

# Progression du contexte historique de la Santé au Travail

- 1874 création de l'inspection du travail.

- 1898 loi sur les accidents du travail, indemnités journalières, réparation et gratuité des soins et surtout immunité civile des employeurs.

## • Clemenceau

Le combat du Dr Georges Clémenceau (le tigre) contre le plomb au travers des éditoriaux de l'Aurore journal paru en 1904.

« Les médecins sont des gêneurs avec leurs prescriptions hygiéniques. Il faut d'abord et avant tout produire ».

« Allez chez eux les interroger d'homme à homme, ils vous diront les souffrances... ».

## • Jules Amar

- Thèse « Le rendement de la machine humaine » 1910.

- « Essai d'hominiculture » 1927.

Création de grilles d'aptitude pour l'armée et l'industrie.

## • Alexis CARREL 1875-1944 prix Nobel 1912

« En Allemagne le gouvernement a pris des mesures énergiques contre l'augmentation des minorités, des aliénés, des criminels.

La situation idéale serait que chaque individu de cette sorte soit éliminé quand il s'est montré dangereux ».

## Loi de 1942

Naissance de la médecine du travail étendue en 1942.  
Ambiance de sélection.

## Loi de 1946

« Éviter toute altération de la santé du fait du travail ».

Ambiance de prévention mais la gouvernance est laissée aux employeurs et la formation n'est pas à la hauteur.

## Décret de 1979

Le tiers temps est rappelé.

« Le médecin du travail est tenu de consacrer un tiers de son temps de travail à ses activités en milieu du travail (pour réaliser des études de poste, des Fiches d'Entreprise, des observations du travail réel pour en évaluer les risques, des conseils auprès des responsables et des salariés...) ».

Tiers temps qui n'a jamais été appliqué faute de pouvoir des autorités car l'agrément est un sabre de bois.

## • Rapport Rochaix 1988 pour le CESE

Il y rapporte que depuis 1946 les médecins ont apporté une grande contribution importante car les progrès scientifiques de la prévention ont renforcé leurs possibilités d'action.

Propose :

- D'étendre cette couverture aux catégories qui n'en bénéficient pas encore.
- De promouvoir une approche multidisciplinaire et globale de la santé au travail.
- D'améliorer la procédure d'inaptitude.
- D'actualiser l'organisation des services en se terminant par ce texte : « en tout état de cause, les aspects positifs du système de médecine du travail, c'est-à-dire l'universalité de la couverture, l'alliance systématique de l'approche clinique et de l'action sur les conditions de travail, méritent, non seulement d'être préservées, mais plus encore proposées à nos partenaires ».

## • Directive 89-391 CEE - 1989

### Article 7

Services de protection et de prévention

1. Sans préjudice des obligations visées aux articles 5 et 6, l'employeur désigne un ou plusieurs travailleurs pour s'occuper des activités de protection et des activités de prévention des risques professionnels de l'entreprise et/ou de l'établissement.

2. Les travailleurs désignés ne peuvent subir de préjudice en raison de leurs activités de protection et de leurs activités de prévention des risques professionnels.

Afin de pouvoir s'acquitter des obligations résultant de la présente directive, les travailleurs désignés doivent disposer d'un temps approprié.

3. Si les compétences dans l'entreprise et / ou l'établissement sont insuffisantes pour organiser ces activités de protection et de prévention, l'employeur doit faire appel à des compétences (personnes ou services) extérieures à l'entreprise et/ou à l'établissement.

4. Au cas où l'employeur fait appel à de telles compétences, les personnes ou services concernés doivent être informés par l'employeur des facteurs connus ou suspectés d'avoir des effets sur la sécurité et la santé des travailleurs, et doivent avoir accès aux informations visées à l'article 10 paragraphe 2.

5. Dans tous les cas :

- Les travailleurs désignés doivent avoir les capacités nécessaires et disposer des moyens requis ;
- Les personnes ou services extérieurs consultés doivent avoir les aptitudes nécessaires et disposer des moyens personnels et professionnels requis, et...
- Les travailleurs désignés et les personnes ou services extérieurs consultés doivent être en nombre suffisant, pour prendre en charge les activités de protection et de prévention, en tenant compte de la taille de l'entreprise et / ou de l'établissement, et / ou des risques auxquels les travailleurs sont exposés ainsi que de leur répartition dans l'ensemble de l'entreprise et / ou de l'établissement.
- La France a d'abord répondu que la médecine du travail répondait à ce besoin puis comme le tiers temps n'était pas effectif il a été rappelé la nécessité d'une intervention effective sur les conditions de travail.

#### • BIT réunion d'experts 1998

Ils mettent l'accent sur le fait que les activités de promotion de la santé sur les lieux du travail devraient être centrées sur les risques professionnels et leur conséquences. En les éliminant, la santé au travail peut contribuer de façon significative à l'amélioration de la santé publique. Les principes directeurs encouragent une utilisation de toutes les ressources disponibles en vue d'étendre la surveillance de la santé à tous les travailleurs y compris les travailleurs indépendants.

• **Négociation des partenaires sociaux** dans le cadre de la refondation sociale voulue par M. Seillere et M. Kessler du Medef 2000.

On parle déjà de la prévention en tuyaux d'orgue dont il faut revoir l'organisation.

On décide presque de la surveillance médicale réalisée par le médecin traitant, une proposition qui tombe sous le lobbying du CISME qui à l'époque était opposé à toute substitution du médecin du travail.

#### • Loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002

(Art.193...) *Les services de Médecine du Travail deviennent des Services de Santé au Travail (SST).*

• **Décret n° 2003-546 du 24 juin 2003 pris pour l'application de l'article L. 241-2 du code du travail et modifiant le code du travail.**

Introduction de l'intervenant en prévention des risques professionnels Art. R. 241-1-1. - I. à 7.

#### • Décret juillet 2004

**3200 examens annuels, problème de la surveillance des SMR (surveillance médicale renforcée), 3300 d'effectif maximum, 450 entreprises en charge maximum et 150 vacations en tiers temps.**

En conclusion

Le décret du 28/7/04 va paralyser les services santé au travail qui surveillent des populations à risques, par la multiplication d'examen médicaux en réduisant des actions supplémentaires en milieu de travail qui seraient justifiées. Les chiffres actuels vont à l'encontre d'une adaptation de la surveillance médico-professionnelle aux populations à risques. La notion de SMR favorise l'expertise au détriment de la prévention primaire.

#### • Publication du GNMBTP dec 2004

« On peut regretter qu'une plus grande latitude n'ait pas été laissée au médecin du travail pour moduler la périodicité des examens médicaux dans le cadre de la SMR. ».

#### • Plan Santé Travail 2005-2009 PST 1

#### • Rapport Gosselin 2007

Aptitude et inaptitude.

« **Trop occupée** à une surveillance individuelle de la santé des salariés conçue principalement, selon les textes en vigueur, comme la vérification régulière de l'aptitude au poste de travail, la médecine du travail **ne parvient pas à jouer le rôle qu'on attend** d'elle dans l'entreprise. Le système de surveillance médicale organisé autour de la constatation périodique de l'aptitude du salarié a atteint ses limites ». *Trop occupée oui, mais délibérément par les directions de service pour ne pas répondre au tiers temps qui n'a jamais été respecté.*

#### • Rapport Conso-Frimat 2007

Bilan réforme 2004.

« **Mission de structurer l'offre régionale** en matière de santé au travail, d'examiner les dossiers d'accréditation des SST, de suivre les programmes pluriannuels des entreprises. ».

Dans ce cadre, les SST seraient appelés à préparer et mettre en œuvre des projets de prévention définis au niveau de l'entreprise, dans le cadre d'un plan pluriannuel de santé au travail. S'appuyant sur le document unique d'évaluation des risques réalisée et sur la fiche d'entreprise élaborée par le médecin du travail, dont il constituerait le prolongement opérationnel, ce plan devrait permettre de remédier à la dispersion actuelle des interventions en prenant l'entreprise comme principe fédérateur d'organisation.

#### • Rapport Flajolet 2007

« Réorganiser la médecine du travail sur une mission de prévention globale collective en lien avec la santé environnementale, de transférer la gestion des Services des entreprises vers les CRAM et de régionaliser le pilotage des Services ». Le rapport propose de réorganiser les Services en tirant parti de la baisse du nombre de médecins, de recruter des infirmières et de créer de

nouveaux métiers pour renforcer la prévention, de repenser la formation des professionnels, de recentrer les médecins du travail sur la préservation de la santé en cas de risques forts, rétablir la santé dégradée des salariés ou les réinsérer au retour de maladie, de passer du curatif à la prévention globale en lien avec les IPRP et avec les médecins traitants, de cibler les visites sur les personnes qui en ont le plus besoin, de réaffirmer des objectifs prioritaires de santé publique, d'intégrer les données de la santé environnementale et mutualiser les études sur les polluants potentiels, de créer le lien avec le médecin traitant en réintégrant le médecin du travail géré par la CRAM.

#### • Proposition de Loi du groupe communiste 2007

Le 23 octobre 2007, le groupe communiste du sénat a déposé une proposition de loi « visant à améliorer la santé au travail des salariés et à prévenir les risques professionnels auxquels ils sont exposés ». Le titre VI propose de réformer la médecine du travail **en instituant une agence nationale de santé au travail financée** par les cotisations des employeurs. Véritable « service public », cette agence « garantirait l'indépendance des professionnels de santé et des acteurs **de prévention vis-à-vis des prérogatives des employeurs** ». Elle serait chargée d'organiser et de coordonner les services de santé au travail et participerait au développement de la recherche en santé au travail. Le texte envisage, pour le médecin du travail, une mission consistant à identifier les risques liés aux postes de travail, avec le devoir d'en informer les salariés concernés et la collectivité de travail et de prescrire les aménagements nécessaires voire d'alerter objectivement sur les risques issus des conditions de travail, les risques environnementaux et psychosociaux.

#### • 2007 DGT rapport sur la pluridisciplinarité

##### • 4 octobre 2007 Discours de Gérard Larcher

(Rapporteur sur la conférence sociale sur les **conditions du travail** (4/10/07). « Des propositions d'**évolution des services de santé au Travail**, peuvent être retenues dans le cadre de la conférence... à savoir :

- **La contractualisation par objectifs.**
- **La coordination de la médecine du travail avec les autres acteurs** de la prévention au niveau régional.
- **Le renforcement des relations de la médecine du travail avec la médecine de ville.**
- La sensibilisation des médecins traitants à la santé au travail et que, d'autre part, un engagement peut être pris sur un **calendrier de modernisation des services de santé au travail** et de **concertation avec les partenaires sociaux au travers d'un document d'orientation** qui vous sera transmis dès que le gouvernement aura été rendu destinataire des bilans attendus. »...

#### • 2008 Dellacherie CGT CESE

« L'avenir de la médecine du travail » dont le rapporteur, Christian Dellacherie, résume ainsi le propos : « malgré les récentes réformes, l'avenir de la médecine du travail et sa capacité à répondre aux enjeux liés à la santé des salariés suscitent des interrogations récurrentes. Élaboré à la demande du gouvernement, l'avis du CES vise **à sortir rapidement et par le haut d'une situation critique préjudiciable à la santé au travail et, partant, à la santé publique** ».

#### • Expérimentations en 2007-2008 de prestations d'infirmières exposé au CISME

##### • Legeron Nasse 2008

12 mars 2008, Philippe Nasse, magistrat honoraire et Patrick Legeron, médecin psychiatre ont remis au ministre chargé du travail leur rapport - controversé - sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail. Les auteurs recommandent de privilégier l'observation des faits relatifs à des concepts précis et selon des méthodes scientifiquement éprouvées afin d'établir un consensus sur la reconnaissance des **risques psychosociaux ramenés à des faits et sur leur mesure objective.**

##### • Rapport Lejeune 2008

Un rapport sur les expositions professionnelles - en particulier aux agents CMR - a été établi par Daniel Lejeune, inspecteur général des affaires sociales, et remis en octobre 2008 à Franck Gambelli, Président de la Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles CNAMTS, à la demande du ministre chargé du travail. Le rapporteur s'attache à la **traçabilité des expositions professionnelles.**

##### • Rapport DAB

Rédigé à la demande du ministre chargé du Travail, ce rapport émet des recommandations pour **améliorer la formation en santé au travail des futurs managers et ingénieurs.** Il est susceptible de concerner 5 millions de diplômés des grandes écoles d'ingénieurs, de commerce ou des universités.

##### • Rapport Frimat Leclerc Dellacherie 2010

- Le développement d'une approche intégrée **interdisciplinaire** pour favoriser par la suite un travail d'équipe de santé au travail.
- Le besoin d'ouvrir des perspectives et passerelles de carrière aux **médecins souhaitant se reconvertir vers la santé au travail.**
- La reconstitution du vivier des enseignants hospitalo-universitaires pour redynamiser la recherche compte tenu des perspectives démographiques défavorables en matière d'enseignement.

- Le développement de formations initiales des professionnels de santé adaptées aux nouvelles missions marquées par le développement de la pluridisciplinarité.

- La nécessité de **valoriser la médecine du travail** en tant que discipline médicale.

- La nécessité de mieux **valoriser l'action des services de santé au travail**.

- La nécessité de faire **évoluer les mentalités sur la corrélation santé au travail et performance de l'entreprise**.

- La mise en tension des acteurs pour le développement de dynamiques locales.

#### • Plan Santé Travail 2 2010-2014

#### • Rapport Lachman Penicaud Larose 2010

10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail.

□

#### • Rapport Diricq 2011

Le dernier rapport, paru en juillet 2011, de la Commission, présidée par un magistrat de la Cour des comptes, M. Diricq, instituée au titre de l'article L. 176-2 du Code de la sécurité sociale visant à évaluer tous les trois ans « *le coût réel pour la branche maladie de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles* » a estimé le montant de cette **sous-déclaration** à une fourchette comprise entre 587 millions et 1.10 milliards d'Euros.

#### Loi du 20 juillet 2011, apparition des services de santé au travail comme acteurs, fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire et apparition des partenaires sociaux au CA.

*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.*

#### • Rapport Delaunay Lefrand 2011 Réforme de la Médecine du travail

Ce rapport sur l'application de la loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail date de mars 2012 indique qu'un travail réglementaire conséquent reste à réaliser pour mettre en œuvre les dispositions très variées de la loi.

#### • Rapport Hires 2012 RPS et fusions

Le rapport Hires qui s'est intéressé à tous les types de restructurations d'entreprises (fermeture, réduction d'effectifs, externalisation, délocalisation, fusion, acquisition, modification organisationnelle importante, etc.) a fait le point en Europe sur les effets que pouvaient avoir les **restructurations d'entreprises sur la santé des travailleurs**, qu'ils soient licenciés ou restent dans l'entreprise. Cette étude canadienne présente l'intérêt de démontrer la survenue de troubles cliniques dans le cas d'un type spécifique de restructuration, les opérations de fusion-acquisition, chez les salariés qui y ont été confrontés. Les auteurs mettent ainsi en évidence une augmentation de l'incidence du trouble anxieux généralisé pouvant mener à la dépression et de troubles anxieux en général.

#### • Rapport cour des comptes novembre 2012

Son rapport se conclut par 15 recommandations :

1. Accorder, lors de l'agrément des services, une vigilance particulière aux objectifs retenus en direction des entreprises de moins de 50 salariés ;
2. Fixer, à cette même occasion, des objectifs précis en matière d'établissement des **fiches d'entreprise** ;
3. Élaborer **une doctrine claire** en ce qui concerne la consistance des prestations pluridisciplinaires attendues, leur durée, leur articulation avec le financement par la cotisation, et la frontière avec les activités du secteur concurrentiel ;
4. Recenser, de façon séparée de l'action en milieu de travail, le temps médical consacré à la veille sanitaire ;
5. Relancer les concertations en vue d'une révision de la **visite d'embauche** qui pourrait être limitée à des cas spécifiques ;
6. Ouvrir rapidement, au niveau national, pour les « **collaborateurs médecins** » les formations continues envisagées en médecine du travail ;
7. Étudier la possibilité de mesures exceptionnelles pour l'obtention du titre de médecin du travail, de façon à **contrecarrer le risque du non-remplacement, à terme, d'un médecin du travail sur deux** ; à cette fin, envisager notamment des procédures de reconversion de médecins généralistes en exercice ;
8. Étudier la possibilité d'intégrer les médecins inspecteurs régionaux du travail dans le corps des médecins de santé publique ;
9. Actualiser rapidement non seulement le modèle de rapport administratif et financier mais aussi le rapport d'activité médicale, en les adaptant aux réformes, notamment à la mise en place des équipes pluridisciplinaires ;

10. Aligner les services interentreprises sur le droit en vigueur pour d'autres structures paritaires en donnant au ministre du travail, dans le respect des procédures contradictoires, la **possibilité de dissoudre un service interentreprises ou de le placer sous la responsabilité d'un administrateur provisoire** ;
11. Saisir l'occasion des **contractualisations** pour définir, en concertation avec tous les acteurs, des objectifs chiffrés relatifs au service rendu aux entreprises et à leurs salariés, notamment en matière de premier diagnostic des risques, donc de fiches d'entreprises et de modalités d'exercice de la pluridisciplinarité ;
12. Procéder rapidement à un premier **bilan du fonctionnement couplé des conseils d'administration et commissions de contrôle**, notamment en matière d'absentéisme des membres et envisager, le cas échéant, une simplification du dispositif ;
13. Aligner sur le régime en vigueur pour les commissions de contrôle le **droit à indemnisation des membres du conseil d'administration** et, s'agissant du membre salarié trésorier, les droits à formation ;
14. Aligner le régime fiscal des services sur le droit commun des associations ;
15. Engager, avec les partenaires sociaux, au sein du comité d'orientation sur les conditions de travail (COCT), les concertations utiles pour une **réforme du financement** qui permettrait de leur confier le pouvoir d'encadrer les variations de la cotisation et des autres droits dus par les entreprises aux services de santé au travail interentreprises (SSTI), pour des prestations comparables, en contrepartie de l'adhésion.

#### • Rapport ANSES 2013

L'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) a été interpellée par la Direction générale de la santé et la Direction générale de la prévention des risques sur « la pertinence d'une action du gouvernement visant à réduire les **plombémies en-dessous du seuil** actuel de plombémies de 100 µg/L.

#### • Rapport Dares 2014 RPS

« Les risques psychosociaux au travail - Un panorama d'après l'enquête Santé et itinéraire professionnel 2010 ». Cette étude de la Dares, analysant les données de l'enquête Santé et itinéraire professionnel, a classé les salariés en six profils ou groupes vis-à-vis de l'exposition aux risques psychosociaux. Il apparaît que trois d'entre eux, représentant **41 % de la population salariée sont exposés de façon manifeste aux facteurs de risques psychosociaux.**

**- Rapport Issindou Fantoni 2015**

« La vérification systématique de l'**aptitude** n'apparaît pertinente ni médicalement ni juridiquement hormis pour les salariés affectés à des postes de sécurité. Un contrôle de l'aptitude est nécessaire pour ces salariés avant l'embauche et de façon périodique.

Pour les autres salariés, la mission propose, en substitution de la visite d'embauche, une visite d'information et de prévention initiale avec un infirmier en santé au travail et une visite réalisée par le médecin du travail au moins tous les cinq ans ».

**- Communiqué CFE-CGC sur le Rapport Issindou Fantoni****Extrait :**

La CFE-CGC refuse au nom d'une prétendue simplification à visée économique que le salarié soit la victime et devienne un salarié kleenex et que les principes de prévention médicale ainsi abrogés nous ramènent au temps de Zola avec une négociation de gré à gré entre le salarié et l'employeur.

**- Publication de la CNAM 2015**

En 2015, un rapport de la Cnamts rappelle que  
« **L'identification du lien professionnel** est d'autant

plus difficile que cette maladie survient longtemps après l'exposition à un agent cancérigène : 10, 20 voire 40 ans après, donc généralement après cessation de l'activité professionnelle ».

**- Décret décembre 2016**

Introduction de la **visite d'information et de prévention** et du suivi individuel renforcé avec aptitude. Espacement des visites de deux ans pour les SIR et pouvant aller jusqu'à 5 ans pour les VIP. Formalisation des rapports médecin infirmier par le protocole.

**- Rapport 2018**

Sur les **maladies et pathologies professionnelles** par M. J BOROWCZYK et P. DHARREVILLE.

**- Rapport Lecocq 2018**

**Réorganisation générale** de la prévention au travail : guichet unique, séparation contrôle et prévention, cotisation urssaf, organisation nationale et régionale.

**- Rapport Frimat 2018**

Risques chimiques.

