ASSEMBLÉE NATIONALE

XVe LÉGISLATURE

Compte rendu

Commission d'enquête sur les maladies et pathologies professionnelles dans l'industrie (risques chimiques, psychosociaux ou physiques) et les moyens à déployer pour leur élimination

Jeudi
12 avril 2018
Séance de 13 heures

Compte rendu n° 11

SESSION ORDINAIRE DE 2017-2018

– Audition, ouverte à la presse, de Mme Mélissa Ménétrier, secrétaire générale adjointe du syndicat national des professionnels de la santé au travail (SNPST), et de Mme Nadine Rauch, présidente du groupement des infirmiers de santé au travail (GIT France) 2

– Présences en réunion 21

Présidence de M. Julien Borowczyk,
Président,

ASSEMBLÉE NATIONALE

L'audition débute à 13 heures 05.

M. le président Julien Borowczyk. Mes chers collègues, nous accueillons aujourd'hui Mme Mélissa Ménétrier, secrétaire générale adjointe du syndicat national des professionnels de la santé au travail (SNPST), et Mme Nadine Rauch, présidente du groupement des infirmiers de santé au travail (GIT France).

Lors de précédentes tables rondes et d'un déplacement, nous avons eu l'occasion de nous pencher sur le rôle du médecin du travail et de l'infirmier de santé au sein de l'entreprise. Notre commission d'enquête souhaite maintenant passer du constat aux solutions qui pourront être mises en œuvre pour que la médecine du travail puisse jouer un rôle majeur dans une politique de prévention renforcée et renouvelée. Je rappelle que la prévention des risques professionnels dans l'industrie est la préoccupation principale de notre commission.

Conformément aux dispositions de l'article 6 de l'ordonnance du 17 novembre 1958 relative aux commissions d'enquête, je vous demande, mesdames, de prêter le serment de dire toute la vérité, rien que la vérité.

(Mmes Mélissa Ménétrier et Nadine Rauch prêtent successivement serment.)

Mme Mélissa Ménétrier, secrétaire générale adjointe du syndicat national des professionnels de la santé au travail (SNPST). Je commencerai par présenter notre syndicat, le syndicat national des professionnels de la santé au travail. Intitulé syndicat national des médecins du travail à sa création en 1949, il est devenu pluridisciplinaire en 2005, intégrant tous les professionnels de la santé au travail.

Notre objectif est d'œuvrer à la défense des droits et des intérêts de tous les professionnels de la santé au travail. Notre particularité est d'être un syndicat indépendant : nous sommes en position d'être à la fois critiques du fonctionnement des services de santé au travail et force de proposition.

Il existe plusieurs définitions de la santé. Pour l'Organisation mondiale de la santé (OMS), « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social* ». Pour notre part, nous préférons celle posée dans une publication de La Documentation française : « *La santé est la capacité de s'adapter à un environnement sans cesse en évolution, non seulement sans prélever sur ses capacités vitales mais en y puisant de nouvelles capacités pour son propre développement* ». Elle nous paraît en effet mieux adaptée à la santé au travail car elle prend en compte les interactions d'un individu avec son environnement.

S'agissant des maladies professionnelles dans l'industrie, l'état des lieux est le même ou presque que pour les maladies professionnelles en général puisque l'industrie recouvre à peu près tous les métiers et tous les risques. Le travail et les itinéraires professionnels sont la première source de discrimination en matière d'espérance de vie et de morbidité. Six points séparent l'espérance de vie des ouvriers de celle des cadres et la mortalité prématurée est multipliée par trois pour les ouvriers par rapport aux cadres : le travail influe sur la santé.

Les troubles musculosquelettiques (TMS), première cause de maladie professionnelle, sont reconnus, même s'ils sont sous-déclarés, et de plus en plus d'atteintes à la santé mentale liées aux conditions de travail sont constatées et dénoncées : stress au travail, harcèlement moral, dépressions, suicides.

On assiste à une mutation du travail avec l'émergence de nouvelles formes de contrats de travail qui tendent à devenir la règle : contrats précaires, contrats partiels, contrats aidés, voire contrats à la tâche qui constituent une vraie mode. Ces nouvelles conditions de travail soumettent la population en âge de travailler à des agressions brèves et violentes – production accrue, parcellisation des tâches – et à des périodes d'exclusion du monde du travail. On peut constater en outre que les entreprises ont de plus en plus recours à la sous-traitance, ce qui leur permet d'externaliser les risques professionnels.

De nouveaux risques émergent avec les nanomatériaux, les perturbateurs endocriniens, les effets cocktail des produits chimiques multiples et des cancérogènes supplémentaires tandis que les risques connus depuis longtemps persistent malgré l'automatisation croissante : travail posté, charges physiques, exposition au bruit.

Il me paraît important de faire un point de la manière dont se construit la connaissance des maladies professionnelles.

La recherche scientifique joue un rôle fondamental dans l'établissement d'un lien causal entre une pathologie et un métier ou des conditions de travail. Il reste beaucoup à faire en ce domaine. L'évaluation des effets des produits chimiques sur la santé, par exemple, accuse du retard. Or, nous percevons plusieurs signaux d'alerte. Les moyens de l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des maladies professionnelles et des accidents du travail (INRS) baissent alors qu'il a un rôle primordial. Quant aux universitaires qui se consacrent aux maladies professionnelles, ils sont de moins en moins nombreux. Ceux qui partent à la retraite ne sont pas remplacés.

Nous nous appuyons par ailleurs sur des nombreuses études de qualité issues de l'enquête SUMER (surveillance médicale des expositions des salariés aux risques professionnels) ou de l'enquête sur les maladies à caractère professionnel (MCP). Elles sont réalisées à partir de questionnaires remplis par des médecins du travail sur le terrain. Toutefois, on note une diminution de la participation des professionnels à l'enquête SUMER, ce que nous ne pouvons que regretter car il s'agit d'un mode de production de données particulièrement intéressant. Il y a des raisons à cela : le travail des médecins et des infirmiers de santé se complique car ils disposent de moins de temps et sont soumis à davantage de pression. Comme chaque questionnaire réclame quarante-cinq minutes d'entretien individuel, on peut comprendre qu'il apparaisse comme une tâche annexe dans un contexte de surcharge de travail.

Les services de santé au travail interentreprises sont, quant à eux, peu impliqués dans la recherche. Ils se fondent sur des données extraites du dossier médical informatisé qui contiennent beaucoup de biais et qui ne sont pas toujours établies avec le consentement des personnes.

Pour bien connaître les maladies professionnelles, il est également important de disposer d'études de qualité nourries par des analyses de cohorte. À cet égard, on peut déplorer qu'aucun service de santé au travail n'emploie des assistants de recherche clinique ou des personnes qui se consacrent à la recherche, du fait des coûts que cela occasionne.

Il me paraît très important par ailleurs de développer la recherche de terrain comme cela se fait pour la médecine générale. Des postes de maîtres de stage des universités pourraient être créés afin de mêler enseignement et encadrement des étudiants à la recherche dans les services de santé au travail.

Une fois les maladies professionnelles connues, il faut pouvoir les repérer, détecter les personnes atteintes et assurer leur suivi. C'est le rôle des médecins du travail et des infirmiers que d'établir un lien entre les expositions et les pathologies. Pour y parvenir, il est nécessaire d'effectuer une traçabilité des expositions, notamment pour les cancers où il y a une grande latence entre l'apparition de la maladie et les expositions qui les causent. Or, certains outils de traçabilité individuelle ont disparu. Les attestations d'exposition aux agents chimiques ont été remplacées par la fiche de prévention des expositions, laquelle a disparu à l'occasion de la réforme du compte de pénibilité.

En outre, des difficultés se posent dans le maniement des outils restant à la disposition des professionnels de santé au travail suivant le type de structure où ils exercent. Un médecin du travail travaillant de manière autonome dans une grande entreprise a plus de facilités pour retracer les expositions car il a un accès aisé aux fiches de données de sécurité et à l'historique des produits utilisés. En revanche, un médecin d'un service interentreprises ayant trois cents entreprises voire plus dans son périmètre d'activité sera déjà content d'avoir des fiches de données de sécurité car certaines entreprises n'en disposent même pas. Il ne peut pas vraiment déterminer à quoi sont exposés les salariés car il n'y a plus de fiche d'attestation et les employeurs ne sont soumis à aucune obligation de traçabilité individuelle.

Dans les services médicaux interentreprises, le recours aux dossiers médicaux informatisés se développe de plus en plus mais le problème est qu'ils sont construits à partir de logiciels de comptabilité. La partie rattachée au dossier médical n'est pas toujours bien faite. Les risques chimiques notamment sont difficiles à prendre en compte car les *thesaurus* disponibles pour les décrire sont très rigides. Quand un produit n'y figure pas, il faut l'inscrire dans une partie laissée libre. Cela nous oblige à avoir une approche simplifiée de la traçabilité alors qu'elle devrait être détaillée.

Pour établir un lien entre l'exposition aux agents chimiques et l'état de santé des personnes, il faut aussi prendre en compte le fait que certaines pathologies ou co-expositions ont des effets aggravants, ce qui nécessite de prendre des mesures de protection renforcée, par exemple, pour les femmes enceintes. Nous ne pouvons donc pas uniquement nous fonder sur les déclarations de l'employeur ou sur les informations qu'il nous transmet. Il nous faut pouvoir interroger les personnes pour connaître leur état de santé et les interactions possibles avec leur environnement au travail. Il est important de maintenir une rencontre individuelle avec un médecin ou une infirmière pour recueillir des renseignements sur les expositions réelles vécues par le salarié qui peuvent être différentes de celles programmées par l'organisation du travail.

Par ailleurs, il faut tracer les risques psychosociaux (RPS) dans le dossier médical, ce qui prend beaucoup de temps alors que, dans beaucoup de services interentreprises, les médecins comme les infirmières se voient imposer des objectifs de « rentabilité » des consultations.

Un autre frein à la traçabilité des RPS réside dans les nombreuses plaintes déposées par des employeurs auprès du conseil de l'ordre des médecins. Plusieurs médecins sont attaqués pour ce qu'ils inscrivent dans les dossiers de santé au travail, notamment en matière

de risques psychosociaux, ce qui les dissuade de porter trop d'éléments aux dossiers des salariés qu'ils examinent.

Mon syndicat considère qu'il est normal qu'un médecin puisse être attaqué devant le conseil de l'ordre, car cette profession ne doit pas bénéficier d'une immunité particulière. En revanche, le traitement des dossiers diffère largement en fonction des départements où ils sont instruits ; de plus, aucune enquête n'est menée au fond quant à la véracité des éléments portés au dossier. Qui plus est, l'employeur a tout intérêt à porter plainte, une saisine abusive n'étant punie que d'une amende de 2 000 euros.

La pratique du suivi partagé avec les infirmières est très ancienne en entreprise. Elle a connu une évolution avec la loi du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels : les infirmières ont désormais beaucoup plus de responsabilités, car elles suivent des salariés que les médecins ne verront plus toujours. Elles doivent donc être capables de repérer les problèmes et d'assurer la traçabilité des expositions dans les dossiers.

Cette évolution rend indispensable une formation adaptée et nous militons pour que celle-ci se situe au niveau du master, niveau cohérent avec celui exigé dans d'autres pays pour les infirmières cliniciennes. Nous conduisons à cette fin des négociations de branche avec notre organisme négociateur patronal, le Centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise (Cisme), désormais dénommé Présanse.

Notre interlocuteur considère qu'il n'y a pas différence et que la formation que nous réclamons n'est pas nécessaire ; les discussions sont donc difficiles. Une aide du législateur nous serait d'un grand secours pour instituer cette formation universitaire, indépendante et qualifiante.

Par ailleurs, le médecin du travail n'est pas toujours le premier à examiner un salarié atteint par une maladie professionnelle : c'est souvent le fait du médecin généraliste ou d'un spécialiste. S'il s'agit d'un cancer, l'intéressé peut avoir cessé de travailler depuis longtemps et nous ne le reverrons plus. C'est pourquoi nous considérons qu'il est important de former les autres professionnels à la santé au travail et sur les liens entre l'exposition à divers risques et les conséquences éventuelles qu'ils peuvent avoir. Ils doivent être mieux informés des procédures de déclaration des maladies professionnelles et du suivi post exposition, les généralistes auxquels reviendrait ce suivi ignorant souvent comment procéder.

La reconnaissance des maladies professionnelles fait l'objet de tableaux. Vous savez déjà qu'elles sont sous-déclarées, mais je souhaite vous en donner les raisons.

La première tient au fait que les procédures sont parfois compliquées, et vous savez que la reconnaissance des atteintes psychiques, par exemple, est instruite par les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) sous réserve de montrer un taux d'incapacité permanente (IP) égal ou supérieur à 25 %. Pour les intéressés, cela représente un parcours du combattant.

La deuxième raison est que les salariés redoutent toujours les conséquences de la déclaration d'une maladie professionnelle sur leur emploi ainsi que sur la perception que peut avoir d'eux leur employeur.

Enfin, lorsque l'on est en victime d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail, on ne peut plus bénéficier du régime d'invalidité de la sécurité sociale. Or, ce régime est souvent plus avantageux que la rente versée au titre d'une maladie professionnelle.

Aussi, pour l'inscription au tableau 57, relatif aux affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail, j'hésite toujours, car pour une personne âgée de 50 ans dont l'épaule est détruite, le montant de la rente correspondant à la maladie professionnelle n'excédera pas 15 % de la moyenne du salaire calculée sur les douze derniers mois, alors qu'une rente pour invalidité pourrait atteindre 30 %. Nous sommes régulièrement confrontés à ces questions, et le choix n'est jamais simple : faut-il déclarer la maladie ou s'abstenir afin que l'intéressé bénéficie du régime de l'invalidité ?

Les tableaux de maladies professionnelles ne sont d'ailleurs pas toujours fondés sur des données scientifiques sûres ; nous le constatons, par exemple, avec le tableau 57, qui se réfère à des angles de posture de travail impossibles à estimer. De plus, l'obligation de recourir à l'imagerie par résonance magnétique (IRM) n'a pas de sens, alors que les médecins savent très facilement établir un diagnostic de tendinite de l'épaule sur la base d'une simple échographie. Cet examen n'est pas invasif et n'emporte que très peu d'effets indésirables par rapport à une IRM, qui est difficile d'accès et beaucoup plus coûteuse.

L'organisation des services de santé au travail et de la prévention dans l'industrie est en fait à deux vitesses, entre services autonomes et services interentreprises. Dans les services autonomes, un médecin du travail suit 1 500 personnes environ, contre 4 000, voire beaucoup plus – jusqu'à 5 500 – dans les services interentreprises.

Le service placé au sein d'une grande entreprise et disposant d'un médecin résident garantit un suivi plus régulier et approfondi, ce qui n'est pas le cas des employés des petites entreprises suivis par un service interentreprises. C'est une source d'inégalité importante.

Par ailleurs, la gouvernance des services interentreprises est patronale, car si le conseil d'administration est paritaire, le président, qui est toujours un représentant des employeurs, dispose d'une voix prépondérante. Ces services sont d'ailleurs gérés comme des entreprises et non pas comme des associations chargées d'un service public. Afin de justifier la cotisation des entreprises, il faut leur rendre des services qui ne sont pas nécessairement fondés sur les besoins de santé des salariés. Un quota de consultations est ainsi exigé, dont le contenu n'est pas ce qui prime ; seul importe le chiffre : il faut développer les services aux entreprises, l'aide au document unique etc.

Ce mode de gestion nous crée de multiples difficultés pour exercer notre métier, en prenant le temps nécessaire pour ceux qui en ont le plus besoin. Or, c'est précisément ce qui nous a été « vendu » avec la loi du 8 août 2016 : les médecins s'occuperaient des cas les plus compliqués et disposeraient de plus de temps pour faire de la prévention, les personnes présentant des besoins moindres étant vues par des infirmières, susceptibles de les réorienter vers le médecin si nécessaire.

Aujourd'hui, la coopération entre médecins et infirmières se passe très bien, néanmoins les médecins ne disposent pas de plus de temps pour la prévention, car le nombre de patients a augmenté et tout le travail réalisé en coordination est pris sur le tiers-temps. Désormais, les médecins disposent de toute une équipe, mais nous consacrons beaucoup de temps à valider ce que font les autres et à faire ce que les autres ne peuvent pas faire, comme

les études d'inaptitude. Nous disposons donc de moins de temps pour la prévention primaire et le déclenchement d'actions, car nous devons gérer beaucoup plus de cas compliqués.

Le cas des employés intérimaires est exemplaire de ce qui ne marche absolument pas dans la santé au travail : ces salariés font l'objet d'un suivi irrégulier, car ils sont susceptibles d'être vus par n'importe quel service de santé au travail. L'organisation est meilleure dans les régions où l'on compte un seul service par département, tandis qu'en région parisienne, où l'on compte plus de vingt-cinq services interentreprises, les intérimaires peuvent passer d'un service à un autre et leur dossier médical ne bénéficie d'aucun suivi.

De ce fait, nous ne pouvons rien faire quand un problème de santé nécessite un aménagement de poste et, quand nous apposons une mention autre que « apte », il est tout simplement mis fin à la mission de l'intéressé. Les services interentreprises nous poussent en outre à voir le plus d'intérimaires possible non pas pour des raisons médicales, mais parce que l'acte est rémunéré 100 euros. De la sorte, nous manquons de temps pour les salariés que nous voudrions réellement suivre, sans que nous fournissions pour autant un réel service aux intérimaires.

C'est d'autant plus déplorable qu'il s'agit de populations en grande précarité, dont les besoins de soins sont importants, et qui ne sont pas toujours suivies par un médecin généraliste. Alors qu'elles auraient un urgent besoin de prise en charge, c'est là un échec de notre système !

Un système à deux vitesses a été introduit à la suite de la loi du 8 août 2016, avec d'un côté ceux qui bénéficient d'un suivi individuel renforcé (SIR), et de l'autre, ceux qui n'en bénéficient pas. Dans le suivi individuel renforcé, on continue à vérifier systématiquement l'aptitude du salarié, ce qui n'est pas le cas dans les suivis normaux.

Pour notre part, nous militons pour faire disparaître cette vérification de l'aptitude, comme le préconisait d'ailleurs le rapport Quinton-Fantoni, pourtant à la base de cette loi. Nous pensons que cela n'a aucun effet sécurisant pour l'employeur, que cela perturbe la relation de confiance avec le salarié, et que c'est complètement improductif.

Prenons l'exemple des travailleurs exposés à des produits cancérogènes, qui continuent à être suivis en SIR. Ils doivent être vus tous les deux ans, soit par le médecin, soit par l'infirmière, qui rend ensuite un avis d'aptitude. Mais pourquoi dire à quelqu'un qu'il est apte à être exposé à un cancérogène ? Déontologiquement, cela ne rime à rien. Pour un médecin, cela revient à dire à la personne qu'elle est apte à utiliser des cancérogènes et à mourir plus tard : c'est tout de même extraordinaire !

Nous sommes donc pour la suppression complète de l'aptitude, mais pas de l'inaptitude. Il est important de garder une possibilité de rompre le contrat de travail pour des raisons de santé, pour des personnes qui ne vont vraiment pas bien et ne peuvent pas continuer. Mais la vérification systématique de l'aptitude n'est ni efficace ni utile.

Le récent rapport sur l'attractivité et la formation des professions de la santé au travail préconise des mesures très positives et très intéressantes, que ce soit sur la formation ou sur la possibilité de prescrire un premier arrêt de travail. En revanche, la façon dont est traitée la question de la pénurie en médecins du travail me gêne.

D'après ce rapport, si les médecins ne voyaient que les SIR et déléguaient tout à l'infirmière pour les autres suivis, il n'y aurait plus de pénurie de médecins. Le défaut de ce raisonnement est qu'il ne part pas des besoins de santé. Or, on doit d'abord se demander quels sont aujourd'hui les besoins de santé au travail, par rapport aux populations que l'on suit, et par rapport à nos missions. Il ne suffit pas d'appliquer la loi et la réglementation.

Le risque est d'être incohérent avec les données scientifiques. Je vous donne un exemple typique : les caristes bénéficient d'un SIR, mais pas les chauffeurs de poids lourds, qui sont tout le temps en déplacement et exposés aux risques routiers. Pour nous, du point de vue médical, quelle est la différence ? Pourquoi auraient-ils des suivis médicaux différents ? C'est incompréhensible !

Ainsi, la réglementation n'est pas toujours fondée sur les vrais besoins de santé. Ce sont pourtant eux qu'il faudrait prendre en compte pour dire s'il y a pénurie de médecins, ou pour construire le système. Pour nous, c'est une difficulté. Et pour moi, cette difficulté est due au fait que la médecine du travail est rattachée au ministère du travail, dont la logique est d'appliquer la réglementation.

De fait, tout ce qui relève des besoins de santé est très mal évalué ou très mal pris en compte. Par exemple, dans le cadre du plan Santé Travail, des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) ont été conclus, qui intéressent les services interentreprises. Mais on n'y trouve aucun projet comme la création de réseaux de soins, le rapprochement avec les médecins généralistes ou l'établissement de liens avec la santé publique. Les objectifs fixés ne sont même pas très ambitieux. Dans le CPOM sur la prévention de la désinsertion professionnelle, l'unique critère pris en compte est le nombre de visites de pré-reprise ! Ce n'est pas grand-chose par rapport à tout ce que l'on pourrait faire pour le maintien dans l'emploi, par rapport aux réflexions que l'on pourrait mener pour faire réagir les acteurs, ou inciter les uns et les autres à travailler ensemble. Peut-être parce que la santé passe après la composante réglementaire et le travail ?

En tant que syndicat, nous aimerions changer tout le système. Nous avons rédigé un projet, qui date de 2008 mais que l'on a remis à jour cette année, précisément pour faire disparaître ces différences entre services interentreprises et services autonomes de santé au travail, et pour que l'on engage vraiment une réflexion sur ce que doit être la santé au travail de demain.

Pour nous, il faut fusionner les services autonomes, les interservices et la fonction publique ; il n'y a pas de raison que les salariés soient suivis différemment. Il faut mettre les moyens là où c'est nécessaire, en prenant en compte les besoins de santé une fois qu'ils ont été correctement évalués. Il faut travailler dans ce sens avec une Agence nationale qui s'occuperait de tout ce qui est recherche et politique nationale, et des agences régionales qui appliqueraient la politique nationale et adapteraient les moyens par rapport aux besoins, suivant les bassins d'emploi.

Nous considérons que le système ne va plus et que toutes les réformes ne visent qu'à entrer dans le cadre réglementaire. Il y a pénurie de médecins et on n'arrive plus à faire toutes les visites qu'il faudrait faire réglementairement. On finit par espacer les visites, sans se poser la question de ce que sont les vrais besoins de santé et de ce qu'il faudrait faire pour que le système soit efficace.

M. Pierre Dharréville, rapporteur. Je suppose que vous allez nous remettre votre projet ?

Mme Melissa Ménétrier. Bien sûr.

Mme Nadine Rauch, présidente du GIT. Mesdames et messieurs les députés, je suis la présidente du Groupement des infirmiers de santé au travail (GIT), association qui a été créée en 1987 dans le but de fédérer et de promouvoir la santé au travail, et, surtout, de briser l'isolement de nombreux infirmiers, qui étaient un peu éloignés dans leurs entreprises et ne savaient pas ce qui se passait au niveau de la santé au travail.

De fait, tout au début, les infirmiers n'exerçaient que dans les entreprises. Ce n'est que vers 2008 que les services interentreprises ont commencé à en recruter massivement. Comme l'a dit le docteur Ménétrier, depuis la réforme de la santé au travail, nous avons été mis devant le fait accompli : malgré la pénurie de médecins, il a fallu suivre la réglementation et assurer le suivi de santé des salariés. On a donc demandé aux infirmiers d'assurer des visites.

Au début, il s'agissait d'entretiens infirmiers. Toutefois, après des essais dans de nombreux services interentreprises, on s'est rendu compte qu'il fallait aller plus loin. Par le biais des visites d'information et de prévention, nous faisons désormais ce que font les médecins : de la visite.

Aujourd'hui, beaucoup d'infirmiers sont souvent seuls dans les entreprises et ne voient le médecin du travail qu'une ou deux fois par mois. Il est donc important que celui-ci puisse s'appuyer sur les compétences de cet infirmier, pour suivre les salariés, évaluer les risques chimiques, faire de la traçabilité ou participer à des enquêtes. Cela suppose que les infirmiers aient les compétences requises. Or, malheureusement, tout cela s'est fait de façon un peu précipitée et on en voit déjà les conséquences. On nous demande souvent de faire de la rentabilité. Comme le disait le docteur Ménétrier, surtout dans les services interentreprises, les infirmiers font dix ou douze vacations par matinée, ce qui représente près de vingt salariés à voir par jour. On ne comprend pas vraiment l'intérêt de travailler de cette manière.

Autre problématique : dans les entreprises qui emploient un infirmier, les moyens sont souvent assez importants, avec des services d'hygiène et de sécurité, et l'on peut travailler en amont à la prévention primaire et aux préventions collectives. On se demande donc pourquoi des infirmiers des services interentreprises se rendent dans les entreprises pour faire de visites d'information et de prévention, alors qu'il existe déjà un infirmier sur place.

Pour nous, les infirmiers des services interentreprises seraient beaucoup plus utiles s'ils allaient dans les PME et les TPE, où il y a vraiment des actions de prévention à mener. Je pense plus particulièrement aux boulangeries et aux pressings, où les risques chimiques sont réels. Or, personne ne veut aller y voir. Vous savez très bien que certains petits employeurs ne prennent pas d'adhésion pour leurs salariés parce que cela coûte cher. Souvent, ils reçoivent une notification de l'inspection du travail leur demandant pourquoi leurs salariés ne sont pas inscrits dans ces services interentreprises. Mais une année passe, puis une deuxième, parfois une troisième. Pendant ce temps, de nombreux salariés ne sont absolument pas suivis. Je pense vraiment qu'il faudrait rediriger ces infirmiers vers les petites entreprises et non pas vers les grands groupes.

Il ne faut pas négliger l'aspect économique de la question : les services interentreprises savent qu'en passant des contrats avec de grandes entreprises, ils seront payés rubis sur

l'ongle alors qu'il est beaucoup plus compliqué de se faire payer par de petits pressings ou de petites boulangeries.

Ce qui est important pour les infirmiers, c'est de travailler en étroite collaboration avec le médecin, y compris sur les risques psychosociaux, qui sont devenus beaucoup plus importants ces dernières années. On observe la multiplication des types de contrat, avec des contrats très précaires. De très nombreuses entreprises font des plans sociaux et réorganisent régulièrement leur façon de travailler. Cela explique que les salariés soient un peu déboussolés. L'infirmier qui est là, toujours présent, doit pouvoir recevoir ces nombreux salariés, les suivre et les orienter correctement.

J'en reviens à la formation : pour disposer des compétences nécessaires pour travailler avec le médecin, nous avons besoin d'avoir une formation non seulement diplômante mais aussi universitaire. On ne peut pas se satisfaire des formations de trois semaines, qui ont été malheureusement préconisées par Présanse, qui ne voyait pas l'intérêt que les infirmiers soient plus qualifiés et plus diplômés.

Nous sommes conscients qu'il y a un enjeu économique très important, et que, dans les années à venir, la santé en général – et pas uniquement au travail – va surtout viser la prévention. Pour éviter que les gens ne développent des pathologies – et pas seulement dans le domaine professionnel – il faut privilégier la prévention primaire, en amont. Or, aujourd'hui, malheureusement, dans les entreprises, les infirmiers travaillent surtout à la prévention tertiaire, c'est-à-dire une fois que les problèmes sont advenus. Nous ne sommes là que pour « calfeutrer » et on ne peut continuer car cela n'a plus de sens. Il faut vraiment développer la prévention primaire.

Le groupement des infirmiers de santé au travail a réalisé en 2015 une enquête que je vous ferai parvenir et qui dresse un état des lieux de la manière dont travaillent les infirmiers, que ce soit en service autonome ou interentreprises, avec un médecin salarié… Les conclusions sont très intéressantes sur la formation des infirmiers, leur degré d'autonomie, mais aussi les éventuels conflits d'intérêts qui peuvent les concerner – les infirmiers en service autonome sont en effet salariés de l'entreprise tout en dépendant techniquement du médecin du travail. Nous avons eu de nombreuses « remontées », au sein du GIT, d'infirmiers vivant des situations dramatiques : dans des entreprises, les dossiers médicaux leur ont été complètement retirés et confiés aux services interentreprises ; il est donc impossible pour l'infirmier d'assurer un suivi correct et, en cas d'urgence, il ne peut pas consulter de dossier !

Comment protéger au mieux les infirmiers ? Nous avons déjà discuté du statut avec les représentants de l'ordre national des infirmiers : de la même manière que le médecin a un statut de salarié protégé, il faudra envisager de créer un statut particulier pour l'infirmier qui exerce en entreprise ou en service interentreprises – le GIT n'entend pas faire de différence.

Ces derniers temps, nous avons beaucoup évoqué les pratiques avancées que nous tâchons de développer quotidiennement. Pour nous, infirmiers, la santé au travail s'y intègre totalement.

Pour ce qui est de la formation, pendant longtemps les contenus ont été définis par les médecins. Or il est important que les infirmiers participent également à leur élaboration. C'est pourquoi nous avons développé des formations universitaires avec la création d'une licence à Lille et à Paris. J'enseigne moi-même au sein d'un master de Paris XIII – nous y avons créé un parcours particulier pour les infirmiers – ainsi qu'à l'université Paris-Descartes avec le

professeur Perron. Il faut donc vraiment, j'y insiste, que les infirmiers travaillent eux aussi à ces contenus et enseignent dans les universités.

M. le président Julien Borowczyk. Je vous remercie pour vos interventions qui prouvent votre attachement à votre métier et montrent la passion avec laquelle vous l'exercez. Vous avez ouvert de très nombreuses pistes de réflexion que le rapporteur, j'imagine, va s'empresser d'emprunter.

M. Pierre Dharréville, rapporteur. Merci à toutes deux pour la richesse de vos exposés, leur aspect concret éclairant les parlementaires que nous sommes – car c'est bien pour améliorer le réel que nous écrivons les lois.

Vous avez décrit un système qui ne fonctionne pas comme il faudrait et formulé des propositions précises.

Pouvez-vous nous apporter des précisions concrètes sur la réforme liée à la loi El Khomri, que vous avez évoquée, et d'où procède le partage des tâches entre médecins et infirmiers ?

Comment envisagez-vous les actions de prévention ? Vous avez évoqué les préventions primaire et tertiaire : avez-vous des exemples à nous donner ?

Comment faire en sorte d'éliminer les maladies au travail ? Vous avez une expérience, un savoir qui nous intéressent. Peut-être doit-on aller au-delà de la question générale et envisager, pour chaque cas, les trois risques mentionnés dans l'intitulé de cette commission d'enquête : chimiques, psychosociaux et physiques. Comment, pour les risques psychosociaux par exemple, faire progresser la prévention ? Faut-il un tableau ? Pour ce qui est des risques chimiques, comment intervenir concrètement dans la vie d'une entreprise ?

Mme Nadine Rauch. Je laisserai le docteur Ménétrier s'exprimer sur les risques chimiques. Je peux en revanche vous répondre sur les risques psychosociaux puisque j'ai suivi une formation en la matière et que je suis devenue formatrice, notamment dans le tertiaire, au sein de l'entreprise où je travaille. Le contexte est assez complexe : vous avez tous entendu parler de bien-être au travail et de qualité de vie au travail, ce qui n'est pas la même chose. Pour cacher les risques psychosociaux, les entreprises développent la notion de « bien-être », qui veut tout et rien dire. On ouvre des conciergeries, on organise des séances de massage, de sophrologie etc. mais cela ne permet pas de résoudre le problème de fond, à savoir la diminution des ressources humaines remplacées par la technologie. On sait très bien qu'il faut faire des économies. Dans de nombreuses entreprises, surtout celles du secteur tertiaire, toutes les fonctions annexes – ressources humaines, services généraux, haute technologie, etc. – sont soit délocalisées, soit externalisées. Vous vous retrouvez donc avec des salariés devenus, au fil des années, multitâches. Ils se trouvent à faire tout à fait autre chose que le métier pour lequel ils ont été embauchés. On sait très bien que le monde évolue, ce n'est pas la question, mais ce qui pose problème est que les choses se font sans concertation. J'ai souvent fait remarquer à mon employeur que les salariés étaient prêts à changer mais à condition qu'on instaure une concertation, qu'on les accompagne – ce qui n'est pas assez souvent le cas.

Les changements sont souvent la conséquence de stratégies décidées dans d'autres pays – nos entreprises sont souvent internationales – comme les États-Unis ou le Royaume-Uni. Ces stratégies sont imposées et, malheureusement, les salariés étant mis du jour au

lendemain devant le fait accompli, on change leur façon de travailler. Nous essayons donc de convaincre les services de santé, le médecin du travail, s'il doit y avoir des réorganisations, de demander à l'employeur de les préparer en amont avec les salariés, de les leur expliquer et non, je le répète, de les leur imposer. C'est tout à fait possible mais, hélas, nous sommes souvent pris de court et les choses se font trop vite. Il faut donc absolument faire comprendre aux entreprises que les salariés accepteraient peut-être mieux le changement s'ils étaient mieux accompagnés, donc si l'on faisait de la prévention.

Mme Mélissa Ménétrier. Vous nous demandez comment se passe le travail en binôme entre médecin et infirmière. Les conditions pour que tout se passe au mieux ne sont pas toujours remplies. La première est que l'infirmière doit être formée : si elle vient d'avoir son diplôme, elle ne connaît pas grand-chose à la santé au travail et il faut l'accompagner pour ne pas la mettre en difficulté. Ensuite, il faut organiser des temps d'échanges avec le médecin : ils doivent discuter des dossiers, des pratiques, de la manière de coopérer – ainsi, selon la nature du risque encouru dans telle entreprise, on pourra décider de la visiter non pas tous les cinq ans mais selon une autre périodicité. Il faut par ailleurs que le médecin ait du temps pour confier certaines tâches à l'infirmière. Or, souvent, on n'y a pas réfléchi avant que l'infirmière arrive et elle se trouve, alors qu'elle n'y est pas formée, à donner des consultations, ce qui d'ailleurs ne gêne absolument pas les directions de services qui répondent qu'il n'y a qu'à respecter le protocole. Seulement, le protocole ne peut pas prévoir tout ce qui se passe dans la réalité du monde du travail. On ne peut pas établir un protocole avec une liste de questions que l'infirmière doit poser – cela n'a pas de sens. Le protocole doit prévoir les modalités de la coopération entre médecin et infirmière et non dresser un inventaire à la Prévert de ce que l'infirmière doit chercher sans, de plus, y être formée. Si tout est bien pensé à l'avance, c'est très enrichissant et c'est un bonheur de travailler avec une infirmière, de se relayer, de la faire parfois participer au CHSCT quand plusieurs se réunissent en même temps. Mais si rien n'est préparé, les équipes sont mises en difficulté puisqu'elles doivent être rentables – ce qui est dès lors assez pénible.

En ce qui concerne la prévention, les services interentreprises font beaucoup de prévention secondaire. Dès qu'on détecte une situation potentiellement problématique – une réorganisation, un changement de management etc. –, on réfléchit à la manière d'intervenir le plus tôt possible dans l'entreprise pour améliorer la situation et éviter l'hécatombe. Nous n'y arrivons pas toujours car le premier acteur de l'entreprise est l'employeur et nous ne sommes que conseillers. L'employeur peut donc très bien ne pas suivre nos préconisations et faire ce qu'il veut. Ce qui manque à l'heure actuelle, c'est la prévention primaire qui permettrait de nous associer au changement. Il est plus facile de faire de la prévention primaire quand on est médecin autonome car on est directement dans l'entreprise, on a des contacts plus fréquents et on a aussi plus le temps de participer à des groupes de travail sur les réorganisations. Cela dit, ce n'est peut-être pas le cas dans toutes les entreprises et, encore une fois, le facteur principal est la volonté de l'entreprise d'associer ses partenaires au changement ou, au contraire, de les mettre devant le fait accompli.

S'agissant des risques chimiques, la première étape consiste à repérer les produits utilisés dans l'entreprise. Ensuite, on propose une substitution, si c'est possible, ou un suivi. Ce repérage n'est pas toujours fait tout de suite car quand on a de nombreuses entreprises à suivre, on ne peut faire des états des lieux partout : il faut planifier les choses et se fixer des priorités. À cet égard, les CPOM, dans le cadre régional, peuvent être des outils très utiles. Par exemple, le CPOM « repérage des CMR (cancérogènes, mutagènes, reprotoxiques) dans les garages » a permis de mener une politique intéressante : nous avons pris une branche, nous y avons fait du repérage puis nous avons évalué à quoi avait servi notre action et si nos

préconisations avaient été suivies. Nous manquons en effet souvent de retours d'expérience sur les effets de nos préconisations.

Concernant les risques physiques, c'est un peu la même chose. Si je connais mon entreprise, je sais que telle unité pratique tel type de manutention et qu'il n'y a pas forcément le matériel nécessaire. Je vais alors y faire une étude ergonomique et proposer des solutions. Ce sont des actions très intéressantes pour nous mais que nous avons de moins en moins le temps de faire car, encore une fois, pour coordonner une équipe pluridisciplinaire et envoyer des spécialistes dans une entreprise, il faut déjà que nous connaissions nous-mêmes l'état des lieux. Il faut aussi négocier avec l'employeur, ce qui demande de nouveau du temps.

Nous sommes conseillers, et c'est l'entreprise qui a le pouvoir d'agir pour obtenir des résultats. Plusieurs acteurs dans l'entreprise doivent être mobilisés, dont les collectifs de travail et le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) qui, jusqu'ici, était pour nous un interlocuteur privilégié pour mener des actions de prévention primaire. Souvent, nous l'associons à notre action et lui en restituons les résultats. Avec la fusion des instances représentatives du personnel, nous craignons que nos interlocuteurs soient moins mobilisés sur les sujets qui nous intéressent car ils seront dispersés entre de nombreuses missions au sein du CSE et peut-être moins bien formés ou moins spécialisés que le CHSCT actuel.

Enfin, pour améliorer la prévention, il faut agir sur les entreprises. Il faut promouvoir des mesures incitatives, telles que les aides financières simplifiées de la sécurité sociale qui, si elles sont peu connues, permettent, dans certaines branches, de financer du matériel. Il faudrait aussi imaginer des dispositifs plus contraignants car nos recommandations sont loin d'être toujours suivies.

Mme Nadine Rauch. S'agissant des recommandations, dans certains cas, le salarié ne sera vu par le médecin que tous les cinq ou six ans. Or, l'infirmier de santé au travail ne peut inscrire aucune recommandation sur les attestations de suivi, ce qui est un peu dommage. Quand il s'agit de préconiser le port de protections individuelles, je ne vois pas pourquoi l'infirmier aurait besoin de l'autorité du médecin. Donner cette possibilité à l'infirmier lui permettrait d'être pleinement autonome et responsable.

M. Pierre Dharréville, rapporteur. Vous avez parlé tout à l'heure des attaques dont sont victimes certains médecins du travail de la part d'employeurs devant le conseil de l'ordre. Quelles mesures de protection estimez-vous utile de prendre en la matière ?

Comment envisagez-vous le lien entre vous et les autres acteurs ? Vous venez d'effleurer le sujet concernant les CHSCT mais qu'en est-il avec la médecine de ville, par exemple ? Comment créer des réseaux efficaces pour mieux déceler les causes des maladies professionnelles ?

Mme Nadine Rauch. Il y a quelques années, la Caisse nationale d'assurance maladie avait publié un petit carnet de santé censé nous suivre et nous permettre d'échanger, non seulement avec le médecin généraliste mais avec tous les autres professionnels. Seulement, personne ne l'a utilisé, ce qui est dommage. Il faudrait reprendre cette idée de dossier médical informatisé partagé avec l'ensemble des professionnels de santé *via* la carte Vitale, ce qui permettrait au médecin de ville de savoir où travaille un salarié et à quels risques professionnels il est exposé. Cela permettrait non seulement d'assurer un suivi des maladies professionnelles mais aussi de faire des études épidémiologiques. Ce type de carte existe dans

d'autres pays d'Europe, notamment dans les États baltes. Bien sûr, se pose toujours le problème de la protection des données personnelles, mais il faudra quand même trouver une solution pour que toutes ces informations soient regroupées et que l'on ait un meilleur suivi des salariés.

Mme Mélissa Ménétrier. Actuellement, les liens avec les autres acteurs du système de santé se nouent au cas par cas et dépendent de la bonne volonté du médecin du travail. Il faut que ce dernier prenne le temps d'écrire au médecin généraliste et que le médecin généraliste prenne, lui aussi, le temps de nous écrire. Il est dommage qu'aucun CPOM ne cherche à monter de projets pour nous rapprocher. Les réseaux de généralistes existent. On pourrait donc aussi créer des réseaux communs et se rencontrer mais pour cela, il faut de la volonté. Or, encore une fois, le lien entre médecin généraliste et médecin du travail n'intéresse pas les services interentreprises, dont le but est d'offrir des prestations correspondant aux cotisations qui leur sont payées. Le médecin traitant devrait avoir les coordonnées du médecin du travail chargé de son patient et, inversement, nous devrions avoir les coordonnées du médecin traitant de chaque salarié qui nous consulte pour pouvoir nous transmettre des informations tout en respectant le secret médical. Actuellement, les médecins traitants ne savent pas comment nous joindre. Quant à nous, nous leur faisons passer des courriers par le biais des salariés. C'est la même chose avec le médecin-conseil de la sécurité sociale, qui est difficile à joindre. On doit attendre jusqu'à huit minutes sur une plateforme téléphonique – quand on s'accroche – pour parvenir à les joindre, parce qu'on voit qu'une personne risque la désinsertion professionnelle, qu'elle est en arrêt maladie depuis un certain temps et qu'on se pose des questions pour la suite. Il serait donc très intéressant de créer du lien entre les différents professionnels.

En ce qui concerne les plaintes déposées auprès du conseil de l'ordre, il y a pour nous deux angles d'approche. Il faudrait tout d'abord que les sanctions prises en cas de plainte abusive de l'employeur soient plus dissuasives, donc bien supérieures à 2 000 euros. Le but des employeurs qui déposent des plaintes abusives est d'intimider leur médecin du travail. Ces plaintes aboutissent d'ailleurs souvent à un changement de médecin du travail au sein de l'entreprise car un médecin ayant subi une plainte d'un employeur n'a pas forcément envie de continuer dans son entreprise. Il faudrait aussi faire évoluer la manière dont sont traités les dossiers : actuellement, ce traitement diffère d'un département à un autre et aucune vraie enquête de fond n'est menée. Les décisions du conseil de l'ordre n'ont pas la rigueur juridique de celles d'un tribunal. Il faudrait donc définir une procédure juridique assortie d'une vraie enquête. La porte est aujourd'hui ouverte aux abus et les employeurs n'ont rien à perdre à franchir le pas – ils le font donc forcément. C'est pour nous un frein à l'exercice de la profession de médecin du travail.

Mme Nadine Rauch. Déjà les médecins ont des difficultés, malgré leur statut de salariés protégés, alors imaginez la situation complexe dans laquelle peuvent se trouver certains infirmiers, subissant la pression de l'employeur qui veut obtenir des données médicales confidentielles sur les salariés…

M. Bertrand Bouyx. Vous nous avez indiqué que la médecine du travail dépendait encore du ministère du travail. Comme nul ne peut être juge et partie, ne pourrait-on imaginer qu'elle relève du ministère de la santé, quitte à ce que sa réglementation reste à la charge du ministère du travail ?

Vous avez également soulevé la question de la formation dispensée aux infirmiers et aux médecins. Les premiers, contrairement aux seconds, ne peuvent pas se spécialiser dans la

médecine du travail ; ils ne sont donc pas formés à exercer leur métier dans un secteur qui a ses spécificités, notamment réglementaires, et ses protocoles de travail propres. Je souhaiterais donc que vous reveniez sur leur formation. Pour ce qui est des médecins, en revanche, je m'interroge sur la pertinence de votre questionnement, car il est de leur responsabilité de suivre différentes formations complémentaires dans le cadre de diplômes d'université (DU).

Par ailleurs, l'organisation en réseau se fait bien souvent à l'initiative des professionnels eux-mêmes. Dès lors, pourquoi ne pas envisager que les médecins du travail rencontrent les médecins généralistes localement ou créent une sorte de réseau informel au sein d'une communauté de proximité ?

Enfin, je tenais à préciser que les instances ordinales ont un rôle disciplinaire, et non pénal. On peut éventuellement s'interroger sur le bien-fondé de ces instances, mais les plaintes déposées devant le conseil de l'ordre ne peuvent aboutir qu'à des sanctions disciplinaires, même si celles-ci peuvent être utilisées pour faire pression sur les médecins du travail.

Mme Nadine Rauch. Les infirmiers, en effet, ne suivent pas d'études médicales, mais leur formation au sein des instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) repose tout de même sur un socle médical qui leur permet, une fois qu'ils sont titulaires du diplôme d'État, d'exercer dans les hôpitaux. Dans le secteur de la santé au travail, il est vrai que nous avons dû créer de toutes pièces des contenus qui permettent aux étudiants, une fois formés, de travailler avec des médecins du travail. Actuellement, on privilégie la prévention plutôt que le curatif, de sorte que la formation est surtout axée sur l'identification des risques dans les entreprises, la législation du travail, la sociologie et la psychologie du travail. Or, si ces contenus sont intégrés dans la maquette de la licence de Lille et celle du master de Bobigny, ce n'est pas le cas partout. Il conviendrait donc – c'est ce à quoi travaillons – d'homogénéiser les formations, pour que leur contenu soit analogue dans les différentes universités.

On pourrait définir un socle commun à toutes les professions de santé en première année, la formation se diversifiant par la suite en fonction des différentes spécialités ou spécificités – la santé au travail étant une spécificité et non une spécialité. Cette réflexion est en cours, nous en avions discuté avec la direction générale du travail (DGT). Pour l'instant, ce n'est pas encore tout à fait clair. Mais je sais que le syndicat du Dr Ménétrier travaille également sur ces contenus.

Mme Mélissa Ménétrier. Le fameux rapport sur l'attractivité des professions de santé au travail dresse un état des lieux des formations infirmières, en précisant notamment le contenu et le nombre d'heures de chaque formation. Ses auteurs relèvent bien qu'il existe des différences importantes et que la meilleure formation est celle qui est dispensée à Toulouse parce qu'elle est pluridisciplinaire et que l'accent y est davantage mis sur le contenu que dans la formation dispensée à l'AFOMETRA (Association pour la formation dans les services médicaux du travail), qui correspond au « bas de gamme ». Mais ils ne prennent pas position – et c'est dommage : ils estiment que la situation n'est pas satisfaisante, mais ils n'insistent pas sur le fait que la formation doit être dispensée par un institut universitaire indépendant et qu'elle doit être qualifiante. Or, selon nous, il est primordial que les infirmières suivent une formation de qualité, faute de quoi nous ne pourrons pas coopérer correctement avec elles ni leur déléguer certaines tâches.

Mme Nadine Rauch. Je précise qu'un groupe de travail, dont je fais partie, réfléchit actuellement à l'élaboration d'un référentiel en matière de santé au travail – le dernier document de ce type date en effet de 2009 –, qui doit être prêt le plus tôt possible, car c'est urgent, probablement début juin. C'est important, car ce référentiel nous permettra de travailler sur les contenus.

Mme Mélissa Ménétrier. Je voulais ajouter que la volonté d'améliorer la formation des infirmières se heurte à de fortes résistances car, si elles bénéficient d'une formation plus avancée, elles risquent de revendiquer des salaires plus élevés. Il faudra donc les payer davantage, ce dont les services internes n'ont pas très envie. Les négociations seront difficiles, mais le contenu de la formation des infirmières est, pour nous, le cœur de la bataille.

En ce qui concerne les autres professionnels, les étudiants en médecine ont très peu de cours en médecine du travail jusqu'à ce qu'ils passent l'internat. La moyenne est de 9 heures, en six ans – et encore, les étudiants ne vont pas toujours en cours ! Or, dès lors que le travail est un facteur important pour la santé, il faut proposer aux étudiants davantage de cours dans cette spécialité, ne serait-ce que pour qu'ils pensent à nous adresser des patients dans le cadre de leur pratique future. Lorsqu'une personne est en arrêt depuis deux ans, par exemple, si le médecin traitant n'a pas le réflexe de l'envoyer à une consultation de pré-reprise, nous ne la verrons qu'à la fin de son arrêt de travail, le médecin-conseil aura coupé ses indemnités journalières et on nous demandera d'aménager le poste ou de statuer. La plupart du temps, cela se conclut par une décision d'inaptitude, car il est très rare que nous puissions faire aménager un poste en une semaine. C'est ainsi que nous sommes confrontés à des situations très difficiles à gérer. Si les autres spécialistes étaient davantage sensibilisés au fait qu'ils peuvent nous solliciter, nous pourrions au moins améliorer notre collaboration. L'enjeu est important. Encore une fois, notre interlocuteur privilégié est le médecin traitant, le généraliste. Or je ne suis pas certaine qu'ils soient très nombreux à passer des DU. Et, s'ils le font, ils ont déjà tellement de choses à traiter qu'ils se concentrent plutôt sur le cœur de leur métier, à savoir la gériatrie ou la pédiatrie, selon leur pratique. Je ne les imagine donc pas suivre une formation longue en santé au travail.

M. Bertrand Bouyx. Je me suis probablement mal fait comprendre : je voulais parler de votre formation professionnelle en tant que médecin du travail, et non de celle des médecins généralistes. Il est vrai qu'il est difficile pour une infirmière d'être plongée dans l'univers de l'entreprise sans avoir suivi préalablement une formation spécifique. En revanche, un médecin qui s'oriente vers une spécialité en médecine du travail doit, comme tout autre professionnel, prendre l'initiative d'actualiser ses connaissances dans le cadre des dispositifs prévus à cet effet. C'est sur ce point que je souhaiterais que vous puissiez nous éclairer.

Mme Mélissa Ménétrier. En ce qui concerne la formation des internes en médecine du travail, la situation est, comme pour les infirmières, très différente d'une région à une autre. C'est le constat que dresse l'association des internes : les formations sont très hétérogènes et, selon la ville où l'on fait ses études, on ne bénéficie pas du tout de la même formation, qu'il s'agisse des contenus ou du nombre d'heures, de sorte que beaucoup de médecins du travail passent des diplômes ultérieurement pour combler les lacunes de leur formation initiale.

Par ailleurs, nous militons pour que cette formation soit revue car, ces dernières années, le métier a beaucoup évolué en raison des différentes réformes, notamment la création de l'équipe pluridisciplinaire. Or, ces réformes ne sont pas toujours intégrées dans les

enseignements. Le management, la communication, le rôle des infirmières ou des ergonomes : tout cela n'est pas enseigné partout. Le contenu de la formation doit donc faire l'objet d'un important travail, d'ailleurs en cours dans le cadre de la réforme du troisième cycle. Il s'agit de s'adapter aux nouvelles missions et à la nouvelle équipe et de se mettre à jour.

Nous militons également pour l'intégration, dans l'équipe enseignante, de médecins de terrain dotés du statut de maître de stage, à l'instar de ce qui existe pour les généralistes. En effet, à l'hôpital ou en consultation de pathologie professionnelle, l'activité est très différente de celle que nous avons sur le terrain : en pathologie professionnelle, par exemple, il n'y a pas de tiers-temps. Nous pensons donc qu'il serait important que des cours soient dispensés par des médecins de terrain, qui peuvent par exemple enseigner des actions de prévention.

Enfin, nous militons depuis très longtemps pour un rattachement au ministère de la santé. La santé, pour nous, est prioritaire : il faut partir des besoins de santé. Or, lors de nos discussions à la DGT ou au ministère du travail, nous voyons bien que leur approche, leurs priorités, leurs intérêts sont différents des nôtres et peuvent même parfois entrer en conflit avec les nôtres. Il nous paraît donc plus sain d'être rattachés au ministère de la santé, dont la priorité est la santé des gens, qu'au ministère du travail, où les conflits d'intérêts peuvent être plus nombreux. La question des tableaux de maladies professionnelles, qui ne sont pas toujours fondés sur des éléments scientifiques, en est une illustration. Ces tableaux faisant l'objet de négociations, on fait des compromis et la santé n'y gagne pas toujours. C'est pourquoi nous souhaitons être rattachés au ministère de la santé.

Mme Nadine Rauch. Encore faut-il que celui-ci ne considère pas la santé au travail comme le secteur qui accueille les rebuts. De fait, lorsque le groupement des infirmières du travail a été reçu, il y a deux ans, au ministère, on nous a fait comprendre que les infirmiers hospitaliers en invalidité ou en RQTH (reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé) étaient envoyés en santé au travail parce que l'activité y est « plus facile ». La santé au travail a donc une très mauvaise image, contre laquelle nous devons lutter.

Mme Annaïg Le Meur. Je m'étonne que vous n'enrichissiez pas votre formation initiale, notamment en travaillant à votre référentiel de compétences pour mettre en avant vos spécificités, chose qui a été faite par les kinésithérapeutes. Cela permettrait de valoriser votre profession et de mieux la replacer dans un cadre universitaire.

Mme Nadine Rauch. Nous avons des contacts permanents avec les instituts de formation en soins infirmiers mais les contenus de formation portant sur la santé au travail sont intégrés dans une catégorie qui ne permet pas de s'y retrouver. Nous ne sommes pas nombreux et nous devons intervenir pour faire reconnaître notre spécificité qui deviendra peut-être un jour une spécialité.

Mme Annaïg Le Meur. J'aimerais savoir si vous faites appel à des prestataires extérieurs, notamment pour la formation « gestes et postures ». Si oui, les accompagnez-vous ? Contrôlez-vous leur travail ?

Mme Nadine Rauch. Je considère que les infirmiers en service autonome doivent inciter les entreprises à utiliser toutes les prestations fournies par les services interentreprises puisqu'elles paient pour cela. Il nous appartient ensuite de collaborer les uns avec les autres, comme le veut la loi. Dans mon entreprise, j'ai ainsi travaillé avec le médecin du travail et un ergonome autour des gestes et postures à adopter pour le travail sur écran. Nous faisons très rarement appel à des prestataires extérieurs, ce n'est pas du tout conseillé.

Mme Mélissa Ménétrier. Je suis d'accord avec Mme Rauch. Autant avoir recours aux ressources internes : cela rend la coordination beaucoup plus facile. Il arrive toutefois que des entreprises fassent appel à des intervenants extérieurs, par exemple lorsqu'elles ont plusieurs sites et que ceux-ci ne sont pas suivis par le même service ou quand elles souhaitent avoir recours à des prestations différentes de celles fournies par leur service interentreprises comme l'ostéopathie. Je n'y vois pas d'inconvénients du moment que nous sommes associés et que cela ne dispense pas l'employeur d'une réflexion sur les conditions de travail, les ports de charges ou l'ergonomie du poste.

Mme Hélène Vainqueur-Christophe. J'aimerais savoir quelles relations vous entretenez avec les agents de prévention des grandes entreprises.

Mon autre question porte sur le dossier médical partagé : est-il utilisé par les médecins du travail ? Est-il à vos yeux un outil susceptible de renforcer la collaboration avec les autres professionnels de santé, notamment le médecin généraliste ?

Mme Mélissa Ménétrier. Les relations avec les agents de prévention varient d'une entreprise à l'autre. Si les agents sont rattachés à un service proche du médecin du travail, des liens se tissent et le travail en commun est facilité. S'ils sont rattachés à un service comme le service qualité, ils se consacrent prioritairement à la bonne application des normes et la collaboration est moins aisée.

Mme Nadine Rauch. Dans les grandes entreprises où il existe des services d'hygiène et de sécurité ou des services qualité, il y a parfois la tentation de détourner l'infirmier de ses missions propres en lui demandant de remplir des tableaux Excel ou de cocher des cases alors qu'il doit en priorité s'assurer de la santé des salariés. Cela dit, il nous arrive de travailler avec les services d'hygiène et de sécurité, par exemple sur des fiches de poste, mais seulement dans un cadre bien défini par le médecin et l'infirmier.

Mme Mélissa Ménétrier. S'agissant du dossier médical partagé, il me semblerait intéressant que les médecins du travail puissent l'alimenter en y intégrant la traçabilité des expositions et la liste des postes occupés. Parmi les pistes envisagées dans le rapport de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) sur le maintien dans l'emploi figurait d'ailleurs l'inscription du nom du médecin du travail dans le dossier médical partagé afin que le médecin traitant sache qui contacter. Cela exige toutefois de réfléchir au respect du secret médical.

M. le président Julien Borowczyk. La possibilité pour le médecin du travail d'alimenter le dossier médical partagé a été plusieurs fois évoquée. Cela permettrait d'y faire figurer la traçabilité des expositions et, peut-être, de renforcer la déclaration des maladies professionnelles, qui ont tendance à être sous-déclarées – vous avez fait part de vos propres hésitations entre maladie professionnelle et invalidité dans le cas de certaines pathologies. En cela, le dialogue avec le médecin traitant est capital car celui-ci a besoin de l'avis du médecin du travail quand il est amené à constater une maladie professionnelle.

À cet égard, j'aimerais savoir s'il vous semblerait intéressant que les externes effectuent un stage auprès d'un médecin du travail. Je sais que certaines facultés de médecine organisent des stages au sein de la commission paritaire nationale (CPN) et dans des organismes de l'assurance maladie afin de faire mieux connaître le travail des médecins-conseils. La connaissance du terrain apparaît indispensable. Et l'on pourrait aussi envisager

que les internes qui se destinent à la médecine du travail fassent des stages dans les entreprises pour s'imprégner de leur fonctionnement général.

Cette question renvoie au lien que vous évoquiez entre les employeurs et les médecins du travail. Qu'en est-il dans les autres pays européens ? Comment la médecine du travail y est organisée ? Quel mode de rémunération est prévu ?

Mme Mélissa Ménétrier. Nous sommes de grands partisans de l'organisation de stages d'externes en médecine du travail. C'est une demande que nous avons formulée depuis longtemps, que ce soit au sein du SNPST ou de l'Association nationale des internes en médecine du travail (ANIMT). Aujourd'hui, ces stages sont très rares et quand il y en a, c'est souvent dans un service de pathologie professionnelle, ce qui ne correspond pas vraiment au travail que nous effectuons sur le terrain. Il m'est déjà arrivé de recevoir une ou deux journées des externes envisageant de choisir la médecine du travail. Une étude a montré que le choix de la spécialité se faisait lors de la troisième année du deuxième cycle des études médicales, donc que les stages constituaient un facteur clef. Il serait bon que les externes viennent faire leur stage à ce stade de leurs études afin que nous puissions susciter des vocations au lieu d'être la dernière roue du carrosse parce que les étudiants ne connaissent pas notre métier.

Les stages en entreprise ne pourraient s'étendre sur les six mois que durent les stages d'internat, compte tenu de la somme des apprentissages. Il s'agirait donc plutôt d'une immersion d'une semaine.

M. le président Julien Borowczyk. Bien sûr, un semestre serait trop long : je pensais avant tout à un stage de découverte. Il me semble important que le futur médecin du travail connaisse le fonctionnement de l'entreprise et que les responsables de l'entreprise connaissent les médecins du travail, pour mieux collaborer.

La formation en médecine du travail est très variable d'une faculté à l'autre. Est-ce lié aux spécificités des bassins d'activité de chaque ville universitaire ? Cette variabilité est-elle plus grande pour la médecine du travail que pour les autres spécialités ?

Mme Mélissa Ménétrier. Beaucoup de facteurs expliquent ces différences. Il y a d'abord les professeurs, car tous n'ont pas les mêmes spécialités. Il y a aussi les cultures propres aux facultés de médecine. Par exemple, à Toulouse, à Angers et à Lille, la santé au travail est ancrée depuis longtemps. À Paris, l'accent est davantage mis sur la toxicologie et la statistique. Dans certaines régions, la situation est catastrophique : les internes sont obligés de se faire cours eux-mêmes. L'ANIMT a d'ailleurs envoyé des courriers aux universités pour les alerter. Il y a même des régions où il n'y a pas d'enseignants alors même qu'il y a des postes d'internes. C'est le cas des Antilles ou de Montpellier. Enfin, dans certaines régions, les enseignants sont relativement nombreux mais il n'y a pas de postes supplémentaires d'internes ouverts. Autant de décisions que nous avons du mal à comprendre.

M. le président Julien Borowczyk. Il faudrait que le ministère de la santé, le ministère de l'enseignement supérieur et les agences régionales de santé se penchent sur le cas de la faculté de Montpellier et de celle de Bordeaux, qui gère la subdivision des Antilles.

Pour finir, j'aimerais revenir sur la possibilité pour les employeurs de déposer des plaintes à l'encontre des médecins du travail devant le conseil de l'ordre. Le conseil se prononce-t-il systématiquement de manière défavorable ?

Mme Mélissa Ménétrier. Cela dépend des départements et c'est bien le problème : dans certains, des sanctions sont appliquées en cas d'abus et dans d'autres, les décisions restent très obscures.

M. le président Julien Borowczyk. Me confirmez-vous que les plaintes sont surtout motivées par les diagnostics portant sur les risques psycho-sociaux ?

Mme Mélissa Ménétrier. La plupart des plaintes concernent des contentieux entre le salarié et l'employeur. Or, ceux-ci ont pour principal motif les risques psycho-sociaux.

M. le président Julien Borowczyk. Mesdames, je vous remercie pour vos réponses et pour les propositions et solutions que vous avez mises en avant à travers les riches échanges que nous avons eus.

L'audition s'achève à 14 heures 50.

———

Membres présents ou excusés

Commission d'enquête sur les maladies et pathologies professionnelles dans l'industrie (risques chimiques, psychosociaux ou physiques) et les moyens à déployer pour leur élimination

Réunion du jeudi 12 avril 2018 à 13 h 05

Présents. – M. Julien Borowczyk, M. Bertrand Bouyx, M. Pierre Dharréville, Mme Annaïg Le Meur, Mme Hélène Vainqueur-Christophe

Excusés. – Mme Delphine Bagarry, M. Frédéric Reiss, Mme Stéphanie Rist