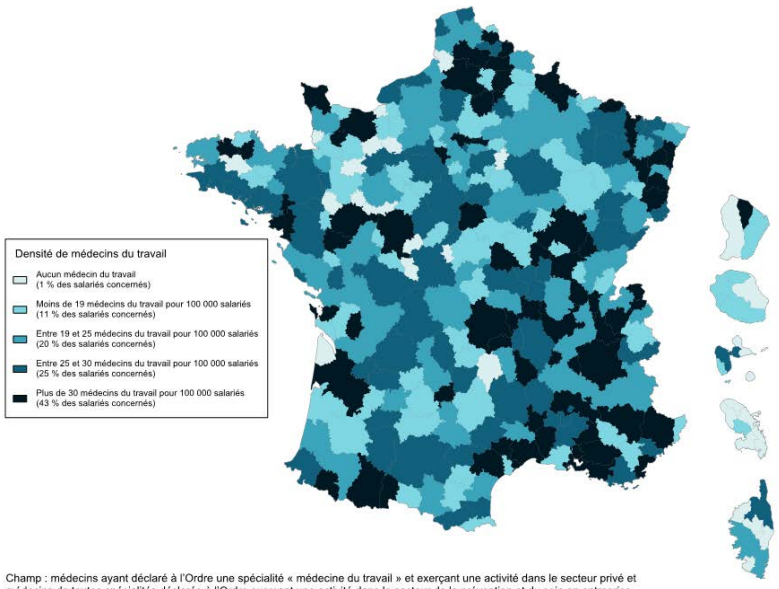
1.2 Les services de santé font face à un déficit de médecins du travail en zones "sous-denses"

[91] Le présent rapport montre que la France n'est pas dans une situation de pénurie au regard de l'organisation du suivi de l'état de santé des salariés nouvellement arrêtée par la loi de 2016 et des ambitions d'orienter le médecin du travail davantage vers la prévention et les actions en milieu du travail. Néanmoins, ce constat est fait globalement pour l'ensemble du territoire national et cache des disparités. La carte présentée ci-dessous montre la répartition du nombre de médecins du travail en fonction du nombre de salariés.

[92] Ainsi qu'il est indiqué *supra*, à terme, 4 200 médecins du travail (s'appuyant sur une équipe pluridisciplinaire et notamment des infirmiers en nombre suffisant) permettront de suivre 19,1 millions de salariés, ce qui veut dire qu'un médecin du travail pourra suivre 4 550 salariés[37].

[37] Ce chiffre est bien entendu une moyenne, il dépend du nombre d'IST qui est rattaché au médecin, et du nombre de salariés en suivi individuel renforcé attribué au médecin.

Densité de médecins du travail par zone d'emploi



Champ : médecins ayant déclaré à l'Ordre une spécialité « médecine du travail » et exerçant une activité dans le secteur privé et médecins de toutes spécialités déclarée à l'Ordre exerçant une activité dans le secteur de la prévention et du soin en entreprise.
Sources : RPPS 2016, DREES ; Emplois salariés au lieu de travail, Recensement de la population 2013, INSEE. Traitements DREES.
Note : les classes représentées correspondent à une discrétisation par quartile après isolement des valeurs nulles.
Carte réalisée avec Cartes & Données - © Articque

[93] Dans ces conditions, la carte ci-dessus (avec toutes les précautions méthodologiques indiquées en note de bas de page[38]) montre qu'environ 12 % des salariés travaillent dans une zone géographique dans laquelle les médecins du travail ne sont pas assez nombreux. A l'inverse, près de sept salariés sur dix travaillent dans une zone d'emploi où un médecin du travail suit en moyenne moins de 4 000 salariés. Aux deux extrêmes :

- 0,5 % des salariés travaillent dans une zone d'emploi où les médecins du travail suivent en moyenne moins de 2 500 salariés ;
- 3 % des salariés sont situés dans des zones où les médecins du travail suivent en moyenne plus de 10 000 salariés.

[94] Plusieurs mesures pourraient être étudiées en liaison avec les partenaires sociaux pour commencer à corriger cette hétérogénéité de répartition :

- favoriser le recrutement et le maintien des médecins du travail par les services de santé au travail dont l'agrément couvre des zones d'emploi dans lesquels la densité de médecins du travail est inférieur à un seuil minimum à déterminer ;
- autoriser la visite par télémédecine, en présence d'une IST ;
- donner la possibilité aux DIRECCTE de refuser l'agrément à des services de santé autonomes pour les établissements situés dans les zones où la densité de médecins est inférieure à un seuil à définir, ou de contraindre ces établissements à ouvrir leur service santé à des entreprises extérieures établies dans la même zone d'emploi ;
- réduire le nombre de services autonomes en relevant l'effectif minimal nécessaire[39].

[38] Un médecin est pris en compte dès lors qu'il a déclaré au moins une activité de ce type (selon les données du RPPS). Pour les médecins ayant plusieurs activités dans le champ défini, la commune prise en compte est celle de l'activité la plus récente. Il peut donc y avoir une commune non citée ayant cependant un ou plusieurs médecins dans le champ défini. Par ailleurs, le champ des salariés considérés comprend en première approximation les salariés du secteur public.

[39] La mission n'a pu obtenir sur ce point l'étude d'impact demandée à la DGT : en fonction du nouveau seuil qui pourrait être fixé, quel serait l'impact en termes de secteurs d'activité ou d'entreprises touchées, de zones géographiques concernées.

[95] Un service de santé au travail est organisé sous la forme soit d'un service autonome, qui peut être un service de groupe, d'entreprise, inter-établissements, d'établissement soit d'un service de santé au travail interentreprises (article D 4622-1 du code du travail). Un service de santé autonome peut être créé lorsque l'effectif de salariés suivis atteint ou dépasse 500 salariés.

[96] Selon la DGT, en 2013, les SSA étaient au nombre de 725, les SSTI 294. 93 % des salariés (sur 23 régions) ont été suivis en 2012 en SSTI.

[97] Le fonctionnement d'un SSA diffère de celui d'un SSTI, et notamment en ce qui concerne l'activité des médecins et des infirmiers.

[98] La création d'un service de santé autonome relève de la volonté de l'entreprise de faire de la santé au travail un axe fort de sa politique sociale. Dans ce cadre le médecin du travail est selon la taille de l'entreprise membre du comité de direction ou dépend directement du DRH. Il participe à de nombreuses réunions de direction, groupes de travail et formation.

[99] Par ailleurs, l'obligation de pluridisciplinarité n'a été étendue aux services autonomes qu'en 2016.

[100] Les médecins des SSA effectuent ainsi l'essentiel des visites. Selon la DGT, en 2012, le nombre moyen de salariés suivis par médecin du travail s'élevait à :

- pour les services autonomes : 1 488[40] ;
- pour les services interentreprises: 3 425[41].

[101] Dans un contexte local de pénurie de médecins du travail, cette différence de productivité pose problème, même si la mission comprend parfaitement qu'une entreprise soucieuse de sa politique sociale puisse souhaiter que ses salariés soient parfaitement suivis, et qu'un médecin exerçant dans un service autonome est mieux à même d'avoir des actions sur le milieu de travail plus fréquentes.

[102] Il convient d'ajouter par ailleurs que les SSA contribuent à la réduction du nombre de médecins exerçant en SSTI, avec une politique de rémunération (salaire, primes et voiture de fonction) sur laquelle les SSTI ne peuvent s'aligner s'ils veulent conserver un niveau de cotisation acceptable pour leurs entreprises adhérentes. Un médecin en SSA peut ainsi bénéficier d'une rémunération allant jusqu'à 130 k€. La grille du CISME est plafonnée pour les médecins à 83 k€ brut après 21 ans de présence, certains SSTI pouvant monter jusqu'à 100 k€.

Recommandation n°4 : Définir après expertise les mesures réglementaires qui pourraient être mobilisées dans chaque bassin d'emploi permettant de palier un éventuel déficit en médecins du travail.

1.3 La DGT doit définir plus précisément le nombre de salariés que doit suivre l'équipe pluridisciplinaire ainsi que la composition de celle-ci

[103] La mission a constaté sur le terrain que certains services de santé au travail n'ont pas intégré dans leur fonctionnement la notion d'équipe pluridisciplinaire et la délégation possible des visites de certains salariés aux IST. La résistance d'un petit groupe de médecins du travail du service en est souvent à l'origine.

[40] Moyenne sur 18 régions.
[41] Moyenne sur 19 régions.

[104] Le constat dressé par la mission que les médecins du travail sont en nombre suffisant ne vaut que si l'ensemble des dispositions contenues dans la loi du 8 août 2016 sont mises en œuvre, de façon homogène sur l'ensemble du territoire national, dans un délai de dix ans maximum, notamment les dispositions relatives au rôle des IST.

[105] La loi du 20 juillet 2011 a fait obligation aux SSTI de constituer au moins une équipe pluridisciplinaire[42]. Il peut donc n'y avoir qu'une seule équipe pluridisciplinaire, et c'est le SSTI qui détermine, sous le contrôle de la DIRECCTE, les professionnels à recruter dans chacune des catégories obligatoires pour satisfaire ses objectifs, selon les caractéristiques des secteurs qu'il couvre.

Il y a actuellement nationalement environ 1 infirmier pour 4,5 médecins, soit un ratio moyen de 0,22 infirmier par médecin. Le tableau ci-dessous présente la situation dans les six SSTI avec lesquels la mission a eu des entretiens.

Tableau 5 : Exemples de composition d'équipes pluridisciplinaires pour la partie médecin et infirmier

	Nombre de salariés suivis	Salariés/médecins	IST/médecins
SSTI 1	239 000	3128	0,06
SSTI 2	135 000	4103	0,33
SSTI 3	1 025 000	3755	0,33
SSTI 4	70 000	2800	0,28
SSTI 5	55 000	5238	0,76
SSTI 6	30 642	3367	0,33

Source : *Mission - Rapports d'activité des services*

[106] Les résultats montrent une concentration autour d'un IST pour 3 médecins, avec deux extrêmes, qui s'expliquent cependant de façon logique : le SSTI qui a le plus d'IST par médecin est aussi celui dont le nombre de salariés par médecin est le plus élevé. A l'inverse celui qui a peu d'IST est aussi celui qui a des ressources médicales élevées.

[107] Ainsi, sans intervention des DIRECCTE, c'est l'offre de médecins du travail qui semble dicter la vitesse de mise en place des équipes pluridisciplinaires au sein des services. Dans certains services, la résistance au changement est également visible : lorsqu'il y a pénurie de médecins du travail, la première stratégie mise en place est de faire appel à un cabinet de recrutement pour faire venir des médecins étrangers. Le service qui compte le moins d'infirmiers dans le tableau *supra* compte ainsi 20 % de médecins d'origine étrangère dans ses effectifs.

[108] Les DIRECCTE sont démunies face à ces situations, car il n'existe pas de texte d'application de la loi qui précise l'ampleur de l'intégration des compétences pluridisciplinaires souhaités.

[109] Certaines d'entre elles imposent actuellement un ratio de deux infirmiers pour un médecin, Elles s'exposent à des recours juridiques, même si la concertation prime sur le terrain.

[110] L'agrément d'un service de santé au travail consiste surtout en un contrôle des obligations formelles, comme le respect de l'indépendance du médecin du travail, la réalisation de la mission du médecin du travail (action en milieu de travail, activité clinique) en fonction des risques d'atteinte à la santé diagnostiqués et dans un but de protection de la santé, le respect des

[42] Cette équipe doit comprendre obligatoirement des médecins du travail, des intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) et des infirmiers. Elle peut être complétée par des assistants de services de santé au travail (ASST) et des professionnels recrutés après avis des médecins du travail.

obligations en matière de gouvernance et du bon fonctionnement des instances de contrôle et de surveillance, la juste couverture territoriale de prévention des risques professionnels, la conformité des prestations offertes avec les exigences réglementaires, de politiques publiques et médicales, la mise à disposition de ressources en temps médical cohérentes avec les risques constatés dans les entreprises adhérentes, la mise en œuvre du projet de service.

[111] L'arrêté du 2 mai 2012 précise bien que la demande d'agrément ou de renouvellement d'agrément doit indiquer notamment le nombre prévisible de salariés suivis par équipe pluridisciplinaire animée et coordonnée par le médecin du travail. Avec la loi du 8 août 2016, certaines DIRECCTE fixent comme objectif le nombre de 5 000, qui n'est assis sur aucun texte réglementaire.

[112] Il convient de noter que ce chiffre est en phase avec les calculs de la mission concernant l'application de la loi du 8 août 2016.

[113] La mission a en effet montré supra que les besoins en médecins et IST à horizon de 10 ans se montaient respectivement à 4 200 et 4 500, pour 19,1 millions de salariés. Chaque infirmier pourra ainsi travailler avec un seul médecin, et une telle équipe pourra prendre en charge 4 500 salariés.

[114] La mission propose que la DGT appuie les initiatives des DIRECCTE et fixe, dans un premier temps par circulaire et en concertation avec le CISME, deux objectifs à atteindre en termes de recrutement pour les SST à échéance de dix ans : un nombre de 4 500 salariés par équipe pluridisciplinaire, et un ratio d'un IST pour un médecin. Ce chiffre de 4 500 intègre une hypothèse de 30 % de salariés qui sont en suivi individuel renforcé et peut de ce fait être augmenté ou réduit en fonction de la situation locale.

[115] Les actions à mener par les SST pour parvenir à atteindre cet objectif devraient faire l'objet d'une partie obligatoire du projet de service, institué par la loi du 20 juillet 2011.

[116] La mission n'est pas en mesure de préciser ce que devrait être la composition de l'équipe pluridisciplinaire pour les autres catégories de professionnels. Le temps de réalisation d'une AMT varie selon sa nature, et la nature des AMT varie notamment selon le type d'activité de l'entreprise considérée.

[117] La mission constate cependant, pour les services avec lesquels elle a eu des entretiens, qu'il y a au minimum un IPRP[43] pour quatre médecins, avec une présence quasi systématique d'un ergonome, d'un psychologue du travail et d'un ingénieur ou un technicien HSE. L'effectif minimum de salariés suivis par un SSTI pour avoir chacune de ces trois compétences, avec un nombre adéquat d'IST, semble donc être d'environ 60 000.

[118] Selon le CISME, les IPRP seraient en 2015 au nombre de 1390 (confirmant ainsi le ratio approximatif de 1 pour 4), dont 50 % d'ingénieurs ou techniciens HSE, 21 % d'ergonomes et 9 % de psychologues du travail.

[119] Il convient de noter en parallèle que, toujours selon le CISME, un tiers des SSTI suivent moins de 20 000 salariés.

[43] Dans les SSTI, les personnels dont l'emploi conventionnel est le suivant bénéficient de l'appellation IPRP : technicien hygiène sécurité, psychologue du travail, ergonome, toxicologue, épidémiologiste et ingénieur hygiène sécurité/ chimiste.

Tableau 6 : Répartition des SSTI selon l'effectif de salariés suivis

SSTI	208
Moyenne salariés suivis	67 143
Médiane salariés suivis	44 688
Nb SSTI < 10 000 salariés suivis	20
Nb SSTI < 20 000 salariés suivis	47

Source : *CISME*

[120] Selon le bilan 2014 du COCT, la moitié des SSTI emploient moins de dix médecins du travail (en ETP).

[121] Les DIRECCTE poussent au regroupement des services : le nombre de SSTI est passé de 294 en 2013 à 217 en 2015. Elles ne disposent toutefois pas de bases juridiques pour le faire.

[122] La définition d'une taille minimum pour les SSTI présenterait d'autres avantages, au-delà de la possibilité de constituer des équipes pluridisciplinaires complètes, qui ont un lien avec l'attractivité de la santé au travail :

- un budget formation plus élevé : le médecin du travail apprécie de pouvoir effectuer des formations complémentaires et d'être désigné le cas échéant comme le référent thématique sur une catégorie de risques ;
- la capacité technique et financière à installer un système d'information performant et interopérable ;
- la capacité organisationnelle à développer des procédures qualité et des bonnes pratiques en interne.

Recommandation n°5 : Fixer, en concertation avec le CISME, deux objectifs aux services de santé interentreprises à atteindre à échéance de dix ans : un seuil de 4 500 salariés suivis par équipe pluridisciplinaire, et un ratio d'un IST pour un médecin.

1.4 La mise en place d'une certification obligatoire, confiée à la HAS, pourrait accélérer la mise en place des nouvelles organisations et d'une évaluation des pratiques

[123] Les étudiants en médecine et les infirmiers ont indiqué, parmi d'autres raisons, deux facteurs qui jouent en défaveur de l'attractivité de la médecine du travail :

- les visites systématiques : ils soulignent la nécessité de renforcer la logique scientifique et médicale des décisions, pour permettre à la médecine du travail de reconquérir ses lettres de noblesse en tant que spécialité médicale d'une part, et d'améliorer la visibilité et la légitimité extérieure de ses pratiques d'autre part. Ils évoquent ainsi l'importance de développer des référentiels de bonnes pratiques, et d'homogénéiser les formations sur le territoire, et pour tous les professionnels de la santé au travail ;
- le fonctionnement des services et des équipes pluridisciplinaires, qu'il convient d'optimiser : le contexte actuel d'adaptation aux réformes législatives en cours, heureusement transitoire, entraîne une détérioration de l'image et de la visibilité de la spécialité, limitant la projection éventuelle de l'étudiant vers un exercice futur.

[124] Outre la notion de pluridisciplinarité, qui permet au médecin de dégager de son temps pour développer ses actions en entreprise et ainsi de pleinement exercer une des spécificités de sa discipline, les étudiants insistent sur la notion de qualité des pratiques. La mesure de celle-ci est actuellement complètement absente des indicateurs contrôlés par les DIRECCTE et les CARSAT.

[125] Le conseil économique, social et environnemental (CESE) dans son rapport intitulé "l'avenir de la médecine du travail" suggérait : "l'agrément des services de santé au travail interentreprises régionaux devrait [...] être revu. En amont, une procédure de certification de ces services devrait être envisagée, à l'instar de ce que la Haute autorité de santé (HAS) réalise déjà pour les établissements de santé. Cela supposerait que l'HAS établisse un référentiel de certification national correspondant à la spécificité et à la pluridisciplinarité de la santé au travail".

[126] De même, le rapport[44] "*La santé au travail-vision nouvelle et professions d'avenir - propositions pour des formations et un réseau de recherche en phase avec les missions*" proposait de réviser la procédure d'agrément pour accompagner la réorganisation des services et favoriser l'émergence de nouveaux standards de qualité.

[127] La mission recommande de professionnaliser la procédure d'agrément en rendant obligatoire, sur le modèle des établissements de santé, la certification des SSTI sous l'égide de la HAS, pour évaluer leurs capacités à répondre aux objectifs de prévention.

[128] Cette certification devrait être construite en y associant le CISME, qui a lancé en 2004 en partenariat avec AFAQ AFNOR Certification, le label national "AMEXIST". Ce label est une démarche d'évaluation volontaire des SSTI basée sur une grille d'évaluation de l'organisation d'un SSTI.

[129] Cette "démarche de progrès en santé au travail" débouche sur des évaluations de Niveau 1, 2 ou 3 :

- la délivrance d'une attestation d'engagement qui constitue le premier niveau de reconnaissance dans la démarche, atteste que les "fondations" de l'amélioration continue en Santé au travail sont en place. Elle confirme l'engagement initial, valide l'organisation, aide à poursuivre les réflexions engagées ;
- la délivrance d'une attestation de mise en œuvre qui constitue le second niveau de reconnaissance dans la démarche, atteste que le service a mis en œuvre une politique d'amélioration continue sur des aspects structurants de son fonctionnement et de ses actions menées pour le compte de ses adhérents et de leurs salariés ;
- la délivrance de la certification qui constitue le troisième niveau de reconnaissance dans la démarche, permet de dépasser le stade de l'engagement pour attester sa mise en œuvre, s'approchant d'une certification basée sur le guide organisationnel des SSTI élaboré par le CISME, la partie purement clinique étant assurée par une tierce partie, à savoir AFNOR Certification.

[130] Ce troisième niveau permet de certifier un niveau d'organisation adapté aux missions que doit assurer un SSTI. Les critères présentés ciblent la mise en place des instances, les moyens mis en œuvre, l'implication des acteurs et le suivi des actions menées pour le compte des bénéficiaires.

[131] Selon le CISME, 85 SSTI se sont soumis à une évaluation dans le cadre de la "démarche de progrès en Santé au Travail" depuis 2007. A la faveur des fusions, ces services ne sont plus aujourd'hui que 62 ; ils suivent cependant près de la moitié des salariés pris en charge par les SSTI, soit un peu plus de 7 millions.

[44] Rapport d'avril 2010 de Christian Dellacherie, Paul Frimat et Gilles Leclercq

[132] La répartition par niveau se décline comme suit :

Tableau 7 : Nombre de services attestés ou certifiés en 2017, selon le niveau atteint

NIVEAU DE RECONNAISSANCE	N1	N2	N3	Total
NOMBRE DE SSTI CONCERNES	39	15	8	62

Source : *CISME*

[133] A noter, que le modèle d'évaluation permet de passer par les trois niveaux dans l'ordre, mais aussi de viser directement le niveau souhaité. Ainsi deux services sont passés du niveau 1 (attestation d'engagement) au niveau 3 (certification). Pour l'heure, tous les SSTI évalués ont obtenu l'attestation d'engagement, soit 62 sur 270 SSTI. La mission observe que le nombre de démarches volontaires de certification (niveau3) est assez faible.

[134] Parallèlement la HAS devrait enrichir le nombre limité de bonnes pratiques en santé au travail. Actuellement, un petit nombre de recommandations, élaborées d'ailleurs par la Société Française de Médecine du Travail, ont reçu le label HAS :

- surveillance médico-professionnelle des travailleurs exposés à l'action cancérigène des poussières de bois ;
- surveillance médico-professionnelle des travailleurs postés et/ou de nuit ;
- surveillance médico-professionnelle du risque lombaire manipulations de charges ;
- surveillance médico-professionnelle des travailleurs exposés ou ayant été exposés à des agents cancérogènes chimiques : application aux cancérogènes pour la vessie ;
- surveillance médico-professionnelle de l'exposition interne aux radionucléides en installation nucléaire de base.

[135] Par ailleurs, un travail de recommandation est en cours sur le sujet de la détection et la prévention de la désinsertion professionnelle.

Recommandation n°6 : Professionnaliser la procédure d'agrément en rendant obligatoire, sur le modèle des établissements de santé, la certification des SSTI sous l'égide de la HAS en associant le CISME, pour évaluer leurs capacités à répondre aux objectifs de prévention.

2 LA STABILITE DU CADRE LEGISLATIF, LE CONTENU DES ETUDES DE MEDECINE ET L'INTEGRATION DANS LE PARCOURS DE SANTE SONT TROIS FACTEURS ESSENTIELS D'ATTRACTIVITE POUR LA MEDECINE DU TRAVAIL

[136] La mission s'est interrogée sur les choix à l'issue des épreuves classantes nationales informatisées (ECNI) d'une spécialité médicale plutôt qu'une autre par les étudiants. On peut penser qu'un étudiant va choisir d'abord une "vraie médecine de spécialiste". En second lieu, elle s'est penchée sur les déterminants qui font que la spécialité médecine du travail est la moins prisée par les étudiants. La conformation du premier et deuxième cycle des études médicales, la motivation initiale et l'évolution de l'état d'esprit des étudiants ne permettent pas de donner des réponses limpides. Il est donc essentiel de:

- voir à travers ces déterminants, quelle orientation pourrait prendre la médecine du travail comme spécialité pour répondre aux attentes ou aux représentations des étudiants dans le second cycle des études médicales ;
- proposer les méthodes les plus efficaces pour éclairer le choix des étudiants à la fin du second cycle ;
- voir en quoi la qualité du troisième cycle impacte le choix d'une spécialité. Cette question posée et investiguée par la médecine générale est plus importante qu'il n'y paraît, les étudiants ne sont pas nécessairement fixés en priorité sur l'après troisième cycle.

[137] En tout état de cause, la détermination et l'analyse des déterminants qui font que certaines spécialités sont prisées par les étudiants et d'autres non, mériteraient qu'un travail soit mené par une équipe de recherche.

[138] Le constat dressé dans la première partie concernant le nombre suffisant de médecins du travail formés ne rend pas l'examen de la question de l'attractivité inutile, bien au contraire. Il autorisera dans les propositions l'introduction d'une forme de sélection, allant à rebrousse-poil de certaines solutions pratiquées jusqu'à présent qui ont pour effet d'abaisser le caractère sélectif du recrutement et de nourrir le sentiment que choisissent la médecine du travail les moins bien classés d'une promotion. Il permet également d'offrir du temps à la mise en place de solutions qui produiront leurs effets à moyen terme.

2.1 L'évolution fréquente du cadre législatif donne un sentiment d'incertitude sur le devenir du métier de médecin du travail

[139] La discipline médecine du travail serait "en crise"[45]. Les récentes réformes initiées par les lois de 2011 et 2016 sont critiquées par nombre de médecins du travail qui renvoient une image plus dégradée encore qu'elle ne l'est de leur spécialité. Les reproches les plus fréquents portent surtout sur la remise en cause du rythme des visites obligatoires pour les salariés ainsi que la mise en place des équipes pluridisciplinaires pour l'exercice de cette mesure en vertu de l'article L 4622-

[45] "La santé au travail Vision nouvelle et professions d'avenir- Propositions pour des formations et un réseau de recherche en phase avec les missions" présenté par Christian DELLACHERIE Membre du Conseil économique, social et environnemental, Paul FRIMAT Professeur de médecine du travail à l'Université de Lille II, praticien hospitalier au CHRU de Lille et Gilles LECLERCQ Médecin conseil de l'ACMS (avril 2010).

8 du code du travail[46]. La critique porte aussi sur le fait que le médecin du travail serait dessaisi de son métier au profit d'une dilution des responsabilités au sein de cette équipe pluridisciplinaire. Ce phénomène s'effectuerait au détriment des salariés dont le niveau de suivi baisserait.

[140] Il est difficile de mesurer si, effectivement, la médecine du travail a souffert du fait de ce climat controuvé de réformes. De nombreux responsables représentatifs de cette spécialité l'affirment. Alors que d'autres soutiennent l'exact inverse avec un médecin du travail plus autonome et prescripteur de la visite (fréquence des visites à l'initiative du médecin du travail). Pour la mission, tout changement de paradigme recèle en lui-même des éléments de doute qui peuvent s'amoindrir et s'estomper avec le temps.

[141] L'ANIMT a indiqué à la mission, que "*pour améliorer l'image de la spécialité, il nous semble important d'améliorer le service rendu en optimisant le fonctionnement des services et des équipes pluridisciplinaires. Le contexte actuel d'adaptation aux réformes législatives en cours, heureusement transitoire, entraîne une détérioration de l'image et de la visibilité de la spécialité, limitant la projection éventuelle de l'étudiant vers un exercice futur*".

[142] Ces réformes ont été dans leur ensemble difficilement acceptées par la profession, notamment parce qu'elles se sont réalisées dans un contexte de tension démographique pouvant alimenter l'idée qu'elles étaient conduites par nécessité plus que par objectif de renforcer l'efficacité du système. À cet égard, la pluridisciplinarité est apparue comme une évolution imposée par la directive européenne sans qu'elle soit suffisamment conçue comme une condition d'une véritable réussite du nouveau concept de santé au travail. Elle a pu également être vue comme un moyen de faire face à la crise démographique ou comme une menace pour la profession, allant même pour certains à considérer que l'article 102 de la loi du 8 août 2016[47], n'était que transitoire et que le maintien de la première visite d'information et de prévention (VIP) par le médecin était nécessaire pour permettre un contact et son identification auprès du salarié.

[143] En application de la loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail , la circulaire d'application[48] dispose: "*C'est désormais l'équipe pluridisciplinaire (ou les équipes s'il y en a plusieurs) qui assure les missions du SSTI telles que définies par l'article L. 4622-2 du code du travail, précisées notamment dans le projet pluriannuel de service et le CPOM, à travers les actions collectives en milieu de travail et les actions individuelles de suivi de l'état de santé des salariés (pour les médecins du travail, les collaborateurs médecins, les internes et les infirmiers – dans la limite de leurs compétences)".*

[144] La mission fait le constat que selon l'esprit de la loi, la pluridisciplinarité est un élément fondamental dans l'évolution de la médecine du travail vers la santé au travail. La politique d'agrément des services et les évaluations de la mise en œuvre de la réforme en feront, un point clé.

---

[46] Art. L. 4622-8 du code du travail. : "Les missions des services de santé au travail sont assurées par une équipe pluridisciplinaire de santé au travail comprenant des médecins du travail, des intervenants en prévention des risques professionnels et des infirmiers. Ces équipes peuvent être complétées par des assistants de services de santé au travail et des professionnels recrutés après avis des médecins du travail. Les médecins du travail animent et coordonnent l'équipe pluridisciplinaire".

[47] Article L 4624-1 "*Tout travailleur bénéficie, au titre de la surveillance de l'état de santé des travailleurs prévue à l'article L. 4622-2, d'un suivi individuel de son état de santé assuré par le médecin du travail et, sous l'autorité de celui-ci, par le collaborateur médecin mentionné à l'article L. 4623-1, l'interne en médecine du travail et l'infirmier.*
Ce suivi comprend une visite d'information et de prévention effectuée après l'embauche par l'un des professionnels de santé mentionnés au premier alinéa du présent article".

[48] Circulaire DGT n° 13 du 9 novembre 2012 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine du travail et des services de santé au travail

Les services doivent disposer des éléments de preuve inhérents à sa mise en œuvre tout en améliorant la qualité du suivi des salariés.

[145] Si la santé n'est pas de la seule compétence du médecin du travail, celui-ci a cependant un rôle irremplaçable. Il apparaît donc légitime qu'il assure le pilotage de l'équipe pluridisciplinaire, compte tenu de l'exigence du maintien de la médicalisation de ces services. Pour autant, ce pilotage n'interdit pas selon la nature du problème, le type d'intervention et l'expertise la plus à même d'y répondre, que d'autres acteurs du service assurent dans un souci d'efficacité, la visite d'information et de prévention dans le respect du protocole écrit et validé par ce dernier.

[146] Au total, la médecine du travail est à la croisée des chemins sauf à considérer que la mise en cause de son existence même est inévitable. Son avenir suppose que toutes les potentialités de la réforme soient mises en œuvre, en réunissant les conditions de son accomplissement sans lesquelles ses véritables objectifs ne seront pas atteints. Il s'agit bien de permettre l'accomplissement plein et entier du processus engagé d'approche par risque, ce qui suppose certaines évolutions supplémentaires ainsi que la réunion des conditions de leur effectivité (cf. *infra*).

[147] Les médecins du travail ont un avenir, à condition de l'inscrire dans un cadre renouvelé, dynamique et cohérent. Néanmoins, l'acceptation par tous les acteurs, au premier chef les médecins du travail d'un fonctionnement des services reposant non plus sur le seul médecin mais sur une équipe pluridisciplinaire, suppose d'encourager et de poursuivre les engagements vertueux de certains SSTI et DIRECCTE conscients de la nécessité de repenser la médecine du travail qui selon le CNOM, "doit être *plus technique, plus proche du terrain et des entreprises, si on veut améliorer l'attractivité".*

2.2 Le contenu des études de médecine pourrait mieux mettre en valeur la médecine du travail

2.2.1 La discipline souffre d'un manque de reconnaissance et d'une image de médecine "administrative"

[148] La médecine du travail n'est pas considérée par les étudiants en médecine comme une spécialité attractive. Le bilan des ECNI en 2016 est de ce point de vue sans appel : 150 postes offerts, 72 choisis par les étudiants en médecine pour devenir internes de médecine du travail. Un peu moins de la moitié des postes offerts ont trouvé preneur. Aucun étudiant ayant choisi cette spécialité de médecine du travail ne se trouve dans le premier quart du classement. Le premier classé à choisir cette spécialité est 2815ème, le dernier est 8066, presque les trois quarts de ceux qui ont choisi cette spécialité sont issus du dernier quart du classement.

[149] Ces chiffres conduisent à ce que la médecine du travail soit la spécialité la moins attractive des 30 spécialités figurant aux ECNI[49]. C'est ici la spécialité qui enregistre les moins bons résultats. Le premier affecté en médecine générale était classé en 24ème position, le rang moyen 5351.

[150] Selon l'indicateur d'attractivité[50] calculé par la DREES à l'issue des épreuves classantes nationales en 2016, la spécialité est classée dernière (0,84) juste après la médecine générale (0,83), la biologie médicale (0,80), la santé publique (0,74) et la psychiatrie (0,72).

[49] Source : enquête annuelle du Centre national de gestion, CNG, chargé de l'organisation des ECNI.

[151] Enfin, selon les données de la DREES, il s'agit de la spécialité qui enregistre le plus grand nombre de départs définitifs lors de l'internat (13 %).

[152] Le nombre de places en médecine du travail a plus que triplé depuis 2005, passant d'une soixantaine à un peu moins de 200 en 2015. Cette augmentation, plus rapide que celle du nombre global de postes ouverts à l'internat, n'a pas eu d'impact notable sur le nombre de postes effectivement pourvus et le manque d'attractivité se traduit par le taux d'inadéquation le plus élevé pour une discipline médicale.

[153] Ainsi, le nombre de postes effectivement pourvus à l'internat ne parvient pas à s'élever durablement au-dessus de la centaine, niveau atteint en 2012. Une rechute peut même être observée en 2016 (-19,1 %).

Tableau 10 : Nombre de postes ouverts et nombre de postes pourvus en médecine du travail aux ECNI

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Postes ouverts	124	153	170	177	194	157
Postes pourvus	84	100	109	117	104	72
%	68 %	65 %	64 %	66 %	54 %	46 %

Source : *DGOS*

[154] Il convient de souligner que comparativement, les spécialités ne parvenant pas à pourvoir l'ensemble des postes d'interne ouverts, présentent un taux d'inadéquation beaucoup plus faible: médecine générale (93,5 % des postes pourvus), psychiatrie (98 % des postes pourvus), biologie médicale (90 % des postes pourvus) et santé publique (84 % des postes pourvus).

[155] La spécialité médecine du travail est regardée par les étudiants comme une médecine "administrative". Or l'étudiant a de lui au contraire une vision de clinicien : il se vit comme un soignant avant toute chose qui, après un diagnostic, détermine une stratégie thérapeutique pour son patient à qui il va prescrire un traitement. En fait, c'est l'aspect pratique médicale mobilisant des compétences et outils spécifiques pour le diagnostic et l'intervention hors d'un cadre administratif (ou réglementaire) qui fait opposition à une médecine administrative. L'autre aspect est l'indépendance technique, non pas en tant que telle mais pour le service rendu laissé à la latitude du médecin.

[156] Un médecin du travail ne prescrit pas (hors urgence) et son exercice est exclusif. On n'est donc pas seulement dans le domaine objectif des spécialités de la médecine mais dans celui de leur représentation pour les imaginaires des étudiants. C'est ce pourquoi, il est souvent affirmé que la médecine du travail est plus un choix de maturité que de précocité.

[157] L'attractivité actuellement plutôt faible du métier de médecin du travail et plus généralement de la médecine de santé publique est à souligner. Celle-ci trouve sa source profonde dans le caractère considéré actuellement comme subalterne, du statut de la médecine de prévention par rapport à celui de la médecine de soins. De fait, la prévention ne s'oppose pas au soin non seulement par son côté subalterne mais par son côté prescrit et routinier. La relation

[50] L'indicateur d'attractivité est construit par agrégation des classements (points) des étudiants choisissant la spécialité ou la subdivision.

"essence du métier médical" et "image - déclinaison de la prévention" mériterait une réflexion plus approfondie.

[158] La spécialité médecine du travail est peu visible dans le cursus des études de médecine effectué pour l'essentiel dans les centres hospitaliers et universitaires (CHU). L'exercice de cette médecine n'est que peu hospitalière, même s'il existe des services de santé au travail au sein des hôpitaux, dédiés aux agents hospitaliers, ne serait-ce que du fait des nombreux postes de travail qui nécessitent un régime de surveillance individuelle renforcée au sens de la loi[51]. Le nombre des hospitalo-universitaires est souvent trop faible pour pouvoir assurer une visibilité suffisante pour les étudiants. L'essentiel de l'exercice qui s'effectue en entreprise ou dans des services interentreprises de santé au travail n'est pas dicté par le code de la santé publique, mais bien plutôt par le code du travail.

[159] La spécialité médecine du travail est l'objet de peu de questions lors des épreuves nationales classantes. Ceci a pour effet que les étudiants ne s'y intéressent pas ; car tel ne sera pas l'essentiel de ce qu'ils doivent apprendre pour s'assurer le meilleur des classements possibles. C'est un des effets pervers de cette méthode d'affectation des spécialités : ce qui compte pour l'étudiant est seulement ce qui permet de parfaire son classement pour disposer d'un panel de choix plus étendu. Un étudiant a même affirmé à la mission : "*C'est simple ; tout ce qui n'est pas dans le périmètre des ECNI, je ne fais pas !* ". On peut sans doute le déplorer ; mais dans l'état actuel du déroulement du cursus des études médicales, force est de constater que la médecine de prévention n'est pas privilégiée.

[160] La prévention secondaire et tertiaire enseignée lors du cursus de formation des premier et deuxième cycles est présentée à travers le prisme de la thérapeutique et la prévention primaire n'est enseignée qu'au cours de l'internat. Ces facteurs ne concourent pas à une approche objective de la médecine de prévention.

[161] La spécialité médecine du travail est peu pensée au sein de l'université. Ce jugement un peu sévère à l'égard de la spécialité se complète d'absence d'information de la part des milieux directement concernés vers les étudiants. La connaissance effective de la médecine du travail est d'autant moins grande que les stages de découverte de services de santé au travail avant le choix des ECNI, et sauf quelques louables exceptions, sont trop rares dans les différentes universités. Or ce besoin peut apparaître grand car les universitaires de cette spécialité eux-mêmes sont perçus comme éloignés du monde du travail effectif dans lequel leurs internes iront faire leurs armes.

[162] Il est indispensable que les étudiants de deuxième cycle puissent accéder facilement à des stages en service de santé au travail à l'image des stages en médecine générale ambulatoire et non pas seulement en milieu hospitalo-universitaire, environnement peu représentatif de la pratique quotidienne de l'immense majorité des praticiens.

[163] La circulaire DGT de 2012 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine du travail et des services de santé au travail, précisait la possibilité pour les SST d'accueillir des étudiants de médecine en stage, élargie aux étudiants du deuxième cycle des études médicales, et non plus seulement aux internes, afin notamment de mieux faire connaître la spécialité de médecine du travail avant le choix de l'internat, et ainsi de contribuer à l'attractivité de cette filière et à sa visibilité. Pour autant, la mission constate que cette possibilité est très peu exploitée.

[51] Loi n°2011-867 du 20 juillet 2011 et loi 2016-1088 du 8 août 2016.

[164] La spécialité médecine du travail n'a pas bonne presse dans les universités avec un secteur santé. On peut même affirmer qu'elle est victime de nombre de préjugés véhiculés par les autres universitaires eux-mêmes. Ainsi n'est-il pas rare de voir des universitaires en médecine prévenir leurs étudiants du 2ème cycle que "*s'ils ne travaillent pas, ils vont échouer aux ECN et ne seront "que" médecin du travail*" ! Pire même, il est rapporté à la mission que lors d'un forum des métiers organisé dans une université, les étudiants n'osent pas se rapprocher du stand médecine du travail de peur d'être vus par les autres spécialités et, du même coup, perçus comme des étudiants ayant renoncé au climat compétitif des ECNI, ce qui pourrait leur nuire. Cet autre expression entendue d'un interne en médecine du travail pour ce qui le concerne, à titre personnel : " *J'ai dû expliquer mon choix à ma famille qui n'a pas compris et m'a dit que je ne serai jamais un vrai médecin. Quand on dit médecine, on dit que l'on a réussi, quand on dit médecine du travail, on est celui qui a échoué dans les études de médecine*". Cet état d'esprit pèse indiscutablement sur des étudiants en grande majorité sous-informés sur les réalités du métier.

[165] La spécialité médecine du travail apparaît peu visible sur le terrain de la recherche universitaire. Or, ce facteur "recherche" qui est de plus en plus présent dans le cursus des études de médecine est regardé comme valorisant par toute la communauté médicale. S'agissant de prestige des spécialités, les étudiants y sont très sensibles.

[166] Le plan d'actions de la stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail (QVT), qui prévoit l'intégration de cette thématique au périmètre des programmes de recherche sur la performance du système de soins (PREPS) représente une réelle opportunité que les équipes HU auront à saisir L'observatoire national de la qualité de vie au travail et des risques psychosociaux des professionnels de santé en cours de structuration diffusera les résultats de ces projets de recherche et proposera à la mission nationale chargée de la qualité de vie au travail des professionnels de santé, les axes prioritaires de recherche pouvant être retenus dans le cadre des appels à projet. La mission suggère que ces axes prioritaires soient étendus à la santé au travail.

[167] En dépit de l'existence d'une structure nationale d'appui de la recherche, aucune revue de médecine de renom n'est investie dans ce secteur. De sorte que les cotations des articles produits sont peu producteurs des points SIGAPS[52] susceptibles d'apporter des ressources budgétaires dans les CHRU en application des règles de dotation MERRI[53]. Spécialité frontière avec d'autres sciences comme le droit ou la sociologie, la médecine du travail voit sa recherche souvent morcelée, et donc moins repérable aussi (cf. *infra*).

[168] Ces éléments négatifs apparaissent très paradoxaux dès lors que l'on se rapproche un tant soit peu des réalités objectives d'exercice de cette spécialité. Il faut pratiquement attendre la dernière des quatre années de l'internat pour que les futurs médecins du travail découvrent les conditions au demeurant très favorables dans lesquelles ils vont exercer leur profession. La mission a pu constater que personne ne vient jamais les en informer vraiment auparavant. Par exemple, il est très fréquent que les salaires nets d'un jeune médecin débutant sur son premier poste dans un service interentreprises dépassent les 6 000 euros nets par mois, sans même parler de tous les avantages liés par exemple aux facilités de fonction[54]. Il faut de très longues années pour qu'un

[52] Le système d'Interrogation, de Gestion et d'Analyse des Publications Scientifiques (SIGAPS) est un dispositif de mesure des travaux de recherche dans les CHU et UFR de médecine/pharmacie fondé principalement sur les publications qui, par cotations, permet de récupérer des dotations budgétaires.

[53] Les missions d'enseignement de recherche de référence et d'innovation (MERRI) sont une dotation spécifique aux CHRU dans le cadre des dotations missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC). Ces MERRI sont précisément alimentées, entre autres, par les points SIGAPS.

[54] Voir à cet égard les grilles salariales de l'organisme qui fédère les services interentreprises de santé au travail, le centre interservices santé et médecine du travail entreprise (CISME).

praticien hospitalier qui choisit un exercice public exclusif atteigne, même gardes et expertises comprises, un tel niveau d'émoluments. Il en va de même des universitaires qui forment les médecins du travail, lesquels doivent devenir professeur des universités praticien hospitalier (PU-PH) avec une ancienneté avant de tutoyer de tels niveaux d'émoluments.

[169] Ces éléments apparaissent paradoxaux enfin, à un moment où les jeunes de notre pays optent plus facilement pour le temps choisi que pour le temps contraint, et où une féminisation de la profession de médecin a conduit à revoir les rythmes de travail pour satisfaire au plus près les impératifs de vie sociale des jeunes médecins. Les rythmes de travail en médecine du travail sont généralement moins denses comparés aux rythmes hospitaliers ou des généralistes libéraux, et d'ailleurs les temps partiels sont assez fréquents.

[170] Enfin, il est surprenant pour l'observateur d'entendre que les étudiants qui choisiraient la médecine du travail sont des médecins qui ont "*échoué dans leur cursus*".

[171] Pour le résumer, les médecins du travail hors les murs de l'hôpital sont parmi les moins contraints, les mieux rémunérés en début de carrière, et les plus proches d'un rôle de prévention primaire

[172] Par conséquent, on peut certes parfaitement comprendre que nombre d'étudiants en médecine aient d'autres préférences ou d'autres vocations qui leur semblent plus prestigieuses et plus proches de leur investissement personnel. Mais qu'aussi peu d'étudiants choisissent la spécialité médecine du travail en regard des avantages ci-dessus relatés peut interroger.

2.2.2 L'enseignement du deuxième cycle devrait valoriser la médecine de prévention

[173] Le rapport établi en mai 2015 par le député Michel Issindou, Christian Ploton, membre de la direction des ressources humaines de Renault et le professeur Sophie Fantoni-Quinton, avec le concours de l'IGAS , sur le thème "Aptitude et médecine du travail" signale à nouveau le défaut d'attractivité de cette spécialité pour les internes , lié selon eux à un problème d'image de cette spécialité mal connue par les étudiants en médecine : "*Peu d'entre eux ont intégré la diversité des actions à mener par le médecin du travail dans l'exercice de sa spécialité, actions individuelles et collectives. Il s'agit notamment d'un exercice clinique, de l'aide au maintien dans l'emploi des salariés ainsi que des actions en milieu de travail. Cet exercice tourné vers la prévention est parfois peu valorisé, dans un exercice global de la médecine où le curatif a longtemps été privilégié par rapport au préventif".*

[174] La première question qui mérite d'être mise en exergue est la carence manifeste d'information dont disposent les étudiants sur la profession de médecin du travail dans toutes les facultés de médecine.

[175] Plusieurs propositions peuvent être avancées pour pallier ces carences d'information et donc d'appétit pour choisir cette spécialité à l'issue des ECNI.

[176] En premier lieu, il importe d'harmoniser dans les universités le moment et la manière de sensibiliser les étudiants avant les ECNI à la médecine du travail. En théorie, la maquette des deux premiers cycles fait une place à cette information avec des volumes horaires réels selon les universités qui varient entre "rien du tout" et neuf heures. Cette organisation est à l'initiative des facultés de médecine qui gèrent ces enseignements malgré une maquette nationale en fonction de leurs contraintes, étant rappelée l'autonomie des universités. Les étudiants suivent un premier

cycle de trois ans, puis un second cycle de trois ans de plus qui se termine à l'issue de la 6ème année de médecine par les épreuves classantes nationales informatisées (ECNI).

[177] Le bon moment pour effectuer cette sensibilisation à la médecine du travail diffère selon les enseignants interrogés par la mission ; mais il semble toutefois qu'il faut que ce soit situé plutôt en deuxième cycle, pas trop tôt pour que les étudiants aient déjà des bases cliniques et suffisamment rapproché des ECNI pour que cela laisse des traces tangibles dans les mémoires des étudiants. Et dans le même temps, ces enseignements ne doivent pas être trop proches des ECNI où, en sixième année, le bachotage pour les ECNI l'emporte sur toute autre considération. De sorte que le bon créneau semblerait être la cinquième année de médecine lors du second semestre dans un contexte de forte concurrence entre les 30 spécialités au choix pour le troisième cycle.

[178] Au-delà de ce moment opportun, il y a le contenu et les modalités de cette sensibilisation. S'agissant du contenu, il est manifeste qu'un accent trop prononcé vers une médecine de par trop administrative et juridique est trop rébarbatif pour des étudiants qui se projettent d'abord et très majoritairement dans des rôles cliniques. Or, précisément, la médecine du travail est aussi une spécialité clinique ce qui est trop peu connue des étudiants. Présenter dans ces volumes horaires d'initiation lors du second cycle des études médicales des cas cliniques concrets de médecine du travail plutôt que les articles du code du travail pourrait également contribuer à intéresser plus facilement les étudiants.

[179] La cinquième année de médecine est une des trois années du deuxième cycle des études médicales, plus communément appelé l'externat. Or cet externat se prête depuis la réforme du deuxième cycle[55][56] à des stages d'observation dans des services de médecine du travail, qu'ils soient hospitaliers ou interentreprises. C'est une question d'investissement des équipes enseignantes, souvent trop réduites et certaines universités l'organisent d'ailleurs, mais il est vrai en nombre encore assez réduit. Ces stages apparaissent pourtant comme un excellent vecteur d'initiation et de promotion de la médecine du travail parmi les étudiants mais aussi de leur repérage afin de les accompagner dans leur projet professionnel[57].

[180] La possibilité pour les services de santé du travail d'accueillir des internes en stage a été élargie aux étudiants inscrits en deuxième cycle des études médicales afin de mieux faire connaître la spécialité de médecine du travail avant le choix de l'internat et ainsi de contribuer à l'attractivité de cette filière et à sa visibilité.

[181] Cette possibilité nécessite que préalablement le service de santé au travail soit agréé comme lieu de stage, dans les conditions prévues par l'article L. 632-5 du code de l'éducation. Cet agrément est délivré par le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS), après avis de la commission de subdivision réunie en vue de l'agrément.

---

[55] Le régime du deuxième cycle des études médicales a été réformé par l'arrêté conjoint santé, défense et enseignement supérieur du 8 avril 2013 ; il est entré en application à la rentrée 2013-2014.

[56] Rapport conjoint IGAS 2015-140R1 et IGAENR 2016-061 "L'organisation des stages des étudiants du deuxième cycle de médecine dans les établissements de santé".

[57] Selon le rapport IGAS/IGAENR, L'organisation des stages, de l'ordre d'une quinzaine sur l'ensemble du deuxième cycle, est fortement impactée par l'échéance des ECN au détriment des apprentissages et l'approche par spécialité, qui est le modèle dominant, répond à la somme de connaissances du programme des ECN. Mais elle tend à faire passer au second plan l'objectif de la réforme sur l'élargissement aux sciences humaines, à l'éthique, aux relations interprofessionnelles ; elle privilégie le caractère théorique des ECN.

[182] Certaines universités ont mis en place des stages courts de découverte de la médecine du travail, pour les étudiants de deuxième cycle à l'initiative des coordonnateurs de la spécialité, allant de quelques jours à quelques semaines (Paris VI, Toulouse, Grenoble, Paris XIII...). Peu d'étudiants sont concernés et les étudiants de dernière année qui pourraient effectuer un stage (six semaines à temps plein ou trois mois à temps partiel) durant le semestre d'été (après les ECNI) sont peu présents quel que soit le lieu de stage et la spécialité concernée.

[183] La mission a pu constater qu'il n'existerait pas, sous réserve des questions de responsabilité et de financement des stages, de réticences dans les services interentreprises pour accueillir de tels stagiaires. Bien au contraire. Mais il y a un facteur limitant dans le suivi et l'encadrement de ces stages qui tient à la faiblesse des effectifs d'enseignants et aux difficultés pratiques des coordonnateurs de discipline. La mission a pu constater la volonté des médecins des SST et des enseignants à investir ce champ des stages de découverte de la santé au travail, pour les étudiants de second cycle

[184] Ces stages courts de découverte peuvent aussi s'organiser en sixième année, à condition que ce ne soit pas un bon prétexte pour que l'étudiant s'abrite dans des activités jugées peu prenantes pour mieux bachoter les ECNI. De même, s'agissant de stages, la mission a pu noter que les stages en DIRRECTE pour les internes auprès des médecins inspecteurs en santé au travail étaient très prisés et recommande de ne pas les abandonner. Des stages d'observation d'externe dans ces structures mériteraient sans doute d'être étudiés.

Recommandation n°7 : Inciter les facultés de médecine à généraliser les stages de découverte en service de santé au travail

[185] Les ECNI accusées "d'inhiber" la spécialité peuvent aussi devenir un levier. Il s'agit d'une question d'organisation et de contenu. Lors des ECNI, seules trois questions portent sur la médecine du travail (et parfois deux seulement directement). Il s'agit des items 178, 179 et 180. Or, les ECNI 2016 comportent 362 items.

[186] Les items considérés comme spécifiques à la médecine du travail se trouvent dans l'unité d'enseignement 6 (UE6) intitulée "Maladies Transmissibles – Risques Sanitaires – Santé au Travail". Leur rédaction actuelle donne un côté administratif à la spécialité médicale. La hiérarchie implicite des spécialités défavorise certaines filières non "cliniques et techniques". On pourrait certes augmenter le nombre de ces items en médecine du travail car cela forcerait à plus d'investissement des étudiants pour cette spécialité. Mais outre que l'on peut douter qu'une ou deux questions de plus maximise l'intérêt pour la médecine du travail, la concurrence entre spécialités médicales étant très forte et cette piste est sans doute improbable et la mission la regarde avec prudence.

[187] En revanche, la mission propose de reprendre les questions telles qu'elles sont libellées actuellement de façon telle qu'elles se présentent plus comme des questions de clinique que des questions administratives et juridiques ce qui est largement le cas aujourd'hui.

[188] Par ailleurs, pour les enseignants chercheurs de la spécialité, chargés de l'élaboration des sujets, avec l'accord de leurs collègues des autres disciplines, réserver parmi les quinze questions de chaque dossier clinique, une ou deux questions plus transversales pouvant inclure des dimensions de santé au travail serait assurément une piste à privilégier. Un simple exemple : sur un cas centré sur la chirurgie de la main, rien n'interdirait d'inclure une focale sur les actions de prévention qui eussent dû être accomplies sur le conseil du médecin du travail pour aménager le poste de travail, et donc prévenir une telle occurrence.

[189] Dès lors que l'étudiant qui passe les ECNI saura que certains items seront pluridisciplinaires et que la médecine du travail y aura sa place, nul ne doute qu'il pourrait plus s'y investir ; et donc même avoir l'idée en cinquième année de faire un stage "*d'externe*" de découverte dans un service apparenté à cette spécialité. Dans l'esprit de la mission, une telle orientation, requiert aussi l'adhésion des autres disciplines pour réussir.

[190] Pour donner un sens à l'implication de la discipline médecine et santé au travail dans le programme du second cycle, il est donc nécessaire au préalable de reprendre les objectifs généraux des différentes UE et d'insérer les items dans la logique du déroulé des objectifs terminaux de chaque UE. Des propositions de modifications des items de deuxième cycle des études médicales (DCEM) sont formulées dans le cadre de la présente mission (annexe n°1).

Recommandation n°8 : Réviser le contenu des unités d'enseignement du DCEM afin d'intégrer la diversité des actions à mener par le médecin du travail dans l'exercice de sa spécialité.

2.2.3 Des forums des métiers devraient être organisés par toutes les UFR

[191] Une campagne d'information sur la médecine du travail dans laquelle sans exception tous les partenaires de la santé au travail doivent s'investir est indispensable. Les modalités de la communication sont devenues très professionnelles et savent faire passer en peu de temps des messages forts que les moyens classiques de sensibilisation trop institutionnels et trop roboratifs ne parviennent pas à promouvoir. Les étudiants l'ont compris et, par exemple, l'un d'entre eux a proposé pour satisfaire à son obligation de mémoire de fin de cycle de réaliser un petit film sous forme de vidéo transférable sur les réseaux sociaux afin de promouvoir les réalités positives de la médecine du travail.

[192] De même, l'ANIMT est presque la plus performante sur ce terrain et démontre un dynamisme réconfortant en s'impliquant dans l'organisation de forums des métiers au sein de certaines facultés. Il importe de souligner que cette communication ne doit pas se centrer sur les seuls médecins du travail mais sur tous les professionnels de santé au travail, infirmiers et IPRP, dans la droite ligne de la philosophie impulsée par les dispositions de la loi sur les équipes pluridisciplinaires. En ce sens, on peut penser que la réforme du troisième cycle des études médicales, suite au décret 2016-1597 du 25 novembre 2016 et aux arrêtés du 12 avril 2017 et du 21 avril 2017 peut servir d'excellent point de départ pour une communication plus fertile encore.

[193] Quelques autres initiatives impliquant les DIRECCTE ou les instituts de formation en soins infirmiers ont été portées à la connaissance de la mission, elles restent cependant peu nombreuses.

Recommandation n°9 : Promouvoir une campagne nationale d'information et de sensibilisation des étudiants , en organisant notamment dans chaque UFR de médecine des forums des métiers de santé au travail, favorisant l'essor d'une culture de la prévention et de la santé publique.

2.2.4 La réforme du troisième cycle des études médicales représente une opportunité pour renforcer le caractère original du cursus de la médecine du travail

[194] L'accès au métier de médecin du travail se fait au premier chef par le biais du troisième cycle des études de médecine, appelé internat. La santé au travail est un des 30 choix possibles à l'issue des épreuves classantes nationales informatisées (ECNI), épreuves auxquelles doivent se soumettre tous les étudiants inscrits en sixième année de médecine. Une fois intégré dans ce cursus spécifique de formation, l'étudiant alternera pendant quatre ans et à l'image de bien d'autres spécialités de la médecine, formation théorique à l'université et stages pratiques au bout desquels il se voit délivrer un diplôme en spécialité (DES).

[195] Selon l'étude comparative des voies de qualification des spécialités médicales du CNOM (édition 2015), pour la filière de médecine du travail, la voie universitaire française représente près de 39 % des qualifications enregistrées à l'Ordre en 2014 et 46 % sur la période de référence de 2009 à 2014. 120 postes étaient ouverts aux ECN, dans la filière médecine du travail, pour l'année universitaire 2010-2011, 79 diplômes qualifiants ont été enregistrés à l'Ordre en 2014, dont 74 DES en médecine du travail. 445 postes ont été ouverts aux ECN entre 2005 et 2010 et 421 diplômes qualifiants ont été enregistrés à l'Ordre sur la période correspondante, 2009 à 2014.

[196] Ce diplôme est le fondement sur lequel l'Ordre des médecins le qualifiera comme médecin du travail ; ce qui lui autorise l'exercice effectif de cette médecine de spécialité. La réforme en cours du troisième cycle des études médicales maintient cette spécialité ; et hormis les changements propres à toutes les spécialités en fonction de nouvelles maquettes pédagogiques déterminées par des collèges des enseignants des spécialités, rien ne devrait fondamentalement changer pour cette voie d'accès à la médecine du travail[58].

[197] Le médecin du travail, à la différence des autres spécialistes, doit ajouter à ses connaissances cliniques la connaissance du ou des milieux dans lesquels il va évoluer, puisqu'il va devoir conseiller le chef d'entreprise. Le médecin du travail doit savoir identifier les interlocuteurs dans l'entreprise, connaître leur préoccupation et leur mode de fonctionnement, le contexte dans lequel ils interagissent et, plus généralement, l'environnement dans lequel l'entreprise se situe. Il doit donc acquérir un corpus juridique, économique, financier, sociologique, managérial et technique.

[198] "*L'évolution de la pratique que les réformes successives introduisent, doit être accompagnée d'une montée en compétences des futurs médecins du travail dans de nombreux domaines, en particulier extra-médicaux*" reconnait l'ANIMT. La fonction d'animation et de coordination d'équipe récemment instaurée, est un exemple qui requiert un effort spécifique de formation (compétences indispensables en management, gestion de projet, gestion d'équipe…).

[199] Dans un souci de lisibilité et de cohérence, la mission insiste sur l'importance d'une homogénéisation au niveau national de l'enseignement du DES de médecine du travail. Son contenu n'est pas suffisamment uniforme au niveau national, ne permet pas selon les étudiants rencontrés, d'identifier clairement les compétences nécessaires au métier. En ce sens, un référentiel national de

[58] Comme nombre d'autres spécialités de la médecine, en application du décret 2016-1597 du 25 novembre 2016 la médecine du travail verra ses rythmes de formation effectués en quatre années et divisés en trois phases : phase socle, phase d'approfondissement et phase d'autonomie supervisée avec un portfolio pour l'étudiant validant des compétences.et servant d'évaluation effective.

compétences est indispensable, pour une meilleure visibilité auprès des étudiants. La création de ce référentiel, ainsi que les différentes actions et réflexions à mener autour de la formation des futurs médecins du travail, nécessite un volontarisme affirmé de l'ensemble des enseignants de la spécialité.

[200] L'une des évolutions importantes de la réforme du troisième cycle des études médicales réside en la possibilité d'ajuster la formation des futurs spécialistes aux évolutions des connaissances médicales et de l'organisation du système de soins.

[201] Les maquettes pédagogiques[59] définissent l'organisation de la formation et notamment le programme des enseignements en stage et hors stage, les compétences et les connaissances à acquérir, la durée et la nature des fonctions pratiques qui doivent être effectuées et les objectifs de formation. Ainsi la réglementation prévoit que les maquettes de formation des différents diplômes DES et FST, peuvent être révisées en cas de besoin et au moins tous les quatre ans[60].

[202] En ce qui concerne la maquette de la spécialité de médecine du travail désormais intitulée "médecine et santé au travail", elle a fait l'objet d'un travail important de trois à quatre ans, validée par le collège des enseignants de médecine du travail. Toutefois, délibérément, n'ont pas été développés d'éléments prospectifs par rapport à ce que pourrait être l'évolution de la spécialité. Selon quelques enseignants de la spécialité rencontrés par la mission, l'état d'esprit actuel ne comprendrait pas qu'on sorte du schéma classique et permettre ainsi de pousser plus loin la question des compétences. Malgré la parution très récente de ces textes, certains interlocuteurs de la mission proposent dès à présent, de rendre plus lisible et attractive l'offre de formation de cette spécialité médicale.

[203] La mission a comparé les maquettes de formation de médecine générale, de santé publique et de médecine et santé au travail annexées à l'arrêté du 21 avril 2017 et observe une totale hétérogénéité des contenus soulignant le caractère peu attractif de celle de la médecine et santé au travail. Cette spécialité gagnerait à ce que ses spécificités soient mises en avant: compétences spécifiques à acquérir et situations auxquelles l'étudiant est confronté lors des stages à réaliser pour les trois phases de formation, et décrites, à l'image des autres spécialités et non simplement renvoyées à la plateforme numérique du collège de la spécialité (cf. pièce jointe n°1)

[204] Il s'agit pour la mission de rappeler ainsi les objectifs ministériels qui ont guidé cette réforme: des maquettes qui doivent présenter des "références modernisées" de chaque spécialité. A ce titre, la mission estime que la démarche projet et le management d'équipe doivent bénéficier d'un enseignement adapté aux enjeux que l'animation et la coordination d'une équipe pluridisciplinaire peuvent représenter.

[205] Par ailleurs, certains internes en cours de DES ont rapporté à la mission leur interrogation quant à la pertinence d'avoir dès la phase socle, un stage dans un lieu agréé à titre principal en médecine et santé au travail, considérant que leur formation clinique restait imparfaite à l'issue du DCEM, ce qui renvoie à la question d'une meilleure articulation entre les deux cycles de formation de l'étudiant.

---

[59] Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du 3ème cycle des études de médecine

[60] Article 66 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine.

<u>Recommandation n°10 :</u> Procéder à la révision de la maquette de formation de la médecine et santé au travail en améliorant son contenu par une exposition plus exhaustive des objectifs cliniques recherchés, facteur d'attractivité de la spécialité

[206] La mission s'est intéressée aussi à l'organisation administrative au sein de chaque subdivision, qui prévoit que les acteurs locaux parties prenantes participent à la formation des étudiants du troisième cycle. Deux commissions sont ainsi instituées :

- une commission d'évaluation des besoins de formation qui vérifie que le nombre de lieux de stage et de praticiens agréés-maîtres de stage des universités ainsi que la nature des lieux de stage est en adéquation avec le nombre d'étudiants inscrits dans les différentes phases des différentes spécialités au regard du bon déroulement des maquettes de formation. Le directeur de la DIRECCTE siège avec voix délibérative lorsqu'elle se réunit au sujet du diplôme d'études spécialisées de médecine du travail.
- une commission de subdivision qui se réunit en deux formations : une formation en vue de l'agrément et une formation en vue de la répartition.

Tableau 11 : Composition des commissions de subdivision

FORMATION	ÉVALUATION DES BESOINS	AGRÉMENTS	RÉPARTITION
Délibérative	Doyen DGARS Médecin des armées Coordonnateurs locaux Président de CME CHU 5 étudiants **DIRECCTE**	Doyen DGARS Médecin des armées 5 Enseignants DG CHU 5 étudiants	DGARS Doyen Médecin des armées Président de CME de CHU, CH, psy, privé non lucratif DG CHU Directeur de CH, psy, privé non lucratif, lucratif URPS 5 enseignants 5 étudiants **DIRECCTE**
Consultative	DG CHU CROM	Directeur de CH Président CME de CHU et de CH URPS CROM Coordonnateur local et étudiant de la spécialité Privé lucratif ou non invité	Directeur de l'HAD CROM Coordonnateurs régionaux Coordonnateur local + étudiant de la spécialité

Source : *DGOS*

[207] La mission s'interroge sur la composition de la commission de subdivision, lorsqu'elle statue en formation en vue de l'agrément ou renouvellement d'agrément des lieux de stage en médecine du travail qu'elle considère incomplète. Celle-ci, ne prévoit pas la présence du directeur de la DIRECCTE contrairement à sa composition lorsqu'elle statue en formation en vue de la répartition des postes offerts au choix semestriel. L'agrément atteste du caractère formateur du lieu de stage ou du praticien-maître de stage des universités pour l'accueil en stage, tel que prévu par les maquettes de formation, des étudiants de troisième cycle inscrits dans les spécialités pour lesquelles il est accordé.

[208] On rappellera que chaque service de santé au travail fait l'objet d'une procédure d'agrément pour une période de cinq ans par l'unité régionale de la DIRECCTE après avis du médecin inspecteur du travail. L'agrément des services de santé au travail, prévu par les articles D. 4622-48 à D. 4622-53 du code du travail, constitue l'expression de la mission régalienne de l'administration qui atteste ainsi de la conformité des services aux dispositions du code du travail. Le caractère formateur du lieu de stage pour l'accueil en stage des étudiants est, dans l'esprit de la mission indissociable d'une bonne application du code du travail.

[209] Lors des entretiens avec la mission, pour ce qui concerne la formation pratique et son encadrement, il a été rapporté que les médecins du travail des services de santé au travail autonomes ou interentreprises qui exercent le tutorat des étudiants ne sont pas reconnus malgré leur engagement et leur exercice exclusif comme "praticiens maîtres de stage[61]", contrairement à leurs collègues de médecine générale. Ces derniers sont agréés pour cinq ans par le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale dont relève l'étudiant, sur proposition de l'instance chargée des stages et des gardes au sein de la commission pédagogique de l'unité de formation et de recherche médicale.

[210] La mission propose que les médecins du travail des SST extrahospitaliers qui s'investissent dans l'encadrement des étudiants, puissent bénéficier de ce statut, reconnaissance de leur rôle dans la formation des étudiants, internes et médecins collaborateurs.

Recommandation n°11 : Impliquer la DIRECCTE dans la procédure d'agrément ou renouvellement d'agrément des lieux de stage de médecine du travail.

Recommandation n°12 : Reconnaître les praticiens exerçant en SST extrahospitaliers comme praticiens maîtres de stage.

2.2.5 La spécialité pourrait évoluer vers une médecine du travail et environnementale

[211] Selon l'avis du conseil économique, social et environnemental sur "*L'avenir de la médecine du travail*"[62], la santé au travail est indéniablement un élément fondamental de la santé publique, compte tenu de l'importance du temps passé au travail dans la vie des personnes, ainsi que de la façon dont le travail, ses conditions et son organisation peuvent avoir des conséquences non seulement sur les salariés dans leur vie professionnelle et personnelle, mais aussi sur l'environnement.

[212] Le PST3 précise que si l'activité professionnelle est susceptible d'exposer à des risques et donc de dégrader l'état de santé des travailleurs, notamment s'ils présentent une fragilité préalable, elle peut également constituer pour eux une ressource en faveur de leur santé. Le travail est donc un déterminant de la santé. Il constitue aussi un environnement susceptible d'avoir des incidences sur la santé.

---

[61] Art. 17- Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine: "*Sont considérés comme praticiens agréés-maîtres de stage des universités, les médecins exerçant en cabinet libéral, en centre de santé, en maison de santé ou au sein d'un centre médical du service de santé des armées et agréés…".*

[62] Avis du Conseil économique et social présenté par M. Christian Dellacherie, rapporteur au nom de la section du travail; séance des 26 et 27 février 2008.

[213] La mission observe par ailleurs que sur le plan scientifique, les principales revues internationales du thème associent l'environnement et le travail : *Occupational and Environmental Medicine (OEM), The Journal of Occupational and Environmental Médicine* (JOEM), *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* (SJWEH)… De même, la principale revue française est devenue " les Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement ".

[214] Dans l'introduction de son ouvrage "*Environmental and Occupational Medicine*"[63], l'auteur, précise que la santé au travail et la santé environnementale sont des champs thématiques à l'interface de la médecine clinique et de la santé publique.

[215] Ainsi des proximités existent entre les problématiques de l'environnement et celles du travail avec deux axes principaux : l'épidémiologie et la toxicologie chronique. Selon l'auteur, la santé environnementale se centre sur les aspects de santé humaine liée à la pollution de l'air et la pollution de l'eau, mais beaucoup plus largement, sur le réchauffement climatique, la déforestation, la pollution des océans, la déplétion de l'ozone stratosphérique, la perte de la biodiversité.

[216] Il s'agit bien de questions transversales renvoyant principalement à des risques chimiques physiques et infectieux partagés avec le milieu professionnel. Ce qui différentie les approches tient principalement aux niveaux de concentration des polluants qui sont plus élevés, en règle générale, dans le milieu de travail.

[217] Souvent, ce sont les connaissances issues du milieu professionnel qui alimentent les recommandations en santé environnementale : ainsi, ce sont d'abord des études dans certains contextes de travail (mines, tunnels…) qui ont permis de montrer les effets délétères des émissions diesel et d'argumenter scientifiquement sur l'effet cancérigène des particules. Dans un autre ouvrage[64] qui avait valeur de référence pour la spécialité médicale aux Etats Unis, une part de cet ouvrage est consacrée aux problèmes environnementaux quand la majorité des questions est évoquée sous l'angle professionnel. Toutefois, l'auteur souligne que les questions environnementales sont le prolongement du rôle du médecin du travail[65].

[218] Les thèmes qui constituent la santé environnementale sont les suivants : qualité de l'air, sécurité du consommateur, maîtrise technologique, gestion des catastrophes, médecine environnementale, épidémiologie des maladies environnementales chroniques, sécurité alimentaire (toxicologique et microbiologique), aspects génétiques (génotoxicité), qualité de l'habitat, santé environnementale dans les institutions (usagers – écoles, établissements de soins, prisons…), maîtrise du bruit, maîtrise des rayonnements (ionisants et non ionisants), sécurité des activités de détente, gestion des déchets solides, gestion des substances toxiques et toxicologie, sécurité routière, maîtrise des vecteurs (infectieux), distribution et traitement de l'eau.

[219] Alors que la santé au travail s'intéresse plutôt à une population d'adultes jeunes en activité professionnelle, la santé environnementale va concerner toute la population. Pour autant, la mission estime que la pratique clinique du médecin du travail a toute sa place en médecine environnementale même si la médecine du travail partage, sur le plan épidémiologique, les questions populationnelles avec la médecine de santé publique.

---

[63] [1] William M. ROM (Ed). Environmental and Occupational Medicine. LIPPINCOT – RAVEN, 3ème édition – Philadelphie USA 1998

[64] [1] Robert J. Mc CUNNEY (ed). A practical approach to occupational and environmental medicine. 3ème édition. Lippincott Williams and Wilkins. Philadelphie 2003

[65] Page 714 de l'ouvrage de Robert J. Mc CUNNEY.

2.3 Le médecin du travail doit être intégré dans le parcours de santé

2.3.1 La possibilité d'extension "encadrée" du droit de prescription est à envisager

[220] La médecine du travail est appréhendée par les étudiants en médecine sous ce qu'ils appellent "ses aspects négatifs" : ses "patients" ne le choisissent pas, il ne prescrit pas et ne soigne pas.

[221] La prévention n'était pas jusqu'à peu valorisée. Cette spécialité est appréhendée comme non prescriptive et non soignante, or les étudiants sont motivés par l'acte de soins[66][67] et la prescription est une notion fortement ancrée dans l'esprit des étudiants au terme du second cycle des études médicales.

[222] La question de l'ouverture de la prescription aux médecins du travail a été soulevée par certains de nos interlocuteurs, étudiants ou internes. Elle constitue un sujet sensible notamment pour les médecins généralistes et trouve réponse dans le code de déontologie médicale qui stipule, en son article 99 (article 4127-99 du code de la santé publique), que "sauf cas d'urgence ou prévu par la loi, un médecin qui assure un service de médecine préventive pour le compte d'une collectivité n'a pas le droit d'y donner des soins curatifs. Il doit adresser la personne qu'il a reconnue malade au médecin traitant ou à tout autre médecin désigné par celle-ci", disposition rappelée dans les contrats type adoptés par le CNOM, pour un médecin du travail salarié d'un service de santé au travail interentreprises ou d'un service autonome de santé au travail.

[223] Le cas de la consultation spécialisée nécessitée par un problème précis d'aptitude à un poste est différent. Le médecin du travail est libre de prescrire les examens complémentaires en relation avec l'activité du salarié ou liés au dépistage des maladies dangereuses pour l'entourage du salarié et de les confier aux professionnels de santé de son choix (articles R. 4624-35 et R. 4624-36 du code du travail).

[224] La mission rappelle que le diplôme d'études spécialisées ouvre droit à la qualification de spécialiste correspondant à l'intitulé du diplôme, en l'occurrence la médecine et santé au travail et que le CNOM considère que le médecin ne peut exercer que dans une seule spécialité. Le cumul est impossible dès lors que le code du travail (art. R4626-13) prévoit que les fonctions de médecin du travail sont exclusives de toute autre fonction qui déroge à l'article 99 du code de déontologie médicale.

[225] Selon l'ANIMT: "*le droit de prescription dans le cadre de l'exercice d'une autre spécialité (acquise par voie de DESC notamment) est unanimement reconnu comme indispensable à l'attractivité de la spécialité. En effet, la possibilité de maintenir une activité de soins (en parallèle de l'activité exclusivement préventive du médecin du travail) par l'acquisition d'une double compétence nous semble lever de nombreux freins pour faire le choix de notre spécialité*". C'est actuellement le cas notamment de l'addictologie ou de l'allergologie.

---

[66] L'attractivité en médecine du travail, pré-étude qualitative pour l'élaboration d'un questionnaire à diffusion nationale (ANIMT)

[67] Thèse du 18 avril 2014 pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine par Daphné LEVISSE "Connaissances et représentation de la spécialité médecine du travail: Etude chez 1429 étudiants hospitaliers dans l'inter-région Nord-Ouest".

[226] La récente réforme du troisième cycle des études de médecine[68] dispose: "*Les étudiants peuvent être autorisés à suivre une formation spécialisée transversale, dont la liste est définie en annexe au présent arrêté. Conformément à l'article R. 632-22 du code de l'éducation, une formation spécialisée transversale est une option commune à plusieurs spécialités et ouvre droit à un exercice complémentaire d'une surspécialité au sein de la spécialité suivie*". La maquette de formation de médecine et santé au travail précise que dans le cadre de son projet professionnel, et en regard des besoins de santé et de l'offre de formation, l'étudiant peut être conduit à candidater à une formation spécialisée transversale (FST), notamment : addictologie, douleur, expertise médicale - préjudice corporel, maladies allergiques, médecine du sport et sommeil.

[227] La mission considère que cette réforme des études de médecine représente une opportunité et un levier pour valoriser la spécialité médecine et santé au travail et propose que la pratique de la spécialité complémentaire acquise dans le cadre de la formation spécialisée transversale (addictologie, maladies allergiques…) qui concernera un faible contingent de médecins du travail, permette une extension de la prescription au même titre que les autres médecins spécialistes mais exclusivement dans le cadre de cette pratique complémentaire liée à une des FST dont la liste est restreinte.

[228] Cette possibilité d'extension de la prescription doit s'exercer hors du périmètre administratif d'exercice exclusif du médecin du travail et dans le respect des règles déontologiques.

[229] A terme, l'exercice exclusivement préventif devrait évoluer au profit d'une capacité à prescrire (pour les pathologies d'origine professionnelle) dans une logique de spécialité en fonction d'un référentiel de bonnes pratiques à élaborer par la HAS. Cette disposition nécessite une concertation notamment avec les partenaires sociaux et requiert des modifications législatives et réglementaires.

[230] Par ailleurs, le plan santé au travail 2016-2020 dans son objectif opérationnel 5 (Maintien en emploi) stipule que "*la désinsertion professionnelle liée à des problèmes de santé peut avoir des causes multiples : usure professionnelle due à une exposition le plus souvent de long terme à des facteurs de risques professionnels, vieillissement, maladies professionnelles ou non, handicap, accidents du travail. C'est à cette diversité de situations qu'il convient d'apporter une réponse, compte tenu de conséquences sur l'emploi souvent irréversibles*".

[231] L'article R. 4624-34 du code du travail précise que tout salarié peut, lorsqu'il anticipe un risque d'inaptitude, solliciter une visite médicale dans l'objectif d'engager une démarche de maintien en emploi et de bénéficier d'un accompagnement personnalisé.

[232] Afin d'encourager les salariés à recourir aux conseils du médecin du travail et d'essayer de lever la crainte d'une visite basée sur une base volontaire chez le médecin "du patron", la mission propose d'instaurer la possibilité de prescription du premier arrêt de travail par le médecin du travail en tant qu'alternative à l'inaptitude même temporaire. La prolongation éventuelle serait du ressort du médecin traitant. Cette proposition nécessitera un approfondissement avec l'Ordre des médecins et également avec l'assurance maladie. Elle a reçu un premier accueil positif de leur part et de la majorité des interlocuteurs de la mission.

[68] Article 6 de l'arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine.

[233] Cet acte thérapeutique qui devra obéir aux règles de bonnes pratiques pourrait représenter une des solutions organisationnelles en réponse à des problèmes de santé rencontrés par les salariés, en contribuant ainsi à l'accompagnement des travailleurs en risque d'inaptitude.

[234] Son impact sur le maintien en emploi et la désinsertion professionnelle devra néanmoins faire l'objet d'une analyse précise, associant les partenaires sociaux et la Société française de médecine du travail.

Recommandation n°13 : Permettre hors du périmètre administratif d'exercice exclusif du médecin du travail et dans le respect des règles déontologiques, l'extension limitée de prescription dans le cadre d'une pratique complémentaire liée à une formation spécialisée transversale.

Recommandation n°14 : Autoriser la prescription d'un premier arrêt de travail en lien avec un risque d'inaptitude, une démarche de maintien en emploi et d'accompagnement personnalisé du salarié.

2.3.2 La communication entre la médecine du travail et la médecine ambulatoire doit être encouragée et facilitée

[235] L'un des points faibles cités dans l'étude de l'ANIMT et confirmés par bon nombre d'interlocuteurs rencontrés par la mission, est la faible reconnaissance des pairs, du public et des entreprises. La médecine du travail est perçue comme la médecine de l'employeur et est absente du parcours de santé au sens de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, alors que cette médecine pourrait être un vigile avancé de santé publique dans nombre d'occasions.

[236] Or, ce non *possumus* est contraire même à l'esprit de développement de la prévention primaire que l'unanimité de la représentation nationale aimerait précisément développer. Ce dernier point mérite une attention particulière quand on sait par exemples, que l'insertion professionnelle est capitale pour les maladies chroniques et que le poste de travail impacte l'éducation thérapeutique d'un diabétique. Progresser dans la coordination territoriale des différents acteurs qui interviennent pour le maintien dans l'emploi ou la réinsertion professionnelle des personnes atteintes de cancer ou d'une autre maladie chronique nécessite une bonne articulation de l'action notamment des différents intervenants médicaux.

[237] De fait, même si la médecine-santé au travail est une spécialité médicale, l'action des médecins et des services de médecine du travail rebaptisés services de santé au travail est pilotée uniquement par le ministère du travail.

[238] La stratégie nationale de santé est porteuse d'une ambition forte : celle de "faire le choix de la prévention, levier majeur de réduction de la mortalité et de la morbidité évitables". Cependant, la médecine du travail n'est pas intégrée dans les réflexions du ministère de la santé sur le parcours optimal des patients, alors même par exemple que le maintien des salariés atteints de maladies chroniques dans les entreprises fait partie des priorités du gouvernement et que ce maintien peut nécessiter une adaptation ou une modification du poste de travail.

[239] Le médecin du travail devrait être considéré comme l'un des acteurs du processus de soin, car rendant possible le maintien en emploi, lui-même partie intégrante du soin.

[240] Le plan cancer 2014-2019 recommande ainsi explicitement le développement des liaisons entre médecins du travail et médecins généralistes:" La difficulté du maintien ou du retour à l'emploi, pendant ou après un cancer, concerne de plus en plus de personnes, salariées ou non, et

pose de nombreuses questions aux employeurs et représentants des salariés…Enfin, si les besoins et attentes évoluent au fil du temps, certains fondamentaux demandent plus que jamais à être entendus : les personnes malades revendiquent leur droit à être pleinement associées aux décisions thérapeutiques qui les concernent, réaffirment leur besoin d'être informées et écoutées par les soignants, et demandent que leur prise en charge tienne compte de l'impact du cancer sur leur vie personnelle et professionnelle."

[241] La sécurisation des parcours professionnels tout au long de la vie professionnelle est bien identifiée par ce plan. Tout salarié doit pouvoir être accompagné et appuyé dans l'entreprise et en dehors de celle-ci durant la période de fragilité qu'il traverse[69].

[242] Le constat doit être fait d'une insuffisance de liens entre médecine du travail et médecine ambulatoire, alors même qu'il importe de garantir un suivi individuel d'un emploi à un autre, et tout au long de la vie du salarié, d'assurer notamment la traçabilité des expositions aux risques, et de participer en l'alimentant, à la veille sanitaire.

[243] De façon générale, l'existence de relations entre le médecin du travail du salarié et son médecin traitant varie selon l'interlocuteur rencontré par la mission.

[244] Certains interlocuteurs rencontrés par la mission seraient favorables à la possibilité d'un accès au dossier médical partagé (DMP) par le médecin du travail, après accord du salarié. Cependant, les associations de patients ont exprimé une opposition dans le cadre de la concertation précédant la promulgation de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. L'accès du médecin du travail au DMP est actuellement interdit aux motifs de la protection du salarié et de la préservation du secret médical.

[245] La question du consentement du salarié est en particulier au cœur de la relation de confiance en médecine du travail et de l'accès au DMP. C'est selon la mission, une des conditions nécessaires pour que les médecins du travail soient reconnus comme des médecins spécialistes à part entière, facilitant les échanges et la visibilité de la spécialité.

[246] L'article 96 de la loi dispose:" Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social. Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, au sens de l'article L. 1110-12, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe".

[247] L'article L. 1110-12 du CSP précise que l'équipe de soins est "un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes". Cette définition concernant l'équipe de soins et les termes du décret du 20 juillet 2016[70] (art.

---

[69] Action 9.5 : Responsabiliser l'entreprise dans toutes ses composantes sur l'objectif de maintien dans l'emploi ou la réinsertion professionnelle et action 9.6 : Progresser dans la coordination territoriale des différents acteurs qui interviennent pour le maintien dans l'emploi ou son accès.

[70] Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel

R. 1110-1, R. 1110-1 et R. 1110-3) pris en application de la loi exclut de facto le médecin du travail en matière de partage d'informations concernant la personne prise en charge.

[248] Le DMP remplit de multiples fonctions mais la première d'entre-elles est bien d'être un "carnet de liaison" qui permet au médecin traitant d'obtenir communication des informations relatives aux interventions des autres praticiens et ainsi améliorer la pertinence de son diagnostic. La mission propose qu'un volet spécifique " contexte et expositions professionnels ou santé au travail" du DMP puisse être mis en place. Lui seul serait accessible à l'ensemble des médecins du travail tout au long du parcours professionnel et pourrait être diffusé aux autres médecins. Cet accès permettrait un suivi optimal de la personne prise en charge tout en garantissant la préservation des informations la concernant.

[249] La mission estime toutefois que l'asymétrie d'information du médecin du travail comme du médecin généraliste est un facteur de blocage qu'il faut évaluer tant pour le maintien en emploi que pour le retour à l'emploi.

[250] La nécessaire couverture de l'ensemble de la population active par le système de santé au travail, quels que soient le statut de la personne et sa situation d'emploi à un moment donné, suppose aussi d'envisager les moyens d'un suivi des salariés tout au long de leur parcours professionnel, d'une traçabilité des risques et des expositions. Cela nécessite notamment de rechercher les moyens de la transmission d'informations entre médecins du travail, ainsi qu'avec la médecine de ville, dans le respect du secret médical et dans le seul intérêt du suivi de la santé des salariés et de la prévention des risques.

[251] L'interopérabilité des logiciels métier et le dossier médical partagé permettra d'alimenter le volet santé au travail du DMP par lecteur de carte professionnelle d'établissement (CPE) ou carte professionnelle de santé (CPS). Le cadre du système d'information du DMP aura à évoluer. Le responsable du projet DMP au sein de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) a confirmé à la mission que cette évolution ne présente aucune difficulté technique.

Recommandation n°15 : Créer un volet spécifique "contexte et expositions professionnels ou santé au travail" du DMP et permettre par voie législative et réglementaire l'accès aux médecins du travail à ce seul volet tout au long du parcours professionnel du salarié.

2.3.3 Le parcours professionnel des salariés doit pouvoir être tracé, grâce à la mise en place de l'interopérabilité des systèmes d'information des services de santé au travail

[252] Un fonctionnement en réseau des services de santé au travail est indispensable pour optimiser les connaissances et le recueil de données sanitaires en liaison avec les risques professionnels. Il constitue le seul moyen d'identifier l'apparition de nouveaux risques pour la santé des travailleurs. Or, il n'existe aujourd'hui aucun système permettant la mise en commun des données de chacun des services de santé au travail et leur exploitation aux niveaux régional et national. Il en résulte une perte d'informations dommageable à la connaissance des évolutions de la santé au travail et à l'accompagnement des médecins du travail dans le suivi médical des salariés et l'action préventive en milieu de travail.

[253] Conscient des besoins résultant de la réforme de la santé au travail et des nécessaires changements d'organisation des services de santé au travail interentreprises, le centre

interservices de santé et de médecine du travail en entreprise (CISME), a décidé de porter un cahier des charges commun des "fonctionnalités" des logiciels métiers permettant l'interconnexion des différents logiciels des services interentreprises notamment des dossiers médicaux "sécurisés".

[254] Afin de tracer les expositions durant le parcours professionnel de chaque salarié (loi de 2011), l'interopérabilité des systèmes d'information de chaque service de santé au travail est à engager sans délai. La mission recommande qu'un groupe de travail national intégrant des professionnels de santé au travail, sous l'égide d'une des commissions spécialisées[71] du conseil d'orientation des conditions de travail (COCT) soit constitué pour faire progresser les documents d'aide à la décision pour les médecins en facilitant la saisie pertinente des types et données d'expositions aux nuisances liées aux métiers les plus à risque.

[255] Le troisième plan santé travail 2016-2020 vient conforter ces orientations en mettant l'accent sur le besoin de consolider les systèmes d'information des services, dans le sens d'une meilleure exploitation de leurs données d'activité. Il s'agit de faciliter l'utilisation quotidienne des logiciels métier, de disposer d'un outil qui permette de répondre à toutes les missions des services, de rassembler et de mettre en perspective les données de santé au travail afin de promouvoir des indicateurs nationaux. A ce stade, s'impose la nécessité de rendre les systèmes des SSTI communicants.

[256] Pour permettre aux systèmes de communiquer des données de santé sans risque de générer des doublons et pour s'assurer que le salarié concerné est bien le même dans chacun des SSTI, l'utilisation d'un identifiant unique pour le salarié est indispensable.

[257] L'utilisation de l'identifiant national de santé[72] est désormais rendue possible pour référencer les données de santé et les données administratives de toute personne bénéficiant ou appelée à bénéficier notamment d'un acte de prévention. Leur utilisation est autorisée dans le cadre d'un traitement de données à caractère personnel, si le traitement a une finalité exclusivement sanitaire ou médico-sociale et est mis en œuvre dans le respect des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

[258] L'identifiant unique de santé consigné dans le dossier médical doit figurer sur les documents remis à chaque salarié (VIP, fiche d'aptitude..) par les professionnels de santé au travail (médecin, infirmer, interne, médecin collaborateur).

[259] Les entretiens réalisés par la mission ont permis de relever notamment une initiative menée par le groupement d'intérêt économique " intérim santé au travail en Ile de France" qui a développé l'application "suivi de santé des intérimaires en Ile de France"[73] : celle-ci permet d'intégrer au fil de l'eau les aptitudes délivrées par 19 services de santé au travail d'Ile de France

---

[71] Les commissions spécialisées du conseil d'orientation des conditions de travail (COCT) sont au nombre de 6. Leurs thématiques sont les suivantes :
Commission 1 : Orientations transversales, questions internationales, études et recherche
Commission 2 : Prévention des risques pour la santé au travail (risques physiques, chimiques et biologiques)
Commission 3 : Équipements et lieux de travail
Commission 4 : Pathologies professionnelles
Commission 5 : Acteurs de la prévention en entreprise (CHSCT, services de santé au travail)
Commission 6 : Questions relatives aux activités agricoles

[72] Décret n° 2017-412 du 27 mars 2017 relatif à l'utilisation du numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques comme identifiant national de santé

[73] GIE Intérim santé au travail en Ile de France constitué en septembre 2014 dont les membres fondateurs sont l' Association interprofessionnelle des Centres Médicaux et Sociaux de santé au travail de la région Île-de-France (ACMS), le Centre Médical Interentreprises Europe (CMIE) et le Centre Interentreprises et Artisanal de Médecine du Travail (CIAMT).

afin d'éviter des redondances de visites médicales. Pour ce faire, les aptitudes délivrées aux intérimaires par chacun des services sont envoyés quotidiennement dans une base sécurisée (gérée par le GIE). Les sociétés d'intérim peuvent consulter un portail qui permet de connaître l'état de validité de l'aptitude délivrée à l'intérimaire. Il est envisagé que cette application permette de connaître également les attestations de suivi délivrées à chaque intérimaire. La prochaine étape vise le suivi des contrats courts.

[260] L'ACMS qui assure le suivi d'un million de salariés en Ile de France, rencontrée par la mission, est particulièrement engagée dans cette démarche d'interopérabilité des systèmes d'information. Elle peut être comme d'autres structures engagées dans une démarche similaire, un observatoire du déploiement de la démarche mentionnée *supra*, permettant notamment de faciliter les liens entre la médecine de ville, les médecins conseils de l'assurance maladie et la médecine du travail, au service des salariés et dans l'intérêt des entreprises.

Recommandation n°16 : Généraliser l'interopérabilité des systèmes d'information de chaque service de santé au travail et l'utilisation de l'identifiant national de santé nécessaire à un fonctionnement en réseau des SST afin de tracer les expositions durant le parcours professionnel et à l'accompagnement des médecins du travail dans le suivi médical des salariés.

3 LES AUTRES VOIES D'ACCES A LA MEDECINE DU TRAVAIL

[261] Plusieurs voies d'accès au métier de médecin du travail, en sus du diplôme en spécialité obtenu après les quatre ans de l'internat existent. Elles ont été répertoriées dans le rapport conjoint IGA/IGAS/IGAENR de septembre 2014 "La médecine de prévention dans les trois fonctions publiques"[74] dont certaines données seront ici reprises. Ces voies d'accès donnent lieu à une diplomation ouvrant la possibilité aux commissions de qualification des conseils départementaux de l'ordre des médecins de délivrer la qualification de médecin du travail dans le cadre des différents textes et dispositifs en vigueur. Cette qualification délivrée par l'Ordre des médecins est une condition sine qua non de l'exercice, ceci pour toutes les spécialités reconnues et conformément à la loi.

[262] Les conseils départementaux de l'ordre des médecins examinent d'abord différentes demandes d'équivalences, notamment à partir des diplômes étrangers communautaires en vertu du droit européen transposé en France par l'arrêté conjoint du ministère de la santé et du ministère de l'éducation nationale du 15 septembre 1998. Les conseils départementaux évaluent également les demandes des médecins diplômés au titre d'anciens régimes d'examen ou de concours (CES de médecine du travail, capacité de médecine en santé au travail). Les Conseils départementaux de l'Ordre se penchent aussi sur les demandes de reconversion professionnelle des médecins du service de santé des armées ou, tout simplement, des médecins qui considèrent que leur parcours et leurs expériences antérieures ou présentes sont en rapport avec la médecine du travail.

[74] M2014-051 rapport établi par Philippe BARBEZIEUX, Véronique MARTIN SAINT LEON, Patrick SEGAL IGAS, Marie-Louise SIMONI, Bénédicte RENAUD-BOULESTEIX IGA et Patrick ALLAL, Rémy GICQUEL IGAENR.

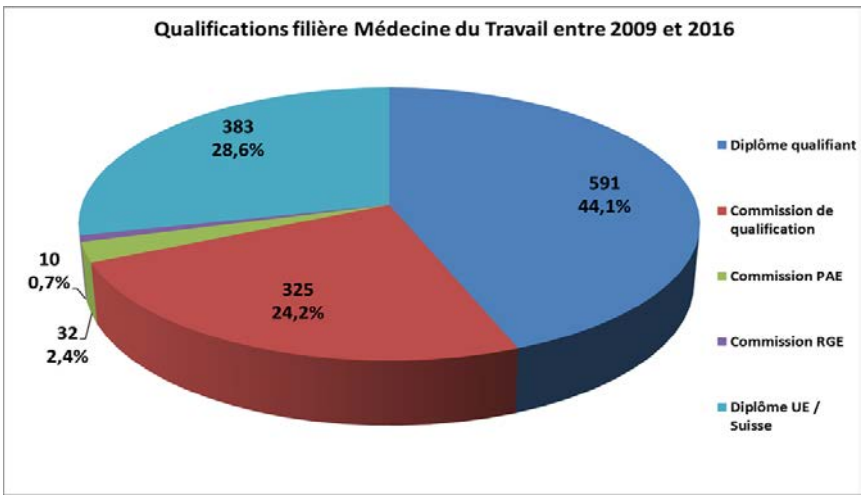
[263] Outre le diplôme d'études spécialisées, qui ouvre à la qualification de spécialiste, peuvent être reconnus qualifiés les médecins qui transmettent l'un des documents suivants à l'Ordre des Médecins :

- le certificat d'études spéciales (CES) qui, lorsqu'il est qualifiant, ouvre à la qualification de spécialiste ; La dernière possibilité de première inscription en CES a été fixée à l'année universitaire 1983-1984 (arrêté du 8 juillet 1983). Les études en vue de l'obtention des CES ont été organisées jusqu'à la fin de l'année universitaire 1990-1991 (décret n°84-1248 du 28 décembre 1984). Le C.E.S. de médecine du travail n'ouvre pas de plein droit à la qualification de médecin spécialiste, mais à une qualification de médecin compétent.
- les titres de formation de médecin délivrés par un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen conformément aux obligations communautaires de la Directive 2005/36/CE consolidée relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles. Les diplômes délivrés en Suisse ouvrent droit à cette reconnaissance.
- l'arrêté d'autorisation d'exercice de la médecine dans la spécialité, pris en application des dispositions des articles L. 4111-2 I et I Bis du code de la santé publique – dite procédure d'autorisation d'exercice – "PAE" qui précise que le ministre chargé de la santé peut, après avis d'une commission, autoriser individuellement à exercer les personnes titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre permettant l'exercice de la profession de médecin, dans le pays d'obtention de ce diplôme, certificat ou titre.
- l'arrêté d'autorisation d'exercice de la médecine dans la spécialité, pris en application des dispositions des articles L. 4111-2 II et L. 4131-1-1 du code de la santé publique, procédure dite du « régime général européen ».

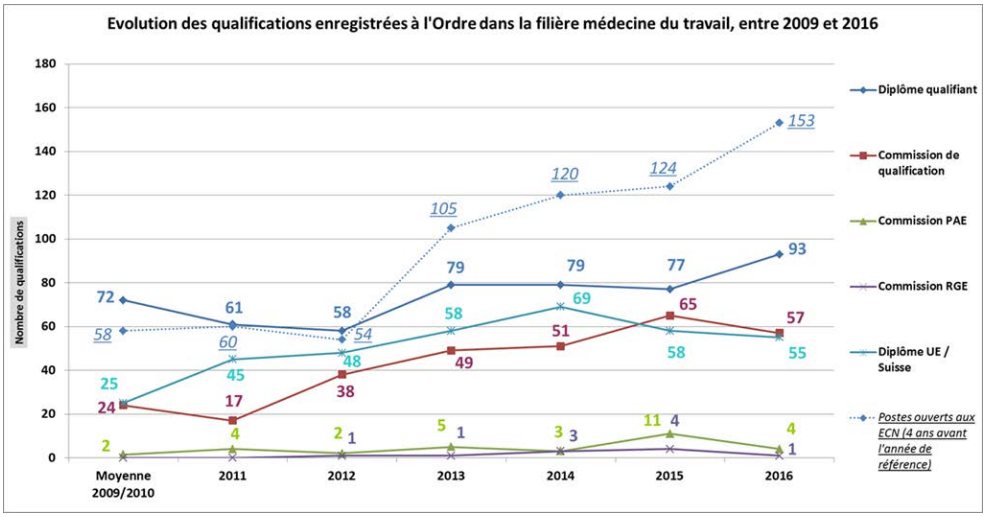
[264] A titre exceptionnel, les personnes titulaires d'un diplôme français d'Etat de docteur en médecine ou d'un certificat ou autre titre mentionné à l'article L. 4131-1 du code de la santé publique ont été autorisées en 2002 à poursuivre leur exercice en tant que respectivement médecin du travail ou médecin de prévention, à condition de :

- 1° suivre un enseignement théorique conforme au programme de l'enseignement dispensé au titre du diplôme d'études spécialisées de médecine du travail ;
- 2° satisfaire à des épreuves de contrôle de connaissances au plus tard avant la fin de l'année universitaire 2003-2004.

[265] La répartition des différentes voies de qualification entre 2009 et 2016 permet de situer la place du diplôme qualifiant comparativement aux autres voies d'accès à la médecine du travail.



Source : *CNOM*



Source : *CNOM*

[266] Ces données n'incluent que les médecins qui ont fait enregistrer cette spécialité sur la période indiquée. Ne figurent pas par conséquent les médecins qui exercent la médecine du travail avec une autre qualification, sans la spécialité. La catégorie "diplôme qualifiant" comprend les CES, DES ou équivalents.

3.1 Le diplôme de l'Institut national de médecine agricole peut donner accès à l'exercice de la médecine du travail par le biais de la procédure de qualification

[267] Une disposition particulière du code rural, l'article R. 717-51, permet que les médecins qui souhaitent pratiquer la médecine du travail en agriculture puissent le faire en reconversion, à condition de suivre le diplôme délivré par l'Institut national de médecine agricole (INMA) de Tours. L'intérêt de cette formation réside dans les modalités pratiques d'organisation de ce diplôme : d'une ou deux années maximum au choix de l'étudiant, cet enseignement théorique est organisé par semaines de cinq jours (six semaines au total) comportant un ou plusieurs modules (dix modules

distincts au total). Cette formation fait une part privilégiée au parcours et à l'expérience du médecin qui vient se reconvertir puisque la formation théorique se limite finalement à six semaines.

[268] La limite de cette formation réside dans le fait que la notion de médecine du travail en agriculture renvoie à un exercice professionnel essentiellement circonscrit à la surveillance médicale des personnels des exploitations agricoles, mais aussi plus généralement, des entreprises du secteur agricole, parmi lesquelles il faut mentionner les sociétés coopératives, les organismes de mutualité agricole, les caisses de crédit agricole mutuelles et les chambres d'agriculture, en application de l'article L. 717-1 du code rural.

[269] Le diplôme de l'INMA ne permet pas à son titulaire d'exercer en dehors des entreprises du champ agricole. Néanmoins, les centres de gestion des collectivités territoriales et les conseils départementaux ont recours au recrutement de médecins généralistes qui suivent la formation de l'INMA. A titre indicatif, la promotion 2016 de trente médecins se caractérise par une répartition équivalente entre les médecins salariés de la mutualité sociale agricole (MSA), les médecins salariés des collectivités territoriales et les médecins généralistes sans affectation en médecine agricole. Aussi, le fait que la fonction publique territoriale ait utilisé cette formation pour ses médecins ne facilite pas le maintien de l'esprit agricole du diplôme.

[270] Au surplus, ce cursus n'est pas diplômant au sens universitaire du terme, qu'il ne conduit pas à un diplôme qualifiant et ne peut en aucun cas être regardé comme une voie équivalente au DES, ce qui lui ouvrirait tout le champ de la médecine du travail. Toutefois, la mission observe qu'une reconnaissance de la spécialité du régime général par la commission de qualification de l'Ordre des médecins est possible pour un médecin exerçant à la MSA, après dix années d'exercice en équivalent temps plein selon le parcours et les services rendus pour la discipline (travaux personnels, participation à des groupes de travail, appartenance à des sociétés savantes, formation médicale continue attestée et régulière.) soumis à l'appréciation de la dite commission selon le référentiel de la spécialité.

3.2 Les « collaborateurs médecins » représentent une ressource significative pour l'accès à la spécialité

[271] La loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail et les décrets n° 2012-135 et 2012-137 du 30 janvier 2012 ont notamment modifié les dispositions du code du travail relatives à l'organisation de la médecine du travail et au fonctionnement des services de santé au travail. Il a été créé une nouvelle catégorie de médecins exerçant la médecine du travail au sein des services de santé au travail et des entreprises, reprise dans la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016. Selon les termes de l'article R. 4623-25 du code du travail, ces médecins prennent la dénomination de "collaborateurs médecins ". Le code prévoit désormais que "le service de santé au travail ou l'employeur peut recruter des collaborateurs médecins. Ces médecins s'engagent à suivre une formation en vue de l'obtention de la qualification en médecine du travail auprès de l'ordre des médecins. Ils sont encadrés par un médecin qualifié en médecine du travail qu'ils assistent dans ses missions". Ces médecins doivent, pour postuler dans cette voie, avoir cinq années de pratique médicale validée dans une spécialité autre.

[272] Le médecin collaborateur remplit les missions que lui confie le médecin du travail dans le cadre d'un protocole écrit qu'il a défini et validé, en fonction des compétences et de l'expérience qu'il a acquises. Ce protocole définit notamment les conditions dans lesquelles le collaborateur

médecin procède aux examens prévus dans le cadre du suivi individuel de l'état de santé du salarié (art. R. 4623-5-1 du Code du travail).

[273] La formation de ces collaborateurs médecins prend la forme d'un diplôme interuniversitaire (DIU) dont le contenu a été arrêté par le collège des enseignants hospitalo-universitaires de médecine de travail (CEHUMT).

[274] Cette formation a été progressivement mise en place à partir de la rentrée universitaire 2012-2013 et les premières promotions (107) ont été qualifiées en 2016-2017. Ces collaborateurs médecins ont un âge moyen de 50 ans et viennent essentiellement de la médecine générale (59 %) ou militaire (15 %).

Tableau 12 : Répartition des formations 2017-2020 en DES et DIU des Universités

Centre regional	N total d'internes	N total de DIU	Nombre d'internes en 1ere année	Nombre d'internes en 2eme année	Nombre d'internes en 3eme année	Nombre d'internes en 4 année	Nombre de médecins collaborateurs en 1ere année	Nombre de médecins collaborateurs en 2eme année	Nombre de médecins collaborateurs en 3 eme année	Nombre de médecins collaborateurs en 4eme année	Total
AMIENS	2	13	1	0	1	0	4	1	3	5	15
ANGERS	10	25	0	3	3	4	10	9	5	1	35
Besançon	7	0	0	2	2	3	0	0	0	0	7
BORDEAUX	24	30	4	7	5	8	10	8	7	5	54
Brest	12	20	1	6	3	2	10	5	3	2	32
Caen	6	17	1	1	1	3	6	5	3	3	23
Clermont-Ferrand	9	26	1	4	2	2	9	8	6	3	35
GRENOBLE	11	23	2	1	3	5	7	5	4	7	34
LILLE	40	45	8	9	10	13	8	15	13	9	85
Limoges	4	17	0	2	1	1	9	4	0	4	21
LYON	30	36	7	9	8	6	12	12	7	5	66
Marseille	26	22	6	6	6	8	7	7	3	5	48
Montpellier	7	0	1	4	1	1	0	0	0	0	7
Nancy	12	14	3	4	3	2	7	1	5	1	26
NANTES	18	11	4	5	5	4	0	8	3	0	29
Nice	10	0	2	3	2	3	0	0	0	0	10
Paris Ile-de-France (Avicenne, Creteil, F Widal, Garches, HotelDieu-Cochin)	90	96	13	24	20	33	21	25	23	27	186
reims	6	4	1	2	2	1	1	1	2	0	10
RENNES	24	29	5	5	6	8	10	6	6	7	53
Rouen	7	23	1	0	3	3	8	8	4	3	30
Saint Etienne	5	28	0	2	2	1	14	7	4	3	33
Strasbourg	18	23	4	6	4	4	4	8	2	9	41
TOULOUSE	32	38	6	9	8	9	17	8	5	8	70
Total	***410***	***540***	***71***	***114***	***101***	***124***	***174***	***151***	***108***	***107***	950
Sorties théoriques (interne+ DIU par année)											
2017	231										
2018	209										
2019	265										
2020	245										

Source : *Collège des enseignants de médecine du travail*

[275] Ce tableau met en relief une nette inflexion du nombre de titulaires de DES à horizon 2020 alors que les titulaires du DIU (reconversion) seront plus nombreux représentant respectivement, 29 % et 71 % des sorties théoriques. Ce rapport n'améliore pas pour autant le nombre total de sorties à cet horizon.

[276] Plusieurs difficultés ont été citées lors des entretiens effectués par la mission :

- l'absence de formation dans toutes les facultés de médecine ;
- le faible nombre de places proposées aux collaborateurs médecins dans les formations universitaires qui ne permet pas de répondre aux attentes. Ainsi, en Ile-de-France, tous les candidats n'ont pu s'inscrire en 2016. Certaines exigences constituent aussi des freins comme l'obligation de réaliser un stage de trois mois en milieu institutionnel (centre de consultation de pathologie professionnelle, inspection médicale du travail ou CRAMIF) qui n'existe pas dans les autres universités ;

- la durée et le contenu de la formation telle qu'élaborée par le collège des enseignants hospitalo-universitaires de médecine du travail qui a proposé que cette formation s'effectue en alternant formation théorique d'une durée minimale de deux ans, délivrée par l'université, et une formation pratique de deux ans, réalisée essentiellement dans le service de santé au travail où exerce le collaborateur médecin.

[277] Cependant, le faible nombre de places proposées en Ile de France ou à Marseille doit être relativisé. Les formations sont ouvertes en réseau national et souvent d'autres villes permettent aux candidats de s'inscrire. Au total, peu de collaborateurs médecins potentiels n'ont pas pu s'inscrire et les quelques cas cités en exemple ne représentent pas la réalité. de la situation.

[278] En revanche, la mission a eu connaissance de la réticence de certains SST, à recourir aux médecins collaborateurs au regard du modèle de contrat ordinal initial les concernant qui énonçait le champ d'action, les limites et exclusions dans leur exercice (limitation de l'exercice peu attractive pour les SST), avant que la loi de 2016 ne vienne préciser le périmètre de cet exercice, lors de la période de formation.

3.3 La durée de la formation des « collaborateurs médecins » devrait être abaissée, en contrepartie d'une sélection à l'entrée

[279] Si l'exigence de formation doit permettre de garantir la qualité et la compétence de ces collaborateurs médecins, la question de la longueur de cette formation pourrait être posée au regard des compétences déjà acquises par ces médecins lors de leur exercice antérieur et de leur âge moyen.

[280] Ce diplôme, d'un niveau master, a un programme similaire pour chacun des sept D.I.U créés en France dans chacune des inter régions Nord, Nord-est, Rhône-Alpes, Sud-est, Sud-ouest, Ouest et Ile-de-France. La durée de la formation est de quatre ans. Elle est divisée en deux parties : une première partie de deux ans de formation en alternance, théorique et pratique et une seconde partie de deux ans de formation pratique, marquée par des évaluations des compétences en présence des tuteurs et des enseignants et par la préparation d'un travail spécifique restitué sous forme de mémoire.

[281] Le coût de cette reconversion à l'université est pris en charge par les entreprises. Le CISME dispose d'une grille indicative spécifique pour la rémunération de ces médecins en reconversion qui exercent dans les services interentreprises sous le tutorat des médecins qualifiés.

[282] La simple comparaison avec le parcours de reconversion dans le secteur agricole (cf. *supra*) montre le fort décalage entre les deux modalités : d'un côté six semaines de cours théorique, de l'autre deux ans, même si ce n'est pas nécessairement toujours à plein temps. Il faut immédiatement indiquer que presque l'unanimité des collaborateurs médecins rencontrés par la mission fait observer que la durée du DIU (quatre ans) est excessive et qu'elle pourrait être ramenée autour de deux ans. Qu'au surplus cette durée est un élément fort peu incitatif pour se lancer dans une telle reconversion.

[283] La mission observe que selon les universités des équivalences sont acceptées pour raccourcir ces durées.

[284] Si l'on tient compte du fait que la philosophie de la loi du 8 aout 2016 devrait conduire à alléger le poids des visites obligatoires via la périodicité allégée et les possibilités de délégation des visite d'information et de prévention, la pression causée par la "pénurie" supposée de médecins du

travail devrait se relâcher largement. Et si l'on tient compte du fait qu'au-delà du stock encore présent les demandes de reconversion de médecins d'autres spécialités vers la médecine du travail devraient s'alléger à moyen terme, on peut sans doute proposer des modalités plus fluides pour la formation des collaborateurs médecins dans le cadre de leur DIU afin d'en conserver l'attractivité.

[285] Il est un aspect sur lequel il importe à la mission d'insister, c'est de ne concevoir le parcours et la durée des reconversions de collaborateurs médecins qu'en regard de la réforme du troisième cycle des études médicales (de l'internat) qui se met en place dans les subdivisions dès la rentrée 2017.

[286] Cette réforme décompose toutes les maquettes quelle que soit la spécialité en trois phases : une phase dite socle qui permet à l'étudiant l'acquisition des connaissances et des compétences de base du métier; une phase dite d'approfondissement qui permet d'approfondir ces connaissances et ces compétences ; enfin une phase dite de consolidation qui permet de confronter le jeune praticien à des situations réelles sous le tutorat d'un praticien senior maître de stage et de préparer son insertion professionnelle. Au surplus, il est prévu une véritable évaluation de ces phases ainsi qu'une intégration du mémoire/thèse d'exercice dans ce cursus.

[287] Par conséquent, on comprend qu'un médecin en reconversion qui est donc déjà titulaire d'un DES ou d'un CES ancien régime n'a nul besoin de tester une phase de consolidation puisque par nature, les fonctions de collaborateur médecin le placent en quasi permanence dans une période de mise en situation réelle sous l'autorité d'un médecin du travail inscrit à l'Ordre, lui permettant d'assurer l'intégralité des actes figurant dans le référentiel de la spécialité. La question des stages dans l'esprit de permettre un mode d'exercice diversifié relève du référentiel universitaire qu'il y a lieu d'adapter à cette reconversion.

[288] On le voit, ceci réduit, *de facto* la durée nécessaire de reconversion à trois ans pour soutenir le mémoire puis gérer la procédure d'inscription à l'ordre. Il convient d'indiquer que la réforme du troisième cycle avec ses trois phases, favorise peu la réduction plus importante du temps du cursus puisqu'il y a une formation spécifique dans chaque phase.

[289] Au surplus, soucieuse de la qualité de la formation et de la maîtrise de celle-ci par le corps enseignant de médecine du travail, la mission préconise que soit étudiées des modalités d'entrée dans cette reconversion qui irait au-delà des reconnaissances d'équivalences. Aujourd'hui, le dispositif conduit à ce qu'un médecin qui a une promesse d'embauche d'un service de médecine du travail est quasiment forcément retenu. Or, la médecine du travail n'a pas vocation à être un refuge ; elle reste une spécialité de la médecine à part entière.

[290] C'est pourquoi la mission propose la réduction de la durée de formation à trois ans et qu'une sélection à l'entrée de cette formation soit instaurée. La médecine du travail qui a ses spécificités n'a pas vocation à accueillir tous les praticiens en reconversion. C'est ce pourquoi l'université qui les forme pourrait être fondée à exiger un entretien de sélection à l'entrée du cursus. Cet entretien qui existe de façon empirique plus ou moins aujourd'hui, mais avec des exigences plus faibles viserait à mesurer parcours, connaissances et compétences de base acquises, motivations et stabilité émotionnelle. Une telle procédure doit s'appuyer sur le collège des enseignants de la spécialité, sur l'Ordre des médecins et sur les employeurs concernés qui prennent en charge les rémunérations des praticiens en reconversion et leurs frais de formation.

[291] Une telle proposition qui a recueilli l'aval de la majorité des membres du CEHUMT (deux tiers des HU) n'a pas pour objectif de faire baisser l'attractivité de ces reconversions mais bien au contraire de l'augmenter dans l'optique d'une qualité de formation apte à satisfaire les salariés et les employeurs futurs de ces praticiens et apte à fortifier cette discipline par rapport aux autres à

l'université. On notera que ces modalités ne portent aucunement préjudice aux modalités contrôlées par l'ordre qui interviennent ex post, après la formation, pour délivrer la qualification.

Recommandation n°17 : Réduire la durée de la formation des collaborateurs médecins à trois ans en articulation avec les évolutions de la réforme du troisième cycle des études de médecine et instaurer un entretien de sélection à l'entrée.

3.4 Ces mesures pourraient être élargies au concours européen

[292] Une autre voie d'accès au DES et donc à l'internat de médecine du travail existe, le concours dit "européen ". Il n'est cité ici que pour mémoire car le nombre de postes offerts tous les ans (une dizaine) et jusqu'à une date très récente, le nombre de candidats est très restreint. En réalité, cette voie qui tombait en quasi désuétude est aujourd'hui utilisée par le centre national de gestion (CNG) pour reconvertir dans la médecine du travail des praticiens hospitaliers qui souhaitent ou ont besoin de changer d'orientation. Trois années d'exercice dans une autre spécialité de la médecine sont nécessaires pour se présenter au concours.

[293] Ce concours reste ouvert à ceux qui remplissent ces conditions et donc tous les médecins ; sauf qu'ils recommencent en cas de succès un parcours d'interne classique de quatre ans avec les émoluments y afférant, ce concours agissant alors comme une forme tardive de "droit au remord ". Une telle démarche est assez rare et fort peu attractive, hormis pour les reconversions de praticiens hospitaliers pour lesquels elle se présente aussi bien pour l'institution que pour les praticiens concernés comme un outil bien opportun.

[294] En général, les praticiens hospitaliers bénéficient d'une réduction de la durée de formation compte tenu de leur expérience précédente. C'est pourquoi la mission, vu les services que ce concours "confidentiel" rend encore notamment aux praticiens hospitaliers est d'avis d'harmoniser les conditions requises pour cette voie d'accès à la spécialité avec celles proposées précédemment pour ce qui concerne les collaborateurs médecins, en adéquation avec les évolutions introduites par la réforme du troisième cycle des études médicales.

3.5 Les médecins du travail devraient également pouvoir se reconvertir

[295] La mission ne serait pas complète dans son analyse sur cette voie de collaborateur médecin si elle n'abordait pas le souci quasi unanime de réciprocité des médecins du travail qui peuvent aussi éprouver le désir de changer d'orientation et qui ne disposent pas des mêmes facilités de reconversion. " *Des passerelles oui ; mais pas à sens unique* " pour reprendre les termes mêmes d'un des médecins du travail rencontré par la mission.

[296] On observera qu'à tous les stades de formation ou de vocation pour la médecine du travail, cette question "d'enfermement" dans une spécialité est une des conditions d'attractivité qu'il convient de ne pas négliger. Son traitement implique toutefois fortement l'ordre des médecins et les collèges d'enseignants des spécialités de reconversion. Elle pose aussi la question du financement de la formation de reconversion qui ne saurait être laissée à la seule charge des intéressés.

[297] La mission propose qu'une concertation soit menée en vue d'envisager les modalités de reconversion vers d'autres spécialités médicales telles que la santé publique ou la médecine générale, dans le même esprit que celles proposées précédemment pour ce qui concerne les collaborateurs médecins.

Recommandation n°18 : Etudier les modalités et conditions de reconversion des médecins du travail quand ils le souhaitent vers d'autres spécialités telles que la santé publique ou la médecine générale.

3.6 Le recrutement de médecins à diplôme européen dans les services de santé au travail devrait être assorti d'une formation en droit social

[298] Selon l'étude comparative du CNOM, 28,6 % des médecins qualifiés par l'ordre des médecins proviennent des pays de l'union européenne.

Tableau 13 : Nombre et âge moyen des médecins du travail "à diplôme européen"

Année	Nombre	Age moyen
2013	259	47,3
2014	315	47,5
2015	377	48
2016	426	48,5
2017	465	48,8

Source : *CNOM*

[299] Des entretiens effectués par la mission, des DIRECCTE confrontées à la pratique de certains médecins à diplôme européens exerçant en SSTI (qui au 31 mai 2016 représentent 5,6 % des médecins et peuvent atteindre 20 % des médecins du travail d'un SSTI comme en région Grand Est), observent selon l'origine du diplôme, des lacunes importantes en droit du travail et social.

[300] Les questions de maintien dans l'emploi, l'insertion et la désinsertion professionnelle nécessitent de savoir particulièrement formuler par écrit des restrictions ou une inaptitude, savoir informer le salarié et l'employeur sur le contexte juridique de l'inaptitude et de ses conséquences et sur les possibilités d'aide au retour à l'emploi.

[301] Il s'avère que pour ces médecins du travail à diplôme européen qui sont inscrits à l'ordre en France, il n'est pas possible de demander avant inscription une mise à niveau concernant la législation sociale dès lors que la reconnaissance automatique mise en place par la directive européenne relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles[75], exclut l'exigence de mesures de compensation. Il semblerait que dans la pratique des mises à niveau soient souvent proposées à ces praticiens.

[302] La mission recommande qu'une formation complémentaire soit proposée dans le cadre d'un premier exercice en service de santé au travail en France. Cette formation dont le contenu sera analogue à la formation dispensée dans le cadre du DES de médecine et santé au travail et dont le coût sera à la charge de l'employeur, devra figurer dans le contrat du médecin recruté par un SST et sur la base du contrat type élaboré par le CNOM mis à jour à cet effet.

[75] Conditions prévues à l'article 24 de la directive 2005/36/CE.

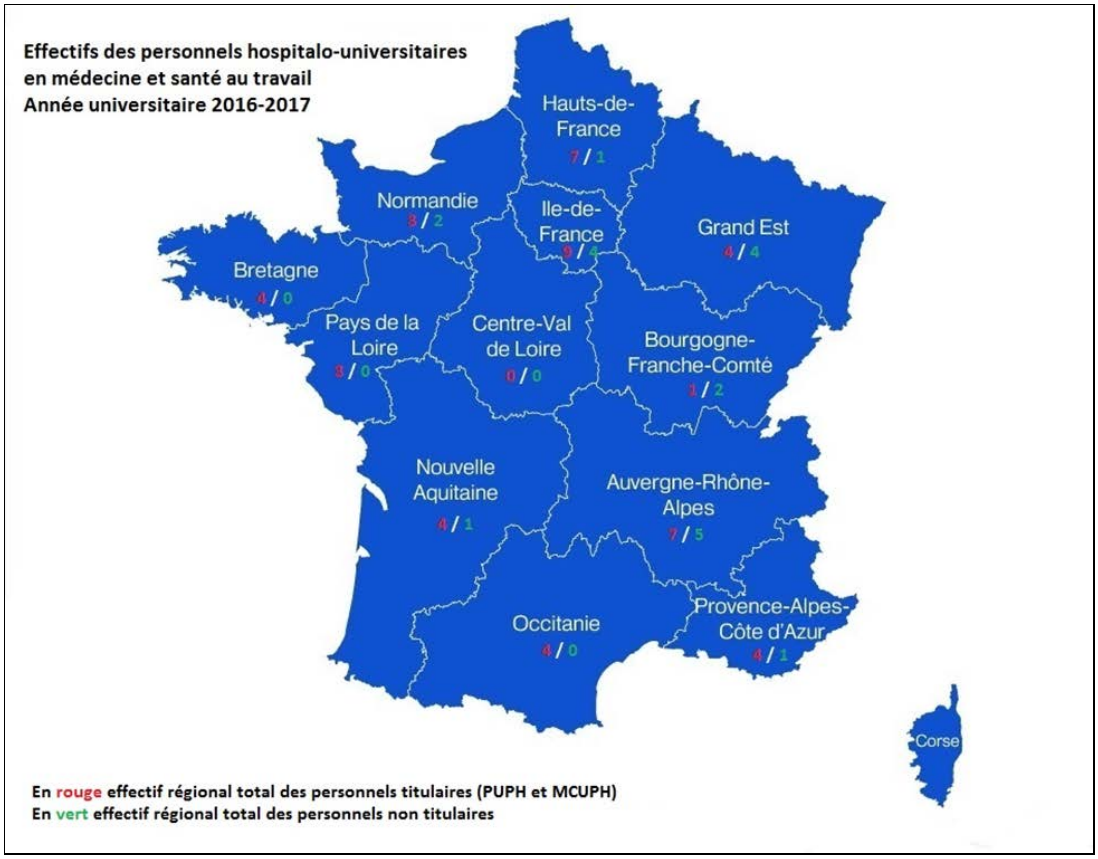
4 LE NOMBRE DE POSTES D'HOSPITALO-UNIVERSITAIRES EN MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL EST EN REGRESSION DEPUIS DEUX DECENNIES. ILS DOIVENT ETRE REGROUPES ET RENFORCES PAR DES MEDECINS DE TERRAIN ET LEUR SUCCESSION FAVORISEE

[303] L'enseignement de la médecine du travail est, à l'instar des autres spécialités, effectué par des personnels hospitalo-universitaire que sont les professeurs d'université- praticiens hospitaliers (PU-PH) et les maîtres de conférences- praticiens hospitaliers (MCU-PH). A ces personnels titulaires s'ajoutent également des personnels contractuels soit assistants hospitalo-universitaires soit chefs de clinique selon les cas.

4.1 Certaines équipes pédagogiques sont quasi inexistantes

[304] L'état des lieux au 1er septembre 2017 issu des données du conseil national des universités, comptabilise 64 HU répartis en théorie dans presque toutes les "subdivisions" de médecine des universités sur notre territoire (les données de la direction générale des ressources humaines (DGRH) du ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, et du centre national de gestion (CNG) s'avèrent inexacts et non à jour).

[305] Ces effectifs hospitalo-universitaires sont en réalité, inégalement répartis sur le territoire conduisant ainsi à une absence ou une capacité réduite de formation notamment à Tours, Poitiers, Nantes, Besançon, Dijon, Nîmes ,Nice et Amiens .



Source : *DGRH*

[306] Plusieurs raisons peuvent être avancées :

- la faible attractivité de l'exercice de la médecine du travail à l'hôpital : l'activité n'est comparable à la diversité de la médecine du travail du secteur privé que sur le périmètre du personnel de l'hôpital (étude du milieu professionnel, échanges avec l'employeur), l'essentiel de l'activité en CHU s'effectuant au sein du service des pathologies professionnelles qui est essentiellement une médecine ambulatoire de consultation ;
- le niveau de rémunération en médecine du travail : la grille indiciaire des médecins du travail contractuels débute à l'indice majoré 610 pour se terminer à l'indice majoré 1058 au bout de 21 ans de carrière, avec un régime indemnitaire donnant une indemnité complémentaire égale à 33 % du traitement brut. Les médecins du travail dans la fonction publique débutent donc à 3780 € brut mensuels et terminent leur carrière à 6650 €. En comparaison, les PH commencent leur carrière à 4131 € bruts mensuels et l'achèvent à 7500 € ;
- le niveau des internes en médecine du travail qui ne facilite pas la constitution d'un dossier de candidature de qualité pour un parcours HU : le mieux classé aux ECN 2016 était 2815ème, et le rang moyen 6710;
- la difficulté pour cette spécialité d'obtenir l'ouverture de postes compte tenu de la concurrence d'autres spécialités jugées prioritaires, d'un cadre budgétaire contraint, et de l'absence de personnalités réellement charismatiques;
- La forte demande des SST qui permet de privilégier ainsi un choix de confort d'exercice et de vie, à l'issue de l'internat plutôt qu'une course aléatoire à une carrière hospitalo-universitaire;
- Le nombre de postes d'assistants hospitalo-universitaires (AHU) (en médecine du travail, discipline mixte, le statut est plutôt AHU que chef de clinique assistant (CCA)) est faible mais ce type de poste peut être accordé si une volonté du doyen de renforcer l'équipe HU existe;
- Le remplacement des départs de HU de médecine et santé au travail par un autre HU de la même discipline n'est pas appliqué systématiquement, les postes de HU partis et sans succession immédiate et anticipée, étant redistribués.

[307] Si on le rapporte aux effectifs d'internes ou de collaborateurs médecins dont la formation est suivie conjointement avec les internes, et si l'on admet le caractère prenant du travail de coordination des maîtres de stage, les universités, avec ce nombre de 64 HU dont 24[76] PU-PH, 20 MCU-PH et 20 non titulaires, sont déjà en difficulté.

[308] Or, ce nombre de 64 déjà fort réduit n'est en fait qu'une apparence. Il est en réalité moindre. D'abord on ne devrait logiquement pas compter les non titulaires qui sont, même s'ils sont plus anciens que les internes et qu'ils les encadrent, des apprenants eux-aussi, placés sous la responsabilité des titulaires qui ont pour mission de les encadrer afin de puiser dans ce vivier pour préparer de futurs HU titulaires.

[309] La médecine et santé au travail est la discipline universitaire la moins dotée comparativement aux autres de la même section du conseil national des universités (CNU) [77].

---

[76] Dont 4 consultants

[77] Le Conseil national des universités (CNU) est une instance nationale régie par le décret n° 92-70 du 16 janvier 1992. Il se prononce sur les mesures individuelles relatives à la qualification, au recrutement et à la carrière des professeurs des universités et des maîtres de conférences régis par le décret n°84-431 du 6 juin 1984 fixant les dispositions statutaires

Tableau 14 : Nombre d'hospitalo-universitaires au 1 septembre 2017 : Santé publique, environnement et société

SOUS SECTION CNU	MCUPH	PUPH
Epidémiologie, économie de la santé et prévention	40	71
Médecine et santé au travail	20	24
Médecine légale et droit de la santé	19	37
Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication	37	49

Source : *CNU/IGAS*

[310] Or ce vivier qui est très faible numériquement va plutôt en s'appauvrissant qu'en s'accroissant. Non pas car les doyens de médecine dans la procédure annuelle de révision des effectifs de HU désavantageraient systématiquement les HU de médecine du travail ; mais simplement car il n'y a presque plus de candidats pour devenir assistant hospitalo-universitaire ou chef de clinique. En reprenant les données figurant dans le rapport IGA/IGAS/IGAENR sur "le bilan de la réforme de la médecine du travail" d'octobre 2007[78], les effectifs globaux de la spécialité (PU-PH, MCU-PH, AHU) ont connu une régression importante depuis 20 ans (20 %) et il faut noter en particulier la baisse significative du nombre de PU-PH (28 % sur les vingt dernières années) probablement due à une raréfaction de candidatures à un parcours universitaire dans cette discipline.

Tableau 15 : Situation démographique des personnels enseignants en médecine du travail

	PU-PH	MCU-PH	AHU	TOTAL
1998	33	25	22	80
2007	29	26	20	75
2017	24	20	20	64
ECART: 1998/2017	-9	-5	-2	-16

Source : *CNU/IGAS*

[311] La raison de cette absence de vocation est assez simple : en acceptant de devenir chef de clinique, un jeune interne accepte d'avoir un salaire amputé de moitié comparativement à un service de santé au travail interentreprises et ceci dans des conditions de travail "*approximatives*", sans visibilité aucune sur une éventuelle carrière de HU.

[312] A supposer que le jeune interne ait l'abnégation et l'altruisme pour entreprendre un tel parcours, il lui faudra se soumettre aux exigences drastiques du CNU qui va exiger de lui pour le nommer une thèse de sciences et même pour les postes de PU-PH, une césure à l'étranger et un robuste projet de recherche avec force publications. C'est un parcours long, semé d'embûches et sans certitude d'aboutir. Le renouvellement dans les prochaines années ne semble plus assuré au regard du vivier potentiel de ces non titulaires.

communes applicables aux enseignants-chercheurs et portant statut particulier du corps des professeurs des universités et du corps des maîtres de conférences. Il est composé de 11 groupes, eux-mêmes divisés en 52 sections, dont chacune correspond à une discipline. Chaque section comprend deux collèges où siègent en nombre égal d'une part, des représentants des professeurs des universités et personnels assimilés et, d'autre part, des représentants des maîtres de conférences et personnels assimilés

[78] RM 2007-149P, établi par Claire AUBIN, Régis PELLISSIER, Pierre DE SAINTIGNON IGAS et Jacques VEYRET IGAENR

[313] Ensuite, la répartition des postes de titulaires HU traduit un déséquilibre inquiétant. Contrairement aux apparences, certaines subdivisions sont "à découvert" : aucun HU dans toute la région Centre Val de Loire, aucun HU en région Bourgogne-Franche-Comté dès 2018, pour ne citer que celles-ci. A cela s'ajoutent des effectifs vieillissants que l'on va peiner à remplacer dans les années à venir. Cette situation est connue depuis de longues années et elle met en péril la continuité même de l'enseignement de la médecine du travail dans notre pays.

[314] L'organisation des DIU pour les collaborateurs médecins ont conduit de facto à une forme de regroupement des enseignements dans certaines subdivisions ce qui est comparable avec certaines spécialités organisées en inter-régions. Il est de plus en plus compliqué d'assurer au vu d'un maillage qui se relâche chaque année un peu plus, le suivi des stages malgré l'investissement des maîtres de stage dans la formation des internes.

[315] Les perspectives à cinq ans dressées par la sous-section médecine et santé au travail du CNU font état au mieux d'une stabilité du nombre de HU (44) et d'une hypothèse moins rassurante à moins d'une quarantaine de HU.

[316] La mission estime qu'il faut réagir de façon rapide et vigoureuse à cette situation faute de quoi, pour reprendre l'expression d'un HU rencontré *"il ne restera plus qu'à éteindre la lumière en partant !"*.

[317] En tenant compte de la spécificité de la médecine et santé au travail (cf. *infra*), elle considère qu'il faut proposer, dans l'objectif de sa pérennité, des mesures assez dérogatoires comparées aux autres sections du CNU. Faute de quoi, la spécialité pourrait être mise en péril et donc le modèle même de médecine du travail traduit dans le code du travail.

4.2 La carrière HU de médecine du travail doit être rendue plus attractive

[318] Une telle action est essentielle si on ne veut pas voir disparaître la médecine et santé au travail en tant que spécialité. Le différentiel de salaire entre celui d'un chef de clinique et celui d'un jeune médecin du travail débutant sur le fondement de la grille du CISME (les émoluments sont à diviser par deux!) semble si élevé que cet objectif pourrait apparaître inatteignable. Mais si l'on parvient à recruter des enseignants associés et que l'on se mobilise pour ce faire, pourquoi ne pas adjoindre à ces fonctions deux dispositions qui pourraient rendre moins pénalisant un choix au demeurant un peu altruiste.

4.2.1 Le vivier des assistants hospitalo-universitaires pourrait être reconstitué en repensant le modèle du parcours HU

[319] La mission propose qu'à titre expérimental, et limité avec dégressivité le temps de reconstitution du vivier, 20 postes de praticien hospitalier soient créés dans les CHU et financés par dotation nationale exceptionnelle (sous réserve de candidatures, d'un projet hospitalo-universitaire des intéressés, d'une sanctuarisation des postes et d'un suivi financier par les ARS) afin de favoriser éventuellement par la suite un détachement dans les fonctions de praticiens hospitaliers universitaires (PHU)[79] qui exercent à titre temporaire. Ces postes de PHU seront créés

[79] Les praticiens hospitaliers sont détachés dans le corps des PHU pour une période n'excédant pas huit ans y compris les années de clinicat demeurent soumis, dans les mêmes conditions, aux dispositions statutaires applicables aux praticiens hospitaliers. Ils sont nommés par décision conjointe du directeur du centre hospitalier universitaire et du directeur de l'unité de formation et de recherche concernée.

et financés par transfert partiel de la dotation susmentionnée (convention entre le CHU et l'université), afin d'éviter l'utilisation des supports d'AHU (pratique généralement observée pour une création de poste de PHU). Cette disposition permettrait d'assurer la préparation et l'accompagnement des candidats au parcours hospitalo-universitaire, qui engagerait conjointement les UFR de médecine et les CHU.

[320] Ensuite, il faut clairement affirmer que les AHU qui n'optent pas pour la carrière de HU (certains d'entre eux ont indiqué à la mission que ce clinicat leur permettait une formation complémentaire ou spécialisée représentant un apport dans la pratique future sans pour autant embrasser une carrière hospitalo-universitaire), auraient dans la grille du CISME lors de leur passage en service interentreprises une bonification permettant de compenser en partie leur temps de clinicat. Ajoutons à cela qu'il serait transparent qu'ensuite ces professionnels soient prioritaires lors des recrutements d'enseignants associés (cf. *infra*). Le CISME et les SST rencontrés par la mission ne semblent pas opposés à cette perspective.

[321] Ce qui vient d'être décrit ne compenserait pas l'entièreté du manque à gagner pour ces jeunes non titulaires qui voudraient s'engager pour occuper ces fonctions. Mais ce serait un effort significatif et à faire prioritairement.

[322] Enfin, dernière piste sur ce point, il faudrait autoriser les HU de médecine et santé au travail à recruter le cas échéant et en cas de volontariat des jeunes chefs de clinique de disciplines connexes où les postes sont plus rares. Même si cela porte sur quelques unités seulement, cela peut parfois détendre une situation inextricable. Ces solutions, au demeurant locales, ont déjà été discrètement employées.

Recommandation n°19 : Repenser le modèle du parcours HU qui n'est pas compétitif avec celui d'un médecin du travail en assurant la création par dotation exceptionnelle de 20 postes de PH puis de PHU afin d'assurer la préparation et l'accompagnement des AHU candidats au parcours hospitalo-universitaire.

4.2.2 Le faible niveau de cotation des revues scientifiques de santé au travail désavantage la discipline

[323] Le CNU santé (disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques), instance collégiale intervient à certains moments "clefs" de la carrière des hospitalo-universitaires, d'une part au moment de leur recrutement comme MCU-PH ou PU-PH et d'autre part au long de leur carrière. En tout état de cause le principe est celui d'une évaluation par des pairs occupant un emploi d'un rang au moins égal à celui de l'emploi postulé.

[324] Au moment de leur recrutement et de leur avancement, les enseignants chercheurs hospitalo-universitaires sont en mesure, d'échanger avec leurs pairs.

[325] Les grilles et critères de sélection, de recrutement et d'avancement du CNU ont été progressivement réévalués en vue de prendre en compte l'excellence de la recherche et de l'enseignement (voir en ce sens la prise en compte des points obtenus à partir du système *Impact factor*[80] (IF) et du système d'interrogation, de gestion et d'analyse des publications scientifiques

[80] Indicateur qui estime indirectement la visibilité d'une revue scientifique. L'IF d'une revue est le nombre moyen de citations de chaque article publié dans cette revue. Une revue avec un IF élevé serait ainsi considérée comme plus importante (parce que plus visible : plus lue et plus citée) qu'une revue avec un IF faible

(SIGAPS) ou encore du score individuel d'aptitudes pédagogiques en santé (SIAPS) (pièce jointe n°2).

[326] Selon les enseignants chercheurs de médecine et santé au travail, les caractéristiques de cette discipline médicale font que les revues de publication appartiennent majoritairement à la catégorie PEOH (*Public, Environmental, Occupational Health*) dont le niveau des publications en santé au travail au niveau international, est mesuré le plus souvent par un "*impact factor*" assez modeste et secondairement à des revues d'autres disciplines médicales "d'organe" (ex : *Oncology, Respiratory, Psychiatry, Dermatology*, …), ou à des revues de sciences non médicales, dans les domaines du droit ou des sciences humaines (éventuellement hors SIGAPS et IF), mais d'intérêt significatif pour la discipline.

[327] Les critères de sélection du CNU sont à l'évidence difficiles à atteindre en médecine et santé au travail. Or, le facteur "recherche" est regardé comme un élément de compétitivité par toute la communauté hospitalo-universitaire, les universités et les CHU. Les cotations des articles produits dans la spécialité (peu producteurs de points SIGAPS susceptibles d'apporter des ressources budgétaires dans les CHRU en application des règles de dotation MERRI), conduisent selon les enseignants chercheurs de la spécialité, à ce que cette discipline soit défavorisée lors des révisions annuelles des effectifs hospitalo-universitaires comparativement aux spécialités cliniques ou biologiques qualifiées de plus "prestigieuses".

[328] La sous-section de médecine et santé au travail du CNU (sous-section 46-02 de la section 46 de santé publique) a proposé en juin 2015 de prendre en compte des pondérations des scores SIGAPS, de favoriser les travaux pluridisciplinaires et collaboratifs et de revaloriser la position des auteurs des publications (Annexe n°2).

[329] La mission recommande dans l'objectif d'enrayer la régression des effectifs de HU et d'assurer la pérennité de cette discipline, de mettre en œuvre ces mesures dérogatoires comparées aux autres sections du CNU.

Recommandation n°20 : Prendre en compte les pondérations des scores SIGAPS et favoriser les travaux pluridisciplinaires et collaboratifs pour l'évaluation des candidats au recrutement des MCU-PH ou PU-PH de médecine et santé au travail.

4.2.3 La recherche dans le domaine de la santé au travail doit être favorisée

[330] S'agissant de la recherche dans le domaine de la santé au travail, force est de constater qu'elle demeure insuffisante pour diverses raisons liées au déficit d'enseignants-chercheurs, mais aussi à un intérêt encore trop peu marqué en matière d'orientation de la politique publique de santé au travail malgré les mesures envisagées au travers du troisième plan national santé-environnement (PNSE)[81] (2015-2019), du troisième plan santé travail (PST)[82] (2016-2020), la création de l'agence nationale de la recherche et de l'agence nationale chargée de la sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail, opérationnelle au 1er juillet 2010.

[81] L'ANSES soutiendra, notamment à travers ses appels à proposition de recherche, le développement de produits de substitution aux substances dangereuses, les évaluations de risques liés aux nouvelles technologies et l'amélioration des connaissances sur les effets des pesticides.

[82] Il prévoit de consolider les échanges entre les acteurs de la recherche en santé au travail et le COCT. En lien notamment avec l'ANSES, l'ANR, ainsi que la DARES et l'INRS, il recommande de faire du COCT une force de proposition sur des thèmes de recherche. Il prévoit la création d'un « parcours doctoral national en santé travail ».

[331] Le troisième plan santé travail (2016-2020) consacre son objectif 10 aux enjeux de "Connaissances, données et recherche", visant à la poursuite du travail de structuration de réseaux et de coordination des données, des acteurs et des programmes de recherche. Cet objectif du PST3, préconise la création d'un parcours doctoral en santé travail. Les articulations entre connaissances et actions sont essentielles, notamment pour assurer une formation des acteurs de prévention qui tienne compte des derniers enseignements de la recherche.

[332] Compte tenu de son expérience de coordination du réseau doctoral en santé publique, depuis 2008, l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP) s'est vu confier en 2016, par le COCT, la mise en place et la coordination administrative et financière d'un parcours doctoral national pour la formation en santé travail dès l'année 2017/2018. L'EHESP s'appuiera pour cela sur le réseau des équipes de recherche en santé-travail. Le parcours doctoral a notamment pour fonctions, l'attribution de contrats doctoraux après sélection des meilleures candidatures. C'est aussi à l'ensemble de la discipline de se mobiliser pour inciter les futurs HU à effectuer une mobilité dans les centres de recherches d'excellence (Créteil, Rennes, Grenoble, université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines…) où la production scientifique est soutenue.

[333] Un document, établi au 24 mars 2017, a été élaboré par l'alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé (Aviesan) afin de fournir un premier panorama des entités de recherche dans le champ santé travail (cf. pièce jointe n°3).

[334] Concernant la structure des équipes, l'institut thématique multi-organismes santé publique (ITMO santé publique) dénombre 38 unités mixtes de recherche[83] (UMR), 39 équipes d'accueil (EA), 1 unité de service[84] (US) et 5 autres organismes (Institut universitaire de médecine du travail de Lyon, Institut d'études du travail de Lyon, le centre de gestion scientifique de l'Ecole mines Paris Tech, le centre d'études de l'emploi ou encore le département santé – environnement – travail et génie sanitaire de l'EHESP) et indique que les équipes de recherche en santé – travail sont très souvent mono-disciplinaire. Il est rare de trouver des équipes associant des chercheurs en sciences humaines et sociales (SHS) (sociologie, psychologie, mais aussi sciences politiques ou sciences cognitives par exemple) et des chercheurs issus des filières sciences et techniques (sciences biologiques, ergonomie, épidémiologie ou statistique) et santé (médecine du travail ou autres spécialités).

[335] Si l'on s'intéresse aux axes pathologiques étudiés, les risques psycho-sociaux (RPS) sont très clairement les plus étudiés (29 équipes). Les RPS sont principalement abordés sur le versant SHS, peu d'équipes les étudiant sur un versant plus médical (23 équipes en SHS). Par la suite les pathologies revenant le plus souvent sont les cancers (12 équipes), les autres maladies chroniques (maladies cardiovasculaires par exemple) (huit équipes) et les troubles musculo-squelettiques (six équipes).

---

[83] créées par la signature d'un contrat d'association d'un ou de plusieurs laboratoires de recherche d'un établissement d'enseignement supérieur (notamment d'université) ou d'un organisme de recherche avec un établissement public à caractère scientifique et technologique (INSERM, CNRS…)

[84] Créée par la signature d'un contrat d'association entre un établissement d'enseignement supérieur (le plus souvent, une université) et un organisme de recherche .Cette entité est contractuelle et dépourvue de personnalité juridique propre. Cette structure opérationnelle de service a pour vocation, d'une part, de mettre des moyens matériels à la disposition des structures opérationnelles de recherche et, d'autre part, de mener des actions d'accompagnement de la recherche.

[336] Concernant les expositions, cinq équipes travaillent sur les pesticides, et cinq autres sur les expositions pulmonaires (hors nanoparticules). L'exposition professionnelle aux nanoparticules concerne quatre équipes. Par ailleurs, deux équipes travaillent sur les expositions au bruit, et une sur les expositions aux ondes électromagnétiques.

[337] Le développement de programmes de recherche axés sur les expositions aux pesticides et aux nanoparticules s'est structuré suite à des préoccupations sociétales mais aussi à des opportunités de financement via le programme national de recherche environnement-santé-travail (PNR EST). Le PNR EST existe depuis 2006 et est soutenu notamment par les ministères en charge de l'environnement et du travail, l'Institut national du cancer (INCa) et la taxe sur les émetteurs radiofréquences permettant d'allouer, chaque année, entre cinq et six millions d'euros d'aide à 35 projets.

[338] Sept chaires ont été identifiées par cette étude. Deux sont portées par des établissements membres de l'alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé (AVIESAN) : "management et santé au travail" porté par l'Université de Grenoble-Alpes et "santé, travail, innovations" porté par l'Université d'Aix- Marseille. Les autres chaires sont portées par différents types d'établissements, l'Université catholique de Lille pour la chaire "santé au travail : individu, collectif, organisation" ou le Conservatoire national des arts et métiers (CNAM) en association avec Malakoff Médéric pour "entreprises et santé". Deux chaires ont des visions du domaine Santé – Travail plus orientées vers l'économie : les chaires "bien-être au travail et paix économique" portée par l'Ecole de management de Grenoble et "santé et performance au travail" portée par l'Ecole de management Lyon business school. Il est à souligner que ces chaires n'associent pas les UFR de médecine et les publications ne vont pas nécessairement dans des revues médicales indexées (SIGAPS) ce qui est un handicap certain.

[339] La cartographie effectuée montre une large communauté d'équipes et de chercheurs pluridisciplinaires. En effet, plus de 200 chercheurs travaillent aujourd'hui sur ce champ, tant sur le versant SHS que sur un versant sciences techniques, biologiques ou santé. Cela permet la construction de programmes de recherche complets.

[340] Néanmoins, la principale limite réside dans la communication entre les différentes disciplines. Les questions de santé au travail ne sont globalement pas les thématiques centrales des équipes de recherche : elles s'intègrent dans des équipes qui étudient la notion "travail", tant sur la santé que l'organisation, ou la place dans la société pour les équipes de SHS, ou des équipes travaillant sur un type d'exposition, sur une maladie précise et dont l'exposition professionnelle n'est qu'une approche, pour les équipes en sciences techniques, biologiques et santé.

[341] On notera néanmoins la constitution d'Instituts santé–travail, à Lyon et à Créteil par exemple, première étape pour rassembler des équipes de recherche et des services hospitaliers afin de créer des dynamiques de collaboration.

[342] La recherche en santé au travail se développe, en s'appuyant aussi sur la mise en réseau des acteurs de la recherche et l'appel à projet du programme national de recherche environnement-santé travail (PNREST) coordonné par l'Anses. S'y ajoutent les programmes de recherche élaborés dans le cadre de l'Agence nationale de la recherche (ANR), dont une implication sera recherchée, en cohérence avec les actions des autres dispositifs autour de la santé au travail.

[343] Les sources de financement des projets de recherche doivent être diversifiées afin de développer la recherche en santé au travail Ainsi, des financements complémentaires pourraient être envisagés, par exemple via des fondations d'entreprise, comme cela existe pour la protection de l'environnement.

[344] Pour répondre aux défis majeurs de santé, en matière de prévention, il est essentiel que le ministère chargé de la santé qui consacre annuellement environ 136 M€ aux appels à projets couvrant les champs de la recherche clinique, translationnelle, infirmière et paramédicale, médico-économique et la performance du système de soins, puisse élargir son action dans le domaine de la prévention. Pour cela, au-delà de l'intégration de la qualité de vie au travail au périmètre des programmes de recherche sur la performance du système de soins, des appels d'offres ponctuels, dont l'objectif est de susciter des projets de recherche pour apporter une réponse à une politique globale, organisée et financée de prévention pourraient être lancés dans la cadre de de la stratégie nationale de santé, prévue par la loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016.

[345] Accroitre la programmation de la recherche dans le domaine de la santé au travail, nécessite une orientation claire issue de la stratégie nationale de santé et de la recherche. La mission préconise le pilotage d'une réflexion destinée à faire naître un plan d'action pour la recherche en santé au travail, élaboré en concertation avec les directions générales des ministères chargés de la recherche, de la santé, du travail et de l'environnement (DGT,DGS, DGOS, DGPR, DGRI), l'ANSES, l'ANR et tous les acteurs financeurs de la recherche en santé.

[346] Ce plan d'action doit reposer sur l'identification des thématiques prioritaires dans le domaine de la médecine du travail et environnementale.

[347] L'alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé (AVIESAN), l'alliance nationale pour la recherche en environnement (ALLENVI) et l'alliance thématique nationale des sciences humaines et sociales (ATHENA) pourront être sollicitées pour développer la recherche interdisciplinaire sur les liens entre santé, travail et environnement, dans les disciplines scientifiques concernées.

Recommandation n°21 : Elaborer un plan d'action pour le développement de la recherche en santé au travail, à partir de thématiques prioritaires issues des stratégies nationales de santé et de recherche.

4.3 Le regroupement des équipes pédagogiques autour de quelques pôles structurés en recherche doit permettre d'augmenter l'attractivité de la formation.

[348] De façon évidente, il ne devrait pas y avoir de HU "isolé", confronté à des interrogations sur sa carrière, ses contraintes de travail et les possibles opportunités d'évolution.

[349] La situation actuelle et les perspectives des effectifs HU (cf. *supra*) conduisent la mission à proposer de regrouper les enseignements pour les universités et pour les internes :

- soit sur le fondement de l'actuel partage des sites des DIU;
- soit sur un autre découpage à concerter avec les universités, les doyens des facultés de médecine et les CHU intégrant l'aspect recherche.

[350] il est aujourd'hui indispensable de procéder à un regroupement fonctionnel des enseignements en médecine et santé au travail. Cette structuration conduirait à ce que les enseignements ne soient plus opérés et surtout coordonnés qu'à partir de six à neuf subdivisions afin de constituer des équipes enseignantes et de recherche crédibles.

[351] Ce regroupement devrait pouvoir s'opérer sans mobilité forcée. Car l'hésitation s'agissant d'organiser les enseignements de la discipline médecine et santé au travail entre regroupement et

dissémination demeure. Se retirer entièrement d'une subdivision présente sans doute plus d'inconvénients que d'avantages en regard du rayonnement de la discipline. De sorte que là où les enseignants titulaires voudraient demeurer rattachés à leur subdivision d'origine, ils le pourraient. En revanche ils seraient obligés de se joindre à une équipe pédagogique de type inter-régions organisées sur ce modèle de coopération. Rappelons qu'avec les " *Massiv Open Online Courses*" (MOOC)[85] et les modules d'enseignement informatisé à distance (*e.learning*) le présentiel n'est pas absolument nécessaire.

[352] Pour sécuriser les universités, ceux des enseignants titulaires qui le voudraient pourraient rejoindre physiquement l'équipe pédagogique d'inter-régions. Mais ils demeureraient rattachés à leur subdivision d'origine qui ne perdrait donc pas le poste, sauf accord conjoint des universités. Et en pareil cas, l'opération ne se ferait que dès lors qu'un enseignant associé aurait pu être recruté pour éviter tout vide de la discipline et pour continuer à encadrer stagiaires et maîtres de stages dans la subdivision.

[353] Cette façon de procéder tient compte du fait que plusieurs spécialités sont en difficulté sur le territoire et que les carrières universitaires ont perdu de leur attractivité, sauf dans les spécialités où organiser un secteur privé à l'hôpital est plus facile ou encore dans les grandes métropoles. Mais même cet exercice est regardé avec moins de faveur par les praticiens. Procéder en conséquence de façon obligatoire aurait des effets collatéraux plus nocifs encore que l'urgence que l'on voudrait résoudre.

[354] Par ailleurs, cette façon de procéder serait contraire à tous les constats sur la démographie médicale qui montrent que pour conserver des médecins et lutter contre les déserts médicaux il faut conserver les médecins en proximité, c'est-à-dire dans les subdivisions, au moment de leur formation initiale. C'est pourquoi la mission est d'avis que la répartition des internes qui ont choisi la spécialité médecine du travail à l'issue des ECNI soit maintenue par subdivision selon l'actuel schéma et que leurs terrains de stage occupent tout l'espace du territoire.

[355] Une initiative récente de l'ARS en région nouvelle Aquitaine vient d'être entreprise en vue d'une coopération entre les CHU de la région et les UFR de médecine dans cette optique de regroupement des équipes pédagogiques autour d'un pôle fort à Bordeaux en matière de recherche, fort du constat concernant la situation actuelle et les perspectives en matière d'effectifs HU de la région (actuellement : 1HU à Bordeaux, 1 HU à Limoges et 0 HU à Poitiers).

[356] Sans doute l'installation des grandes régions permettra de faire changer les points de vue. Quoi qu'il en soit il y a urgence à procéder ainsi et un regroupement fonctionnel d'équipes pédagogiques par inter-régions[86] de médecine et santé au travail, est indispensable notamment dans les régions dépourvues ou pourvues faiblement en HU. Les négociations pour y parvenir entre universités qui demeurent autonomes, CHU et agences régionales de santé doivent se faire sans délai.

---

[85] Nouvelles formations en ligne mises en place par des universités

[86] Le décret n° 2016-1597 du 25 novembre 2016 relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine et modifiant le code de l'éducation dispose en son art. R. 632-12:" *Le troisième cycle des études de médecine est organisé dans des circonscriptions géographiques dénommées " régions ". Chaque région comprend une ou plusieurs subdivisions qui constituent un espace géographique comportant un ou plusieurs centres hospitaliers universitaires (CHU).*
« La liste des régions et des subdivisions est arrêtée par les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur". Pour la mission, au regard de l'absence de HU en médecine et santé au travail dans certaines régions, l'inter-région reste le niveau de référence à préserver.

[357] Ce regroupement nécessitera une modification de l'art. R. 632-12 pour ce qui concerne les circonscriptions géographiques d'organisation des études médicales.

[358] Les ministères chargés de la santé et de l'enseignement supérieur et de la recherche auront un rôle incitatif de premier plan. La conférence des présidents d'université, la conférence des doyens de médecine et la conférence des directeurs de CHU seront associées dans le cadre de cette démarche novatrice de détermination des futurs pôles d'enseignement et de recherche en médecine et santé au travail.

Recommandation n°22 : Entreprendre sans délai une démarche de regroupement fonctionnel des équipes pédagogiques par inter-régions de médecine et santé au travail autour de quelques pôles forts structurés en recherche.

4.4 L'organisation de centres de ressources pour pathologies professionnelles doit être cohérente avec le regroupement fonctionnel des enseignements

[359] Le réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (rnv3p) regroupe les trente-deux centres de ressources pour pathologies professionnelles (CRPP) et neuf services de santé au travail (SST). Le rnv3p est à la fois un réseau d'experts en santé travail (médecins et institutions) et une base de données sanitaires. Les données sont enregistrées de façon standardisée dans la base nationale (informations issues des consultations des CRPP, nouveaux problèmes de santé au travail diagnostiqués par les SST, données démographiques du patient, pathologies, expositions, secteur d'activité, profession, imputabilité entre pathologie et exposition). Au plan des données en santé sécurité au travail, la constitution du réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P) a permis de se doter d'un outil de repérage des risques émergents et d'alimenter les travaux d'épidémiologie à de nombreuses publications au sein de la littérature scientifique internationale ou nationale et à des thèses de sciences.

[360] Ces centres sont nécessaires au bon fonctionnement de la médecine du travail en tant que structures de recours pour les professionnels de santé de première ligne dans les services de santé au travail, quel que soit le secteur d'activité. Il est important qu'ils offrent un terrain de stage pour les professionnels de santé en formation, qu'ils contribuent à la surveillance épidémiologique et à l'alerte et soient confortés en tant que pôles d'expertise et de recherche. Leurs compétences devraient être mises à profit pour l'orientation des patients présentant des manifestations cliniques pouvant être en lien avec des expositions environnementales.

[361] Afin de renforcer l'ancrage régional des centres et leur pérennité, la mission propose un centre unique par région en cohérence avec le regroupement fonctionnel des enseignements en médecine et santé au travail et organisé sur plusieurs sites, sur la base d'un cahier des charges national, assurant ainsi une meilleure coordination au niveau des territoires. Cette organisation serait un élément structurant favorable à la coopération des actuels centres entre eux tout en permettant une offre de proximité en articulation avec les services de santé au travail.

4.5 Les UFR devraient s'appuyer sur des équipes pédagogiques issues des services de santé et coordonnées par les HU

[362] En premier lieu, à l'instar de ce qu'est la médecine générale, la médecine du travail est majoritairement une discipline qui se pratique en dehors de l'hôpital. Déjà, nombre

d'enseignements ne pourraient s'accomplir dans les subdivisions sans la bonne volonté de professionnels médecins du travail qui font parfois cours aux internes sans même avoir le statut de "chargé de cours" et donc sans même demander de compensation. Ce qui importe de souligner, c'est que les valences sont d'un poids inégal ; or, précisément en médecine du travail la variable professionnelle est une valence essentielle dans la transmission des savoirs. Un PU-PH est professeur et praticien hospitalier ; un professeur associé de médecine du travail serait professeur et professionnel dans un service interentreprises ou dans un service autonome, à l'imitation des professeurs associés de médecine générale.

[363] Selon le conseil national professionnel de médecine du travail (CNPMT), " *L'exclusion des praticiens de terrain de l'enseignement universitaire en santé au travail s'est confirmé ces trente dernières années. La réintégration de praticiens en santé au travail dans les cycles de formation du 3ème cycle est souhaitable et à reconquérir. Le développement de capacités universitaires de médecine générale depuis 20 ans est sans doute un modèle à adapter. Il ne s'agit surtout pas de remplacer les professeurs actuels, mais d'inciter à des dispositif de délégation à des chargés de cours qui peuvent sur des thèmes choisis où de nombreux praticiens de terrain peuvent être des référents pertinents sur les plans scientifiques, pratiques et pédagogiques quand ils s'y sont investis.*"

[364] La création de nouveaux statuts universitaires davantage calqués sur la médecine générale, qui a une activité majoritairement extrahospitalière est indispensable :

- des maîtres de stages universitaires, pour améliorer le contenu pédagogique des stages et valoriser l'investissement des médecins de terrain dans la formation des générations futures ;
- des postes d'enseignant à temps partiel (enseignant attaché), permettant aux médecins du travail de maintenir une activité en milieu de travail tout en introduisant la recherche dans les services de santé au travail ;
- la valorisation du parcours universitaire par les services de santé au travail à l'embauche ;
- la valorisation et le développement de la recherche en médecine du travail, en particulier dans les services de santé au travail, d'une part pour enrichir les bases scientifiques communes de la pratique, et d'autre part pour légitimer les actions de la médecine-santé au travail auprès des pairs et des salariés.

[365] Il n'est plus d'autres choix aujourd'hui pour assurer la pérennité de l'enseignement que de s'appuyer sur les professionnels des services interentreprises et sur ceux des services autonomes, c'est-à-dire en recrutant parmi ces professionnels motivés des enseignants associés. Ces enseignants associés sont un apport connu dans toute l'université qui y fait appel assez largement chaque fois que des aspects pratiques ou de dimension "métiers" entrent en jeu. Il ne s'agit donc nullement d'une audace ou d'une novation en tant que telles et moins encore une atteinte à la spécialité. Ce qui serait nouveau, ce serait de le faire assez méthodiquement pour remettre, en un effort coordonné, la spécialité sur de meilleures bases.

[366] Il est proposé dans l'intérêt de la discipline de prioriser pour ce faire les anciens internes titulaires du DES s'agissant des maîtres de conférence associés (MCUA) et les anciens chefs de clinique ou assistants hospitaliers universitaires pour les professeurs associés (PUA). L'objectif retenu alors serait d'en avoir au moins deux par subdivision là où il n'y a plus personne, et un là où la discipline est toujours présente.

[367] Leur mission serait notamment d'encadrer les internes sur les lieux de stage des subdivisions et de contribuer aux enseignements tant pratiques que théoriques. Rien ne contreviendrait non plus à ce qu'ils participent à des actions de recherche car ils sont au plus près des données.

[368] A noter que les universités sont autonomes[87] et que les nominations de professeurs associés à temps partiel se font sur le fondement de commissions de spécialistes composées de HU parfaitement à même de maîtriser les choix et donc leur qualité. En revanche, s'agissant d'un plan d'ensemble à portée nationale, il serait souhaitable que ceci fût, au moins dans un premier temps, coordonné nationalement avec le cas échéant un financement spécifique à la clef. Un maître de conférence associé à mi-temps coûte en moyenne 25 300 € /an et un professeur associé à mi-temps coûte environ 31 600 €. En recruter 30 (à répartition égale MCU/PUA) coûterait 850 000 € par an. Un tel coût ne saurait apparaître comme dirimant.

[369] Dans cette optique, la mission a exploré la faisabilité d'une contribution à un tel dispositif, permettant aux U.F.R. de médecine d'améliorer leur potentiel pédagogique, des employeurs privés sur la taxe d'apprentissage. L'ACMS (cf. *supra*) qui représente 7 % de l'activité des services de santé au travail[88] pourrait verser à l'université (unité de formation et de recherche (UFR) de médecine), le montant de l'enveloppe de l'apprentissage A et B qui est hors quota[89]. Ce montant basé sur la masse salariale de 2016 représente 81680€ soit une capacité de financement de trois postes d'enseignants associés. Le salaire de ces enseignants associés pourtant dédommagés pour ces enseignements par les universités pourrait être conservé ; ce qui serait, outre le prestige de la fonction, financièrement intéressant pour les volontaires.

Recommandation n°23 : Elaborer un plan national de création d'équipes pédagogiques constituées de maîtres de stages universitaires, de maîtres de conférences et de professeurs associés, issues des services de santé et coordonnées par les HU permettant d'améliorer le potentiel pédagogique en médecine et santé au travail des UFR de médecine, en articulation avec l'émergence des nouveaux pôles pédagogiques.

5 LA FORMATION DES AUTRES ACTEURS DES SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL

5.1 La formation des infirmiers de santé au travail devrait être renforcée dans le cadre d'une licence professionnelle définie au niveau national

[370] Les infirmiers n'abordent que très succinctement le sujet de la santé au travail au cours de leur formation en IFSI[90]. La santé au travail est traitée spécifiquement au cours de trois UE, dont le contenu est détaillé ici en prenant l'exemple de l'IFSI des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg :

- UE 1.2 S2 et S3 : santé publique et économie de la santé

[87] Le décret n°85-737 du 17 juillet 1985 modifié relatif aux professeurs ou maîtres de conférences associés ou invités ne prévoit que la possibilité de recruter un PAST à plein temps ou à mi-temps. Lorsque le recrutement est envisagé à temps plein une grille indiciaire spécifique s'applique. Lorsque le recrutement intervient à mi-temps l'emploi est rémunéré sur l'INM 397 pour les professeurs et sur l'INM 309 pour les maîtres de conférences.
Le texte ne prévoit pas de quotité inférieure au mi-temps. Toutefois et depuis la loi LRU et notamment l'article L 954-3 du Code de l'Éducation offre aux universités et à leurs présidents la possibilité de procéder au recrutement d'enseignants contractuels en CDD ou en CDI pour assurer des fonctions d'enseignement, de recherche ou d'enseignement et de recherche, après avis du comité de sélection.
[88] Il y a environ 15 millions de salariés en CDI en France, dont 93 % sont suivis par des SSTI, ce qui fait à peu près 14 millions de travailleurs. L'ACMS qui emploie 250 médecins suit environ 1 million de salariés, soit 1/14 ou 7 %.
[89] La catégorie A correspond aux formations allant jusqu'au BAC+2 et la catégorie B correspond aux formations allant au-delà du BAC+2
[90] Institut de formation en soins infirmiers.

Le concept de prévention et promotion de la santé est développé. Des éléments de connaissances en épidémiologie sont traités. Un cours magistral concerne l'organisation de la prévention en général (la santé au travail est évoquée). Deux heures de cours magistral sont planifiées en S2 : organisation, finalité et moyens de la santé au travail. Le cours est assuré par un médecin de la médecine au travail du CHU de Strasbourg.

- UE 4.6 S3 et S4 : soins éducatifs et préventifs

  L'un des objectifs est d'élaborer une démarche éducative en interdisciplinarité. Les étudiants mènent en petit groupe des actions d'éducation à la santé sur différents lieux : éducation nationale, précarité, milieu de la nuit, entreprises (SNCF, compagnie des transports strasbourgeois….).

- UE 3.3 S3 et S5 : rôles infirmiers, organisation du travail et inter professionnalité

  Le concept de l'inter professionnalité est développé. En S5, trois heures de TD Sur les différents modes d'exercice dont la santé au travail. Un infirmier de santé au travail y participe.

  Une table ronde également est organisée sur les rôles et missions des IDE dans divers secteurs dont la santé au travail (un infirmier de santé au travail y participe).

- UE 4.2 S2 et S3 et S5 soins relationnels

  Les entretiens infirmiers sont largement traités en TD (jeux de rôles). L'approche psychologique du stress est traitée : définition, causes, types (épuisement professionnel, stress chronique – ponctuel…), les réactions d'alarme (symptômes émotionnels, psychologiques, intellectuels et comportementaux).

  Les sources de stress au travail et les stratégies d'ajustement sont abordées au cours d'un. TD de deux heures dirigé par un psychologue.

[371] Par ailleurs**,** des terrains de stage en entreprise ou en SSTI sont proposés aux étudiants des trois années pour une durée de cinq semaines. Par exemple, à Strasbourg, 20 places par an sont offertes pour une promotion de 175 étudiants.

[372] Lorsqu'un infirmier diplômé d'Etat est recruté par un SST, s'il n'a pas suivi une formation en santé au travail, l'employeur doit l'y inscrire au cours des douze mois qui suivent son recrutement et favoriser sa formation continue (article 4623-29 du code du travail).

[373] Cependant aucune formation spécifique n'est exigée. La convention collective précise que la formation théorique doit avoir une durée minimum de cent cinquante heures et être assortie d'un stage en milieu de travail incluant la connaissance de l'entreprise et la pratique de l'entretien infirmier.

[374] Il peut ainsi s'agir d'une formation courte comme celle dispensée par AFOMETRA[91], sur 164 heures, ou par les universités dans le cadre de DIUST (Diplôme Inter Universitaire de Santé au Travail).

[375] Les DIUST sont des formations en alternance réalisables en un an, comprenant des semaines de cours, un stage dans le SST employeur avec un tuteur médecin du travail et un tuteur IST, et l'élaboration d'un mémoire de fin d'étude. Les programmes, le nombre d'heures d'enseignement et le contenu pédagogique sont variables d'une faculté à l'autre.

[376] Les points abordés dans ces formations sont de façon générale :

[91] Association pour la Formation dans les services Médicaux du Travail

- l'organisation de la santé au travail en France et la réglementation ;
- les facteurs de risques professionnels ;
- le suivi infirmier ;
- la prévention et la promotion de la santé au travail.

[377] Chaque étudiant est encadré par un tuteur professionnel qui est en général un médecin de l'équipe pluridisciplinaire et qui, à cette occasion, pose un regard nouveau sur les compétences de l'alternant. Cette organisation favorise le travail de coopération pluridisciplinaire et permet de l'implanter.

Tableau 16 : Liste des formations universitaires existantes pour les infirmiers de santé au travail

Université		Capacité	Durée de l'enseignement théorique
Toulouse-Auch	Licence Pro	25	420 h
Strasbourg	Licence Pro	25	240 h
Lille	Licence Pro	70	360 h
Rouen / Caen	DIU	35	
Grand-Ouest (Angers, Brest, Rennes)	DIU	39	150 h
Bordeaux-Limoges	DIU	35	212 h
Marseille	DU	20	150 h
Lyon - Grenoble - Saint-Etienne - Clermont-Ferrand	DIU	32	120 h
Dijon	DU	45	192 h
Paris	DIU	60	210 h
Capacité totale		386	

Source : *Mission*

[378] Il existe également des formations contenant un enseignement théorique plus étoffé : trois licences professionnelles sont proposées à Strasbourg, Lille et Toulouse. La dernière est en particulier remarquable pour trois raisons :

- l'enseignement s'étale sur 420 h et le contenu pédagogique est beaucoup plus étoffé sur la connaissance du fonctionnement interne des entreprises (principes de management et de gestion des conflits, sociologie des organisations), la connaissance des différentes pathologies professionnelles, l'évaluation et la mesure du risque en entreprise, le maintien dans l'emploi, et la méthodologie de projet ;
- le projet de fin d'étude (équivalent du mémoire) est exceptionnellement cadré : il est la synthèse de quatre projets sous tutorat, ayant chacun un cahier des charges très précis, réalisés lors des périodes de formation en entreprise et dont l'enchainement correspond à la logique de raisonnement de l'équipe pluridisciplinaire[92] ;

[92] Projet n°1 : Analyse de l'environnement professionnel et rapport avec les autres acteurs ; projet n°2 : analyse critique de l'évaluation des risques professionnels (document unique) dans l'entreprise + observation de l'activité ; projet n°3 : recueil d'indicateurs sanitaires et RH + réalisation d'une action de métrologie ; projet n°4 : préconisations techniques, organisationnelles et humaines à l'entreprise. Projet d'éducation pour la santé / action de prévention.

- elle forme ensemble les infirmiers de santé au travail et les techniciens de prévention des risques professionnels, afin de permettre l'appropriation d'une culture partagée liée à la pluridisciplinarité. La formation est ainsi adossée conjointement à l'UFR de médecine et au département HSE de l'IUT.

[379] Les interlocuteurs de la mission ont souvent indiqué qu'ils souhaiteraient un contenu de formation harmonisé au niveau national pour les IST. Il conviendrait que le collège des enseignants et les partenaires sociaux se réunissent pour définir un référentiel qui pourrait être inscrit dans la convention collective.

Recommandation n°24 : Harmoniser le contenu de formation des infirmiers de santé au travail sur la base d'un référentiel commun élaboré par le collège des enseignants.

5.2 Les équipes pédagogiques devraient être élargies à des acteurs de terrain et couvrant l'ensemble des compétences nécessaires

[380] Il n'existe pas de formation universitaire commune pour l'ensemble des membres de l'équipe pluridisciplinaire, compte tenu des niveaux différents des diplômes : trois ans pour un infirmier, cinq ans pour un ergonome ou un psychologue (licence versus master 2).

[381] L'AFOMETRA seule propose des formations qui peuvent rassembler l'équipe, soit autour de l'équipe elle-même, soit autour d'un thème (technique, sanitaire, réglementaire, projet de service…) concernant l'ensemble des membres.

[382] De ce fait, il semble indispensable à la mission que les équipes pédagogiques, pour les formations diplômantes de chacun des acteurs, soient élargies à des enseignants et à des professionnels de terrain représentant l'ensemble des membres de l'équipe pluridisciplinaire et des compétences requises (il faut ajouter aux métiers de l'équipe pluridisciplinaire les compétences en droit et en management, et la connaissance du fonctionnement des entreprises). Dans cette optique, des conventions pourraient lier les départements de médecine, de droit et sciences sociales et les IUT des universités, ainsi qu'une école de commerce ou un IAE pour la partie management et fonctionnement des entreprises.

[383] Des séances communes de travaux dirigés devraient être organisées associant des internes[93], des élèves infirmiers et des étudiants des différents domaines techniques, comme cela se fait déjà dans certaines facultés de médecine avec les internes et les élèves infirmiers.

[384] Les enseignements pourraient ainsi être plus étoffés, car aux dires des enseignants de DES, leur disponibilité est souvent le facteur limitant à l'enrichissement de certains thèmes que la mission trouve insuffisamment développés.

5.3 Les directeurs des services au travail devraient également suivre une formation obligatoire

[385] La fonction de directeur de SSTI est prévue par le code du travail depuis la loi du 20 juillet 2011. L'article L 4622-16 dispose qu'il " met en œuvre, en lien avec l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail et sous l'autorité du président, les actions approuvées par le conseil d'administration dans le cadre du projet de service pluriannuel." La circulaire du 9 novembre 2012 précise qu'il "a comme responsabilité particulière de veiller à la bonne adéquation des moyens du

[93] Et éventuellement des médecins du travail de plein exercice, en formation continue.

service avec les orientations stratégiques ainsi définies. "Il est le responsable hiérarchique de l'ensemble du personnel du SSTI, dans le respect des règles déontologiques s'imposant aux médecins du travail et aux autres professionnels de santé ainsi que du principe d'indépendance des médecins du travail". "Il joue un rôle fondamental d'animation de l'ensemble de la structure [...] le directeur fait le lien entre les instances statutaires et l'équipe pluridisciplinaire, en particulier, dans la construction du projet de service. Il lui incombe d'expliquer les évolutions liées à la réforme dans une dynamique participative de partage d'informations et d'engagements."

[386] La mission a pu constater lors de ses différents entretiens l'origine extrêmement diverse des directeurs de SSTI. Leur formation et leur parcours professionnel antérieurs n'ont bien souvent pas de lien avec le domaine de la santé au travail. Si ce n'est pas rédhibitoire, le directeur doit alors être capable de bien comprendre l'état d'esprit des médecins du travail, les notions principales de leur activité et l'importance du temps à accorder à la concertation et à la négociation pour la définition de l'organisation et la conduite du service.

[387] Le rôle des directeurs de SST e*st* analogue à celui des directeurs de clinique, dont le parcours antérieur peut être également étranger au monde de la santé et qui sont formés par l'entreprise qui les recrutent.

[388] Certains directeurs ne sont pas très allants pour mettre en place la pluridisciplinarité au sein de leur service, soit qu'ils craignent la réaction du corps médical soit qu'ils n'aient pas compris que celle-ci s'inscrivait dans une évolution de notre système de santé. Le constat dressé par la mission sur le lien entre la qualité du directeur et l'avancée en termes de pluridisciplinarité d'un SST est partagé par les interlocuteurs de la mission.

[389] Les médecins-inspecteurs de l'une des DIRECCTE rencontrés ont dressé ce que devrait être le contenu d'une formation obligatoire pour les directeurs de SST :

- rappel des missions des SST : environnement historique et juridique ;
- tutelle de l'état : rôle, agrément… ;
- connaître les différentes instances de gouvernance des SST et leur rôle ;
- équipes Pluridisciplinaires : connaissance des métiers et de leurs règles, (MT, IST, IPRP, assistant social, psychologue du travail…) rôle, fonctionnement, coordination ;
- connaitre les règles de déontologie (MT, IST) : secret professionnel, éthique, autonomie dans la pratique de leur « art »… ;
- connaissance en management : encadrer des professionnels de santé ;
- connaissance en communication interne et externe.

[390] L'ingénierie d'une telle formation pourrait être confiée à une association réunissant le CNAM, qui propose des formations pour les IPRP et une université avec un secteur santé formant également des IST. Les futurs directeurs pourraient ainsi être amenés, à travers l'organisation d'études de cas associant des étudiants d'autres formations en santé au travail, à comprendre les avantages du organisation pluridisciplinaire et à interagir dès leur formation avec les professionnels qu'ils seront amenés à manager.

Recommandation n°25 : Assortir le recrutement des directeurs de SST, d'une formation obligatoire assurée par le SST en rapport avec les attendus de la réforme.

6 CE RAPPORT POURRAIT ETRE L'OCCASION DE REVOIR LA GOUVERNANCE DE LA SANTE AU TRAVAIL

6.1 La question de la démographie des médecins du travail a été abordée dans de nombreux travaux

[391] Les nombreux rapports sur la santé au travail écrits depuis 2007[94] ont signalé "le défaut d'attractivité de cette spécialité pour les internes".

[392] Afin de pallier au déficit démographique en médecins du travail, ces différents rapports ont permis, dans le cadre de lois successivement adoptées en 2011, 2015 et 2016 :

- la mise en place du statut de collaborateur médecin, qui permet, après l'exercice d'une première spécialité, une reconversion dans la spécialité de médecine du travail ;
- l'introduction d'un suivi différencié selon les risques auxquels est exposé le salarié ;
- la promotion de l'exercice pluridisciplinaire, notamment le rôle et les missions des infirmiers.

[393] Les propositions touchant à la formation initiale des médecins du travail, à la valorisation de la médecine du travail en tant que discipline médicale, à la reconstitution du vivier des enseignants hospitalo-universitaires et à la redynamisation de la recherche sont en grande partie restées sans suite.

[394] Si la médecine du travail est une spécialité médicale, l'action des services de santé au travail est pilotée par le ministère du travail, avec une seule compétence médicale au niveau centrale, qui de plus est non universitaire.

[395] Le champ de la médecine du travail est complètement abandonné par le ministère chargé de la santé, au-delà de sa préoccupation en tant qu'employeur pour le personnel des hôpitaux publics : la mission n'a pas trouvé d'interlocuteur auprès du commanditaire originel de la mission connaissant le sujet. Elle n'a pas connaissance de l'existence d'une personne en charge de ce sujet à la DGOS, et la DGS vient juste de réinvestir le sujet, avec deux personnes ressources.

[396] Dans de telles conditions, il paraît difficile de mener la concertation sur d'éventuelles modifications dans la formation des futurs médecins du travail.

6.2 Les enjeux de la médecine du travail recoupent plusieurs plans d'action lancés séparément par les ministres chargés de la santé et du travail

[397] Le plan santé au travail 2016-2020 (PST3) arrêté en décembre 2015 par la ministre du travail mentionne le nécessaire renforcement de l'attractivité de la médecine du travail en

[94] Il est possible de citer les rapports d'Hervé Gosselin sur "l'aptitude et l'inaptitude médicale au travail: diagnostic et perspectives" de janvier 2007, de l'IGAS et de l'IGAENR sur le bilan de la réforme de la médecine du travail d'octobre 2007, de Christian Dellacherie, Paul Frimat et Gilles Leclercq sur "La santé au travail, vision nouvelle et professions d'avenir - Propositions pour des formations et un réseau de recherche en phase avec les missions", datant d'avril 2010, le rapport IGA/IGAS/IGAENR de septembre 2014 sur "la médecine de prévention dans les trois fonctions publiques", et enfin, le rapport établi en mai 2015 par le député Michel Issindou, Christian Ploton, membre de la direction des ressources humaines de Renault et le professeur Sophie Fantoni-Quinton, avec le concours de l'IGAS , sur le thème "Aptitude et médecine du travail".

développant des actions d'information et de communication en direction des étudiants en médecine pour valoriser et accroître l'attractivité de la profession et en améliorant l'attractivité de la carrière hospitalo-universitaire avec une forte influence sur la recherche universitaire.

[398] Il prévoit la création d'un parcours doctoral national en santé travail animé par l'EHESP. Les objectifs de ce parcours, qui démarrera à la rentrée 2017/2018 sont d'attirer des candidats d'excellence vers la thématique de recherche en "santé travail" et d'améliorer la visibilité de cette thématique et des équipes de recherche œuvrant dans ce champ, condition d'une plus grande attractivité nationale et internationale.

[399] Par ailleurs, la feuille de route issue de la Grande conférence de santé de juin 2016 a prévu certaines mesures qui intéressent le champ de la mission :

- faire en sorte que chaque étudiant dispose de l'ensemble des outils pour la construction de son projet professionnel au terme de sa formation approfondie préalablement à l'entrée dans le troisième cycle ;
- faire évoluer les modalités d'entrée dans le troisième cycle en prenant en compte le projet professionnel, le parcours de l'étudiant et les besoins de santé territoriaux ;
- développer les pratiques avancées.

[400] Enfin, plusieurs engagements de la stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail présentée le 5 décembre 2016 par la ministre de la santé, et qui concernent plus particulièrement les professionnels médicaux et non médicaux exerçant en établissements de santé, présentent un lien avec les axes de travail de la mission.

[401] Le thème de la qualité de vie au travail sera intégré au périmètre des programmes de recherche sur la performance du système de soins (PREPS). L'observatoire national de la qualité de vie au travail et des risques psychosociaux des professionnels de santé diffusera les résultats de ces projets de recherche et proposera à la mission nationale chargée de la qualité de vie au travail des professionnels de santé, les axes prioritaires de recherche pouvant être retenus dans le cadre des appels à projet.

[402] Un groupe de travail sera constitué à cet effet pour élaborer un plan d'action pour l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital spécifique pour la médecine du travail, et piloté par un PU-PH de médecine du travail. Il étudiera les pistes permettant de rendre cette profession plus attractive, parmi lesquelles l'extension de la prime d'engagement et de l'indemnité de service public exclusif pour des praticiens hospitaliers, le contrat d'engagement de service public et l'obligation de stages pour les étudiants au sein d'un service de santé au travail. La possibilité d'ouvrir le statut de collaborateur médecin du travail aux services de santé au travail hospitalier sera également étudiée.

[403] Dans les faits, la mission a eu connaissance du recours à des collaborateurs médecins par certains établissements hospitaliers. Ces derniers financent leur formation selon les mêmes conditions que les services de santé au travail interentreprises ou les services autonomes

[404] Des entretiens effectués par la mission, il apparait cependant que le groupe de travail n'a pas été installé.

[405] Il convient de noter que la fonction publique hospitalière a réactualisé son décret relatif aux services de santé au travail afin de se mettre en conformité avec les évolutions du secteur privé. Elle a notamment mis en place les entretiens infirmiers sous protocoles médicaux. Une harmonisation des dispositifs dans les trois versants de la fonction publique doit être envisagée.

6.3 Plusieurs plans nationaux et régionaux traitent de la prévention

[406] La stratégie nationale de prévention est actuellement découpée entre plusieurs plans et plusieurs acteurs :

- le plan national et les plans régionaux santé-environnement, élaborés conjointement par les ministres chargés de la santé et de l'environnement et leurs administrations déconcentrées (DREAL et ARS). L'article L 1311-6 du code de la santé publique dispose qu' "un plan national de prévention des risques pour la santé liés à l'environnement [...] prend notamment en compte les effets sur la santé des agents chimiques, biologiques et physiques présents dans les différents milieux de vie, y compris le milieu de travail..." ;
- le plan national et les plans régionaux santé-travail, élaborés par le ministre chargé du travail et de la santé, et les DIRECCTE ;
- les schémas régionaux de santé, intégrés aux projets régionaux de santé développés par les ARS, qui visent notamment à "développer la prévention et la promotion de la santé" (article R 1434-6 du code de la santé publique).

[407] Il conviendrait d'ajouter à cette liste le suivi et l'information des enfants ou étudiants en milieu scolaire ou universitaire, organisée par le ministère chargé de l'éducation et de l'enseignement supérieur.

[408] Ce cloisonnement amoindrit l'efficience de la politique nationale et territoriale de prévention et génère des pertes de chance : pour prévenir et soigner une pathologie, les facteurs de risques doivent être appréhendés dans leur ensemble, et les professionnels de santé coordonner leurs actions.

[409] Par ailleurs l'accumulation du travail d'élaboration de plans divers et variés pèsent sur les effectifs des différentes administrations qui gagneraient à pouvoir se coordonner en amont et se partageaient les thèmes.

Recommandation n°26 : Mettre en place un seul plan national et des plans régionaux uniques de développement et de renforcement de la prévention en santé, regroupant l'ensemble des plans par milieu existants actuellement.

6.4 Le ministère la santé doit être étroitement associé aux décisions concernant la médecine du travail

[410] Afin d'assurer aux recommandations émises dans ce rapport une suite plus concrète que pour ses prédécesseurs, mais aussi pour introduire plus de cohérence et d'efficacité dans les politiques nationales de prévention et mieux intégrer le médecin du travail dans le parcours de santé, il est nécessaire que la DGT échange avec ses homologues du ministère de la santé (la DGOS et la DGS) sur ses réflexions et ses problématiques.

[411] Il est symptomatique que les ARS ne consultent pas les DIRECCTE, avant de remonter au niveau national leur souhait concernant le nombre de places à ouvrir aux ECN pour la médecine du travail, ou avant d'entériner le choix des services pour l'ouverture de stage aux internes. Ce dernier point paraîtrait nécessaire pour assurer non seulement la qualité du stage mais également l'ouverture prioritaire de lieux de stages dans des zones sous denses.

[412] Certains syndicats ou médecins du travail sont convaincus du caractère transitoire du rôle accru donné aux IST, alors même que ce mouvement s'inscrit dans une tendance de fond touchant

l'ensemble de notre système de santé, concentrant l'utilisation des compétences sur leur valeur ajoutée. Une implication nettement plus forte du ministère de la santé pourrait permettre de mieux convaincre les plus réticents.

[413] Le ministère de la santé devrait de fait être intéressé au développement des relations entre la médecine du travail et la médecine ambulatoire, en premier lieu le médecin généraliste, afin de permettre la prise en compte la plus large possible des facteurs de risques, aussi bien lors de la pose d'un diagnostic que dans le suivi et le traitement d'une pathologie.

[414] Une telle implication participerait à l'amélioration de l'attractivité de la médecine du travail, en donnant aux futurs médecins du travail

- le sentiment positif d'appartenir de plein droit à la communauté médicale et d'être partie prenante du parcours de soins;
- une meilleure visibilité à leur exercice clinique par rapport à l'exercice "administratif".

6.5 Le ministère de l'environnement est aussi concerné

[415] Une meilleure insertion de la médecine du travail dans la santé publique et environnementale s'impose. Certes, l'organisation actuelle est le produit d'une histoire des relations sociales et d'une histoire des relations institutionnelles entre différents pouvoirs. Pour autant, le rôle de médecine préventive du réseau des médecins du travail est de tout premier plan et son exclusion de fait du parcours de santé est une donnée qui pèse sur l'attractivité de cette médecine auprès des étudiants.

[416] Choisir une spécialité, déjà un peu à part, dont on vous explique par ailleurs qu'elle sera placée en marge de ce pourquoi précisément on avait entrepris des études de médecine est bien peu "vendeur" Au surplus, on notera que notre pays se prive d'un réseau qui ne demande qu'à coopérer et dont les données peuvent s'avérer décisives, y compris dans certains domaines de la recherche. Seules des initiatives locales pertinentes viennent rompre ce cercle d'isolement, comme par exemple et à titre expérimental la distribution de test de prévention contre le cancer suite à une coopération entre l'ARS de Nouvelle Aquitaine et un service autonome de santé au travail avec un accompagnement fort du médecin du travail et une implication de tout son service. Il importe donc d'entreprendre sans délai une réflexion en ce sens et dans laquelle les ministères de la santé et de l'environnement n'auront pas un rôle subalterne, mais au contraire de premier plan.

[417] Dans l'objectif transversalité santé au travail– santé publique, du PST3, il est indiqué: "*C'est une meilleure articulation des politiques publiques (travail, emploi, santé publique, santé environnementale), prenant en compte l'individu dans sa globalité, qui doit être recherchée. Elle transparaît dans la notion d'exposome, qui vise la prise en compte de l'ensemble des expositions couvrant la vie entière, c'est-à-dire l'ensemble des facteurs non génétiques qui peuvent influencer la santé humaine : expositions chimiques, physiques ou biologiques, mais également des facteurs plus globaux tels que le contexte socio-économique ou psychologique. Cette ambition d'une approche plus globale met les pouvoirs publics au défi d'une meilleure connaissance réciproque des acteurs et de l'élaboration de modalités de coordination. Elle se traduit notamment par l'articulation du PST avec des plans de santé publique comme le Plan cancer, le Plan national santé environnement et la Stratégie nationale de santé*".

[418] Cet aspect est non seulement incontournable, mais il conditionne grandement la capacité à poursuivre et accomplir véritablement le processus de réforme de la santé au travail. Cette

nécessaire adéquation entre l'évolution des missions, déjà entamée, et celle de la gouvernance doit se traduire par des évolutions concrètes aux plans national et local.

[419] La mission s'est aussi intéressée au troisième plan national santé environnement qui a été placé sous le copilotage des ministères en charge de la santé et de l'environnement, il a fait l'objet d'une déclinaison en plans régionaux santé environnement (PRSE).

[420] Ce troisième PNSE témoigne de la volonté de l'Etat de réduire autant que possible et de façon la plus efficace les impacts des facteurs environnementaux sur la santé afin de permettre à chacun de vivre dans un environnement favorable à la santé. Le PNSE3 n'est pas un plan autonome mais se place au croisement des politiques publiques en matière de santé et d'environnement. Ce plan a été établi en lien avec les autres démarches structurantes du domaine santé environnement, notamment la stratégie nationale de santé et la stratégie nationale de recherche.

6.6 Le comité interministériel pour la santé doit s'ériger en un comité de pilotage national de la politique globale de la santé au travail et associer travail, santé et environnement

[421] Le Conseil d'orientation des conditions de travail (COCT) placé auprès du ministre chargé du travail (art. L. 4641-1 du code du travail)[95], a été créé par décret du 25 novembre 2008 et installé le 30 avril 2009. Il exerce une double fonction : une fonction de participation à l'orientation de la politique publique de santé au travail et une fonction consultative relative aux textes de toute nature concourant directement à la mise en œuvre de cette politique, le cas échéant sur la base des propositions du groupe permanent d'orientation.

[422] Parmi ses membres, outre les partenaires sociaux et les personnes qualifiées siègent des représentants de différents départements ministériels (travail, santé (DGS, DGOS, DSS), entreprises, prévention des risques (environnement), agriculture, fonction publique, inspection générale des affaires sociales, transports), les organismes nationaux de sécurité sociale, d'expertise et de prévention dont l'ANSES, l'ANSP, la CNAMTS, l'INRS, l'IRSN et le collège des personnalités qualifiées.

[423] La mission souligne que cette composition répond parfaitement à l'objectif nécessaire de transversalité que requiert une médecine du travail et environnementale.

[424] Le groupe permanent d'orientation, formation restreinte du COCT dont les positions sont adoptées par consensus, est composé des organisations syndicales et patronales, de l'Etat (ministères du Travail et de l'Agriculture) et de la CNAMTS. Il participe notamment :

- à l'élaboration du plan santé au travail, en proposant au ministre chargé du travail les orientations pour celui-ci;
- à l'orientation de la politique publique en santé sécurité au travail, en formulant des avis ou des propositions sur les questions particulières;
- à la définition de la position française sur les questions stratégiques au niveau européen ou international en matière de santé et de sécurité au travail ;

[95] Décret n° 2016-1834 du 22 décembre 2016 relatif à l'organisation, aux missions, à la composition et au fonctionnement du Conseil d'orientation des conditions de travail et des comités régionaux

- à la coordination des acteurs de la santé au travail, notamment en formulant des avis et des propositions visant à améliorer son pilotage.

[425] La mission observe que cette formation restreinte du COCT ne comporte pas de représentants de la santé et de l'environnement alors qu'elle participe notamment à l'élaboration du PST, rompant ainsi avec la volonté recherchée d'une meilleure articulation des politiques publiques.

[426] La commission générale consultée sur les projets de loi et d'ordonnance ainsi que sur les projets de décret pris sur le rapport du ministre chargé du travail, rend l'avis du Conseil d'orientation des conditions de travail. Elle est présidée par le président de la section sociale du Conseil d'Etat et comprend le collège des partenaires sociaux, le collège des départements ministériels (DGT, DGS, DGPR, DAFSL (agriculture) et la DSS) et le collège des organismes nationaux de sécurité sociale, d'expertise et de prévention dont la CNAMTS.

[427] Au niveau régional, les comités régionaux sont également dotés d'un groupe régional permanent d'orientation.

[428] Source de progrès incontestables, cette organisation doit aujourd'hui évoluer vers plus de transversalité et de décloisonnement entre santé, travail et environnement pour qu'une démarche pleinement intégrée contribue à de nouveaux progrès.

[429] Il apparaît précisément que plusieurs acteurs sont directement concernés par la gouvernance du système : les salariés et leurs représentants, qui sont les bénéficiaires d'une politique de santé au travail, les employeurs qui en sont responsables au niveau de l'entreprise et financeurs, l'État qui doit poser les exigences collectives de santé publique et de santé environnementale, la Sécurité sociale, directement concernée par les enjeux de la prévention et disposant d'une large antériorité dans le développement d'une culture de la prévention en milieu de travail et de sa transmission dans les réseaux de santé au travail.

[430] Le comité interministériel pour la santé[96] est chargé de promouvoir la prise en compte de la santé dans l'ensemble des politiques publiques et de veiller à ce que leur articulation en faveur de la santé soit développée au niveau régional. Pour autant son rôle se limite au suivi des plans d'action préparés par les différents ministres. Il doit voir ses missions élargies pour assurer en amont un rôle de pilotage national de la politique globale de la santé au travail. Le comité permanent restreint chargé de préparer les travaux du comité associera les hauts fonctionnaires du travail, de la santé, de l'environnement et tant que de besoin de l'enseignement supérieur et de la recherche.

[431] La mission estime qu'au pilotage stratégique interministériel garant d'orientations stratégiques homogènes et de l'égale qualité des prises en charge sur le territoire national, doivent être associés un pilotage technique et une animation propice au décloisonnement des acteurs reposant sur une structure transversale dédiée. L'Etat doit assurer sa capacité d'animation et de coordination de l'ensemble de ses attributions nécessaires à l'élaboration et au suivi de la politique

[96] Le décret n°2014-629 du 18 juin 2014 portant création du comité interministériel pour la santé prévoit aussi que le comité adopte une synthèse des bilans d'activité des commissions de coordination des politiques publiques dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile mentionnées à l'art. D; 1432-1 du code de la santé publique.

nationale plus globale de santé au travail en associant le COCT, qui actuellement dans les faits représente l'instrument de cette gouvernance globale et stratégique[97]. (cf. pièce jointe n°4).

[432] La santé au travail doit être pleinement intégrée dans les politiques de santé publique, sans pour autant y être diluée, au vu de sa spécificité. Ceci a pour conséquence que la compétence partagée des ministères du travail et de la santé doit être clairement affirmée.

[433] La médecine du travail est d'abord présente dans le code du travail, d'aucuns diront même "captive" du code du travail. Il importe qu'elle trouve aussi une place plus grande dans le code de la santé publique. Ajoutons enfin que cette vision ne doit pas demeurer centrale mais au contraire se décliner en région. Les ARS, DIRECCTE et DREAL disposent d'instruments d'orientations et de partenariats puissants avec le plan régional de santé (PRS), le plan régional santé au travail (PRST) et le plan régional santé environnement (PRSE). Pourquoi ne pas impulser le jeu des complémentarités dans une démarche de santé publique globale, favoriser les coopérations nationales comme locales en associant dans une démarche régionale de déclinaison les DIRECCTE, les ARS, les DREAL et les CROCT ?

Recommandation n°27 : Elargir les compétences du comité interministériel pour la santé en lui confiant la mission de pilotage de la politique globale de santé au travail associant travail, santé et environnement.

CONCLUSION

[434] La loi du 8 août 2016 trace une voie qui permet aux services de santé au travail de centrer leur action sur les salariés les plus à risques et de renforcer la mise en place d'actions collectives en milieu de travail. Elle permettra à terme d'assurer un suivi de l'état de santé des salariés complètement conforme à la réglementation, et elle règle la problématique de la démographie des médecins du travail. Ceci à la condition expresse que la loi soit parfaitement et complètement appliquée, ce qui ne sera pas le cas sans un suivi plus précis de la situation sur le terrain et une nouvelle discussion avec les partenaires sociaux sur les conditions de mise en œuvre de la réforme.

[435] La DGT et les DIRECCTE sont dans une situation difficile pour pouvoir pleinement jouer leur rôle, notamment du fait d'un déficit important en médecins inspecteurs du travail.

[97] Conseil d'Orientation des Conditions de Travail (COCT): Synthèse et propositions du groupe de travail sur la gouvernance du système de santé au travail et des conditions de travail. Comité Permanent du 30 juin 2014

[436] Il conviendra par ailleurs de poursuivre la réforme introduite par la loi du 8 août 2016 pour se doter des instruments de mesure et éventuellement d'amélioration de la qualité des prestations réalisés par les services de santé au travail, à l'exemple de ce qui a pu être fait pour les établissements de soins.

[437] L'absence d'urgence démographique en ce qui concerne les médecins du travail doit permettre d'entamer un travail de fond sur l'amélioration de l'attractivité du métier et son image. Ouvrir les vannes du recrutement serait à cet effet contre-productif. Ce travail nécessitera que le collège des enseignants s'ouvre à un certain nombre de changements, et en soit un des moteurs. Il n'est pas possible d'appeler l'attention des pouvoirs publics sur le tarissement en quantité et en qualité du recrutement et de continuer à fermer les yeux sur les propositions des rapports qui se succèdent. La mission tient dans ce cadre à remercier chaleureusement le professeur Soulat pour l'aide apportée dans la construction des recommandations de ce rapport, que la mission a souhaité rendre les plus opérationnelles possibles. Elle est parfaitement consciente que les recommandations formulées recueillent l'aval de certains des enseignants, tout en ne rencontrant pas toujours une adhésion majoritaire.

[438] Le président de la République a annoncé plusieurs réformes qui vont concerner les services de santé au travail, dans la ou les années qui viennent et avoir un impact sur leur organisation :

- le développement et le renforcement de la politique de prévention. Dans ce cadre, les étudiants se préparant à un métier de santé effectueraient un "service sanitaire", en passant, pendant leur cursus, environ trois mois dans des écoles et des entreprises pour appuyer les infirmiers scolaires et les médecins du travail. Ce service sanitaire serait "intégré dans les maquettes pédagogiques".

  Cette réforme permettrait d'aller au-delà des préconisations de la mission : elle ouvrirait les stages en service de santé au travail ou de prévention plus largement aux étudiants et contribuerait à l'attractivité des professions de santé au travail.

- la prise en compte de la pénibilité pour l'âge de départ à la retraite, sous la forme d'un suivi individuel des tâches effectuées tout au long de la carrière. Assurer ce suivi individualisé nécessiterait de revenir sur la réforme de la médecine du travail.

  Le calcul des besoins de recrutement devrait alors être refait si le nombre de visites obligatoires par le médecin du travail, en seconde ou dernière partie de carrière, devait augmenter.

Xavier CHASTEL

Hamid SIAHMED

Membres de l'inspection générale des affaires sociales

Patrice BLEMONT

Membre de l'inspection générale de l'administration de l'éducation nationale

et de la recherche

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

N°	Recommandation	Niveau de priorité	Autorité responsable	Echéance
1	Fiabiliser le décompte des médecins exerçant en service de santé au travail ainsi que le modèle de projection, en associant la DREES, l'ONDPS, le CNOM et le service de l'inspection médicale du travail.	2	DREES-ONDPS-CNOM-DGT	2017-2018
2	Fiabiliser le recueil des données sur l'activité annuelle des services de santé au travail, en associant le CISME	2	DGT	2017-2018
3	Augmenter les capacités de formation pour les infirmiers de santé au travail.	3	DGT-CPU-DGOS	2018
4	Définir, après expertise, les mesures réglementaires qui pourraient être mobilisées dans chaque bassin d'emploi permettant de palier un éventuel déficit en médecins du travail.	3	DGT-DGS-DGOS	2017
5	Fixer, en concertation avec le CISME, deux objectifs aux services de santé interentreprises à atteindre à échéance de dix ans : un seuil de 4 500 salariés suivis par équipe pluridisciplinaire, et un ratio d'un IST pour un médecin.	3	DGT	2018
6	Professionnaliser la procédure d'agrément en rendant obligatoire, sur le modèle des établissements de santé, la certification des SSTI sous l'égide de la HAS en associant le CISME, pour évaluer leurs capacités à répondre aux objectifs de prévention.	7	DGT -HAS	2018
7	Inciter les facultés de médecine à généraliser les stages de découverte en service de santé au travail	**4**	**DEGSIP-DGOS**	**2017-2018**
8	Réviser le contenu des unités d'enseignement du DCEM afin d'intégrer la diversité des actions à mener par le médecin du travail dans l'exercice de sa spécialité.	**3**	**DEGSIP-DGOS-CEHUMT**	**2017-2018**
9	Promouvoir une campagne nationale d'information et de sensibilisation des étudiants, en organisant notamment dans chaque UFR de médecine des forums des métiers de santé au travail, favorisant l'essor d'une culture de la prévention et de la santé publique.	**5**	**DEGSIP-DGRH**	**2018**
10	Procéder à la révision de la maquette de formation de la médecine et santé au travail en améliorant son contenu par une exposition plus exhaustive des objectifs cliniques recherchés, facteur d'attractivité de la spécialité.	**3**	**DEGSIP-DGOS-CEHUMT**	**2018**
11	Impliquer la DIRECCTE dans la procédure d'agrément ou renouvellement d'agrément des lieux de stage de médecine du travail	**4**	**DEGSIP-DGOS**	**2017-2018**

12	Reconnaitre les praticiens exerçant en SST extrahospitaliers comme praticiens maîtres de stage.	**3**	**DEGSIP-DGOS-CEHUMT**	**2017-2018**
13	Permettre hors du périmètre administratif d'exercice exclusif du médecin du travail et dans le respect des règles déontologiques, l'extension limitée de prescription dans le cadre d'une pratique complémentaire liée à une formation spécialisée transversale.	6	DSS-DGT-DGS-CNOM	2018
14	Autoriser la prescription d'un premier arrêt de travail en lien avec un risque d'inaptitude, une démarche de maintien en emploi et d'accompagnement personnalisé du salarié.	6	DSS-CNAMTS-CNOM	2017-2018
15	Créer un volet spécifique "contexte et expositions professionnels ou santé au travail" du DMP et permettre par voie législative et réglementaire l'accès aux médecins du travail à ce seul volet tout au long du parcours professionnel du salarié.	5	DSS-CNAMTS	2018
16	Généraliser l'interopérabilité des systèmes d'information de chaque service de santé au travail et l'utilisation de l'identifiant national de santé nécessaire à un fonctionnement en réseau des SST afin de tracer les expositions durant le parcours professionnel et à l'accompagnement des médecins du travail dans le suivi médical des salariés.	5	DGT	2018
17	Réduire la durée de la formation des collaborateurs médecins à trois ans en articulation avec les évolutions de la réforme du troisième cycle des études de médecine et instaurer un entretien de sélection à l'entrée.	4	DGESIP-DGOS-CEHUMT-CNOM	2018
18	Etudier les modalités et conditions de reconversion des médecins du travail quand ils le souhaitent vers d'autres spécialités telles que la santé publique ou la médecine générale.	4	DGOS-DGRH-CNOM	2018
19	Repenser le modèle du parcours HU qui n'est pas compétitif avec celui d'un médecin du travail en assurant la création par dotation exceptionnelle de 20 postes de PH puis de PHU afin d'assurer la préparation et l'accompagnement des candidats AHU au parcours hospitalo-universitaire.	3	DGOS-DG-CNU	2018
20	Prendre en compte les pondérations des scores SIGAPS et favoriser les travaux pluridisciplinaires et collaboratifs pour l'évaluation des candidats au recrutement des MCU-PH ou PU-PH de médecine et santé au travail.	3	DGRH-DGOS-CNU	2018
21	Elaborer un plan d'action pour le développement de la recherche en santé au travail, à partir de thématiques prioritaires issues des stratégies nationales de santé et de recherche.	3	DGS-DGRH-DGOS-DGPR	2018

22	Entreprendre sans délai une démarche de regroupement fonctionnel des équipes pédagogiques par inter-régions de médecine et santé au travail autour de quelques pôles forts structurés en recherche.	3	DGRH-DGOS-CPU	2017-2018
23	Elaborer un plan national de création d' équipes pédagogiques constituées de maîtres de stages universitaires, de maîtres de conférences et de professeurs associés, issues des services de santé et coordonnées par les HU permettant d'améliorer le potentiel pédagogique en médecine et santé au travail des UFR de médecine, en articulation avec l'émergence des nouveaux pôles pédagogiques.	3	DGRH-DGOS-CPU	2017-2018
24	Harmoniser le contenu de formation des infirmiers de santé au travail sur la base d'un référentiel commun élaboré par le collège des enseignants.	6	CEHUMT-CNOI	2018
25	Assortir le recrutement des directeurs de SST, d'une formation obligatoire assurée par le SST en rapport avec les attendus de la réforme.	6	DGT	2018
26	Mettre en place un seul plan national et des plans régionaux uniques de développement et de renforcement de la prévention en santé, regroupant l'ensemble des plans par milieu existants actuellement.	2	DGT-DGS-DGPR	2018
27	Elargir les compétences du comité interministériel pour la santé en lui confiant la mission de pilotage de la politique globale de santé au travail associant travail, santé et environnement.	1	DGT-DGS-DGPR	2017

LETTRE DE MISSION

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI,
DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET DU DIALOGUE SOCIAL

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE

MINISTÈRE DE L'EDUCATION NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE

PARIS, LE - 9 JAN. 2017

CAB/MEK/OP/MC/D-16-034636

Note à l'attention
de Monsieur Pierre BOISSIER
Chef de l'Inspection générale des affaires sociales
de Monsieur Jean-Richard CYTERMANN
Chef du service de l'inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche

Objet : Mission relative à l'attractivité et la formation des professions de santé au travail

La prévention est l'axe transversal de l'action du Gouvernement dans le champ de la santé au travail. Elle se trouve au cœur du troisième plan santé au travail pour 2016-2020 (PST 3), adopté le 8 décembre 2015, dont l'objectif premier est la promotion de la prévention en entreprise. Elle se traduit également dans la loi du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, qui porte l'ambition d'une réforme décisive de la médecine du travail et des services de santé au travail, ainsi que dans la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, qui définit l'action sur les déterminants de santé comme sa première priorité.

La médecine du travail, exercée dans le cadre des services de santé au travail, est l'un des acteurs clé de cette politique de prévention. Les services de santé au travail constituent le premier réseau de prévention des risques professionnels en France. Comme le montre l'enquête réalisée en 2015 par l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS), pour les entreprises de moins de 50 salariés, les services de santé au travail sont le premier référent cité qui recueille leur pleine confiance.

.../...

L'article 102 de la loi du 8 août 2016 constitue une nouvelle étape de la modernisation de la médecine du travail et des services de santé au travail, afin d'en garantir l'effectivité. Elle revoit en profondeur l'architecture du suivi individuel de l'état de santé des travailleurs afin de mobiliser les moyens les plus adaptés à chaque situation individuelle de travail et ainsi réaffirmer les principes de l'universalité du suivi et de la vocation préventive du système de santé au travail posés par le législateur en 1946. Elle réaffirme le rôle central du médecin du travail puisqu'à chaque fois que cela s'avèrera nécessaire, soit en raison des risques inhérents au poste occupé, soit en raison de l'état de santé du travailleur, celui-ci sera examiné par un médecin du travail qui pourra préconiser un suivi individuel renforcé.

Toutefois, cette réforme s'inscrit dans le contexte d'une évolution des effectifs de médecins du travail préoccupante, caractérisée par une baisse de 31 % du nombre de médecins du travail en équivalents temps plein entre 2005 et 2014. Avec un âge moyen de 55 ans pour les hommes et de 57 ans pour les femmes, la démographie de la profession constitue un élément de pronostic pessimiste. La filière doit par ailleurs faire face à des enjeux d'attractivité insuffisante, ce dont témoigne un taux de choix des postes ouverts à l'internat très inférieur à celui des autres spécialités. Dans ce contexte, l'augmentation du nombre de postes pour la formation des internes de médecine du travail n'a pas suffi à augmenter leur nombre : en 2014, sur 177 postes d'internes en médecine du travail ouverts, 66 % seulement ont été pourvus (contre 96,7 % pour l'ensemble des autres spécialités).

C'est pourquoi, les représentants du monde du travail ont souligné de manière unanime dans la communication adoptée le 13 juin 2016 par l'ensemble des organisations syndicales de salariés et d'employeurs représentatives au niveau national que : « Les salariés et les employeurs ont besoin de pouvoir s'appuyer sur une médecine de spécialistes. Les partenaires sociaux y sont particulièrement attachés. C'est une condition indispensable pour la mise en œuvre effective des principes qu'ils ont soutenus pour la confection du troisième plan santé au travail, et singulièrement du principe consistant à privilégier la prévention primaire des risques professionnels ». Cela implique « de promouvoir une médecine du travail de qualité, prenant appui sur les équipes pluridisciplinaires et rendant un service efficace au titre de l'ensemble des missions (suivi médical des salariés et actions préventives sur le milieu de travail), contribuant ainsi à consolider l'image et l'attractivité de la spécialité ».

Dans ce contexte, les partenaires sociaux ont exprimé le souhait de voir adopter « un plan de développement de la formation des professionnels de santé au travail », et demandé « qu'une concertation s'engage dans ce but ». « Un tel plan doit combiner des mesures immédiates, permettant de former davantage de médecins du travail, et des mesures de plus longue haleine, axées sur le renforcement de l'attractivité des professions de la santé au travail ».

Par ailleurs, parmi les 10 engagements constitutifs de la stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail des professionnels de santé présentée par la ministre de la santé le 5 décembre 2016 , le troisième concerne la médecine du travail et prévoit « d'élaborer un volet du plan d'action pour l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital spécifique pour la médecine du travail ». Il s'agit de décliner les mesures incitatives existantes pour les professions médicales et de les adapter pour améliorer l'attractivité de cette profession.

Enfin, le contexte de refonte du troisième cycle des études médicales universitaires offre une opportunité pour faire évoluer les conditions de formation des futurs praticiens.

La loi du 8 août 2016, à l'article 104, dispose que, dans un délai de douze mois à compter de sa promulgation, « le Gouvernement remet au Parlement un rapport présentant des propositions pour renforcer l'attractivité de la carrière de médecin du travail, pour améliorer l'information des étudiants en médecine sur le métier de médecin du travail, la formation initiale des médecins du travail ainsi que l'accès à cette profession par voie de reconversion ».

Nous vous demandons de rédiger ce rapport en procédant à toutes les analyses et consultations qui vous apparaîtront nécessaires. Vous vous attacherez notamment à effectuer des constats et recommandations poursuivant les quatre objectifs suivants :

- améliorer l'attractivité de la médecine du travail pour les étudiants en médecine ;
- améliorer les conditions de reconversion des médecins souhaitant devenir médecins du travail;
- améliorer les capacités universitaires de formation en médecine du travail ;
- améliorer la formation des membres non médicaux des équipes pluridisciplinaires et développer les formations communes à l'ensemble des membres de ces équipes.

Vos travaux devront associer l'ensemble des acteurs intéressés, notamment le monde universitaire, les partenaires sociaux et les représentants des professionnels de la santé au travail.

Vous vous appuierez pour vos travaux sur l'expertise des services de nos trois ministères, et notamment de la direction générale du travail, de la direction générale de l'offre de soins et de la direction générale de l'enseignement supérieur et de la DRESS et vous veillerez à associer pleinement à vos travaux le président de la conférence des enseignants en médecine du travail. Vos conclusions devront nous être rendues pour la fin du premier trimestre 2017.

Bien cordialement

Myriam EL KHOMRI

Marisol TOURAINE

Najat VALLAUD-BELKACEM

3

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

CABINET DE LA MINISTRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET DU DIALOGUE SOCIAL

Mr Olivier PETIT, conseiller relations avec les branches et santé au travail

CABINET DE LA MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE

Mr Aurélien MOLLARD, conseiller en charge des établissements sanitaires et médico-sociaux

CABINET DE LA MINISTRE DE L'EDUCATION NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE

Pr François LEMOINE, conseiller santé

DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS (DGOS)

Mme Anne-Marie ARMANTERAS-DE SAXCE, Directrice générale

Mme Marie-Anne JACQUET, sous-directrice du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins - PF

Mme Hélène COULONJOU, cheffe du bureau innovation et recherche clinique -PF4

Mr Adrien DOZOL,

Mr Guy BOUDET, chef du bureau exercice, déontologie et développement professionnel continu - RH2

Mme Isabelle ROUX, rédacteur bureau RH2

Mr Alexandre BERTRAND, chargé de mission, bureau démographie et formations initiales - RH1

DIRECTION GENERALE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE L'INSERTION PROFESSIONNELLE (DGESIP)

Mr Jean-Christophe PAUL, chef du département des formations de santé –A1-4

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

Mr Benoît VALLET, directeur général de la santé

Mme Ghislaine PALIX-CANTONE, cheffe du bureau environnement intérieur, milieux du travail et accidents vie courante-EA2

Mr Jean-Michel THILOT, chargé de mission bureau EA2

DIRECTION GENERALE DU TRAVAIL (DGT)

Mr Yves STRILLOU, directeur général

Mr Patrick MADDALONE, sous-directeur des conditions de travail, de la santé et de la sécurité au travail

Dr Patricia MALADRY, cheffe de l'inspection médicale du travail

Mr Fabrice MASSON, chargé d'études

Mme Catherine MOSMANN, chargée d'études

DIRECTION GENERALE DE L'ADMINISTRATION ET DE LA FONCTION PUBLIQUE (DGAFP)

Mme Sophie GUILBOT-CHRISTAKI, Adjointe au chef du bureau des politiques sociales, de la santé et de la sécurité au travail

Mr Olivier BERGER, chargé de mission à la sous-direction des rémunérations, de la protection sociale et des conditions de travail

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES (DREES)

Mme Muriel BARLET adjointe à la sous-directrice observation de la santé et de l'assurance maladie

Mme Claire MARBOT cheffe de bureau des professions de santé

CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES (CNAMTS)

Mme Marine JEANTET, Directrice des risques professionnels

Hervé LAUBERTIE, Responsable du Département Prévention, Direction des Risques Professionnels

Dr Odile VANDENBERGHE, Mission médicale – Direction des risques professionnels

Mr Yvon MERLIERE*, responsable mission Dossier Médical Partagé

CENTRE NATIONAL DE GESTION DES PRATICIENS HOSPITALIERS ET DES PERSONNELS DE DIRECTION DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE (CNG)

Mme Danielle TOUPILLIER, directrice générale

Mme Patricia RENOUL, directrice générale adjointe

Mr Jean-François CABON, conseiller technique

Mr Bernard CHENEVIERES, chef de département de gestion des praticiens hospitaliers

Mr Philippe TOUZY, chef du département concours, autorisation d'exercice, mobilité-développement professionnel

CONSEIL NATIONAL D'ORIENTATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL (COCT)

Mr Dominique GORGI, vice-président

Mr Frédéric LALOUE, secrétaire général

GROUPE PERMANENT D'ORIENTATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL (GPO)

Dr Pierre THILLAUD, confédération des petites et moyennes entreprises (CPME)

Dr Jacques NINEY, union nationale des professions libérales (UNAPL)

Mr Pierre-Yves MONTELEON, confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC-Santé au travail)

Mme Anne MERCIER-BEULIN*, Fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles (FNSEA)

Mme Jocelyne MARMANDE, Confédération générale du travail force ouvrière (CGT-FO)

Mme Justine BRAESCH, Confédération générale du travail force ouvrière (CGT-FO)

Dr Philippe CORDONNIER, Confédération générale du travail force ouvrière (CGT-FO)

Mr Franck GAMBELLI, Mouvement des entreprises de France (MEDEF)

Mme Nathalie BUET, Mouvement des entreprises de France (MEDEF)

Dr Anne-Michèle CHARTIER, Confédération Française de l'Encadrement CGC (CFE-CGC)

Mr Michel PETITOT, Confédération Française de l'Encadrement CGC (CFE-CGC)

Mr Jean-François NATON*, CONFEDERATION GENERALE DU TRAVAIL (CGT)

SOCIETE FRANCAISE DE MEDECINE DU TRAVAIL (SFMT)

Pr Jean-François GEHANNO, président

OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA DEMOGRAPHIE DES PROFESSIONS DE SANTE (ONDPS)

Pr Isabelle RICHARD, présidente

Mme Catherine ZAIDMAN, secrétaire générale

GROUPEMENT DES INFIRMIERS DU TRAVAIL (GIT)

Mme Nadine RAUCH, présidente

INTERSYNDICAT NATIONAL DES INTERNES (ISNI)

Mr Olivier LE PENNETIER, interne de médecine d'urgence, président

Mme Hélène CHARTIER, interne de médecine du travail

ASSOCIATION NATIONALE DES INTERNES EN MÉDECINE DU TRAVAIL (ANIMT)

Mme Camille BASCHET, présidente

Mme Aurore CHADAL

ASSOCIATION NATIONALE DES ETUDIANTS EN MEDECINE DE FRANCE (ANEMF)

Mr Antoine OUDIN, étudiant en médecine, président

Mr William GENS, étudiant en médecine

SYNDICAT NATIONAL DES PROFESSIONNELS DE LA SANTE AU TRAVAIL (SNPST)

Dr Jean-Michel DOMERGUE, membre du bureau national

Dr Mélissa MENETRIER, médecin en service de santé au travail inter-entreprises

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS (CNOM)

Dr François SIMON, président de la section exercice professionnel

Dr Alain BARDET, secrétaire général-adjoint au conseil départemental de la Loire

Dr Anne KNOLL-CHOURAQUI, conseiller ordinal au conseil départemental du Val-de-Marne

Dr François-Xavier LEY, trésorier au conseil régional d'Alsace

Dr Michel MALINET, conseiller ordinal au conseil départemental de Vendée

M. Francisco JORNET, directeur de la section exercice professionnel

Mme Agnès DE FORNEL, conseiller juridique

Mme Isabelle JOUANNET, conseiller juridique

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES INFIRMIERS (CNOI)

Mr Didier BORNICHE, président

Mme Arzu GÜL, responsable juridique

INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES (IGAS)

Mr Philippe BARBEZIEUX, inspecteur général

ALLIANCE NATIONALE POUR LES SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTE (AVIESAN)

Pr Corinne ALBERTI, directrice de l'institut thématique multi-organismes santé publique

Dr Sylvain DURRLEMAN, conseiller pour la valorisation

CONFERENCE DES DOYENS DES FACULTES DE MEDECINE

Pr Jean-Luc DUBOIS-RANDE, président de la conférence, doyen de la faculté de médecine de Créteil (Université Paris Est Créteil Val de Marne)

CONSEIL NATIONAL DES UNIVERSITES (CNU)

Pr Alain BERGERET*, président de la sous-section 46-02 médecine et santé au travail

FEDERATION DES SPECIALITES MEDICALES- CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL DE MEDECINE DU TRAVAIL (CNPMT)

Dr Gérard LUCAS, président

Dr Jean-Michel STERDYNIAK, vice-président

CENTRE INTERSERVICES DE SANTE ET DE MEDECINE DU TRAVAIL EN ENTREPRISE (CISME)

Mr Martial BRUN, directeur général

Dr Corinne LETHEUX, médecin-conseil

ASSOCIATION INTERPROFESSIONNELLE DES CENTRES MEDICAUX ET SOCIAUX DE SANTE AU TRAVAIL DE LA REGION ILE-DE-FRANCE (ACMS)

Mr Jacques TEXIER, Président

Mr Bernard GAÏSSET, directeur général

Dr Pierre GUINEL, directeur du service médical

Dr Fabrice LOCHER, directeur-adjoint du service médical

ASSISTANCE PUBLIQUE- HÔPITAUX DE PARIS (AP-HP)

Pr Alexis DESCATHA, responsable de l'unité hospitalo-universitaire de santé professionnelle, Hôpitaux Universitaires de Paris Ile-de-France Ouest, site de Poincaré

Mme Jennifer KERBRAT, interne 6ème semestre DES médecine du travail

CENTRE HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE DE RENNES (CHU RENNES)

Pr Christophe PARIS, chef du service de pathologie professionnelle et de médecine environnementale et président du conseil scientifique du parcours doctoral national en santé travail (EHESP)

CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE CRETEIL (CHIC)

Pr Jean-Claude PAIRON, responsable de l'unité des pathologies professionnelles et président de l'Institut Santé-Travail Paris-Est Créteil (Université Paris-Est).

UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE DE MEDECINE DE L'UNIVERSITE DE STRASBOURG

Pr Jean SIBILIA, doyen de la faculté de médecine

Pr Catherine FLORENTZ, vice-présidente recherche

Pr Maria GONZALEZ, coordonnateur enseignement médecine du travail

Mme Léonie ROGALEN, interne 7ème semestre DES médecine du travail

Mme Cécile ZAGDOUN, interne 5ème semestre DES médecine du travail

Mr Patrick VALANTEN, externe 4ème année médecine

Mme Ilia HUMBERT, externe 5ème année de médecine

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS)

Mme Fabienne GROFF*, directrice des instituts de formation en soins infirmiers (IFSI HUS et CH ERSTEIN)

DIRECTION REGIONALE DES ENTREPRISES, DE LA CONCURRENCE, DE LA CONSOMMATION, DU TRAVAIL ET DE L'EMPLOI DU GRAND EST (DIRECCTE GRAND EST)

Mme Danièle GUIGANTI, directrice régionale

Mr Philippe SOLD, directeur régional adjoint, responsable du pôle politique du travail

Mr Raphaël D'OVIDEO, chargé de l'unité animation service santé au travail

Dr Martine LEONARD, médecin inspecteur du travail (NANCY)

Dr Philippe HAMANT, médecin inspecteur du travail (STRASBOURG)

ALSACE SANTE AU TRAVAIL (AST 67)

Mr Jean-Claude SCHURCH, président

Mr Armand REBOH, directeur général

Mme Charlotte Kohl, infirmière de santé au travail

Mme Léticia Husser, assistante

Mme Magalie Weller, ingénieur HSE (Hygiène Sécurité Environnement)

Dr Cindy Verger, médecin du travail

Dr Vincent Gassmann, responsable du service technique

ELECTRICITE DE STRASBOURG (filiale EDF)

Dr Françoise TANKWA, médecin du travail.

ASSOCIATION LORRAINE DE SANTE EN MILIEU DE TRAVAIL (ALSMT)

Mr Didier GERARD, directeur général

Mme Karine TRAVALI, directrice des ressources humaines.

CONSERVATOIRE NATIONAL DES ARTS ET METIERS (CNAM)

Pr William DAB, professeur titulaire de la chaire d'Hygiène et Sécurité et responsable des enseignements de sécurité sanitaire

GROUPEMENT DES ENTREPRISES POUR LA SANTE AU TRAVAIL DES HAUTES-ALPES (GEST 05)

Dr Gérard MAGALLON, médecin du travail à GAP

UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE DE MEDECINE DE L'UNIVERSITE PARIS-DESCARTES

Pr Dominique CHOUDAT, coordonnateur du diplôme d'études spécialisées en médecine du travail

ASSOCIATION POUR LA FORMATION DANS LES SERVICES MEDICAUX DU TRAVAIL (AFOMETRA)

Dr Geneviève BENOIST, directrice et médecin conseil

DIRECTION REGIONALE DES ENTREPRISES DE LA CONCURRENCE, DE LA CONSOMMATION, DU TRAVAIL ET DE L'EMPLOI DE NOUVELLE AQUITAINE (DIRECCTE NOUVELLE AQUITAINE)

Mme Isabelle NOTTER, directrice régionale

Mr Philippe LE FUR, directeur régional adjoint, responsable du pôle Travail

Dr Florence FERNET, médecin inspecteur du travail

Dr Catherine DALM, médecin inspecteur du travail

Dr Laurence CAPDEVILLE, médecin inspecteur du travail

Dr Isabelle BUISSON-VALLES médecin inspecteur du travail

GETRAG FORD Transmissions GmbH

Mr Dominique KERVERN, directeur des ressources humaines

Dr Henriette JAKUBIEC, médecin du travail

Mme Sandrine MOREAU, infirmière de santé au travail

AGENCE REGIONALE DE SANTE DE NOUVELLE AQUITAINE

Mr Michel LAFORCADE, directeur général

Dr Benoît ELLEBOODE, conseiller médical

SERVICE DE SANTE AU TRAVAIL INTER-ENTREPRISES 33 (SSTI33)

Mr Olivier LANGLA, directeur

Dr Dominique DELMAS-SAINT HILAIRE, médecin du travail

Dr Marie-Hélène BAKKALI, médecin du travail

Dr Christine LASSALLE-HAGET, collaborateur médecin

Mme Véronique PAUMIER, infirmière de santé au travail

UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE DE MEDECINE DE L'UNIVERSITE DE BORDEAUX

Pr Jean-Luc PELLEGRIN, directeur du collège des sciences de la santé

Pr Pierre DUBUS, doyen de l'UFR des sciences médicales

Pr Isabelle BALDI, chef de service santé au travail

Pr Christophe TZOURIO, directeur du centre de recherche INSERM 1219 Bordeaux population Health

Dr Sylvie BEUNE-VERTRIX, collaborateur médecin

Dr Laurence DERVAU, collaborateur médecin

Mr Benoît ALGET, interne 6ème semestre en médecine du travail

Mr Yoan EPIED, étudiant en 6ème année

CENTRE HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE DE BORDEAUX

Dr Catherine VERDUN-ESQUER, chef de service de médecine du travail et pathologies professionnelles

DIRECTION REGIONALE DES ENTREPRISES DE LA CONCURRENCE, DE LA CONSOMMATION, DU TRAVAIL ET DE L'EMPLOI DES HAUTS-DE-FRANCE

Mme Cecile DELEMOTTE, cheffe du service santé et sécurité au travail

Dr Brigitte SOBCZAK, médecin inspecteur régional du travail

UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE DE MEDECINE DE L'UNIVERSITE DE LILLE2

Pr Didier GOSSET, doyen de la faculté de médecine

Pr Régis BORDET, vice-président de la commission recherche de l'université

Pr Paul FRIMAT, professeur des Universités de Lille 2 et président de l'institut de santé au travail du nord de la France

Dr Richard SION, collaborateur médecin

Mr Thibault HENON, interne 1er semestre en médecine du travail

Mme Mathilde SANGARE, interne 7ème semestre en médecine du travail

Mme Marion BECOURT, interne 3ème semestre en médecine du travail

Mr Emmanuel DESCAMPS, interne 5ème semestre en médecine du travail

Mr Mathieu CHRESTIEN, externe 6ème année de médecine

Mr Quentin BEAUVILLAIN, externe 6ème année de médecine

CENTRE HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE DE LILLE

Pr Annie SOBASZEK –PUPH

Pr Sophie FANTONI – PUPH

Dr Catherine NISSE – PH

Dr Sébastien HULOT-PHU

Dr Jean EDME MCU-PH

Dr Nathalie CHEROT-KERNOBIS-PH

CENTRE POUR LE DEVELOPPEMENT DE LA SANTE AU TRAVAIL (CEDEST)

Mme Véronique ALEXANDRE, directrice

Dr Arnaud LANSSENS, médecin du travail

Mme Caroline FRANSOIS, infirmière de santé au travail

Mme Emilie LECAILLEZ, ergonome

Mme Marie-Jo GRUWIER, technicienne hygiène et sécurité

AGENCE NATIONALE DE SECURITE SANITAIRE DE L'ALIMENTATION, DE L'ENVIRONNEMENT ET DU TRAVAIL (ANSES)

Pr Gérard LASFARGUES, directeur général adjoint scientifique

DIRECTION REGIONALE DES ENTREPRISES, DE LA CONCURRENCE, DE LA CONSOMMATION, DU TRAVAIL ET DE L'EMPLOI D'ILE DE FRANCE (DIRECCTE ILE DE FRANCE)

Dr Hélène GARRABE, médecin inspecteur du travail

UNIVERSITE DE TOULOUSE III- IUT "A" Paul SABATIER, site d'Auch

Mme Juliette GHYSEL, chargée de formation et de suivi pédagogique - licence professionnelle des métiers de la santé au travail

Mme Catherine HIGOUNENC, encadrante licence professionnelle des métiers de la santé au travail

INSTITUT NATIONAL DE MEDECINE AGRICOLE (INMA)

Dr Elisabeth MARCOTULLIO*, directrice

*Entretien téléphonique

ANNEXE 1

PROPOSITIONS DE MODIFICATIONS DES ITEMS DE DCEM

Introduction

Les items considérés comme spécifiques à la Médecine du Travail se trouve dans l'UE 6 intitulé « Maladies Transmissibles – Risques Sanitaires – Santé au Travail ». Leur rédaction actuelle donne un côté administratif à la spécialité médicale et semblent tomber comme un « cheveu sur la soupe » dans cette UE dont la plupart des questions relèvent de l'infectiologie. Avant de repositionner leur contenu afin d'en justifier l'introduction dans le programme de l'apprentissage médical du second cycle, il est nécessaire de préciser ce qui est la ligne de réflexion. Si l'objectif, au sein de la mission IGAS / IGAENR est de renforcer l'attractivité de la discipline, en l'occurrence ici sa justification dans un programme traitant des fondamentaux de la connaissance médicale, la priorité est certainement de se poser la question de la logique d'introduire ces notions dans un programme de second cycle et à quelle place. Traiter de « l'organisation de la médecine du travail » par exemple peut interroger sur le pourquoi de parler d'une spécialité médicale alors que la même question n'est pas posée pour les autres disciplines médicales si ce n'est sur des fondamentaux de la pratique médicale propre à l'ensemble des spécialités.

Pour donner un sens à l'implication de la discipline médecine du travail dans le programme du second cycle, il est nécessaire de reprendre les objectifs généraux des différentes UEs et d'insérer les Items dans la logique du déroulé des objectifs terminaux de chaque UE.

L'UE 1 : « Apprentissage de l'exercice médical et coopération interprofessionnelle »

Cette UE se centre sur les valeurs professionnelles et les bonnes pratiques, en particulier médico – légales, qui vont être bénéfiques au patient. Toutefois les questions 12 et 13 traitent du médecin lui – même, en évoquant (item 14) la formation tout au long de la vie. Il serait logique qu'un item 15 (14 bis) s'attache à traiter de la santé et de la sécurité de ce médecin tout au long de sa carrière et de la prévention ses propres questions de santé au travail dont le retentissement peut affecter le patient.

L'item 179 portant sur l'organisation de la médecine du travail a plus à faire à la suite de l'organisation du système de soins (item 15) que dans une UE 6 dont la seconde partie est centrée sur les risques sanitaires.

De la même façon l'item 180 (qualifié de santé au travail) qui traite des accidents du travail et des maladies professionnelles, renvoie en fait aux questions de sécurité sociale impliquant tout médecin. Ainsi cet item devrait faire suite à l'item 16 traitant de la couverture maladie dont les AT et MP sont le complément.

L'UE 2 : « de la conception à la naissance – pathologie de la femme – Hérédité – l'enfant – l'adolescent »

Il n'existe qu'un Item que l'on peut rattacher à la médecine du travail : le 28 « connaître les principaux risques professionnels pour la maternité. Liés au travail de la mère. Cet item ne comprend pas d'objectif pédagogique contrairement à l'Item 26 dont il devrait être la suite logique. En effet l'Item 26 traite des autres risques fœtaux ou plutôt des risques communs à l'environnement et au travail. Donc l'item 28 devrait être un item 27 dans la suite d'un item 26 traitant de causes plus générales des foetopathies.

On retrouve ailleurs cet « oubli » de l'environnement que nous défendrons comme nécessité de l'élargissement de la discipline en médecine du travail et de l'environnement.

L'UE 3 « Maturation – Vulnérabilité – Santé Mentale – Conduites addictives »

Cette UE a, entre autres, comme objectifs généraux « l'étudiant doit être capable d'identifier et de savoir prendre en charge les comportements qui témoignent d'une fragilité de l'individu, en particulier à certaines périodes de la vie, afin de prévenir et de dépister le passage à des conditions désocialisantes ou pathologiques ». Les comportements en question sont d'ordre psychiatriques ou addictifs. On connaît l'importance de l'activité professionnelle autour de cette question. Pourtant aucun item ne traite de la question sociale et professionnelle dans les objectifs terminaux si ce n'est, mais pas explicitement, la question 57 autour de la précarité.

L'UE 5 « Handicap – Vieillissement - …. »

Elle se donne dans les objectifs généraux la nécessité de « comprendre la prise en charge globale, médico – psycho – sociale, de la personne handicapée dans une perspective d'utilisation optimale des ressources, de réadaptation et de participation à la vie en société ».

Pour le Handicap, le travail est une question à la fois centrale et complexe.

Pourtant cette question ne fait l'objet que de la toute dernière partie de l'item 115 :

- Analyser les implications du handicap en matière d'orientation professionnelle et thérapeutique.
- Favoriser le maintien au travail : connaitre les bases de l'organisation de la formation professionnelle et de maintien à l'emploi des personnes handicapées (MDPH), AGEFIPH, FIPHFP, Pôle Emploi.

La question est d'une complexité telle dans la réalité que la plupart des médecins ont toutes les peines à gérer le maintien dans l'emploi. Ces deux objectifs devraient faire l'objet d'une question en soi, traitée avec plus de précisions et prenant en compte les déterminants du travail et de l'entreprise.

On peut parler ici d'une impasse sur les ressources apportées par la médecine du travail, les Médecins réadaptateurs n'ayant pas les éléments nécessaires pour traiter cette question jusqu'au bout.

L'UE 6 « Maladies transmissibles – risques sanitaires – santé au travail »

C'est donc celle qui « héberge » les questions qualifiées de médecine du travail. Cette UE qui se donne ainsi un côté « fourre – tout » pourrait se dérouler plus logiquement avec une première partie d'infectiologie sur laquelle embrayerait la question des risques sanitaires en commençant, comme c'est fait (Item 174) par les risques biologiques. Toutefois la suite n'est plus du risque biologique : on y évoque le risque physique et toxicologique. Nous sommes donc bien dans la sphère environnementale de la médecine autour de risques dans l'environnement général et dans l'environnement de travail.

Ces risques sont donc transversaux et souvent associés dans les questions environnementales. Toutefois, aujourd'hui, les risques infectieux restent aux infectiologues alors même que les toxi – infections peuvent faire évoquer la combinaison de polluants chimiques et le risque « radiation » aux médecins de médecine nucléaire qui ne traitent pas des rayonnements non ionisants (Champs électromagnétiques).

La vigilance et la sécurité sanitaire sont des questions transversales qui justifient d'associer la terminologie environnement à la médecine du travail. Dès lors, ne seraient à retenir dans cette UE que l'Item 178 et la partie « prévention des risques professionnels » de l'item 179. Par contre, il serait logique de valoriser la discipline médecine du travail et de l'environnement dans le contenu des items 174 à 179.

L'UE 7 « Inflammation - Immunopathologie – poumon – sang »

C'est une UE clinique et thérapeutique dans la définition de ses objectifs généraux. Toutefois, elle comporte deux items d'allergologie (183 et 184) qui mentionnent explicitement « identifier le caractère professionnel ».

Souvent traité par les dermatologues et les pneumologues eux – mêmes, ce versant pourrait valoriser la discipline médecine du travail.

L'UE 9 « Cancérologie – Onco – Hématologie »

Traite des facteurs professionnels dans l'item 288 consacré à l'histoire naturelle, aux facteurs personnels et professionnels (mais qui pourraient être plus généralement environnementaux) des cancers.

C'est la seule UE qui aborde un champ nosologique sous cet angle : cela dit, et pour faciliter l'apprentissage des étudiants, une telle question pourrait être posée pour chacune des UE et qui permettrait d'introduire un réflexe systématique de recherches des facteurs environnementaux et professionnels éventuels dans la démarche étiologique.

En conclusion

On voit que les questions ayant trait à l'environnement et au travail peuvent se décliner d'une part, dans les grandes questions de l'exercice médical, d'autre part, au sein d'un chapitre « vigilance et risques sanitaires, en troisième lieu et de façon systématique, dans le déroulé épidémiologie – diagnostic, thérapeutique des grandes classes de maladies.

Cela faciliterait la logique d'apprentissage des étudiants de second cycle pour un contenu qui ne serait pas plus volumineux qu'actuellement.

Cela éviterait de retrouver des questions décontextualisées dans une ou plusieurs UE traitant essentiellement d'un autre sujet.

La médecine du travail (et de l'environnement) apparaitrait non plus comme une « verrue » qu'il convient d'expliciter et de mettre au bout de cas cliniques transversaux mais bien comme une facette à part entière et transversale des notions fondamentales de l'apprentissage médical.

Jean – Marc Soulat

7 juin 2017

ANNEXE 2

PROPOSITIONS DE CLASSEMENT DES PUBLICATIONS DANS LE DOMAINE DE LA SANTE AU TRAVAIL PAR LA SOUS-SECTION DE MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL DU CNU (SOUS-SECTION 46-02 DE LA SECTION 46 DE SANTE PUBLIQUE)

Juin 2015

Préambule et justification des choix de révision des scores SIGAPS des revues

Il convient de rappeler en premier lieu que le critère (score SIGAPS) ne peut pas être retenu à lui tout seul et doit tenir compte également des missions d'enseignement et hospitalières ainsi que des autres missions liées à la position de référents des HU dans leur région pour les spécialistes de la discipline et des activités au service des pouvoirs publics (ministères chargés du travail, de la santé, de l'enseignement supérieur et de la recherche, agences sanitaires, etc), particulièrement développées dans une discipline de santé publique.

Les membres de la sous-section 46-02 ont souhaité pouvoir justifier les choix faits en matière de scores SIGAPS et « impact factor » pour répondre à la demande contenue dans la « note de cadrage concernant les révisions hospitalo-universitaires en médecine ».

Globalement, les caractéristiques de cette discipline médicale de santé publique font que les revues dans lesquelles ses membres HU et H publient, appartiennent majoritairement à la catégorie PEOH (Public, Environmental, Occupational Health) et secondairement à des revues d'autres disciplines médicales « d'organe », en fonction des thèmes des recherches effectuées et des collaborations (ex : Oncology, Respiratory, Psychiatry, Dermatology, …), ou à des revues de sciences non médicales, plutôt dans les domaines du droit ou des sciences humaines.

La connaissance sur les publications issue de l'expérience des membres de la sous-section du CNU a de plus bénéficié de l'apport des résultats d'une enquête réalisée à la fin de janvier 2015 auprès des membres du Collège national des enseignants hospitalo-universitaires de médecine du travail (CEHUMT) dont l'objet principal était de recenser les thèmes de recherche développés par les différentes équipes universitaires de médecine et santé au travail de France. Chaque praticien hospitalier ou enseignant-chercheur avait reçu un court questionnaire l'invitant à une sélection de 10 publications au maximum sur les 5 dernières années, issues de la base bibliographique Medline, jugées par lui comme les plus significatives de son activité de recherche, et permettant d'incrémenter une base de données commune.

Vingt-sept villes comptent une équipe hospitalo-universitaire de médecine et santé au travail en mars 2015. Vingt-huit PU-PH, 21 MCU-PH et 23 PH ont été sollicités. Les membres du collège sont affiliés dans 21 équipes de recherche (unités de recherches d'EPST, UMR, EA). Le rapport d'enquête a été établi à la fin du mois de mai 2015. Un fort taux de réponse de 75 % des personnes

interrogées, ayant sélectionné 320 publications, rend les résultats utilisables pour lister les principales revues de publications de la discipline.

Il convient de souligner toutefois de rappeler que l'enquête demandait de se limiter à 10 publications par répondant et que des publications significatives pour la discipline n'ont pas pu être intégrées, car elles concernent des champs non couverts par PubMed.

Propositions des membres de la sous-section 46-02

Les propositions des membres de la sous-section ont ainsi été établies à partir de la liste des revues de la catégorie « PEOH », de leur expérience, de l'audience des publications en santé au travail au niveau international, mesurée le plus souvent par un « impact factor » assez modeste et de la réalité des publications fournie par l'enquête récente résumée ci-dessus.

Sur un total de 179 revues de la liste « PEOH », seules 18 revues sont spécifiquement dans le champ de la santé au travail. La répartition de A à E des 179 revues de la liste « PEOH » et des 18 revues du champ de la santé au travail est la suivante :

SIGAPS	A	B	C	D	E	NC
PEOH	8 %	13 %	25 %	23 %	22 %	10 %
Santé Travail	0 %	11 %	17 %	39 %	17 %	11 %

A cette courte liste de 18 revues, a été ajoutée la revue nationale de médecine du travail (Archives des maladies professionnelles et de l'environnement, AMP) avec une proposition de score « E ».

Il faut noter que la répartition des proportions de A à NC de la catégorie « PEOH » est semblable à celle qui est retrouvé dans les catégories correspondant aux disciplines d'organes (ex : Oncology, Respiratory, Psychiatry, Dermatology, …).

Le CNU de médecine et santé au travail propose de prendre en compte des pondérations des scores SIGAPS selon un calcul donné au tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1 : mode de reclassement dans le score SIGAPS des revues spécifiques à la discipline

SIGAPS « reclassé » en fonction des critères de la discipline	Impact factor 2013	Nombre de revues
A	IF ≥ 3	2
B	3 > IF ≥ 2	2
C	2 > IF ≥ 1,5	3
D	1,5 > IF ≥ 1	7
E	IF < 1	3 (2 + AMP)
Non classé		2

Le tableau 2 ci-dessous liste les 19 revues PEOH spécifiques à la santé au travail reclassées.

Tableau 2 : Liste des revues PEOH spécifiques à la santé au travail reclassées

thème	titre	IF 2013	SIGAPS 2013	discipline(s)	proposition
PEOH	Occup Environ Med	3,234	B	NE	A
PEOH	Scand J Work Environ Health	3,095	B	NE	A
PEOH	Int Arch Occup Environ Health	2,198	C	NE	B
PEOH	Ann Occup Hyg	2,068	C	NE YO	B
PEOH	J. Occup. Environ. Med.	1,797	C	NE	C
PEOH	Toxicol Ind Health	1,71	D	NE YO	C
PEOH	Am. J. Ind. Med.	1,59	D	NE	C
PEOH	Occup Med (Lond)	1,472	D	NE	C
PEOH	J Occup Med Toxicol	1,226	D	NE	D
PEOH	J Occup Environ Hyg	1,207	D	NE JA	D
PEOH	Int J Occup Environ Health	1,099	D	NE	D
PEOH	J Occup Health	1,096	D	NE	D
PEOH	Int J Occup Med Environ Health	1,094	D	NE	D
PEOH	Ind Health	1,045	E	NE JA YO	D
PEOH	Med Lav	0,482	E	NE	E
PEOH	Arch Environ Occup Health	0,474	E	NE JA	E
PEOH	AIHAJ		NC	NE JA	NC
PEOH	Am Ind Hyg Assoc J		NC	NE JA	NC
PEOH	Arch Mal Prof		NC		E

La répartition des scores SIGAPS devient ainsi la suivante, avec des proportions très proches de la répartition de l'ensemble des revues de la catégorie « PEOH ».

SIGAPS	A	B	C	D	E	NC
PEOH	8 %	13 %	25 %	23 %	22 %	10 %
Santé Travail	11 %	11 %	16 %	37 %	16 %	11 %

Ces propositions de classement sont faites en 2015, en se basant sur les IF de 2013. Des évolutions sont donc possibles dans les années à venir.

Le tableau 3 liste les principales revues non spécifiques à la santé au travail (entre 20 et 2 articles dans chacune des revues), dans lesquelles les HU et H de santé au travail ont publié de 2010 et 2014. Cette liste n'est pas exhaustive, quarante-sept autres revues ayant publié un article issu d'une équipe HU de la discipline dans cette période. Les catégories de discipline de ces revues sont donc très variées.

Tableau 3 : Liste des principales revues, non spécifiques à la santé au travail, référencées dans Medline, dans lesquelles les HU et H de santé au travail ont publié de 2010 à 2014

TITRE	IF 2013	SIGAPS 2013
PLoS One	3,534	B
Eur Respir J	7,125	A
Am J Respir Crit Care Med	11,986	A
Epilepsia	4,584	B
Pain	5,836	A
Chest	7,132	A
Sleep Med Rev	9,141	A
J Agric Food Chem	3,107	A
Clin Toxicol (Phila)	3,122	C
BMC Cancer	3,319	C
Toxicol Lett	3,355	B
Contact Dermatitis	3,624	B
Lung Cancer	3,737	C
Resuscitation	3,96	B
Arthritis Care Res (Hoboken)	4,039	B
Fertil Steril	4,295	A
Int J Cardiol	6,175	A
Thorax	8,562	A
Int J Tuberc Lung Dis	2,756	C
BMJ Open	2,063	C
Int J Nurs Stud	2,248	A
Environ Health	2,713	B
J Sleep Res	2,949	C
BMC Musculoskelet Disord	1,898	C
Presse Med	1,173	D
BMC Med Inform Decis Mak	1,496	D
In Vivo	1,148	E
Bull Cancer	0,635	E
Rev Mal Respir	0,488	E
Santé Publique	0,276	E
Gynecol Obstet Fertil	0,581	E
Int Marit Health		NC
Med Law		NC
Rev Prat		NC
Ann Phys Rehabil Med		NC

Il est important de favoriser les travaux pluridisciplinaires et collaboratifs et, dans ce cadre, de revaloriser la position des auteurs au sein des publications au sein de consortium. Nous souhaitons que les points par auteur soient les suivants :

- Position de l'auteur en 1, 2, dernier : 4 points
- Position de l'auteur en 3, 4 : 3 points
- Position de l'auteur en 5 : 2 points

Il paraît enfin essentiel aux membres de la sous-section de rappeler que d'autres publications, dans des revues de disciplines non médicales (éventuellement hors SIGAPS et IF), mais d'intérêt significatif pour la discipline (sociologie, droit, par exemple) sont prises en compte pour les nominations et promotions HU.

Pr Alain Bergeret

Président de la sous-section

CNU 46-02 Médecine et santé au travail

ANNEXE 3

DEMOGRAPHIE DES ENSEIGNANTS TITULAIRES HU DE MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL

La démographie des enseignants titulaires HU (MCU-PH et PU-PH) de médecine et santé au travail a une forte tendance à la baisse depuis des années. Certains CHU* ne disposent pas ou plus d'enseignants HU titulaires (MCU-PH ou PU-PH) :

- depuis plus ou moins longtemps, **Tours**, **Nice**, pour non remplacement au départ en retraite,
- en septembre 2016, **Nantes**, **Besançon**, pour non remplacement au départ en retraite,
- en décembre 2016, **Poitiers**, pour détachement,

Prochainement, les villes suivantes n'auront plus d'enseignant :

- en septembre 2018 ou 2019, **Dijon** pour non remplacement au départ en retraite
- en septembre 2019 ou 2020, **Amiens** pour cause de non remplacement au départ en retraite.

Des coopérations entre UFR de médecine ont été mises en place ces dernières années pour des disciplines déficitaires, dont la médecine et santé au travail. Elles concernent exclusivement l'enseignement et non les activités de consultations de pathologie professionnelle et autres tâches.

Ainsi le départ en 2016 du dernier HU titulaire de **Nantes** avait-il été anticipé par une collaboration avec **Angers** pour l'enseignement de deuxième cycle des études médicales et des DES et collaborateurs entrés dans la filière antérieurement avec en perspective la fermeture de tous les nouveau postes dans ces deux filières à **Nantes**. Le départ non programmé en détachement de l'enseignant de **Poitiers** à la fin de 2016 a ajouté pour les enseignants de la zone géographique une charge supplémentaire, avec fermeture prévue des filières de formation dans cette ville également. Après prise en charge des internes et collaborateurs en cours de formation.

Il en était de même entre **Dijon** et **Besançon**. Le départ malheureusement sans perspective de remplacement du HU de Besançon a rendu cet accord caduc et laisse l'ensemble Bourgogne Franche-Comté sans aucun enseignant et sans perspectives.

Le non remplacement du MCU-PH d'**Amiens** doit être envisagé différemment avec la proximité de Lille, pôle fort de la discipline.

En ce qui concerne les villes qui disposent de HU, la situation peut être résumée ainsi, ville par ville.

Caen et **Rouen** disposent d'une petite équipe de HU sans risque de perte à moyen terme.

Brest dispose d'une petite équipe de HU sans grand risque de perte à moyen terme.

Rennes dispose de deux HU, dont le PU-PH s'appuie sur une importante équipe de santé publique, La dynamique pourrait permettre un recrutement dans les années qui viennent après le départ du MCU-PH actuellement en poste.

Bordeaux dispose d'un PU-PH et aura sans doute un jeune MCU-PH dans trois ans.

Toulouse dispose de trois HU titulaires et devrait conserver cet effectif dans les prochaines années.

L'enseignant de **Limoges** est assez isolé. La pérennité de la discipline n'y est pas assurée.

La discipline bénéficie à nouveau d'un jeune HU à **Montpellier** depuis trois ans environ, avec une présence durable.

Marseille dispose de trois Hu dont prendra très prochainement sa retraite sans succession.

Saint-Etienne et **Grenoble** disposent d'une petite équipe de HU aux importantes charges mais sans risque de perte à moyen terme, ainsi que Lyon où devraient rester trois HU à mon départ en retraite.

Nancy n'a plus qu'un HU sans perspective de développement actuellement.

Strasbourg dispose de deux HU, sans risque de perte immédiate.

Le HU de **Reims** est assez isolé.

Les difficultés démographiques de la discipline ont des causes multiples, les absences de remplacement ont des causes qui se cumulent. Il s'agit de l'absence de candidat ayant vocation à intégrer le corps des HU titulaires et de l'absence de volonté du CHU de remplacer le titulaire parti.

L'absence de volonté de remplacement peut avoir elle-même des causes diverses.

L'absence de candidat potentiel local est évidemment la première et appelle à discuter la question de l'attractivité. Le nombre d'internes en fin d'internat souhaitant entreprendre un post-internat est faible. La principale cause est sans aucun doute l'attractivité actuelle des postes offerts en SST et en entreprises. Le nombre de postes d'assistants hospitalo-universitaires (AHU, équivalent dans notre discipline des assistants chefs de clinique) est faible mais ce type de poste peut être accordé si une volonté du Chu de renforcer l'équipe HU existe. En revanche, leur attractivité est discutable. Il s'agit des aspects financiers immédiats, des incertitudes sur l'avenir d'un HU temporaire, de l'absence d'intérêt d'un post-internat dans la discipline pour une carrière ultérieure dans le secteur privé en cas d'absence d'accès à une carrière HU définitive d'un AHU (à ce jour, pas de différence de statut, emploi, responsabilités etc… entre un ancien interne ou et un ancien AHU.

L'absence de volonté de remplacement tient à la stratégie de l'ensemble du CHU (UFR de médecine et établissement hospitalier – CHR). Le remplacement des départs de HU d'une discipline par un autre HU de la même discipline n'est plus appliquée depuis de nombreuses années, les postes de HU partis étant redistribués systématiquement. La procédure de choix des postes demandés aux ministères de l'enseignement supérieur et de la santé pour mise au concours est à peu près similaire dans tous les CHU. Des commissions locales auditionnent d'éventuels candidats de diverses spécialités, les classent selon des critères également à peu près similaires sur tout le territoire (niveau scientifique essentiellement évalué par le nombre et la qualité des publications scientifiques par scores, capacité pédagogiques, implication hospitalière).

Le CHU établit également les priorités en fonction des besoins locaux (besoins de l'UFR et de l'établissement hospitalier qui peuvent ne pas coïncider).

A la suite de ces procédures locales, des demandes de postes sont faites au niveau ministériel et sont agréées ou non.

La médecine et santé au travail, comme d'autres disciplines toutefois, a plusieurs handicaps. Ce sont le niveau de publications scientifiques et la façon d'estimer les besoins locaux.

Le niveau de publications est évalué par des scores. Les travaux scientifiques de santé publique sont assez mal côtés dans les scores internationaux par rapport à des travaux dans des spécialités

cliniques ou biologiques que l'on qualifiera de plus « prestigieuses » et attirant un lectorat scientifique plus nombreux.

La façon d'estimer les besoins au niveau du CHU (UFR et CHR) tient compte de critères assez similaires sur le territoire comme le besoin en personnel pour satisfaire les besoins purement hospitaliers, le renforcement d'équipes de recherche ou les besoins en enseignement

Je termine en rappelant que les HU de médecine et santé au travail ont au sein de leurs régions et au niveau national de nombreuses charges, pour un certain nombre assez originales par rapport aux collègues HU d'autres disciplines.

Les charges hospitalières sont les consultations de pathologie professionnelle, centres de ressources des maladies professionnelles, réunies dans le RNV3P, avec soutien DGOS, la coordination des services de médecine et santé au travail des CHR, souvent la coordination des service de médecine de prévention du personnel des universités.

Au niveau universitaire, on retient l'enseignement pour le deuxième cycle et le troisième cycle des études médicales (internes et collaborateurs), les activités de recherche au sein d'équipes labellisées (je ne détaille pas mais un document sur ce sujet peut être communiqué).

En dehors du CHU, on relève les CRRMP, les commissions de retraite pour pénibilité, des groupes de travail régionaux ou nationaux (observatoires, groupes de travail HAS, INRS, ANSES etc).

* J'utilise le terme CHU au sens de l'association entre une UFR de médecine et un établissement hospitalier public CHR, afin de mieux différencier les deux entités universitaires et hospitalières.

VILLE	SITUATION 2017 ET DUREE D'ACTIVITE PROBABLE	PERSPECTIVES DANS LES 5 ANS
Bordeaux	en activité jusqu'en 2032 environ	2 HU titulaires
Bordeaux	surnombre jusqu'en août 2018	
Bordeaux	possible nouvel HU vers 2020	
Limoges	en activité jusqu'en 2031 environ	0 ou 1 HU titulaire
Poitiers	en détachement depuis le 1/12/2016	0 HU titulaire
Clermont-Ferrand	en activité jusqu'en août 2017	1 ou 2 HU titulaires
Clermont-Ferrand	nouveau HU en septembre 2017	1 ou 2 HU titulaires
Grenoble	en activité jusqu'en 2042 environ	2 HU titulaires
Grenoble	en activité jusqu'en 2028 environ	
Lyon	en activité jusqu'en décembre 2018	3 HU titulaires
Lyon	en activité jusqu'en 2037 environ	
Lyon	en activité jusqu'en 2020 environ	
Lyon	possible nouveau HU en 2018 ou 2019	
Lyon	possible nouveau HU en 2021 ou 2022	
Saint-Etienne	en activité jusqu'en 2025 environ	2 HU titulaires
Saint-Etienne	possible nouveau HU en 2019 ou 2020	

Caen	en activité jusqu'en 2041 environ	1 HU titulaire
Rouen	en activité jusqu'en 2033 environ	2 HU titulaires
Rouen	en activité jusqu'en 2045 environ	
Amiens	en activité jusqu'en 2020 environ	0 HU titulaire
Lille	en activité jusqu'en 2027 environ	4 ou 5 HU titulaires
Lille	en activité jusqu'en 2037 environ	
Lille	en activité jusqu'en 2033 environ	
Lille	en activité jusqu'en 2027 environ	
Lille	en activité jusqu'en août 2019	
Lille	surnombre jusqu'en août 2018	
Dijon	en activité jusqu'en 2018	0 HU titulaire
Besançon		0 HU titulaire
Nancy	en activité jusqu'en 2037 environ titulaire	1 HU titulaire
Reims	en activité jusqu'en 2026 environ	1 HU titulaire ?
Strasbourg	en activité jusqu'en 2036 environ	1ou 2 HU titulaires
Strasbourg	en activité jusqu'en 2027 environ	
Angers	en activité jusqu'en 2026 environ	2 HU titulaires
Angers	en activité jusqu'en 2044 environ	
Nantes		0 HU titulaire
Montpellier	en activité jusqu'en 2042 environ	1 HU titulaire
Toulouse	en activité jusqu'en 2026 environ	2 ou 3 HU titulaires
Toulouse	en activité jusqu'en 2032 environ	
Toulouse	en activité jusqu'en 2044 environ	
Marseille	en activité jusqu'en 2029 environ	2 HU titulaires
Marseille	en activité jusqu'en 2034 environ	
Marseille	en activité jusqu'en août 2018	
Nice		1 HU titulaire ?
Brest	en activité jusqu'en 2022 environ	1 ou 2 HU titulaires
Brest	en activité jusqu'en 2038 environ	
Rennes	en activité jusqu'en 2026 environ	1 ou 2 HU titulaires
Rennes	en activité jusqu'en 2021 environ	
Tours		0 à 1 HU titulaire
Paris	en activité jusqu'en 2024 environ	2 HU titulaires
Paris	surnombre jusqu'en août 2018	

Paris	possible nouveau HU en 2019 ou 2020	
Bobigny	en activité jusqu'en août 2018	1 HU titulaire
Bobigny	possible nouveau HU en 2020 ou 2021	
Créteil	en activité jusqu'en 2021 environ	3 HU titulaires
Créteil	en activité jusqu'en 2028 environ	
Créteil	en activité jusqu'en 2040 environ	
Créteil	en activité jusqu'en 2034 environ	
Versailles	en activité jusqu'en 2042 environ	1 ou 2 HU titulaires

Pr Alain Bergeret

Président de la sous-section

CNU 46-02 Médecine et santé au travail

SIGLES UTILISES

ACMS	ASSOCIATION INTERPROFESSIONNELLE DES CENTRES MEDICAUX ET SOCIAUX DE SANTE AU TRAVAIL DE LA REGION ILE-DE-FRANCE
AFOMETRA	ASSOCIATION POUR LA FORMATION DANS LES SERVICES MEDICAUX DU TRAVAIL
AHU	ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE
ALLENVI	ALLIANCE NATIONALE POUR LA RECHERCHE EN ENVIRONNEMENT
ANIMT	ASSOCIATION NATIONALE DES INTERNES DE MEDECINE DU TRAVAIL
ARS	AGENCE REGIONALE DE SANTE
ATHENA	ALLIANCE THEMATIQUE NATIONALE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES
AVIESAN	ALLIANCE NATIONALE POUR LES SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTE
CCA	CHEF DE CLINIQUE ASSISTANT
CES	CERTIFICAT D'ETUDES SPECIALES
CESE	CONSEIL ECONOMIQUE SOCIAL ET ENVIRONNEMENTAL
CHU	CENTRE HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE
CISME	CENTRE INTERSERVICES DE SANTE ET DE MEDECINE DU TRAVAIL EN ENTREPRISE
CNAMTS	CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES
CNAM	CONSERVATOIRE NATIONAL DES ARTS ET METIERS
CNG	CENTRE NATIONAL DE GESTION DES PRATICIENS HOSPITALIERS ET DES PERSONNELS DE DIRECTION DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE
CNOI	CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES INFIRMIERS
CNOM	CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS
CNPTMT	CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL DE MEDECINE DU TRAVAIL
CNU	CONSEIL NATIONAL DES UNIVERSITES
COCT	CONSEIL NATIONAL D'ORIENTATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL
CPE	CARTE PROFESSIONNELLE D'ETABLISSEMENT
CPS	CARTE PROFESSIONNELLE DE SANTE
CPU	CONFERENCE DES PRESIDENTS D'UNIVERSITE
CPOM	CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS
CRPP	CENTRE DE RESSOURCES POUR PATHOLOGIES PROFESSIONNELLES
CRPRP	COMITE REGIONAL DE PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS
DCEM	DEUXIEME CYCLE DES ETUDES MEDICALES
DES	DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES
DGAFP	DIRECTION GENERALE DE L'ADMINISTRATION ET DE LA FONCTION PUBLIQUE
DGOS	DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS
DGPR	DIRECTION GENERALE DE LA PREVENTION DES RISQUES
DGESIP	DIRECTION GENERALE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE L'INSERTION PROFESSIONNELLE
DGS	DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

DGT	DIRECTION GENERALE DU TRAVAIL
DIRECCTE	DIRECTION REGIONALE DES ENTREPRISES, DE LA CONCURRENCE, DE LA CONSOMMATION, DU TRAVAIL ET DE L'EMPLOI
DIU	DIPLOME INTER UNIVERSITAIRE
DMP	DOSSIER MEDICAL PARTAGE
DREES	DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES
DSS	DIRECTION DE LA SECURITE SOCIALE
ECNI	EPREUVES CLASSANTES NATIONALES INFORMATISEES
EA	EQUIPE D'ACCUEIL
EHESP	ECOLE DES HAUTES ETUDES EN SANTE PUBLIQUE
GIT	GROUPEMENT DES INFIRMIERS DU TRAVAIL
IF	IMPACT FACTOR
INCa	INSTITUT NATIONAL DU CANCER
FST	FORMATION SPECIALISEE TRANSVERSALE
HAS	HAUTE AUTORITE DE SANTE
INMA	INSTITUT NATIONAL DE MEDECINE AGRICOLE
ITMO	INSTITUT THEMATIQUE MULTI ORGANISMES
MCUA	MAITRE DE CONFERENCE ASSOCIE
MCU-PH	MAITRE DE CONFERENCE PRATICIEN HOSPITALIER
MSA	MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE
PHU	PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
PNSE	PLAN NATIONAL SANTE ENVIRONNEMENT
PNREST	PROGRAMME NATONAL DE RECHERCHE ENVIRONNEMENT SANTE TRAVAIL
PREPS	PROGRAMME DE RECHERCHE SUR LA PERFORMANCE DU SYSTEME DE SOINS
PRS	PLAN REGIONAL DE SANTE
PRSE	PLAN REGIONAL DE SANTE ENVIRONNEMENT
PRST	PLAN REGIONAL DE SANTE AU TRAVAIL
PST	PLAN SANTE AU TRAVAIL
PU-PH	PROFESSEUR DES UNIVERSITES-PRATICIEN HOSPITALIER
RNV3P	RESEAU NATIONAL DE VIGILANCE ET DE PREVENTION DES PATHOLOGIES PROFESSIONNELLES
RPS	RISQUES PSYCHO-SOCIAUX
SA	SERVICE AUTONOME
SHS	SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES
SIAPS	SCORE INDIVIDUEL D'APTITUDES PEDAGOGIQES EN SANTE
SIGAPS	SYSTEME D'INTERROGATION? DE GESTION ET D'ANALYSE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES
SIR	SURVEILLANCE INDIVIDUELLE RENFORCEE
SST	SERVICE DE SANTE AU TRAVAIL
SSTI	SERVICE DE SANTE AU TRAVAIL INTER ENTREPRISES
UA	UNITE D'ACCEUIL
UE	UNITE D'ENSEIGNEMENT

UFR	UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE
UMR	UNITE MIXTE DE RECHERCHE
US	UNITE DE SERVICE
VIP	VISITE D'INFORMATION ET DE PREVENTION

PIECE JOINTE N°1
MAQUETTES DE FORMATION DES DE MEDECINE GENERALE - MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL - SANTE PUBLIQUE

DIPLÔME D'ÉTUDES SPECIALISÉES DE MEDECINE GENERALE

1. Organisation générale

1.1 Objectifs généraux de la formation :
Le DES vise à certifier l'ensemble des six compétences pour l'exercice de la médecine générale

- premier recours, urgence
- relation, communication, approche centrée patient
- approche globale, prise en compte de la complexité
- éducation, prévention, santé individuelle et communautaire
- continuité, suivi, coordination des soins autour du patient
- professionnalisme

1.2 Durée totale du D.E.S : 6 semestres

L'évaluation périodique prévue à l'article 1 du présent arrêté porte, en particulier, sur la durée de la formation en lien avec les objectifs pédagogiques de la spécialité et le développement des capacités de formation.

1.3 Intitulé des options proposées au sein du D.E.S : Néant

1.4 Intitulé des formations spécialisées transversales (FST) indicatives

Dans le cadre de son projet professionnel, et en regard des besoins de santé et de l'offre de formation, l'étudiant peut candidater à une formation spécialisée transversale (FST), notamment :

- addictologie
- douleur
- expertise médicale - préjudice corporel
- médecine du sport
- médecine scolaire
- soins palliatifs

2. Phase socle

2.1. Durée : 2 semestres

2.2. Enseignements hors stages

Volume horaire :

2 demi-journées par semaine : une demi-journée en supervision et une demi-journée en autonomie (article R. 6153-2 du code de la santé publique)

Nature des enseignements :

En application de l'article 5 du présent arrêté :

- travaux d'écriture clinique
- groupes d'échanges de pratique (GEP)
- méthodes dérivant des apprentissages par résolution de problèmes (ARP)
- groupes de formation à la relation thérapeutique
- groupes de tutorat centrés sur les familles de situations définies pour la spécialité
- ateliers de gestes pratiques y compris avec des techniques de simulation

Connaissances à acquérir : Elles sont listées dans l'article 2 du présent arrêté.

2.3. Compétences à acquérir

Compétences génériques et transversales à acquérir :

Les compétences génériques sont listées dans l'article 2 du présent arrêté et sont notamment en rapport avec les notions suivantes : mettre en œuvre une démarche décisionnelle du premier recours ambulatoire (fondée sur la prévalence, la clinique et la notion d'incertitude)

- développer l'approche centrée patient
- développer l'approche globale dans le modèle bio psycho social

Compétences spécifiques à la spécialité à acquérir :

Il est attendu en fin de phase socle un niveau de base sur les 6 compétences spécifiques listées au point 1.1 de la présente maquette.

2.4. Stages

Stages à réaliser

- 1 stage en médecine générale auprès d'un ou plusieurs praticien(s) maître(s) de stage des universités agréé(s) à titre principal en médecine générale (stage de niveau 1)

- 1 stage en médecine d'urgence dans un lieu hospitalier agréé à titre principal en médecine d'urgence et/ou à titre complémentaire en médecine générale

En cas de capacités de formation insuffisantes, l'un des deux stages de la phase socle peut être remplacé par le stage visé au a) du 3.4 de la présente maquette ou par un stage en médecine polyvalente dans un lieu hospitalier agréé à titre complémentaire en médecine générale. Le stage de phase socle non réalisé est accompli au cours de la phase d'approfondissement en remplacement du stage visé au a) du 3.4 de la présente maquette.

Pendant ces stages, l'étudiant est confronté notamment aux familles de situations suivantes :

- situations autour de patients souffrant de pathologies chroniques, polymorbidité à forte prévalence
- situations liées à des problèmes aigus/non programmées/fréquents/exemplaires
- situations liées à des problèmes aigus/non programmées/dans le cadre des urgences réelles ou ressenties
- situations autour des problèmes de santé concernant les spécificités de l'enfant et l'adolescent
- situations autour de la sexualité et de la génitalité
- situations autour de problèmes liés à l'histoire familiale et à la vie de couple
- situations de problèmes de santé et/ou de souffrance liés au travail
- situations dont les aspects légaux, déontologiques et/ou juridiques sont au premier plan
- situations avec des patients difficiles et/ou exigeants
- situations où les problèmes sociaux sont au premier plan
- situations avec des patients d'une autre culture

Critères d'agrément des stages de niveau I dans la spécialité :

En sus des dispositions de l'article 34 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine, la commission d'agrément prend en compte le fait que :

- les étudiants soient confrontés aux situations cliniques énumérées ci-dessus
- le stage permette des phases d'observation, de supervisions directe et indirecte des actes effectués en autonomie, des rétroactions régulières et des prescriptions pédagogiques en lien avec le cursus universitaire

2.5. Evaluation

Modalités de l'évaluation des connaissances :

Conformément à l'article 59 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine :

- obligation de présence en stages et en cours
- validation de la production personnelle de l'étudiant en stage et hors stage.

Modalités de l'évaluation des compétences :

Conformément à l'article 59 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine :

- évaluation du portfolio
- argumentation orale des travaux personnels du portfolio

2.6. Modalités de validation de la phase et de mise en place du plan de formation :

Conformément aux articles 13 et 59 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine

Validation des enseignements, des stages et du portfolio

3. Phase d'approfondissement

3.1. Durée : 4 semestres

3.2. Enseignements hors stages

Volume horaire :

2 demi-journées par semaine : une demi-journée en supervision et une demi-journée en autonomie (article R. 6153-2 du code de la santé publique)

Nature des enseignements :

En application de l'article 5 du présent arrêté :

- travaux d'écriture clinique
- groupes d'échanges de pratique (GEP)
- méthodes dérivant des apprentissages par résolution de problèmes (ARP)
- groupes de formation à la relation thérapeutique
- groupes de tutorat centrés sur les familles de situations définies pour la spécialité
- des ateliers de gestes pratiques y compris avec des techniques de simulation

Connaissances à acquérir :

Elles sont listées dans l'article 3 du présent arrêté.

3.3. Compétences

Compétences à acquérir :

Les compétences génériques sont listées dans l'article 3 du présent arrêté.

Il est attendu en fin de phase d'approfondissement un niveau avancé sur l'ensemble des 6 compétences spécifiques citées au point 1.1 de la présente maquette.

3.4 Stages

Stages de niveau II à réaliser :

a) 1 stage en médecine polyvalente dans lieu hospitalier agréé à titre principal ou complémentaire en médecine générale. Ce stage est accompli au cours d'un des deux premiers semestres de la phase d'approfondissement.

b) 1 stage en santé de l'enfant : auprès d'un ou des praticien(s) maître(s) de stage des universités agréé(s) pour au moins l'un d'entre eux à titre principal en médecine générale ou à défaut à titre complémentaire en médecine générale ; et/ou dans un lieu hospitalier agréé à titre principal en pédiatrie et/ou à titre complémentaire en médecine générale ;

c) 1 stage en santé de la femme : auprès d'un ou des praticien(s) maître(s) de stage des universités agréé(s) pour au moins l'un d'entre eux à titre principal en médecine générale, et/ou à défaut à titre complémentaire en médecine générale ; et/ou dans un lieu hospitalier agréé à titre principal en gynécologie médicale et/ou à titre complémentaire en médecine générale.

d) 1 stage en soins premiers en autonomie supervisée (SASPAS ou niveau 2), accompli auprès d'un ou plusieurs praticiens maîtres de stage des universités agréés à titre principal en médecine générale. Ce stage est accompli au cours d'un des deux derniers semestres de la phase d'approfondissement.

En cas de capacités de formation insuffisantes, l'étudiant peut accomplir à la place des stages visés en b) et c) :

e) 1 stage couplé en santé de la femme et en santé de l'enfant :
- auprès de deux praticiens agréés dont l'un au moins à titre principal en médecine générale, ou à défaut à titre complémentaire en médecine générale
- ou auprès d'un praticien et dans un lieu hospitalier agréés pour le premier à titre principal en médecine générale, et pour le second à titre principal en gynécologie médicale ou gynécologie obstétrique et/ou en pédiatrie.
- ou dans deux lieux hospitaliers agréés respectivement à titre principal en gynécologie médicale ou gynécologie obstétrique et en pédiatrie et/ou à titre complémentaire en médecine générale

f) 1 stage libre accompli de préférence auprès d'un praticien maître de stage des universités ou dans un lieu agréé à titre principal en médecine générale

Critères d'agrément des stages de niveau II dans la spécialité :

En sus des dispositions de l'article 34 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine, la commission d'agrément prend en compte le fait que :

- les étudiants soient confrontés aux situations cliniques à gérer dans l'exercice des soins premiers
- le stage permette des phases d'observation, de supervisions directe et indirecte des actes effectués en autonomie, des rétroactions régulières et des prescriptions pédagogiques en lien avec le cursus universitaire

3.5. Evaluation

Modalités de l'évaluation des connaissances :

Conformément à l'article 59 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine

- obligation de présence den stages et en cours
- validation de la production personnelle de l'étudiant en stage et hors stage

Modalités de l'évaluation des compétences : Conformément à l'article 59 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine - évaluation du portfolio -argumentation orale des travaux personnels du portfolio
3.6. Modalités de validation de la phase : Conformément aux articles 13 et 59 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine - validation des enseignements, des stages et du portfolio, recueil organisé des traces écrites d'apprentissage de l'étudiant - validation du mémoire, qui est la version finale du portfolio

DIPLÔME D'ÉTUDES SPECIALISÉES de MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
1. Organisation générale
1.1. Objectifs généraux de la formation : Former des spécialistes de médecine et santé au travail Exercice de la spécialité exclusivement préventif, au bénéfice des seuls travailleurs salariés (secteur privé et secteur public), ce qui permet de couvrir l'ensemble de la population concernée par le travail, les modes d'exercices actuels et potentiels. Le médecin du travail a, notamment, pour vocation d'avoir une fonction de second recours pour les questions de santé – travail qui se posent à toutes les autres spécialités médicales. L'exercice et les compétences s'articulent autour de quatre grands champs : - une prise en charge individuelle des patients dans un domaine clinique spécifique, un lien avec les autres spécialistes dans les parcours de soins pour permettre une prise en compte du facteur professionnel - une capacité à décrire la santé collective des populations au travail avec les techniques issues de la santé publique - la maîtrise de champs extra-médicaux : droit social, ergonomie, hygiène et sécurité, gestion et management, psychologie du travail - le développement des questions environnementales
1.2. Durée totale du DES : 8 semestres dont au moins 1 dans un lieu de stage avec encadrement universitaire tel que défini à l'article 1 du présent arrêté et au moins 2 dans un lieu de stage sans encadrement universitaire.
1.3. Intitulé des options proposées au sein du DES : néant
1.4. Intitulé des formations spécialisées transversales (FST) indicatives Dans le cadre de son projet professionnel, et en regard des besoins de santé et de l'offre de formation, l'étudiant peut être conduit à candidater à une formation spécialisée transversale (FST), notamment : - addictologie - douleur - expertise médicale - préjudice corporel - maladies allergiques - médecine du sport - sommeil
2. Phase socle
2.1. Durée : 2 semestres
2.2. Enseignements hors stages
Volume horaire : 2 demi-journées par semaine : une demi-journée en supervision et une demi-journée en autonomie (article R. 6153-2 du code de la santé publique)
Nature des enseignements : En application de l'article 5 du présent arrêté : - e-learning - exercices de mise en situation contextualisée, de simulation - séminaire national annuel et séminaires régionaux
Connaissances de base dans la spécialité à acquérir : Les connaissances théoriques et pratiques sont détaillées dans la plateforme numérique du collège de la spécialité.
Connaissances transversales à acquérir : Les connaissances transversales sont listées dans l'article 2 du présent arrêté.
2.3. Stages
Stages à réaliser : - 1 stage dans un lieu agréé à titre principal en médecine et santé au travail - 1 stage dans un lieu agréé à titre principal dans une spécialité de la discipline médicale et agréé à titre complémentaire en médecine et santé au travail

Critères d'agrément des stages de niveau I dans la spécialité :
En sus des dispositions de l'article 34 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine, la commission d'agrément prend en compte :
- dans les stages qui le permettent, un effectif de patients et/ou d'entreprises progressivement croissant tout en gardant une dimension garantissant à la fois l'immersion dans la spécialité et la variété des situations et des risques professionnels
- le niveau d'encadrement
- une supervision directe des décisions et des préconisations.
- la possibilité pour l'interne de mettre en application l'apprentissage théorique et pratique qu'il aura acquis au cours de sa formation hors stage (gestes/techniques/explorations « de base » propres à chaque discipline),
- l'organisation des réunions bibliographiques et une initiation à la recherche.

2.4. Compétences à acquérir

Compétences génériques et transversales à acquérir :
Elles sont listées dans l'article 2 du présent arrêté.

Compétences spécifiques à la spécialité à acquérir :
Les compétences spécifiques sont détaillées dans la plateforme numérique du collège de la spécialité. Elles sont d'ordre clinique, technique, transversal et comportemental. Il s'agit de compétences médicales, de compétences méthodologiques et transversales et de compétences extra-médicales.

2.5. Evaluation
Conformément à l'article 59 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine

2.6. Modalités de validation de la phase et de mise en place du plan de formation
Conformément aux articles 13 et 59 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine

3. Phase d'approfondissement

3.1. Durée
4 semestres

3.2. Enseignements hors stages

Volume horaire :
2 demi-journées par semaine : une demi-journée en supervision et une demi-journée en autonomie (article R. 6153-2 du code de la santé publique)

Nature des enseignements :
En application de l'article 5 du présent arrêté :
- e-learning
- mise en situation
- séminaires
- participation à des congrès ou réunions sur un ou plusieurs thèmes de la spécialité

Connaissances à acquérir :
Les connaissances transversales sont listées dans l'article 3 du présent arrêté.
Les connaissances spécifiques théoriques et pratiques sont détaillées dans la plateforme numérique du collège de la spécialité.

3.3. Compétences

Compétences à acquérir :
Les compétences génériques sont listées dans l'article 3 du présent arrêté.
Les compétences spécifiques sont détaillées dans la plateforme numérique du collège de la spécialité.

3.4. Stages

Stages de niveau II à réaliser dans la spécialité :
- 2 stages dans un lieu agréé à titre principal dans une spécialité de la discipline médicale et à titre complémentaire en médecine et santé au travail
- 2 stages dans un lieu agréé à titre principal en médecine et santé au travail. L'un de ces deux stages est accompli dans un lieu avec encadrement universitaire

Critères d'agrément des stages de niveau II dans la spécialité :
En sus des dispositions de l'article 34 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine, la commission d'agrément prend en compte :
- le niveau d'encadrement
- le cas échéant, un nombre de patients et/ou d'entreprises pris en charge par l'étudiant plus important qu'en phase socle
- la possibilité d'interventions et d'aides techniques suffisantes en milieu de travail

3.5. Evaluation

***Modalités de l'évaluation des connaissances et des compétences*:**
Conformément à l'article 59 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine
- contrôle continu : auto-évaluation sur la plateforme numérique du collège de la spécialité ; portefeuille numérique des actes réalisés ; activité réalisée sous forme de mise en situation, simulation, présentation de cas cliniques
- formulaire standardisé
- entretien annuel entre l'étudiant et un des membres de la commission locale de la spécialité avec compte rendu transmis à l'étudiant et au coordonnateur régional
- nature et nombre d'actions, de gestes, d'actes médicotechniques

3.6. Modalités de validation de la phase
Conformément aux articles 13 et 59 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine

4. Phase de consolidation

4.1. Durée : 1 an

4.2. Enseignements hors stages en lien avec la préparation à l'exercice professionnel (gestion de cabinet…)

Volume horaire : 2 demi-journées par semaine : une demi-journée en supervision et une demi-journée en autonomie

Nature des enseignements :
En application de l'article 5 du présent arrêté :
- e-learning
- mise en situation
- séminaires
- participation à des congrès ou réunions sur un ou plusieurs thèmes de la spécialité

Connaissances et compétences à acquérir :
A l'issue de la phase, les connaissances et compétences génériques décrites aux articles 2 à 4 du présent arrêté sont acquises.

4.3. Compétences à acquérir
Les compétences spécifiques sont détaillées dans la plateforme numérique du collège de la spécialité, en particulier :
- prendre en charge des situations courantes de la spécialité
- prendre en charge les patients de façon personnalisée
- évaluer et prévenir les risques professionnels y compris au poste de travail
- assurer la démarche de projet en santé au travail, le travail en équipe pluridisciplinaire, l'auto-évaluation et la connaissance de ses limites, l'auto-apprentissage théorique et pratique, l'amélioration de la prise en charge territoriale de la santé au travail

4.4. Stages

Nombre et durée des stages de niveau III :
1 stage d'un an, ou deux stages d'un semestre lorsque l'acquisition par l'étudiant des compétences de la spécialité le justifie, accompli soit :
- dans un lieu agréé à titre principal en médecine et santé au travail. Ce stage est de préférence accompli dans un service de santé au travail interentreprises et dans un service de santé au travail autonome
- sous la forme d'un stage couplé dans des lieux agréés à titre principal en médecine et santé au travail
- sous la forme d'un stage mixte dans des lieux agréés à titre principal en médecine et santé au travail

4.5. Evaluation
Modalités de l'évaluation des connaissances : Conformément à l'article 59 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine Validation de l'enseignement théorique et suivi du portefeuille numérique.
Modalités de l'évaluation des compétences : Conformément à l'article 59 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine Validation de l'enseignement théorique et suivi du portefeuille numérique - analyse de la démarche d'accréditation
Certification européenne : La certification européenne est encouragée.
4.6. Modalités de validation de la phase : Conformément aux articles 13 et 59 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine - validation du contrôle continu des connaissances et des compétences - soutenance d'un mémoire

DIPLÔME D'ÉTUDES SPECIALISÉES DE SANTE PUBLIQUE
1. Organisation générale
1.1. Objectifs généraux de la formation : Le DES de santé publique a pour objectifs de former des médecins à une approche collective des problèmes de santé, capables d'apporter une expertise médicale aux questions posées en termes de santé des populations et de contribuer à l'argumentation des politiques sanitaires. Les médecins de santé publique utilisent leurs compétences diagnostiques et thérapeutiques dans une approche de prévention individuelle. Les médecins de santé publique exercent dans des contextes variés : à l'hôpital dans les domaines de la gestion de l'information de santé, de la recherche clinique ou de la gestion de la qualité et de la sécurité des soins ; dans les services de l'Etat, des collectivités territoriales ou de l'assurance maladie ; dans des laboratoires de recherche ; dans les agences nationales ou régionales intervenant dans le champ de la santé ; dans les services de recherche et développement de l'industrie du médicament, des dispositifs médicaux ou des innovations pour la santé ; dans des structures de promotion de la santé ; dans les services orientés vers la prévention des risques individuels et collectifs
1.2. Durée totale du DES : 8 semestres dont au moins 1 dans un lieu de stage avec encadrement universitaire tel que défini à l'article 1 du présent arrêté et au moins 2 dans un lieu de stage sans encadrement universitaire.
1.3. Intitulé des options proposées au sein du DES : Administration de la santé
1.4. Intitulé des formations spécialisées transversales (FST) indicatives Dans le cadre de son projet professionnel, et en regard des besoins de santé et de l'offre de formation, l'étudiant peut être conduit à candidater à une formation spécialisée transversale (FST), notamment : - addictologie - hygiène - prévention de l'infection, résistances, vigilances - pharmacologie médicale / thérapeutique - médecine scolaire - bio-informatique médicale - nutrition appliquée
2. Phase socle
2.1. Durée : 2 semestres
2.2. Enseignements hors stages
Volume horaire : 2 demi-journées par semaine : une demi-journée en supervision et une demi-journée en autonomie (article R. 6153-2 du code de la santé publique)
Nature des enseignements : En application de l'article 5 du présent arrêté : - cours magistraux en présentiel - e-learning
Connaissances de base dans la spécialité à acquérir : - bases en biostatistiques - bases en épidémiologie et méthodes en recherche clinique - bases en économie de la santé, administration des services de santé, politiques de santé - bases en promotion de la santé.
Connaissances transversales à acquérir Elles sont listées dans l'article 2 du présent arrêté.
2.3. Compétences à acquérir
Compétences génériques et transversales à acquérir : Elles sont listées dans l'article 2 du présent arrêté, notamment : - réaliser une recherche documentaire - réaliser la lecture critique d'un article scientifique

- utiliser un logiciel de bibliographie
Compétences spécifiques à la spécialité à acquérir : - réaliser, interpréter et présenter les résultats d'une analyse statistique - utiliser un logiciel d'analyse statistique - interpréter les principaux indicateurs d'état de santé - estimer et interpréter les principales mesures de risque et indices diagnostiques - élaborer un schéma d'étude en fonction de son objectif, avec le meilleur niveau de preuve - identifier et contrôler les biais d'une étude - argumenter la causalité d'une relation - décrire les différentes composantes des systèmes de santé, de soins et protection sociale - décrire et analyser une politique de santé - décrire les principaux agrégats des comptes de la santé et leur évolution - analyser l'état de santé d'une population en fonction de l'ensemble des déterminants de la santé et les principaux leviers d'amélioration - identifier les populations vulnérables en vue d'une action de promotion de la santé mettre en œuvre des actions de prévention individuelle ou collective.
2.4. Stages
Stages à réaliser : - 1 stage dans un lieu agréé à titre principal en santé publique portant sur l'utilisation de méthodes quantitatives (épidémiologie et bio statistique) - 1 stage libre
Critères d'agrément des stages de niveau I dans la spécialité : En sus des dispositions de l'article 34 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine, la commission d'agrément prend en compte l'encadrement ou le co-encadrement par un enseignant de la spécialité
2.5. Evaluation
Modalités de l'évaluation des connaissances : Conformément à l'article 59 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine
Modalités de l'évaluation des compétences : Conformément à l'article 59 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine
2.6. Modalités de validation de la phase et de mise en place du plan de formation : Conformément aux articles 13 et 59 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine
3. Phase d'approfondissement
3.1. Durée 4 semestres
3.2. Enseignements hors stages
Volume horaire : 2 demi-journées par semaine : une demi-journée en supervision et une demi-journée en autonomie (article R. 6153-2 du code de la santé publique)
Nature des enseignements : En application de l'article 5 du présent arrêté : - cours magistraux en présentiel - e-learning
Connaissances à acquérir : Les connaissances transversales sont listées dans l'article 3 du présent arrêté. Les connaissances spécifiques portent sur les modules suivants : 4 modules de niveau de base : - bases en Informatique biomédicale et e-santé

- bases en Gestion de la qualité, gestion des risques et de la sécurité des soins
- bases en Sciences Humaines et Sociales
- bases en environnement et santé

4 modules de niveau avancé à choisir parmi les 8 suivants :

- avancées en biostatistiques
- avancées en épidémiologie et méthodes en recherche clinique
- avancées en économie de la santé, administration des services de santé, politiques de santé
- avancées en promotion de la santé
- avancées en informatique biomédicale et e-santé
- avancées en gestion de la qualité, gestion des risques et de la sécurité des soins
- avancées en sciences humaines et sociales
- avancées en environnement et santé

3.3. Compétences

Compétences à acquérir :

Les compétences génériques sont listées dans l'article 3 du présent arrêté.

Les compétences spécifiques sont les suivantes :

Les compétences acquises par l'ensemble des étudiants

- maitriser les principes de la protection des données personnelles (Loi « informatique et libertés », CNIL) dans le recueil, l'analyse, et l'échange de données (PMSI ou autres bases de données)
- utiliser différents types de ressources terminologiques pour le codage de l'information en santé
- formuler les étapes de collecte, extraction, hiérarchisation, codage, contrôles interne et externe de l'information médicale (diagnostics et actes)
- expliquer les principes de base du groupage et du chaînage
- appliquer les méthodes de gestion de la qualité (assurance qualité, amélioration continue de la qualité, management par la qualité) de quantification et de gestion des risques infectieux
- mettre en œuvre une action de lutte contre les infections associées aux soins
- mettre en œuvre une action de vigilance (hémovigilance, pharmacovigilance)
- mettre en œuvre le recueil des indicateurs de performance des soins : programmes nationaux (IQSS.)
- identifier et analyser les tendances des déterminants sociaux et leurs conséquences sur l'état de santé
- observer, décrire et analyser une organisation
- identifier les principaux types d'études qualitatives dans la littérature
- interpréter les résultats d'une étude fondée sur des méthodes qualitatives
- analyser les facteurs de risques environnementaux et être capable d'en apprécier leurs impacts en santé populationnelle

Les compétences avancées acquises en fonction de l'orientation professionnelle de l'étudiant

- participer aux différentes étapes d'un ou plusieurs projets de santé publique en lien avec l'orientation professionnelle de l'interne et avec les connaissances avancées
- rédiger un article conforme aux recommandations d'une revue scientifique ou professionnelle et aux recommandations de communication internationales, le cas échéant.

3.4. Stages

- 3 stages dans un lieu agréé à titre principal en santé publique
- 1 stage libre

Critères d'agrément des stages de niveau II dans la spécialité :

En sus des dispositions de l'article 34 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine, la commission d'agrément prend en compte l'encadrement par un médecin qualifié en santé publique ou le co-encadrement par un enseignant de la spécialité

3.5. Evaluation

Modalités de l'évaluation des connaissances **:**

Conformément à l'article 59 l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine

Modalités de l'évaluation des compétences :

Conformément à l'article 59 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine du 12 avril 2017

3.6. Modalités de validation de la phase : Conformément aux articles 13 et 59 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine
4. Phase de consolidation
4.1. Durée : 1 an
4.2. Enseignements hors stages en lien avec la préparation à l'exercice professionnel (gestion de cabinet)
Volume horaire : 2 demi-journées par semaine : une demi-journée en supervision et une demi-journée en autonomie
Nature des enseignements : En application de l'article 5 du présent arrêté : - cours magistraux en présentiel - e-learning
Connaissances et compétences à acquérir : A l'issue de la phase, les connaissances et compétences génériques listées dans les articles 2 à 4 du présent arrêté sont acquises
4.3. Compétences spécifiques à acquérir Les compétences spécifiques sont les suivantes : - concevoir, réaliser et interpréter des études à partir de données ad hoc ou de bases de données existantes - concevoir la mise en œuvre et l'évaluation d'interventions de santé - maîtriser des méthodes et des outils d'informatique de santé - comprendre et modéliser des systèmes de soins et de santé - conduire un ou plusieurs projets de santé publique, adapté au projet professionnel de l'étudiant.
4.4. Stages
Nombre et durée des stages de niveau III : 1 stage de 1 an, ou deux stages d'un semestre lorsque l'acquisition par l'étudiant des compétences de la spécialité le justifie, dans un lieu agréé à titre principal en santé publique
Critères d'agrément des stages de niveau III : En sus des dispositions de l'article 34 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine, la commission d'agrément prend en compte l'encadrement par un professionnel de santé publique.
4.5. Evaluation
Modalités de l'évaluation des connaissances : Conformément à l'article 59 l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine
Modalités de l'évaluation des compétences : Conformément à l'article 59 l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine
Certification européenne : Le programme du DES de santé publique suit les recommandations élaborées par l'European Core Competences for Public Health Professionals (ECCPHP) - Association of Schools of Public Health in the European Region
4.6. Modalités de validation de la phase : Conformément aux articles 13 et 59 de l'arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine Exposé d'un travail personnel sous la forme d'un article conforme aux recommandations d'une revue scientifique ou professionnelle
5. Option administration de la santé
5.1 Durée : 2 semestres

5.2 Prérequis :
- avoir validé, parmi les modules optionnels, le module : « connaissances avancées en économie de la santé, administration des services de santé, politiques de santé »
- avoir validé un stage dans un service d'administration de la santé

5.3 Enseignement et stages :
les étudiants admis dans l'option sont affectés à l'école des Hautes Etudes en Santé Publique
- ils suivent des modules d'enseignement portant notamment sur :
  - Politiques et stratégies de santé ; comparaison des systèmes de santé
  - Management des organisations en santé
  - Modes de régulation de l'action publique
  - Cadre juridique et droit appliqué à l'action sanitaire
  - Financement et comptabilité des établissements sanitaires et sociaux
  - Démarches de planification et programmation
  - Démarche projet et management d'équipes
  - Inspection, contrôle, évaluation et audit
  - Veille et sécurité sanitaire, préparation et gestion des situations sanitaires exceptionnelles
- Ils réalisent des stages dans des structures en charge de l'administration de la santé ou de la gestion d'établissements de santé

5.4 Compétences
- Analyser l'état de santé d'une population et de l'offre de soins et de services pour mettre en adéquation offre et besoins
- Gérer une situation à risque sanitaire collectif avéré ou probable
- Concevoir, mettre en œuvre et piloter des dispositifs d'actions pour prévenir et/ou gérer un problème de santé publique
- Evaluer des dispositifs ou des actions mis en place pour prévenir et/ou gérer un problème de santé publique
- Intégrer les dimensions de prévention et de promotion de la santé dans les dispositifs d'action de santé publique
- Développer des activités en mode projet
- Orienter la décision concernant le développement ou l'arrêt d'activité de soins ou l'allocation de ressources
- Vérifier l'adéquation de pratiques ou de dispositifs d'actions par rapport à une réglementation ou à des normes professionnelles
- Réaliser des missions d'inspection, de contrôle, d'évaluation et d'audit
- Communiquer en interne et en externe sur des données ou événements sanitaires et sur les actions de l'institution
- Accompagner des établissements ou des structures dans la rédaction et le pilotage de leur projet d'établissement et/ou dans leur projet de territoire

5.5. Modalités de validation de l'option :
Exposé d'un travail personnel sous la forme d'un article conforme aux recommandations d'une revue scientifique ou professionnelle

PIECE JOINTE N°2
GRILLE D'EVALUATION DU CNU

CNU SANTE - GRILLE D'EVALUATION

Principes généraux

La grille d'évaluation des personnels par les sous-sections et sections du CNU Santé prend en compte l'ensemble des missions des PU-PH et MCU-PH; elle s'applique à toutes les étapes de la carrière hospitalo-universitaire: nominations, promotions aux différentes classes.

L'unité d'évaluation est la sous-section qui fixe les modalités d'utilisation de la grille d'évaluation, la responsabilité de l'évaluation appartient au CNU.

Les règles suivantes sont précisées:

- tous les membres du CNU reçoivent tous les dossiers des candidats

- les MCU-PH n'ont pas compétence pour l'évaluation des PU-PH

- chaque dossier est évalué par 2 rapporteurs, désignés par le Président du CNU selon des critères géographiques et de compétence

- lorsqu'un dossier est évalué 2 années de suite, un rapporteur peut être identique à l'année précédente mais le second doit être nouveau et différent

- le rapport établi par chaque rapporteur est littéral et reprend tous les éléments de la grille; il est daté et signé

- afin de respecter la déontologie et de prévenir tous conflits d'intérêts, il est recommandé que candidat et rapporteurs n'aient pas de travail en commun, ni de co-directions de Thèses ou HDR, ni de participations concurrentes directes, ni de communauté d'intérêts

- lorsqu'un membre du CNU est concerné par sa propre évaluation, il ne participe pas à la discussion ni à la délibération le concernant; les mêmes règles s'appliquent s'il s'agit d'un élève direct de son équipe ou d'un membre de son équipe; dans ces situations, le jury délibère candidat par candidat

- les résultats globaux de l'évaluation sont communiqués à tous les membres de la sous-section; les résultats de l'évaluation du candidat sont communiqués à l'autorité de tutelle universitaire du candidat et au candidat sur sa demande

- toutes ces règles et la grille d'évaluation sont diffusées à tous les membres de la sous-section

CNU Santé - Grille d'évaluation

1 - Activités de Recherche

- Publications dans des revues indexées

Score SIGAPS personnel *(des 10 dernières années pour les PU-PU et des 5 dernières années pour les MCU-PH, joindre la copie du tableau)*

Score SIGAPS de l'équipe *(des 10 dernières années, joindre la copie du tableau)*

- Implication dans des PHRC/STIC/contrats de Recherche/essais cliniques/gestion de cohortes (*uniquement en tant que investigateur principal)*

PHRC nationaux
PHRC régionaux
STIC
Essais cliniques multicentriques / cohortes

- Subventions obtenues pour des projets de recherche

- Appartenance à une structure de Recherche Labellisée

INSERM / CNRS
autres

- Direction/animation d'une équipe de recherche

- Encadrement de Masters et de doctorants (*préciser le nombre, le pourcentage de l'encadrement et l'année*)

- Valorisation de la Recherche: brevets, logiciels, financements publics/privés, transferts vers l'industrie, partenaires industriels, expertise, prix

- Rayonnement:
  conférences comme invité
    internationales
    nationales
  responsabilités éditoriales
  jurys de Thèses/HDR
  organisation de congrès/journées d'étude

- Appartenance à des Comités de lecture/Comité de rédaction (*préciser les revues et les fonctions exercées*)
  revues internationales
  revues nationales

2 - Activités d'Enseignement

1- Formation à la pédagogie

- Formation personnelle à la pédagogie :
diplôme de type DU, DIU,
lors de congrès (participation à des ateliers ou à des modules de formation)
mobilité à objectifs pédagogiques (préciser, date, lieu, durée)

- Contribution à la formation pédagogique des enseignants :
par des communications orales ou affichées lors de congrès pédagogiques,
par le développement de dossiers types : APP, ECOS, LCA, TCS

- Formation personnelle: DU, congrès, participation à des ateliers, mobilité à objectifs pédagogiques

- Contribution à la formation pédagogique des enseignants: communications orales lors de congrès pédagogiques, APP, ECOS, LCA, TCS

2- Enseignement
Ces activités concernent la formation initiale et le DPC.

- Enseignement théorique local (Facultés, Ecoles)
  nombre d'enseignants dans la discipline (HU+H chargés d'enseignement+U)
  nombre d'heures *(sur les 5 dernières années, à insérer dans le tableau)*

	n-5	**n-4**	**n-3**	**n-2**	**n-1**
de la discipline					
du candidat					

- Enseignement théorique interrégional/national
  nombre d'heures: DES, DESC, Master, jury d'examens

- Enseignement pratique:
  certification des compétences des étudiants
    participation ECOS, simulation, ateliers pratiques
    stages cliniques hospitaliers: référent de stage

  encadrement de travaux pédagogiques:
    mémoires, Thèses, Doctorants

-Evaluations
  une évaluation des enseignants par les étudiants est-elle disponible?
    oui non
    si oui *(joindre ces éléments)*

  d'autres évaluations des enseignements théoriques et pratiques (coordonnateur, Collège Universitaire, responsable de discipline) sont-elles disponibles?
    oui non
    si oui *(joindre ces éléments)*

3- Innovation et recherche pédagogiques

- Création de supports pédagogiques :
livres, chapitres de livres,
monographies,
documents multimédia ou par e-learning,
simulateur ou développement d'enseignement par simulation
publications de pédagogie

- Obtention de financements au titre de la pédagogie: bourses, subventions, contrats

4- Responsabilités administratives d'enseignement
Facultés, Ecoles certifiées par le Doyen ou l'autorité compétente
Préciser le niveau local, inter régional, national, international

- Type de responsabilité
coordonnateur de DES/DESC
responsable de l'organisation de DU/DIU/Master
responsable ou appartenance à une commission pédagogique
autre responsabilité académique

- Pour chaque type de responsabilité, préciser :
la structure (Faculté, Ecole)
  le niveau (local, régional, national, international)
  le ou les année(s) concernée(s)
  le module ou le cycle concerné

3 - Activités de diagnostic et de soins

- Activités cliniques ou médico-techniques *des 3 dernières années* indicateurs d'activité personnelle *(source SIH, PMSI)*

n-3	n-2	n-1

nombre de consultations (/an)
nombre de visites (/an)
nombre d'actes (/an)
nombre de gardes/astreintes (/an)
description qualitative et quantitative de l'activité

indicateurs d'activité du service
nombre de consultations/actes/séjours…
nombre de praticiens seniors HU
H *(préciser en ETP)*

- Activités de référence
thématiques de compétence
activités de recours *(préciser les pathologies)*
appartenance à un réseau régional/centre de référence/centre maladies rares
labellisations

- Activités nouvelles et innovantes *(en clair)*

- Notoriété
lisibilité de l'activité et reconnaissance:
locale/nationale/internationale
attractivité *(accueil internes hors-CHU/médaille d'or de l'internat, mobilité, stagiaires étrangers…)*
capacité à former les juniors

- Contribution à la reconnaissance et à la pérennité de la discipline au niveau local/national *(gestion d'une équipe, nomination /promotion d'élèves, succession)*

- Gestion médico-économique et management
formation à la gestion
responsabilités *(unité de soins, unité fonctionnelle, service, pôle)*

4 - Responsabilités collectives

2
3 Les fonctions non citées seront évaluées par assimilation

- Au sein de l'Université Doyen-Président CNU
Président Collège-Fédération
Vice-Doyen
4 Membre Conseil Faculté-CNU

- Au sein de l'Hôpital Président CME-commission nationale
Président commission CME
Membre CME
Responsabilités régionales (réseaux)

- Au sein des Sociétés savantes Président - Secrétaire
Membre CA - Président commission

- Au sein des agences sanitaires Expert HAS, INCa

5 - Collaborations internationales

- Soins

- Enseignement

- Recherche

PIECE JOINTE N°3
CARTOGRAPHIE DES EQUIPES DE RECHERCHE DU CHAMP SANTE-TRAVAIL REALISEE PAR L'ITMO SANTE PUBLIQUE

aviesan
alliance nationale
pour les sciences de la vie et de la santé
ITMO Santé publique

Instituts thématiques Inserm
Institut national
de la santé et de la recherche médicale

Cartographie des équipes de recherche dans le champ « Santé – Travail »

Ce document, établi au 24 mars 2017, a été rédigé afin de fournir un premier panorama des entités de recherche dans le champ Santé Travail. Il tend à être le plus exhaustif possible, mais des manques existent surement dans la cartographie. Ce document évoluera au fil des ajouts d'équipes et chercheurs.

1. Introduction

Si le rapport entre la santé et le travail n'est pas une considération nouvelle en soi, son intérêt et ses enjeux sont plus récents. La thématique « Santé – Travail » est devenu aujourd'hui une problématique considérée comme socialement très importante, tant par les pouvoirs publics que par les citoyens. La réduction du risque de maladies liées à des expositions professionnelles ou des conditions de travail répond en effet à un enjeu de santé publique. En effet, le nombre des maladies professionnelles reconnues a fortement augmenté dans le cadre du régime général de la Sécurité sociale au cours des dernières années. Il a plus que doublé depuis 2001, pour dépasser 50 000 par an depuis 2010. Cette augmentation résulte tout aussi bien des évolutions des conditions de travail que d'une sensibilisation accrue des salariés et des services de médecine du travail. Aujourd'hui les risques sont divers : cancérogènes (plus de 85% des décès provoqués par les maladies professionnelles sont attribuables à la seule exposition à l'amiante), mutagènes et reprotoxiques, troubles musculo squelettiques qui représentent à eux seuls plus de 85% des maladies professionnelles reconnues. Les risques psycho-sociaux sont quant à eux devenus en 2007 la première cause de consultation dans les structures hospitalières spécialisées en pathologie professionnelle.

Constatant la forte attente sociétale, l'instauration ces dernières années d'éléments structurants (appels à projets, domaines d'intérêts majeurs, chaires…), la mise en avant des interactions santé travail dans le Plan stratégique 2020 de l'Inserm, et afin de créer une large communauté organisée de recherche en « Santé – Travail », l'Institut Santé publique développe une cartographie des équipes, dans le périmètre de l'Alliance Aviesan, dont les

Draft

thématiques de recherche englobent le champ « Santé – Travail ». Ceci est la première étape d'un travail visant à donner une visibilité à cette communauté de recherche (entre équipes de disciplines différentes, mais aussi vis-à-vis d'autres acteurs, décideurs, ou financeurs) et permettant à l'Itmo Santé publique de mener à bien ses missions de programmation, structuration, développement et animation de la recherche en santé publique et plus particulièrement dans le cas présent, la mise en place d'un axe thématique « Santé – Travail » tout comme l'axe « Santé – Environnement » a pu être développé par le passé.

Le présent document vise à détailler la cartographie effectuée dans le champ de recherche Santé – Travail et expliquer comment est structurée la communauté scientifique qui y est associée.

2. Méthodologie

Une première entrée permettant l'identification des laboratoires a été effectuée via la littérature sur Web of Science, en utilisant l'item « Occupational health » sur les années 2010-2016 et en recherchant les articles écrits par des équipes françaises. Sur cette période, cela correspond à 421 résultats, articles, revues, ou encore éditoriaux. Pour chacun de ces résultats, les affiliations françaises ont permis d'identifier un premier groupe d'équipe dont les thématiques de recherche sont en lien avec le champ « Santé – Travail ».

Pour pallier le côté « sciences médicales et santé » de ce genre de portail, une autre entrée choisie a été le portail « thèses.fr », permettant en recherchant les thèses en Santé – Travail, en cours de préparation, et soutenues entre 2010 et 2016, quelques soient les disciplines, d'identifier les laboratoires d'accueils des doctorants et ainsi compléter la cartographie. A noter que ce travail est toujours en cours et pourra permettre d'identifier d'autres équipes, qui pourraient être plus à la marge de la thématique.

Pour chaque équipe identifiée, les informations obtenues proviennent dans un premier temps de leurs sites institutionnels (tutelles / direction de l'unité / équipe le cas échéant / thématiques…). En recoupant les auteurs des articles et les pages organigrammes / membres de l'équipe, les chercheurs spécifiquement en lien avec le champ « Santé – Travail » ont été mis en avant. Enfin, dans la mesure du possible et des informations recueillies, les projets et programmes financés en cours et passés (entre 2010 et 2016) étaient mentionnés.

Les données ont été croisées avec la base de données des équipes en Santé Publique de l'Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP). La cartographie a par la suite été relue par Giovanni Prete, maître de conférences à l'Université Paris 13, sociologue au sein de l'Institut de recherche interdisciplinaire sur les enjeux sociaux (UMR 8156 – U997) et Pascal Andujar, maître de conférence, praticien hospitalier en médecine et santé au travail à l'Université Paris-Est Créteil, et chercheur au sein de l'Institut Mondor de Recherche Biomédicale (UMR 955). Cette relecture a permis de compléter la cartographie des laboratoires ou chercheurs manquants et valider les éléments déjà identifiés.

Draft

3. Aspects descriptifs

3.1 Structures et tutelles

Actuellement, 82 équipes de recherche françaises ont été identifiées. Parmi ces équipes, 53 équipes sont référencées sur la cartographie Santé Publique du GIS IReSP. 32 équipes sont localisées en Ile-de-France. En province, on retrouve 8 équipes en Auvergne-Rhône-Alpes (Lyon, Grenoble et Clermont-Ferrand), 6 équipes en Normandie (Caen, Rouen et Le Havre), 5 équipes dans les Hauts-de-France (Lille et Arras), en Provence-Alpes-Côte d'Azur (Marseille, Avignon et Nice), en Nouvelle-Aquitaine (Bordeaux et Limoge), en Bretagne (Renne et Brest) et en Pays de la Loire (Nantes et Angers), 4 équipes en Bourgogne (Dijon et Besançon) et en Occitanie (Toulouse et Montpelliers), 2 équipes en Grand Est (Nancy et Reims) et 1 équipe en Centre-Val de Loire (Tours) [*Figure 1*].

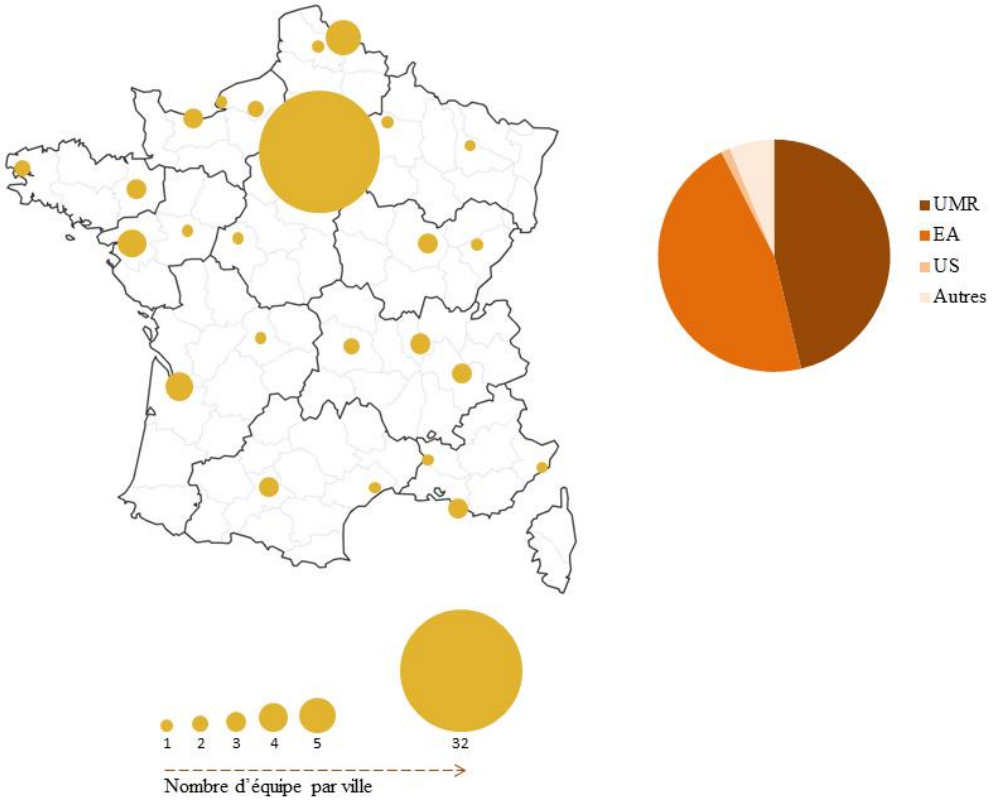


Figure 1 : Répartition nationale des équipes de recherche dans le champ « Santé – Travail » et type de structure.

Concernant la structure des équipes, on dénombre 38 unités mixtes de recherche (UMR), 39 équipes d'accueil (EA), 1 unité de service (US) et 5 autres organismes (Institut universitaire de médecine du travail de Lyon, Institut d'études du travail de Lyon, le Centre de gestion scientifique de l'école Mines Paris Tech, le Centre d'études de l'emploi ou encore le département santé – environnement – travail et génie sanitaire de l'EHESP) [*Figure 1*].

Une très grande proportion de ces équipes de recherche est adossée à une université (69 sur 80). Les autres sont rattachées à un autre EPSCP (EHESS, Cnam, Mines Paris Tech, Sciences Po, EHESP ou EPHE) [*Figure 2*].

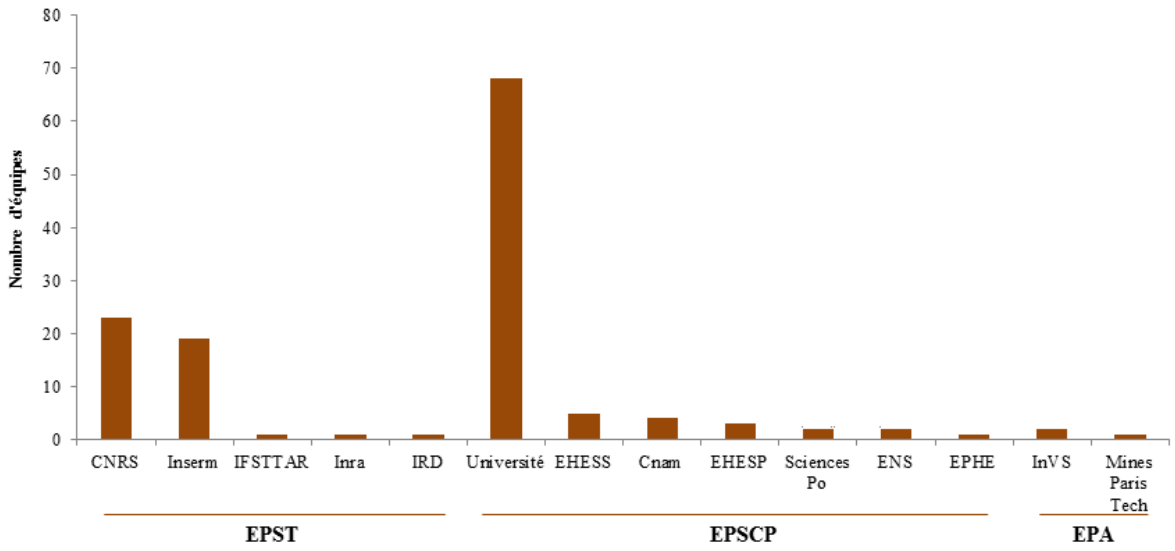


Figure 2 : Tutelles des équipes dans le champ « Santé – Travail »

Seule l'équipe « Risque, travail, marchés, état » de l'Inra n'a pas de structure d'enseignement supérieur en tant que tutelle. Un peu plus de la moitié des équipes est labélisée par un EPST (23 par le CNRS, 19 par l'Inserm, 1 par l'Ifsttar et 1 par l'Inra).

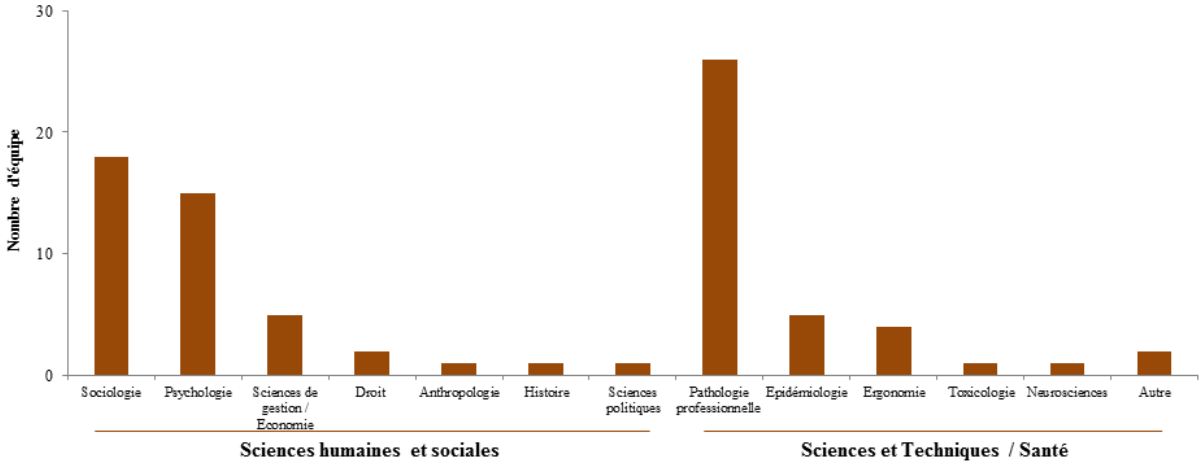


Figure 3 : Répartition des équipes en Sciences humaines et sociales et en Sciences et techniques / Santé sans le champ « Santé – Travail »

De nombreuses disciplines prennent pour objet le travail, comme la psychologie, la sociologie, le droit, l'histoire, l'ergonomie, l'épidémiologie, la philosophie, la médecine, ou parfois la biologie. La recherche sur le travail est néanmoins rarement le seul domaine des

équipes de recherche qui développent un axe, plus ou moins structuré et étoffé. La répartition des équipes entre sciences humaines et sociales et sciences et techniques / santé est équilibrée (respectivement 43 et 37 équipes). On notera pour les équipes sciences humaines et sociales, une majorité d'équipe en sociologie (18) et psychologie (15) du travail. Pour les équipes en sciences et techniques / santé, les équipes en lien avec la médecine de prévention et les pathologies professionnelles sont très majoritaires (26 équipes) [*Figure 3 et 4*]

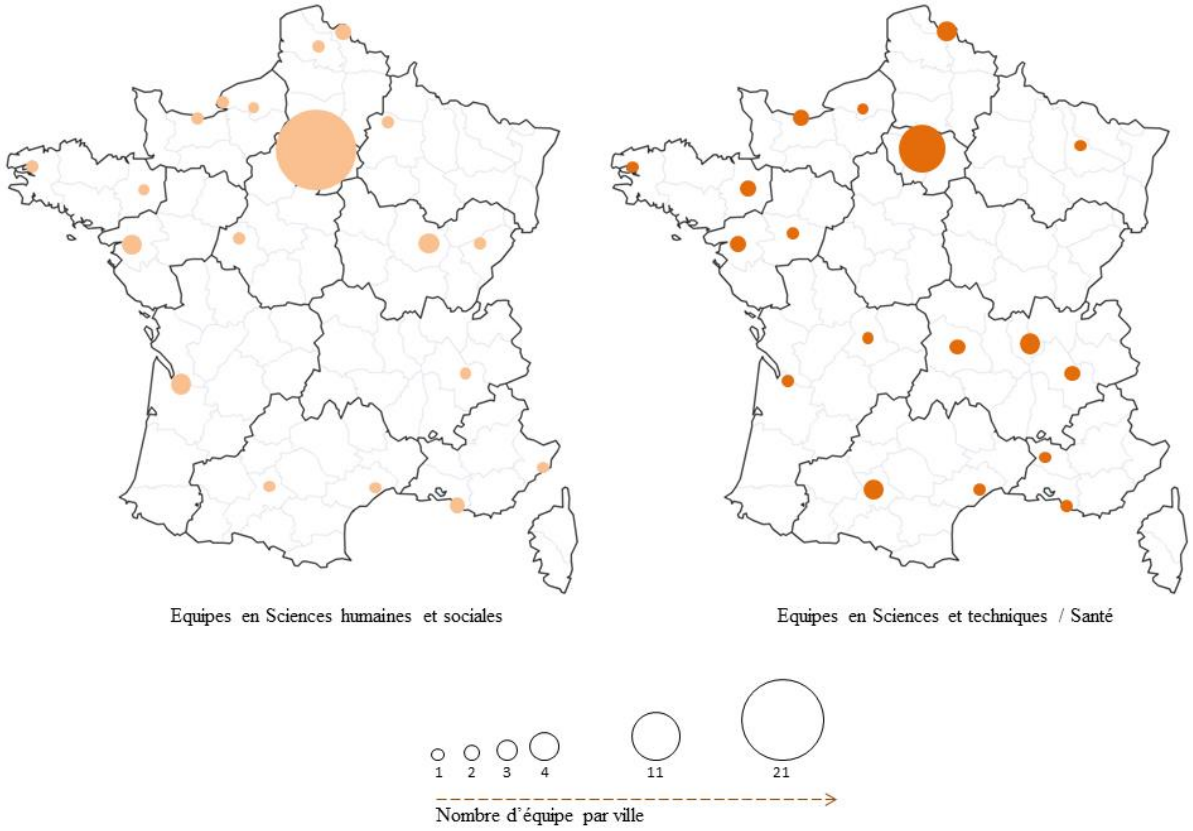


Figure 4 : Répartition nationale des équipes de recherche dans le champ « Santé – Travail » en fonction de leurs domaines.

3.2 Chercheurs

Plus de 200 chercheurs statutaires sont actuellement référencés dans la cartographie santé travail. Une répartition homogène est observée entre les proportions de sociologues, psychologues et médecins spécialistes des pathologies professionnelles (environ 50 chercheurs pour chaque). D'autres disciplines sont représentées, en effectifs moindre (épidémiologie, économie, droit, sciences de gestion, ergonomie, neurosciences, sciences politique, chimie, oncologie, anthropologie ou encore psychiatrie) [*Figure 5*].

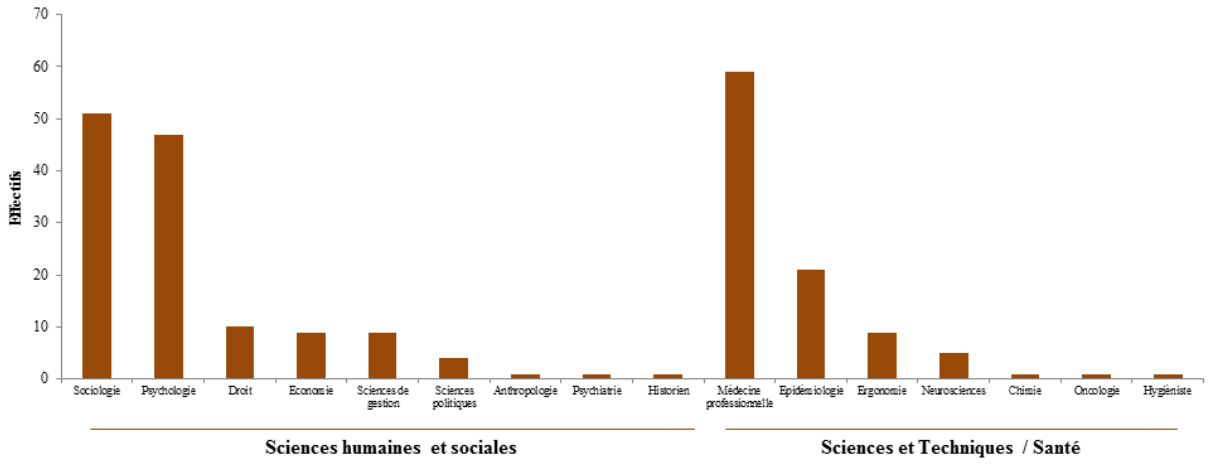


Figure 5 : Effectifs et répartition par discipline des chercheurs identifiés dans le champ « Santé – Travail »

Si l'on s'intéresse aux statuts des chercheurs, la majorité sont des universitaires (professeurs et maitre de conférences représentent près de 55% des effectifs). Enfin, 1/10ème des effectifs sont employés par les grands instituts de recherche de l'Alliance Aviesan. On retrouve 13 directeurs de recherche provenant principalement de l'Inserm et du CNRS et 12 chargés de recherche venant majoritairement du CNRS [*Figure 6*].

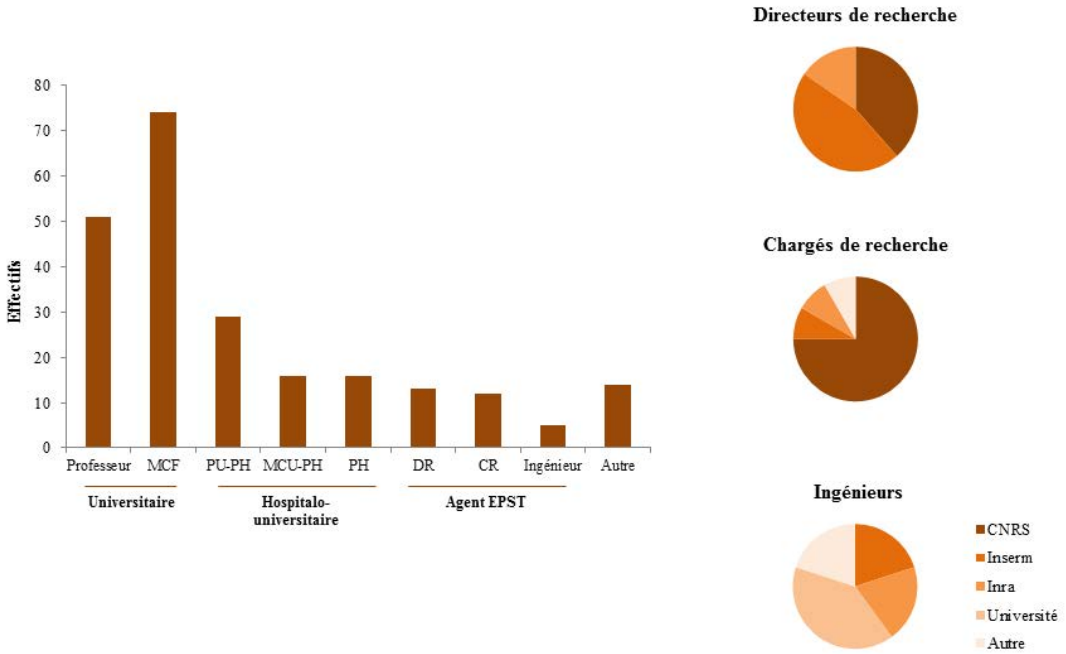


Figure 6 : Appartenance des chercheurs dans le champ « Santé – Travail » et répartition par EPST des directeurs de recherche, chargés de recherche et ingénieurs

Il faut noter que les directeurs de recherches Inserm ont principalement un profil épidémiologie alors que les directeurs et chargés de recherche CNRS sont plutôt de profil sociologie (9 sociologues, 1 épidémiologiste et 1 chercheur en sciences politique).

3.3 Disciplines et thématiques

Dans un premier temps, une lecture rapide de la cartographie nous montre que les équipes de recherche en Santé – Travail sont très souvent mono-disciplinaire. Il est en effet rare de trouver des équipes associant des chercheurs en SHS (sociologie, psychologie, mais aussi sciences politiques ou sciences cognitives par exemple) et des chercheurs issus des filières Sciences et techniques (sciences biologiques, ergonomie, épidémiologie ou statistique) et Santé (médecine du travail ou autres spécialités). En amont d'une table ronde organisée par l'Institut Santé Travail – Paris Est en 2016, Arnaud Mias, en charge de la coordination scientifique du DIM Gestes, regrette que le DIM, regroupant des équipes de recherche en SHS n'ai pu en 4 ans mettre en place des discussions avec les médecines du travail, services de pathologies professionnelles ou épidémiologistes. On peut néanmoins mettre en avant les équipes « Conflits, engagement, éthique et société » du laboratoire Epsylon (Montpellier, EA 4556) ou « Handicaps et vulnérabilité » du Laboratoire de psychologie des Pays de la Loire (Nantes, EA 4638) qui regroupent sur des thématiques communes des psychologues et des médecins spécialisés en pathologies professionnelles.

Si l'on s'intéresse aux axes pathologiques étudiés par les équipes de la cartographie, les risques psycho-sociaux sont très clairement les plus étudiés (29 équipes). On observe que les RPS sont principalement abordés sur le versant SHS, peu d'équipes les étudiant sur un versant plus médical (23 équipes en SHS). Par la suite les pathologies revenant le plus souvent sont les cancers (12 équipes), les autres maladies chroniques (maladies cardiovasculaires par exemple) (8 équipes) et les troubles musculo-squelettiques (6 équipes).

Concernant les expositions, 5 équipes travaillent sur les pesticides, et 5 autres sur les expositions pulmonaires (hors nanoparticules). L'exposition professionnelle aux nanoparticules concerne 4 équipes. Par ailleurs, 2 équipes travaillent sur les expositions au bruit, et 1 sur les expositions aux ondes électromagnétiques.

Certaines équipes développent des axes de recherche en lien étroit avec un type de population, souvent en fonction des déterminants qui sont étudiés. Les populations les plus souvent étudiées sont les personnels de santé (8 équipes), les agriculteurs et les soudeurs (5 équipes), les PME (2 équipes) et les marins (1 équipe). A côté des catégories professionnelles, on note également que les horaires atypiques / travail de nuit (6 équipes) et le vieillissement des salariés (4 équipes) sont également pris en compte.

Les agriculteurs sont une population modèle de l'exposition aux pesticides et les soudeurs, une population souvent considérée comme modèle pour l'exposition aux nanoparticules (fumée de soudure). [*Figure 7*]

Draft

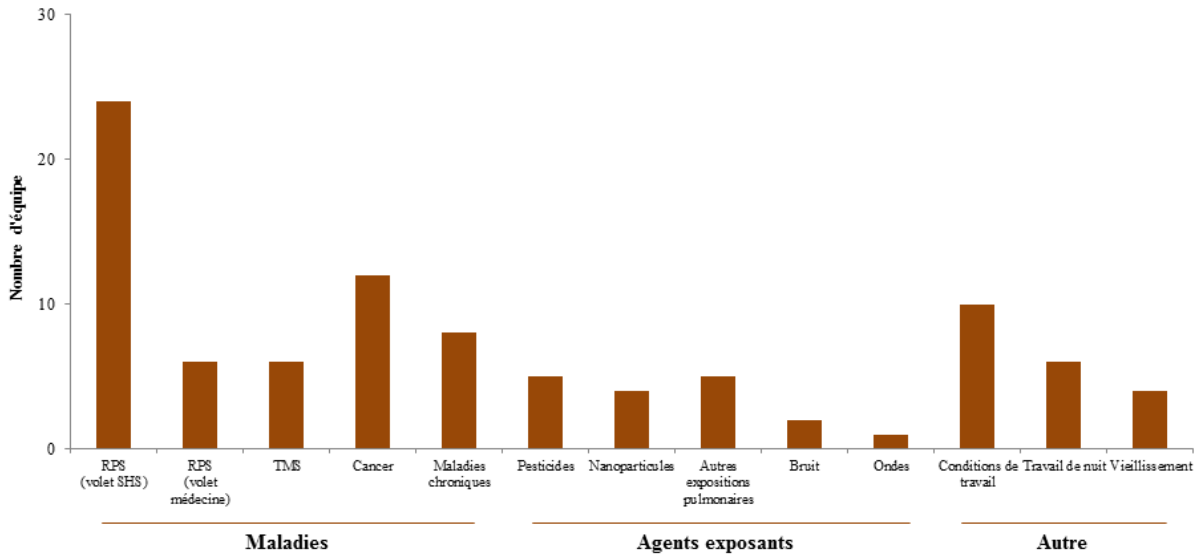


Figure 7 : Thématiques abordées dans le champ « Santé – Travail », par type de maladie, et par agent exposant

3.4 Thèses

La cartographie recense actuellement 54 thèses en cours et 34 thèses soutenues depuis 2010 dans le champ « Santé – Travail », toutes disciplines confondues, hors thèses d'exercice.

3.5 Difficultés méthodologiques

Une difficulté apparait quant à l'identification de plusieurs chercheurs relative à leur « isolement ». En effet, un certain nombre d'équipe travaillant sur des thématiques particulière de maladies (cancer, maladies du poumon, maladies neuro-dégénératives…) hors du champ Santé – Travail. Cependant, ces équipes développent des projets en lien avec les expositions professionnelles du fait de leurs grandes expertises sur leurs domaines de recherches (une maladie ou une exposition spécifique), de manière ponctuelle le temps d'une étude, voire de manière plus structurée dans le temps en développant un petit groupe au sein de l'équipe de rattachement. Ces études sont alors souvent portés par des hospitalo-universitaires, et sont peu ou pas explicitement détaillées dans les objectifs généraux de l'équipe de recherche.

4. Discussion sur la structuration de la communauté scientifique en Santé - Travail

4.1 Grands ensembles structurant la communauté Santé - Travail

¤ DIM Gestes

De manière générale, la cartographie montre un ensemble important de chercheurs en SHS, correspondant à plus de la moitié des chercheurs déjà identifiés. Cette forte participation, et

Draft

par la même organisation, vient de la constitution d'un Domaines d'Intérêt Majeur (DIM) appelé Gestes. Le Gestes, groupe d'études sur le travail et la souffrance au travail, est né à l'automne 2011 d'une sollicitation du Conseil Régional d'Ile de France, qui proposait la thématique du travail et de la souffrance au travail parmi celles qu'il se proposait de financer dans le cadre du dispositif des DIM. Il examine les formes d'organisation, les conditions, les évolutions du travail, des statuts d'emploi ainsi que l'articulation entre travail et hors travail.

Rapidement, le DIM s'est adossé à un Groupement d'Intérêt Scientifique (GIS) destiné à pérenniser le réseau scientifique développé par le DIM, et ainsi, garantir la structuration, l'animation et la dynamique de ce réseau en cas d'arrêt des financements de type DIM par la région Ile-de-France.

Le DIM permet de construire un réseau scientifique autour du travail en Ile de France. Aujourd'hui, le DIM agrège 33 équipes issues de 25 établissements de la recherche et de l'enseignement supérieur de la région Ile de France. Durant la convention 2012-2016 et afin de structurer ce réseau de recherche en Santé – Travail, le DIM/GIS Gestes a permis de soutenir, via la procédure de sélection sur appels à projets, l'organisation de 37 manifestations scientifiques (séminaires mensuels, séminaires résidentiels, journées thématiques d'études et colloques internationaux) portées par des membres et équipes du réseau. Le DIM/GIS a également permis le financement de 23 laboratoires (avec un fort taux de sélectivité), la signature de 51 conventions de reversement, l'attribution de bourses pour 14 post-doctorants et 18 contrats doctoraux (près de 540 articles et fiches publiés sur www.gestes.net).

Soucieux d'élargir l'assise territoriale de ce réseau, le DIM/GIS propose dans sa convention 2016-2020 à des laboratoires hors Ile-de-France de les rejoindre. Plusieurs UMR CNRS (Clersé à Lille, Comptrasec à Bordeaux, Lest à Aix-Marseille ont déjà manifesté un vif intérêt). Par ailleurs, des échanges sont développés avec l'Agence nationale d'amélioration des conditions de travail (Anact) ou la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail.

Il faut noter que Gestes est un groupe de recherche sur le travail et les souffrances au travail. Toutes les équipes ne sont donc pas intéressées par la recherche en santé, certaines pouvant développer des axes autours de la perception du travail dans la société, la relation syndicale, l'organisation du travail… Ceci explique que seulement 16 équipes parmi les 33 qui composent le DIM sont incluses dans la cartographie « Santé – Travail ».

¤ Département médecine du travail

Un deuxième grand ensemble de chercheurs peut être mis en avant : les médecins spécialisés en médecine du travail et pathologies professionnelles. En effet, ceux-ci se retrouvent dans le trio de tête des disciplines les plus représentées dans notre cartographie. Cela peut s'expliquer par le fait que la perception du lien entre santé et travail a été construite historiquement à travers le prisme maladie et travail. Les études des effets délétères du travail sur la santé sont en effet depuis longtemps l'objet de préoccupations de médecins.

Draft

Dans le cadre de ce travail de cartographie, la sous-section « Médecine et santé au travail » du CNU Santé (section 46, Santé publique, environnement et société – sous-section 4602) a été interrogée afin de dresser un tableau complet des praticiens hospitaliers impliqués en recherche en Santé – Travail. 94 professionnels de santé ont été sollicités et la majorité a participé à cette enquête. Actuellement, un peu plus de la moitié de ces noms est référencée dans la cartographie. Plusieurs explications à ce tri peuvent être mises en avant : *i)* certains professionnels ne semblent pas rattachés à des équipes de recherche, nécessitant d'adapter nos méthodes de classement, mais aussi de se poser la question de la part de la recherche dans les services et département de santé au travail ou de médecine du travail des CHU et autres centres hospitaliers, *ii)* certains professionnels ne semblent pas faire de recherche, mais encadrent des thèses d'exercices.

Pour illustration, 20 professionnels de santé du fichier identifié par le CNU Santé, sont impliqués dans des projets de recherche, mais sans affiliation avec une équipe de recherche (5 PU-PH, 5 MCU-PH et 10 PH). A chaque fois, ces chercheurs sont intégrés à un service d'un CHU, ou d'un centre hospitalier plus petit (le Centre hospitalier intercommunal de Créteil par exemple). De nombreuses villes sont ainsi représentées, Amiens, Rennes, Caen, Paris / Créteil / Bobigny, Reims, Strasbourg, Nancy, Dijon, Marseille ou encore Montpellier. Le plus souvent, ils dépendent du service de pathologies professionnelles.

Il existe en France 27 consultations de pathologies professionnelles. Une forte communauté est par conséquent mobilisable au niveau des services hospitaliers en médecine du travail, au contact des patients

4.2 Thématiques de recherche structurant la communauté Santé - Travail

Le développement de programmes de recherche axés sur les expositions aux pesticides et aux nanoparticules s'est structuré suite à des préoccupations sociétales mais aussi à des opportunités de financement *via* le Programme National de Recherche Environnement-Santé-Travail (PNR EST). Le PNR EST existe depuis 2006 et est soutenu par les ministères en charge de l'environnement et du travail, en association avec l'Ademe, le Plan Cancer (INCa puis Itmo Cancer), la taxe sur les émetteurs radiofréquences, et enfin le plan ECOPHYTO (Onema et ministère en charge de l'agriculture). Tous ces contributeurs permettent d'allouer, chaque année, entre 5 et 6 M€ d'aide en moyenne à 35 projets. Le PNR traite tout autant des risques liés aux agents chimiques, biologiques ou physiques qui contaminent les milieux, quel que soit le cadre de vie, que d'autres déterminants de la santé, spécifiques cette fois-ci de l'environnement professionnel (organisations du travail, relations sociales, nouvelles technologies, nanomatériaux, radiofréquences, énergie…). Cet outil a donc structuré une communauté dans les thématiques Environnement-Santé-Travail avec un financement récurrent mais sur un versant Sciences biologiques et Santé plutôt que SHS bien que l'organisation du travail ou les relations sociales soient dans les axes d'études. Les publications liées au PNR EST tournent autour des expositions professionnelles, des questions environnementales, des agents biologiques, des pathologies, mais aussi, des populations vulnérables. Parmi les 356 projets financés depuis 2006, les agents et substances étudiés ont

concerné principalement les pesticides (35 projets), les perturbateurs endocriniens (34 projets) et les nanoparticules (26 projets). Ces chiffres peuvent expliquer que ces types d'expositions soient les plus prises en compte dans les axes structurés des équipes de recherche en Santé – Travail. Les radiofréquences, champs et rayonnements électromagnétiques faisant désormais l'objet d'un focus particulier via un AAP spécifique, on peut penser que les équipes de recherche pourront développer des axes sur ces agents exposants en Santé – Travail.

4.3 Identification des chaires en Santé - Travail

Un travail d'identification des chaires en Santé – Travail est également en cours, les chaires étant un outil permettant également de structurer une communauté et de définir des problématiques et des axes de recherche.

Actuellement, 7 chaires ont été identifiées. 2 sont portées par des établissements membres de l'Alliance Aviesan et présent dans la cartographie : « Management et santé au travail » porté par l'unité Cerag (Grenoble, FRE 3748) et « Santé, travail, innovations » porté par le Lest (Marseille UMR 7317). Les autres chaires sont portées par différents types d'établissements, l'Université catholique de Lille pour la chaire « Santé au travail : individu, collectif, organisation » ou le Cnam en association avec Malakoff Médéric pour Entreprises et santé. Deux chaires ont des visions du domaine Santé – Travail plus orientées vers l'économie, les chaires « Bien-être au travail et paix économique » portée par l'école de management de Grenoble et « Santé et performance au travail » portée par l'école de management Lyon business school.

4.4 Bases de données épidémiologiques

Au sein du Portail Epidémiologie-France (Health database) développé par l'Itmo Santé publique, 139 bases de données en lien avec les expositions professionnelles existent en France : 45 cohortes, 42 études transversales, 16 registres de morbidité, 14 études longitudinales (hors cohortes), 12 études cas-témoins et 8 bases de données administratives pertinentes pour la santé. Néanmoins, ces études ne se concentrent pas toutes exclusivement sur le déterminant de santé - travail.

Seule 14 sont exclusivement tournées vers le travail. Elles sont majoritairement portées par l'Inserm (8). Les autres études sont portées par des agences (Anses et Santé Publique France), le Ministère du Travail (DGT, Dares) ou par l'Institut de radioprotection et de sureté nucléaire pour les études sur l'uranium ou les rayonnements ionisants. Chaque cohorte s'intéresse à un agent exposant (éther de glycol, polluants chimiques, amiante, rayonnements ionisants, uranium) lorsque celui-ci est très spécifique d'une catégorie professionnelle, ou à une catégorie professionnelle quand les expositions sont multiples (en particulier des cohortes suivant des groupes d'agriculteurs), en ciblant une ou plusieurs maladies. Quelques études font du suivi épidémiologique plus global au sein de groupes particuliers (COSET-RSI pour les professions indépendantes, COSET-MSA pour le monde agricole, ou encore Employés

Draft

France Télécom) ou en population générale au travail (par exemple SPIRALE, SUMER ou le réseau RNV3P).

Le Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P) est un réseau de vigilance et de prévention en santé au travail qui regroupe les 32 centres de consultation de pathologies professionnelles (CCPP) de France métropolitaine et un échantillon de services de santé au travail associés au réseau (SST). Ce réseau a pour vocation de rassembler les données de chaque consultation au sein d'une base pérenne de données nationales sur les pathologies professionnelles (données démographiques du patient, pathologies, expositions, secteur d'activité, profession). Depuis juillet 2010, l'Anses est l'opérateur du réseau. Plusieurs chercheurs, hospitalo-universitaires, identifiés dans la cartographie, sont des personnes ressources de ce réseau. Une dizaine d'équipes de la cartographie participent à des projets scientifiques liés à cette base de données, qui peut être un outil majeur dans le développement de programmes de recherche en Santé – Travail.

5. Conclusion

La cartographie effectuée montre une large communauté d'équipes et de chercheurs pluridisciplinaires. En effet, plus de 200 chercheurs travaillent aujourd'hui sur ce champ, tant sur le versant SHS que sur un versant sciences techniques, biologiques ou santé. Cela permet la construction de programmes de recherche complets, prenant en compte ces différentes réflexions. Néanmoins, la principale limite observable réside dans la communication entre les différentes disciplines. Les questions de santé au travail ne sont globalement pas les thématiques centrales des équipes de recherche : elles s'intègrent dans des équipes qui *1)* étudient la notion « travail », tant sur la santé que l'organisation, ou la place dans la société pour les équipes de SHS, ou *2)* des équipes travaillant sur un type d'exposition, sur une maladie précise et dont l'exposition professionnelle n'est qu'une approche, pour les équipes en sciences techniques, biologiques et santé.

On notera néanmoins la constitution d'Instituts Santé – Travail, à Lyon et à Créteil par exemple, première étape pour rassembler des équipes de recherche et des services hospitaliers afin de créer des dynamiques de travail. Ces structures paraissent plus stables que la participation d'un hospitalo-universitaire dans une équipe de recherche qui développe un axe avec un doctorant et un stagiaire M2. Mais pour que la démarche soit complète, il faut que ces Instituts soient *1)* pluridisciplinaire et *2)* pluri-thématiques. Par exemple, l'Institut Santé Travail Paris-Est (IST-PE) à Créteil se développe dans un premier temps autour de deux services hospitaliers (oncologie et pneumologie) car ceux-ci regroupent des chercheurs reconnus pour une maladie, la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). Néanmoins, la volonté de l'IST-PE est de développer par la suite d'autres thématiques plus généralistes en Santé – Travail.

Les thématiques de travail se sont structurées par les financements récurrents, permettant une pérennité et une visibilité. Cela explique que les équipes en sciences biologiques ont beaucoup étudiées ces dernières années les nanoparticules ou les pesticides et peu d'autres

Draft

agents exposants via le PNR EST. Cela se développera par la mise en place d'appels à projets spécifiques comme le volet « onde électromagnétiques » du nouveau PNR EST.

Le paysage français offre donc un maillage d'équipes (recherche, professionnels de santé), de thématiques, mais aussi des possibilités de financements (peu nombreuses mais existantes) et des outils (cohortes, bases de données, registres). La recherche pour la recherche n'étant pas une finalité en soi, celle-ci doit se faire en lien avec ligne directrice des différents Plan Santé Travail (actuellement le plan numéro 3 pour les années 2016-2020) et les services ministériels impliquées (DGT, Dares), mais aussi les agences veillant à la santé et la sécurité au travail (Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail [Anact], Institut National de Recherche et Sécurité [INRS] par exemple) qui participent à la diffusion aux professionnels ou au grand public de l'information scientifique, au même titre que l'Expertise Collective de l'Inserm. L'association entre ces équipes, outils et expertises doit permettre, en réponse notamment au PST3, d'identifier les risques professionnels, nouveaux sujets et risques émergents (via les services hospitaliers, les registres de déclaration ou encore les cohortes), de les analyser afin de mettre en évidence les dangers liés à différents types de nuisances (via les équipes de recherche) afin de développer des solutions adaptées à la maîtrise de ces risques (via les agences). Le développement de nouveaux moyens de diffusions vers les chercheurs (appels à projets spécifiques, chaires de recherche, mise en place de parcours doctoraux, rassemblement en instituts…) sont autant d'éléments permettant de mieux structurer, de mieux valoriser et de mieux pérenniser cette communauté, et ainsi porter un message ambitieux sur la recherche en Santé – Travail.

Draft

PIECE JOINTE N°4
SYNTHESE ET PROPOSITIONS DU GROUPE DE TRAVAIL DU COCT SUR LA GOUVERNANCE DU SYSTEME DE SANTE AU TRAVAIL ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL.

Conseil d'Orientation des Conditions de Travail (COCT)

Synthèse et propositions du groupe de travail sur la gouvernance

du système de santé au travail et des conditions de travail.

Avertissement méthodologique 1
Introduction 2
Proposition transversale 2
Proposition concernant le niveau régional 3
Proposition concernant le niveau national et l'évolution du COCT 4
Proposition concernant le programme de travail 8
Proposition concernant les données sur la santé au travail 8
Proposition concernant la validation politique des conclusions de ce groupe de travail 9
Annexe. 10
Composition du groupe tripartite consacré à la gouvernance de la politique de santé au travail 10
Liste des acteurs du système de la santé au travail auditionnés 11

Avertissement méthodologique

Ce document de synthèse fait l'objet d'un consensus et retrace l'esprit, la dynamique et les conclusions des travaux du groupe sur l'évolution de la gouvernance. Ce n'est ni un rapport ni un verbatim.

Introduction

Le groupe de travail commun entre l'Etat et les partenaires sociaux sur la gouvernance de la santé au travail résulte de la feuille de route issue de la grande conférence sociale des 20 et 21 juin 2013.

Par lettre du 7 octobre 2013, monsieur le Ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social a chargé un groupe de travail (dont la composition figure en annexe) de réfléchir, dans le cadre du COCT, à la gouvernance de la politique de santé au travail en vue de :

- Présenter des propositions pour améliorer le pilotage et la coordination des acteurs de la prévention des risques, notamment par le renforcement du COCT, des CRPRP et aussi du rôle et de l'impact du plan de santé au travail dans la perspective de la préparation du PST3 ;
- Améliorer les conditions de travail au plus près des salariés, particulièrement dans les petites et moyennes entreprises.

Le groupe s'est réuni à 10 reprises du 8 octobre 2013 au 30 avril 2014. Il a entendu, collectivement ou sous forme d'entretiens particuliers, un grand nombre d'acteurs de notre système de santé au travail et d'amélioration des conditions de travail (voir liste en annexe).

A l'issue de ces travaux le groupe est en mesure de formuler un certain nombre de propositions d'évolution de la gouvernance en santé au travail.

Ces propositions ont été adoptées par le groupe de travail à partir de contributions particulières, rédigées par les organisations professionnelles et syndicales représentées.

Proposition transversale

Légitimer et organiser la place et le rôle des partenaires sociaux dans le système de santé au travail, la définition et la mise en œuvre de la politique de santé au travail

Les conclusions du groupe de travail reposent sur une idée centrale : la politique de prévention des risques professionnels, et plus largement de promotion de la santé au travail, par sa nature même, requiert une nouvelle dynamique associant à l'Etat les acteurs essentiels que sont les partenaires sociaux dans le respect des prérogatives de chacun.
Si, en aucune façon, la politique publique de santé au travail n'est réductible à un domaine qui serait réservé à des spécialistes et des experts, la participation spécifique des institutions, organismes ou services, experts, acteurs et autres parties prenantes qui constituent le système de santé au travail est fondée sur leur légitimité scientifique et technique qui rend leur appui indispensable.

Les membres du groupe considèrent, dans cette perspective, que la politique publique de santé au travail définie par l'Etat y compris dans sa relation avec la Sécurité sociale, qui recouvre prévention et réparation, doit désormais être fondée sur **une stratégie nationale de la santé au travail** à

débattre et à construire entre l'Etat et tous les acteurs, au nombre desquels en premier lieu les partenaires sociaux.

A cette fin :

- Les lieux et les modalités de construction de cette stratégie entre l'Etat, la sécurité sociale et les partenaires sociaux, sous la responsabilité de l'Etat, doivent être précisés : c'est en particulier l'objet de la proposition visant à conforter le COCT;
- Les différents organismes concourant à la mise en œuvre de la politique de santé au travail doivent être mobilisés et leur action orientée de façon à atteindre les résultats attendus dans le cadre de la stratégie nationale de santé au travail.

C'est dans ce cadre que les partenaires sociaux appellent de l'Etat que leur rôle soit pleinement reconnu tant dans la phase d'élaboration de **la stratégie nationale de la santé au travail** que dans sa phase de mise en œuvre.

Dans ce but, le groupe propose que soit organisé au niveau national et décliné au niveau régional un organe tripartite permettant d'organiser la participation des partenaires sociaux à la définition, à la mise en cohérence et au suivi de mise en œuvre de la politique publique de santé au travail, dans le respect des prérogatives de chacun des acteurs.

Faisant écho aux travaux du groupe tripartite, les partenaires sociaux ont réuni la commission de suivi de l'accord du 13 septembre 2000 qui a confirmé son intérêt pour l'existence d'un lieu de dialogue strictement paritaire, au niveau régional dans le domaine de la santé au travail. La commission de suivi propose ainsi de faire évoluer les ORST en conseil paritaire régional pour la santé au travail. Ce conseil paritaire permettrait ainsi de faciliter l'articulation entre les politiques publiques et la politique des partenaires sociaux en matière de santé au travail. A l'instar de l'échelon régional, la commission de suivi de l'accord du 13 septembre 2000 propose également un espace national de concertation permanent entre partenaires sociaux.

Proposition concernant le niveau régional

Incarner territorialement l'implication des partenaires sociaux en donnant un rôle actif au comité régional de prévention des risques professionnels (CRPRP)

Le constat du groupe de travail est que le fonctionnement des CRPRP est inégal d'une région à une autre. Beaucoup en restent largement à une fonction d'enregistrement présentant un fonctionnement par trop discontinu pour permettre une implication réelle des partenaires sociaux. De plus, la liaison n'est pas suffisamment assurée entre les travaux des CRPRP et ceux des autres instances régionales de gouvernance paritaire des organismes de prévention.
La conclusion du groupe est qu'il convient :

- De mettre en œuvre les textes qui prévoient que le CRPRP « *participe à la définition du volet régional de la politique de protection de la santé et de la sécurité au travail et d'amélioration des conditions de travail*[1] » : il s'agit donc d'associer effectivement les partenaires sociaux

[1] Article R4641-30 du code du travail

- De permettre un relais efficace de l'impulsion et du suivi dans les différentes instances à la gouvernance desquelles les partenaires sociaux contribuent ou dans lesquelles ils sont présents dans la région : CARSAT, OPPBTP, ARACT, SSTIE[2]
- La commission restreinte du CRPRP doit rester limitée aux seuls partenaires sociaux, avec une représentation de la CARSAT.

En ce sens, la commission de suivi de l'accord du 13 septembre 2000 prévoit que le conseil paritaire régional en santé au travail articulera ses travaux avec ceux du comité régional de prévention des risques professionnels.

Le Conseil paritaire constitué par les organisations patronales et syndicales interprofessionnelles représentatives au plan national sera une instance de dialogue de concertation et de coordination sur la gouvernance politique régionale et interprofessionnelle en matière de santé au travail. Il aura pour mission de faire des propositions en matière de santé au travail au niveau régional. Autonome et strictement paritaire, le conseil paritaire permettra de faciliter l'articulation entre les politiques publiques et la politique des partenaires sociaux en matière de santé au travail.

La commission de suivi a proposé, dans son relevé de conclusions, que les partenaires sociaux désignent leurs mandatés de telle sorte qu'il y ait une coordination étroite entre leurs représentants siégeant dans la structure paritaire et leurs mandatés au CRPRP et la Carsat.

Les membres du groupe de travail souhaitent que l'Etat en région renforce ses capacités d'animation sur l'ensemble des organismes de prévention y compris le secteur agricole et se coordonne mieux dans l'ensemble de ses attributions, santé et sécurité sociale, travail, emploi, pour élaborer et suivre les politiques régionales de santé au travail.

Cette nouvelle configuration régionale doit permettre :

- une meilleure coordination entre plans régionaux de santé (PRS) et plans régionaux de santé au travail (PRST) fondée notamment sur un bilan de la situation de la sécurité et de la santé au travail croisé avec celui de la santé en région ;
- une meilleure coordination des actions des différents organismes régionaux de prévention (CARSAT, OPPBTP, MSA, ARACT, SSTIE) à la gouvernance desquelles les partenaires sociaux participent. Le PRST, déclinaison régionale du PST doit constituer le socle et le principe directeur de ces actions coordonnées ;
- Une meilleure articulation de l'action conduite par les entreprises et leurs CHSCT avec les priorités du PST et des PRST.

Proposition concernant le niveau national et l'évolution du COCT

Conforter le COCT en tant que lieu de concertation pour la définition de la politique nationale en santé au travail

Au terme de ses auditions, le constat du groupe est que le COCT exerce une double fonction qu'il faut confirmer et amplifier : une fonction d'orientation de la politique publique de santé au travail, une fonction consultative relative aux textes de toute nature concourant directement à la mise en œuvre de la politique publique de santé au travail.

Pour autant, afin que ces deux fonctions s'exercent réellement et en complémentarité, il convient de résorber le déséquilibre structurel actuel. Le groupe a constaté :

[2] SSTIE : Services de santé au travail inter entreprises

- que le comité permanent actuel, en charge de l'orientation, est trop discontinu dans son fonctionnement et trop hétérogène dans sa composition pour permettre aux partenaires sociaux de participer pleinement à la construction de la stratégie publique de santé au travail ;
- que la commission générale et les commissions spécialisées exercent la fonction de consultation en continuité directe de l'ancien conseil supérieur de prévention des risques professionnels ;
- que certaines des questions incidemment soulevées devant les commissions spécialisées du COCT appellent véritablement une réflexion de fond préalable que le COCT, dans son organisation actuelle, ne permet pas.

En conséquence, le groupe de travail considère que :

- le COCT doit se réorganiser au titre de sa fonction d'orientation afin de devenir le lieu où est discutée et élaborée la stratégie de santé au travail, et où s'articulent, pour le champ de la santé au travail, le paritarisme (en termes de capacité d'expression commune) et l'instance de gouvernance.
- Placé auprès du ministre du travail, le COCT doit développer sa réflexion de manière à la fois autonome et transversale vis à vis de l'administration comme des institutions et organismes de prévention. Cette réflexion est animée par un vice président, personnalité disposant de l'autorité nécessaire pour assurer l'autonomie du COCT. Il est assisté d'un secrétaire général ;
- Le COCT doit disposer de moyens lui permettant de conjuguer son autonomie et une synergie fonctionnelle avec ceux de l'administration du travail ;
- Les représentants de l'Etat siégeant au COCT doivent, à l'instar de ce qui existe au niveau régional, recouvrir celles des compétences de celui-ci qui ont un rôle à jouer dans la politique de santé au travail

Les partenaires sociaux rappellent que, comme à l'échelon régional, ils ont initié une démarche pour mettre en place une structure paritaire de concertation et d'orientation de la politique nationale de santé au travail.

Le groupe de travail considère que, l'Etat doit renforcer ses propres capacités d'animation des différents organismes de prévention et de coordination de l'ensemble de ses attributions nécessaires à l'élaboration et au suivi de la politique nationale de santé au travail : santé, sécurité sociale, travail, emploi, recherche, enseignement. Il veille à ce que la transversalité de cette politique nationale s'accompagne d'une déclinaison des travaux du COCT auprès des autorités et des instances compétentes pour la fonction publique.

Les orientations des différents organismes qui concourent à la mise en œuvre de la politique globale de santé au travail (COG de la branche ATMP, COP de l'Anact, COP de l'Anses,...) doivent désormais être définies de façon coordonnées et selon une temporalité cohérente avec celle du Plan santé travail.

Ces analyses conduisent à la proposition du groupe de réorganiser le COCT en plusieurs instances et de les réarticuler entre elles, d'une part pour constituer l'instrument de la gouvernance globale et stratégique, d'autre part pour gérer sa cohérence interne.

A) Compléter la structuration du COCT

Le COCT devient « **le conseil d'orientation des conditions de travail** » (et non plus « ...*sur* les conditions de travail »).

Il regroupe :

1) Le Conseil national d'orientation des conditions de travail, présidé par le ministre chargé du travail.

Reprenant la composition multipartite de l'ancien comité permanent, pour être un lieu d'échange, d'information et d'expression de toutes les parties prenantes de la santé au travail[3], le conseil national se réunit deux fois par an, avec quatre objets :

- présentation annuelle des orientations de la politique publique de santé au travail retenues par le ministre du travail,
- analyse du bilan annuel des conditions de travail et expression de la synthèse annuelle de l'évolution des conditions de travail
- présentation d'une synthèse des travaux qui ont été conduits et des avis rendus par le COCT dans ses différentes compositions
- expression de toutes les sensibilités que le conseil national rassemble sur les orientations de la politique publique de santé au travail

2) L'instance tripartite institutionnalisée, qui prend la dénomination de **groupe permanent d'orientation des conditions de travail,**

Ce groupe permanent est présidé par le vice-président du COCT et animé par son secrétaire général.

La finalité de ce groupe permanent est **de permettre une évolution de la gouvernance de la santé au travail de nature à mettre les partenaires sociaux en situation de faire émerger des positions de consensus ou de compromis et, par un processus de dialogue avec l'Etat dans le sens souhaité par la convention 187[4] de l'OIT, de** « *définir, mettre en application et réexaminer périodiquement une politique nationale cohérente en matière de sécurité, de santé des travailleurs et de milieu de travail »*

Il est composé des représentants de l'Etat et des partenaires sociaux :

- Les organisations syndicales recouvrent dans leur représentation tout le champ de l'emploi salarié. Les organisations patronales recouvrent tout le secteur privé.
- L'Etat est représenté par le ministère du travail qui assure la coordination avec les autres départements ministériels concernés.

En outre, la sécurité sociale siège également au titre de son réseau.

Ce groupe permanent

- est force de proposition dans la construction de la politique publique de santé au travail, notamment propositions d'orientations lors de l'élaboration du PST ;
- effectue un suivi régulier de la mise en œuvre de la politique de santé au travail,
- peut procéder à des analyses, diligenter des études ou des recherches, et formuler des avis sur des questions de nature stratégique dans le domaine de la santé au travail, y compris lorsqu'elles touchent aux positions de la France au niveau européen ;

---

[3] Outre un organe tripartite national en matière de sécurité et santé au travail, l'article de Convention internationale n° 187 de l'OIT sur le cadre promotionnel pour la sécurité et la santé au travail (2006) énumère les différentes composantes que le système national de sécurité et de santé au travail doit inclure.

[4] Cette convention C187 est en cours de ratification par la France (loi du 24 février 2014). L'article 4.1 de cette convention précise que : « *Tout membre devra, à la lumière des conditions et de la pratique nationales et en consultation avec les organisations d'employeurs et de travailleurs les plus représentatives, définir, mettre en application et réexaminer périodiquement une politique nationale cohérente en matière de sécurité, de santé des travailleurs et de milieu de travail*. »

Il structure ses travaux, et fait appel à toute institution ou personne qu'il estime utile à sa réflexion, en fonction des compétences respectives des parties prenantes représentées au Conseil national (institutions, acteurs, experts et préventeurs constitutifs du système de santé au travail).

- il se réunit avec une périodicité suffisante (en principe trimestriellement) dans des configurations appropriées (séance de travail, séminaire…),
- Il peut constituer et mandater des groupes techniques temporaires pour approfondir une question et lui présenter des propositions ;
- Le consensus prévaut pour les prises de positions du groupe permanent ; chaque composante exprime son point de vue particulier.

3) La commission générale du COCT, présidée par le président de la section sociale du Conseil d'Etat.

- Elle s'inscrit dans le cadre des dispositions relatives aux commissions administratives à caractère consultatif ayant vocation à rendre des avis sur des projets de texte[5] ;
- Elle s'appuie sur plusieurs commissions spécialisées

4) Les commissions spécialisées, chacune étant présidée par une personnalité qualifiée.

- Leur nombre et leur périmètre respectif méritent d'être revisités ;
- Les commissions spécialisées peuvent mettre en place des groupes de travail techniques pour approfondir telle ou telle question.

B) Garantir la cohérence de fonctionnement global du COCT

La proposition du groupe de réorganiser le COCT vise à optimiser le fonctionnement COCT dans sa dimension d'orientation stratégique et à assurer plus de cohérence entre ses différentes compositions consultatives.

La cohérence d'ensemble et la transversalité du fonctionnement des différentes instances du COCT est objet de la vigilance du secrétaire général qui est membre de droit de chacune de celles-ci.

Le groupe permanent harmonise par un texte transversal interne au COCT les procédures de travail et délibératives, ainsi que les relations entre les commissions.

- Les commissions consultatives - générale et spécialisées- n'ont pas vocation à prendre des décisions mais à faire connaître aux autorités et instances compétentes la teneur de l'avis exprimé par les personnes qui composent ces commissions au regard des compétences (techniques, fonctionnelles ou de représentativité sociale) qui sont les leurs. Ces avis n'ont donc pas à être exprimés par un vote et une majorité mais par une série d'avis des organisations représentées, collectés et relatés comme tels dans les comptes rendus de réunions.
- Redéfinir le rôle des personnes qualifiées : outre le rôle essentiel d'éclairage des experts au sein des instances du COCT, des personnes qualifiées apportent aussi leur appui dans la détection des situations à risques et appuient l'administration dans la formulation des dispositifs réglementaires permettant d'éviter ou de limiter le risque. Leur présence dans les instances peut dans certains cas éclairer le débat préalable à la formulation de l'avis de chacun. Cependant, il conviendra de définir une procédure pour apurer les éventuelles questions relatives à des conflits d'intérêts qui, s'il s'en rencontrait, pourraient porter atteinte à la crédibilité du COCT. En effet, des membres pouvant représenter des intérêts catégoriels, les échanges ont permis de souligner l'enjeu d'organiser une procédure de déclarations d'intérêts consultables et de déport.

[5] Décret n°2006-672 du 8 juin 2006 relatif à la création, à la composition et au fonctionnement de commissions administratives à caractère consultatif.

Proposition concernant le programme de travail

Prévoir que le groupe permanent établisse un programme de travail

Le groupe permanent établit un programme prévisionnel de ses travaux.
Le secrétaire général prépare un projet de programme qui est adopté par consensus entre les composantes du groupe permanent.
Le ministre du travail peut également solliciter le groupe permanent en vue de travailler et de faire des propositions sur toute question de nature stratégique dans le champ de la santé au travail.
Après travaux et échanges, le groupe permanent produit un avis et des propositions qui sont soumis à l'arbitrage du Ministre.

Le programme de travail comporte la formulation d'avis et de propositions sur deux sujets récurrents :

1. l'ensemble des travaux d'orientation préalable à la préparation du PST et à ceux afférents à son suivi,
2. la stratégie européenne en matière de santé au travail, et la position française sur les orientations de la commission européenne.

En outre, les auditions et travaux du groupe de travail ont permis d'ores et déjà d'identifier différents thèmes qui par leur importance sont susceptibles d'alimenter une telle programmation.

- Nombre, compétences et conditions d'exercice des commissions spécialisées, le fonctionnement de la commission spécialisée n°4 relative aux maladies professionnelles appelant une réflexion spécifique au vu de la nature de ses missions.
- Recensement, bilan et analyse coût / efficacité des procédures de recours à des organismes accrédités ou certifiés dans les domaines de vérifications ou de contrôles dans les entreprises dans les domaines de santé - sécurité du travail.
- La normalisation en santé - sécurité au travail notamment sur les systèmes de management.
- L'animation globale des SSTI au niveau national et régional, pour renforcer leur ancrage dans la politique de santé au travail.
- Travail continu de capitalisation, réflexion et de proposition en vue de développer une approche positive, pertinente et efficiente des problématiques spécifiques de santé au travail dans les PME et TPE.

Proposition concernant les données sur la santé au travail

Ouvrir le chantier de l'intégration des données sur les conditions de travail

Le constat a été fait que les données existent en matière de santé au travail mais que cependant elles demeurent dispersées en France.
La nécessité de parvenir à une exploitation synthétique des données fait convergence au sein du groupe, en soulignant la **nécessité de couvrir statistiquement tout le champ du travail** : les

données à collecter doivent non seulement concerner le travail salarié dans le secteur privé, le travail indépendant, mais aussi le travail dans les trois versants de la fonction publique.
Objectif de niveau stratégique, il s'agit de :

- Mieux connaître la réalité des risques professionnels, de leur exposition et de leur prévention plutôt que par le seul prisme de leur réparation
- Mieux mesurer et évaluer les résultats des actions conduites

Le COCT n'a pas vocation à se constituer lui-même en un observatoire technique. Le groupe de travail a constaté cependant que des données existantes pouvaient n'être pas collationnées et structurées dans des domaines où le besoin s'en fait sentir. Le COCT devrait pouvoir, à l'initiative de son groupe permanent, passer commande de travaux particuliers susceptibles d'éclairer ses propositions. Cette possibilité s'inscrit dans le cadre des travaux exécutés par ailleurs par l'Etat et l'ensemble des institutions du système de santé au travail.
L'analyse de la sinistralité professionnelle constitue une source importante pour le travail du COCT. Il est regrettable qu'une part importante des AT-MP, en particulier celle qui concerne les trois fonctions publiques, échappe en réalité à l'analyse du bilan annuel des conditions de travail. Un plan de travail devrait être conçu et mis en œuvre de façon à obtenir une complète agrégation dans ce domaine dans un délai n'excédant pas la fin du PST3 (2019).
Le groupe rappelle que de nombreuses de données existent, notamment au sein de la CNAMTS et de la branche AT/MP, de l'INVS. Des modalités devront être concertées pour que ces informations statistiques générales soient accessibles aux membres du COCT.

Proposition concernant la validation politique des conclusions de ce groupe de travail

Donner suite aux propositions du groupe lors de la prochaine grande conférence sociale en vue de la fixation d'une feuille de route par le gouvernement

Les changements que le groupe de travail propose appellent une affirmation politique de la légitimité spécifique des partenaires sociaux dans la concertation avec l'Etat de la stratégie nationale et régionale en faveur de la santé au travail.

Les membres du groupe considèrent que les évolutions énoncées ci-dessus relatives à l'organisation du paritarisme, l'animation des politiques par les pouvoirs publics, les modalités de concertation entre l'Etat, la sécurité sociale et les partenaires sociaux doivent conduire l'Etat et les partenaires sociaux à prendre chacun les initiatives nécessaires à leur mise en œuvre.

Certaines de ces initiatives devront être étroitement articulées entre elles.

Annexe.

Composition du groupe tripartite consacré à la gouvernance de la politique de santé au travail

Sous la présidence de Jean-Marc Boulanger, vice-président du comité permanent du COCT, le groupe était compose de :

Organisations professionnelles et d'employeurs

MEDEF :	- Mme BUET - M. GAMBELLI
CGPME :	- M. THILLAUD
UPA :	- Mme CORRIEU
FNSEA	- M. DEBAIRE
UNAPL	- M. GOUPIL

Organisations syndicales de salariés

CFE-CGC	- M. SALENGRO - Mme KERYER
CFDT :	- M. FOREST - M. GARNIER
CFTC :	- M. MONTELEON - M. KETELS
CGT :	- M. ALPHON LAYRE - M. NATON
CGT-FO :	- M. BILQUEZ - M. NEYRAND

Pouvoirs publics

DGT :	- Mme LEGRAND-JUNG - Mme DELPECH
CNAMTS :	- M. MARTIN
COCT :	- M. BOULANGER - M. LENOIR - Mme DELEVILLE

Liste des acteurs du système de la santé au travail auditionnés

Auditions collectives

Audition des responsables institutionnels

- Jean-Denis COMBREXELLE, directeur général du travail,
- Yves CALVEZ, adjoint au directeur général du travail,
- Dominique MARTIN, directeur des risques professionnels de la CNAMTS.

Audition des responsables d'institution de recherche et d'expertise

- Gérard LASFARGUES, directeur général adjoint scientifique de l'Anses
- Henri BASTOS, adjoint au directeur
- Ellen IMBERNON, responsable du département santé travail de l'InVS

Audition des responsables régionaux de la région Nord-Pas-de-Calais

- Annaïck LAURENT, directrice régionale
- Philippe LE FUR, Chef du pôle T
- Olivier SUZANNE, directeur des risques professionnels CARSAT Nord-Picardie
- Philippe BLANC, représentant Medef au CRPRP
- Gérard WACQUET, représentant CGT au CRPRP

Audition des organismes spécialisés ANACT, OPPBTP, et INRS et des services de santé au travail (CISME et AIST 19)

- Hervé LANOUZIERE, directeur de l'ANACT
- Paul DUPHIL, secrétaire général de l'OPPBTP
- Stéphane PIMBERT, directeur général de l'INRS
- Martial BRUN, directeur du CISME
- Serge LESIMPLE président du CISME
- Corinne LETHEUX, médecin conseil au CISME
- Bernard MAS, directeur du service AIST 19

Audition des responsables du versant agricole du système de santé au travail

Ministère chargé de l'agriculture :

- Eric TISON, Sous-directeur du travail et de la protection sociale
- Dominique DOPPIA, Chef du bureau de la santé et de la sécurité au travail
- Anne-Marie SOUBIELLE, chargée de mission bureau de la santé et de la sécurité au travail

CCMSA :

- Franck DUCLOS, Directeur délégué aux politiques sociales
- M VAN DAELLE, Comité supérieur des prestations sociales des salariés
- Michel GAGEY, Médecin chef de l'échelon national santé et sécurité au travail
- Magalie CAYON, Chef du département de la prévention des risques professionnels (ENNSST)

Auditions particulières

Audition des associations de victimes de risques professionnels

- Arnaud De BROCA, Secrétaire général de la FNATH

- François DESRIAUX, ANDEVA

Rencontres effectuées en région Provence Alpes Côte d'Azur du 2 au 5 décembre 2013 par Christian Lenoir, SG du COCT

- DIRECCTE PACA : directeur régional, pôle T. régional, directrice de l'UT Vaucluse et pôle T.
CARSAT Sud Est : directrice déléguée, ingénieur conseil régional et adjoint, président de la CRATMP
- CRPRP : délégation de membres au titre de MEDEF, CGPME, CGT, CFDT, MSA
- ARACT : directeur d'ACT Méditerranée
- SST interentreprises : rencontre avec l'association régionale des services de santé au travail
(3 présidents, 3 directeurs) et visite d'un service interentreprises de Marseille
- MSA : présidente (médecin du travail) de l'association régionale MSA
- Participation au comité de pilotage de SISTEPACA (système d'information en santé, travail et environnement en PACA)
- Vaucluse : réunion collective avec DA travail, 2 IT, ingénieur prévention CARSAT, les 4 SSTI
(OPPBTP excusé)