



Syndicat National des Professionnels de la Santé au Travail
12 impasse Mas 31000 Toulouse
05 61 99 20 77 courrier@snpst.org

**POUR UNE NOUVELLE PREVENTION
EN SANTE AU TRAVAIL**

SOMMAIRE

SYNTHESE.....	3
CHAPITRE I : INTRODUCTION	7
CHAPITRE II : LA PREVENTION EN SANTE TRAVAIL AU CŒUR DE LA SANTE PUBLIQUE ET DES POLITIQUES DE PREVENTION	10
CHAPITRE III : LES MISSIONS DES AGENCES ET DES PROFESSIONNELS DE SANTE AU TRAVAIL.....	13
CHAPITRE IV : LES STRUCTURES DES SERVICES DE PREVENTION ET DE LA GESTION.....	19
CHAPITRE V : LE FINANCEMENT DE LA PREVENTION EN SANTE AU TRAVAIL	22
CHAPITRE VI : LE FONCTIONNEMENT DES AGENCES	24
CHAPITRE VII : LE CONTRÔLE.....	31
CHAPITRE VIII : CONCLUSION	33

SYNTHESE

Le SNPST fait notamment le constat de :

- la progression des pathologies liées au travail (TMS, cancers professionnels, souffrance mentale...)
- la jurisprudence concernant les responsabilités des entreprises sur les questions de santé au travail par leurs « obligations de sécurité de résultats »
- l'insuffisance de la mobilisation des acteurs sociaux sur les questions de santé au travail
- la pénurie de médecins du travail
- la nécessité d'un maintien de la prise en charge médicale des questions de santé au travail...

Le SNPST demande :

- Une **mission commune pour tous les professionnels de prévention en santé au travail :**

« Éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail »

Accompagner les travailleurs dans la gestion de leur santé au travail

Ouvrer au maintien dans l'emploi

- **Un statut garantissant l'indépendance de tous les professionnels de la santé au travail** dans l'exercice de leur mission, les préservant de toute pression dans le milieu du travail qui est un lieu habituel de conflits d'intérêts.
- **l'intégration de la prévention en santé au travail dans le système de santé publique** et le rattachement des services de santé au travail au ministère de la santé de manière à préserver une gestion régaliennne de santé au travail.
- La **suppression de tout avis d'aptitude** (systématique, à l'embauche, à des postes à risques ou de sécurité), car il entrave l'action de prévention du médecin du travail. Le renforcement des **demandes d'aménagement de poste ou de retrait du poste de travail** avec le consentement éclairé du salarié.
- Une réforme des études médicales et le recours à des mesures permettant de préserver la **démographie des médecins du travail**.
- **la mise en place d'une agence nationale de santé au travail** indépendante regroupant les départements santé travail de l'AFSSET et de l'INVS, financée majoritairement par les entreprises. Elle fixe notamment le montant de la cotisation des entreprises aux agences régionales. Elle collecte des indicateurs en santé au travail, diligente des enquêtes, fixe des objectifs en santé au travail et coordonne l'action des agences régionales.

la mise en place d'agences régionales de la santé au travail avec une mission essentiellement technique :

-
- Fournir les moyens aux professionnels de santé au travail afin d'assurer leurs missions exclusivement préventives de préservation de la santé des travailleurs.
 - Répondre en termes techniques aux demandes d'intervention sur des questions de prévention en santé travail et d'identification des risques pour permettre aux entreprises de mettre en place la gestion des risques qui leur incombe.
 - Le **financement de l'agence** est assuré exclusivement par les cotisations des entreprises.
 - Elle est administrée par un **conseil d'administration au sein duquel les représentants des salariés et des associations concernées sont majoritaires** aux côtés des représentants des employeurs. Elle est appuyée par un conseil technique ou sont représentés les professionnels.
 - Elle regroupe les services interentreprises actuels et les services autonomes dans un premier temps. Dans un deuxième temps, les autres services de prévention en santé au travail seront intégrés.
 - L'agence régionale assure également le **suivi des travailleurs non salariés** : indépendants, chômeurs ou retraités.
 - Elle met en place la **pluridisciplinarité** en regroupant les pôles technique, médical et organisationnel de la prévention en santé au travail et assure la coordination et le fonctionnement en trois pôles.
 - Le pôle médical est assuré par des **équipes médicales coopératives qui pratiquent une clinique médicale du travail**. C'est-à-dire que les trois acteurs : médecin du travail, infirmière en santé au travail et assistante médicale s'organisent pour traiter la demande médicale en santé au travail procédant à la délégation de tâche de la part des médecins du travail en concertation avec les autres acteurs.
 - L'agence régionale est garante de l'offre nécessaire et suffisante dans les trois domaines technique, organisationnel et notamment médical. C'est-à-dire que l'agence **doit répondre en terme de moyens** de toute nature à mettre en place pour participer à la résolution des problèmes de santé au travail.
 - Elle participe aux plans nationaux de recherche, d'évaluation... initiés par l'agence nationale.
 - L'agence régionale est **contrôlée par les services déconcentrés du Ministère de la Santé (DRASS)**.

Le contrôle de la mise en oeuvre des préconisations des professionnels de la santé au travail relève de l'inspection du travail.

Pour que cette organisation soit efficace, elle doit s'associer à :

- Un renforcement du **contrôle des organismes de tutelle**.
- La mise en place **des moyens permettant une meilleure implication des salariés** dans la prévention de la santé au travail au sein de leurs entreprises, notamment par la mise en place de CHSCT interentreprises pour les TPE.
- Un développement d'une pluridisciplinarité de haut niveau.

**POUR UNE NOUVELLE PREVENTION
EN SANTE AU TRAVAIL**

CHAPITRE I

INTRODUCTION

Les services de médecine du travail créés en 1946, devenus services de santé au travail en 2003, financés et gérés par les employeurs, constituent un pilier du système français de prévention en santé au travail.

La réglementation de 1946 a imposé la médecine du travail à toutes les entreprises en déterminant un cadre de fonctionnement adapté aux problématiques de santé publique de l'époque, grâce à des visites systématiques imposées aux salariés et aux médecins du travail.

Par la suite la notion d'aptitude a été imposée avec des références normatives.

Dans ce cadre réglementaire spécifiquement français s'est développée une médecine du travail de proximité axée essentiellement sur l'examen clinique individuel et le maintien dans l'emploi.

Mais ce système de prévention n'a pas été en mesure d'amener les entreprises à faire face aux crises sanitaires majeures. Les décès par mésothéliome ou par cancer du poumon dus aux expositions à l'amiante sont en première ligne des cancers professionnels.

Les TMS constituent de loin la première cause de maladie professionnelle reconnue, malgré une sous déclaration. Des atteintes à la santé mentale sont de plus en plus constatées et dénoncées et reconnues : stress au travail, harcèlement moral, dépression, et suicides au travail pour lesquels l'organisation et les conditions de travail sont mises en cause

Par ailleurs, on observe une récente mutation du travail. De nouvelles formes de contrat de travail se développent et deviennent la règle (contrats précaires et à temps partiel, contrats aidés ...).

Le travail devenu plus rare, prend de nouvelles formes et devient plus agressif pour la santé.

Les nouvelles conditions de travail soumettent la population en âge de travailler, à des agressions brèves et violentes (productivité accrue, parcellisation des tâches...) et/ou à des périodes d'exclusion du monde du travail (contrats précaires, licenciement économique...).

Les entreprises ont de plus en plus recours à la sous-traitance, externalisant par la même occasion leurs risques professionnels.

Devant l'insuffisance du système de prévention en santé au travail pour empêcher ou enrayer le développement de ces problématiques anciennes ou nouvelles, l'État a mis en place une série de mesures.

En ce qui concerne la médecine du travail, les deux axes essentiels sont :

- **l'introduction de la pluridisciplinarité dans les services de santé au travail**
- **la priorité donnée à l'action en milieu de travail et au recueil de données en santé travail**

La pluridisciplinarité, depuis la loi du 17 juillet 2002 et le décret du 24 juin 2003 se met timidement en place dans les services qui ajoutent des compétences techniques et organisationnelles aux compétences médicales. Cela se fait par l'embauche d'I.P.R.P. (intervenants en prévention des risques professionnels), sous la seule responsabilité des présidents des SST (services de santé au travail).

Alors que les IPRP doivent permettre aux SST de compléter l'action médicale par l'approche technique et organisationnelle de la prévention en santé au travail, l'indépendance de ces professionnels, inscrite pourtant dans la loi de 2002, ne fait l'objet d'aucune mesure réglementaire.

Le décret du 28 juillet 2004 qui donne la priorité à l'action en milieu de travail, n'a pas modifié les fondements de l'organisation des SST dans le secteur du régime général.

La gestion reste patronale, avec liberté aux seuls employeurs de fixer le montant du financement des services. Cette gestion, essentiellement comptable, a poussé jusque là

les services à rechercher l'application de la réglementation à minima et au moindre coût avec des répercussions négatives sur les moyens accordés aux professionnels de la santé au travail pour réaliser leurs missions.

Enfin, il est demandé aux médecins du travail de participer à la veille sanitaire en liaison avec l'I.N.V.S. (Institut de Veille Sanitaire), l'A.F.S.S.E.T. (Agence Française de Sécurité Sanitaire de l'Environnement et du Travail), les ministères de la santé et du travail.

Actuellement, nous assistons à des fonctionnements très divers des services de santé au travail, suivant les régimes de prévoyance privés ou publics, ou les statuts particuliers de certaines grandes entreprises.

Ainsi, les travailleurs ne bénéficient pas de façon égalitaire d'un suivi médical au travail ni de la prévention des risques d'atteinte à leur santé du fait de leur travail.

Cette nouvelle organisation et ces évolutions de la prévention en santé au travail nécessitent que les médecins du travail réorientent leurs priorités en consacrant le temps nécessaire à ces nouvelles tâches. Ils doivent aussi apprendre à travailler en coopération avec les nouveaux acteurs IPRP (Intervenants en Prévention des Risques Professionnels) et en réseaux avec les institutions et leurs confrères. Les moyens de ces nouvelles tâches doivent leur être donnés.

Cependant, ces nouvelles priorités ne peuvent être réalisées au détriment du suivi de la santé des salariés : il ne peut y avoir d'action de santé au travail sans une description et une compréhension des mécanismes d'altération et de construction de la santé des sujets au travail.

Hélas, l'évolution démographique médicale catastrophique que nous connaissons ne permet pas la mise en place de ces approches en santé travail ni le développement individuel et collectif de cette clinique médicale du travail.

Face à ces enjeux, il faut donc trouver d'autres solutions permettant de réaliser un projet global de prévention de la santé au travail.

CHAPITRE II

**LA PRÉVENTION EN SANTÉ AU
TRAVAIL
AU CŒUR DE LA SANTÉ PUBLIQUE
ET DES POLITIQUES DE
PRÉVENTION**

Le plus important facteur de discrimination de morbidité et d'espérance de vie pour ceux qui avaient 30 ans dans les années 1970 est leur statut et leur itinéraire professionnel.

Cette puissante donnée vérifiée tant en France que dans les autres pays développés du monde occidental n'est pas intégrée aux logiques des politiques de santé. En santé publique et en épidémiologie, la causalité des maladies est presque toujours recherchée et déclinée à partir des risques comportementaux ou génétiques en omettant bien trop souvent l'environnement et les itinéraires de travail des sujets.

Alors qu'un travail de qualité, avec de bonnes conditions de travail, est facteur de santé, la mauvaise santé au travail (accidents, maladies) n'a pas seulement un coût humain très élevé (amiante, suicides) pour notre société :

- En termes de santé publique, la collectivité supporte le poids des inégalités sociales de santé. Alors que l'Académie de Médecine reproche les comportements individuels en matière de consommation d'alcool et de tabac, elle devrait plutôt enquêter sur les causes de ces addictions : ou comment « tenir » dans un monde du travail de plus en plus exigeant et violent ? Les catastrophes d'AZF et de Tchernobyl furent, d'abord, des accidents de travail collectifs avant de s'étendre à la population et à l'environnement. La précarité entraîne souvent un report des soins et, de ce fait, une aggravation des pathologies.
- L'absence de prise en compte, par la branche AT MP de problèmes de santé trouvant leur origine au travail, contribue au déficit de l'Assurance Maladie. On peut citer les cancers professionnels non reconnus comme tels, les interventions chirurgicales type « canal carpien » causées par des TMS non déclarées, les arrêts de travail pour dépression dans un contexte de souffrance au travail. La consommation de psychotropes augmente de façon significative lors de plans sociaux. Des femmes enceintes doivent bénéficier d'arrêt de travail au titre de la maladie dès lors que l'entreprise n'est pas en mesure de leur fournir un poste aménagé pendant leur grossesse. Ce ne sont là que quelques exemples.

Le plan santé travail a le mérite d'avoir été initié et le but de la réduction de la pathogénicité du travail avec l'amélioration des conditions de travail passe par plusieurs exigences auprès des professionnels et des services de santé au travail :

Pour les professionnels de santé au travail :

- Une mission commune pour tous les professionnels de la santé au travail, exclusivement préventive, basée sur la loi du 11 octobre 46.
- Une approche clinique spécialisée en santé au travail à l'aide d'une équipe médicale coopérative au sein de laquelle le médecin du travail, l'infirmier (e) en santé au travail et l'assistante médicale s'organisent pour traiter la demande en santé au travail, permettre le dévoilement des pathologies, et l'accompagnement des salariés. Pour cela les médecins du travail procèdent à la délégation de tâche en concertation avec les autres acteurs.
- Une réforme des études médicales permettant d'améliorer la connaissance et l'enseignement de la médecine du travail, ainsi que le recours à des mesures permettant de préserver la démographie des médecins du travail.
- La suppression des pratiques de sélection (avis d'aptitude systématique, à l'embauche, à des postes à risque ou postes de sécurité) et des pratiques de médecine générale qui entravent l'action de prévention.
- Une disponibilité des professionnels de santé au travail à organiser (mutualiser) pour traiter les questions d'aménagements de postes et de retrait du poste à la demande des salariés.
- Un renforcement de la reconnaissance de la médecine du travail comme spécialité experte pour la reconnaissance des pathologies professionnelles et pour les limites de la compatibilité de l'état de santé des salariés avec le travail.

-
- Un développement de la traçabilité avec l'ensemble du système de soins, des effets du travail sur la santé pour les salariés, dans un esprit de lisibilité et de co-développement avec eux.
 - Le renforcement des dispositifs de recherches et d'observatoires en santé au travail, impliquant les professionnels de santé des services de santé au travail qui en sont une ressource inégalable.
 - Les complémentarités entre santé au travail et actions de prévention au travail clarifiées et leur synergie recherchée. Il ne pourrait y avoir d'action de prévention pertinente sans clinique de la santé au travail, et c'est la transformation des conditions de travail qui améliore la santé au travail. C'est le lien dynamique et constant entre les deux qui peut être source de progrès.

Pour les services de santé au travail :

- La participation des services de santé au travail à la santé publique en développant des actions de santé au travail à dimension de santé publique et non en ciblant des salariés sur des actions de santé publique générale.
- La suppression des conflits d'intérêts entre la gouvernance des services de santé au travail et les employeurs par la gestion non majoritairement patronale et par la création de structures régionales pour tous les travailleurs sous forme d'établissements régionaux publics administratifs : agences régionales en santé au travail.
En effet, la démarche de prévention doit être semblable dans le secteur public et dans le secteur privé afin que tous les travailleurs bénéficient de conditions similaires d'accès aux services de prévention en santé au travail quel que soit leur statut salarié, indépendant ou chômeur et/ou leur branche professionnelle.
- Des missions essentiellement techniques pour les agences, visant à assurer aux professionnels de prévention en santé au travail les moyens nécessaires à l'accomplissement de leurs missions.
- L'inscription de la santé au travail sous la tutelle du ministère de la santé qui implique notamment un contrôle exercé par les services déconcentrés de ce ministère.

Pour l'ensemble du système :

- La création d'une agence nationale de santé au travail, permettant de coordonner les actions au niveau national, réalisée dans le cadre de la tutelle du ministère de la santé.
- Le financement de la prévention en santé au travail revu et unifié afin de supprimer les effets néfastes des politiques des moindres coûts.

CHAPITRE III

**LES MISSIONS DES AGENCES
ET DES PROFESSIONNELS DE
SANTÉ AU TRAVAIL**

3-1 Les agences régionales de santé au travail répondent à des missions de service public.

Elles doivent

- **Fournir les moyens adaptés et suffisants aux professionnels de santé au travail** afin que ceux-ci puissent exercer correctement leurs missions exclusivement préventives de préservation de la santé des travailleurs.
- **Répondre en termes techniques aux demandes d'intervention sur les questions de prévention en santé au travail**, et d'identification des risques pour permettre aux entreprises de mettre en place la gestion des risques qui est de leur seule responsabilité.

Pour cela elles doivent prendre en compte les exigences :

- de la réglementation concernant les missions des professionnels de santé au travail
- Des objectifs régionaux et nationaux fixés notamment par l'État, les plans et les CRPRP.

Cette obligation donnée aux agences doit faire l'objet d'un texte législatif.

3-2 Missions des professionnels de la santé au travail.

Les missions précisées par la **loi du 11 octobre 1946** sont pertinentes et doivent concerner tous les professionnels de la prévention en santé au travail, c'est-à-dire **éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail.**

S'y ajoutent :

- **La nécessité d'accompagner les travailleurs dans la construction de leur santé dans toutes les dimensions liées au travail, et ce tout au long de leur vie.**
- **Le maintien dans l'emploi.**

3-2-1 Les professionnels de la santé au travail sont les conseillers du chef d'entreprise ou de son représentant, des salariés, des représentants du personnel, des services sociaux, en ce qui concerne notamment :

- l'amélioration des conditions de vie et de travail dans l'entreprise,
- La préservation de la santé des travailleurs permettant ainsi leur maintien dans l'emploi.
- l'adaptation de l'organisation du travail, des postes, des techniques, des rythmes et horaires de travail nécessaire à la préservation de la santé,
- La conception, l'aménagement, les modifications des locaux de travail.
- la protection des salariés contre l'ensemble des nuisances, et notamment contre les risques d'accidents du travail, de maladies professionnelles, en particulier l'utilisation des produits dangereux,
- l'hygiène générale de l'établissement,
- la prévention et l'éducation sanitaire dans le cadre de l'établissement en rapport avec l'activité professionnelle.

La mission de conseiller concerne la veille sanitaire individuelle et collective en santé au travail. Elle s'exerce auprès des employeurs, des salariés, de leurs représentants, des services sociaux mais aussi des organismes de prévention en santé au travail ou en santé publique. Celle-ci est un devoir exigeant, rigoureux, au service de l'individu et de la santé publique permettant une plus grande liberté dans les stratégies de prévention. Elle est soumise à des règles éthiques et déontologiques.

3-2-2 Veille sanitaire :

les professionnels de la santé au travail doivent jouer un rôle primordial dans la veille sanitaire.

Pour cela ils peuvent participer, à toutes recherches, études et enquêtes, en particulier à caractère épidémiologique, entrant dans le cadre des missions qui leur sont confiées, ainsi qu'à leur conception, leur analyse et au compte-rendu des résultats.

Ils peuvent participer au recueil d'informations en liaison notamment avec les Unités Santé Travail de l'Institut de Veille Sanitaire et en coordination avec les CRPRP.

3-3 Cadre nécessaire aux missions

Il semble judicieux de **renforcer le cadre de la réalisation de ces missions et de le compléter par les objectifs fondamentaux suivants :**

- Mise en place dans les agences de santé au travail, par **une équipe médicale coopérative** constituée autour du médecin du travail, d'une **approche médicalisée** qui permet, en priorité, la mise en évidence des problématiques de santé au travail.
- **Suppression de l'avis d'aptitude au poste.**
En effet, cet avis systématique ne repose sur aucune justification dans le domaine de la prévention en santé au travail. Seules, les propositions d'aménagements des postes de travail ou de changements de postes, justifiées par l'état de santé du salarié et avec son consentement éclairé, relèvent d'une démarche de prévention entrant dans la mission des professionnels de la santé au travail.
Tous les autres avis d'aptitude (en particulier, l'aptitude aux postes de sécurité) contiennent une ambiguïté qui peut mettre en position difficile les professionnels de la santé au travail vis-à-vis des salariés pour lesquels ils ont une mission de prévention. Si de tels avis sont indispensables pour certains postes de travail, ils doivent être délivrés par des médecins experts missionnés spécialement pour cette tâche et qui ne sauraient, en aucun cas, être des médecins du travail exerçant une mission de prévention.
- **l'indépendance professionnelle** est indispensable pour permettre au professionnel de la santé au travail d'exercer la fonction de conseiller selon les règles éthiques évoquées ci-dessus.

Tous les professionnels de prévention en santé au travail doivent bénéficier d'un statut particulier garantissant cette indépendance, inscrit dans la loi et dont les modalités sont prévues par la réglementation.

3-4 Rôle spécifique des professionnels de la santé au travail

3-4-1 Le médecin du travail

- **Le médecin du travail au sein de l'équipe médicalisée coopérative.**

Le médecin, en concertation avec les membres de l'équipe, **fixe les objectifs prioritaires et les modalités pour les atteindre**. Ceci peut entrer dans le cadre d'un **plan d'activités** qui peut être annuel ou pluriannuel, qui peut-être spécifique à l'équipe ou partagé avec d'autres équipes.

Le rôle et la place de chaque membre de l'équipe sont précisés ; chacun exerce ensuite, dans le cadre fixé et dans le respect du rôle propre.

Le médecin du travail a donc un rôle :

- de décision sur les objectifs,
- d'organisation du travail de l'équipe
- Une fonction directe vis-à-vis des salariés et des entreprises qui sont à la charge de l'équipe.

Le rôle de conseiller est partagé par chaque membre de l'équipe chacun à son niveau ; cependant, tout compte rendu écrit, réalisé au nom de l'équipe médicalisée, sera fait **sous la responsabilité du médecin**.

Il est donc le **responsable hiérarchique** des membres de l'équipe, au niveau technique.

- **Le médecin du travail (avec l'équipe médicale coopérative) dans le cadre de la pluridisciplinarité**

Quelle est la spécificité du médecin du travail avec son équipe médicale coopérative parmi les intervenants pluridisciplinaires ?

- Il a une vision unique sur l'état de santé des salariés au travail. Il apporte donc une information précieuse et unique qui permet d'ajuster l'évaluation des risques professionnels. A ce titre, il est l'un des garants de la prise en compte du facteur humain dans les entreprises.
- Il a une place privilégiée auprès des salariés et un rôle prioritaire pour :
 - le dépistage des pathologies professionnelles et le conseil aux salariés et aux médecins traitants en vue de leur reconnaissance.
 - l'accompagnement des salariés en cas de souffrance au travail.
 - le maintien dans l'emploi des salariés handicapés.
 - l'éducation sanitaire en lien avec le travail
 - la contribution à l'identification des risques
 - la traçabilité des expositions professionnelles

3-4-2 L'infirmier(e) en santé travail

Professionnel de santé comme le médecin, l'infirmier est, de part la définition même de sa profession, acteur de prévention et éducateur de santé. Il dispose de compétences qu'il développe dans son rôle prescrit (par un médecin) et son rôle propre infirmier, pour faire le lien entre le travail et la santé.

Il doit être spécialisé en santé au travail, et prend le nom d'infirmier santé travail, pour :

- développer la santé et le bien-être des salariés,
- participer à l'identification et à la prévention des risques professionnels

3-4-2.1 - Développer la santé et le bien-être des salariés :

- à travers une mission d'ordre paramédical :
- en assistant le médecin du travail dans le suivi médical
- en assurant un rôle éducatif et préventif

-
- en participant au maintien dans l'emploi et/ou à la réparation
 - (accompagnement des salariés fragilisés par la maladie, l'accident, l'handicap, l'âge, la grossesse, ...)
 - en mettant en pratique une relation d'aide reposant sur une écoute compréhensive de la personne et de la population.
 - en mettant en place des indicateurs pertinents permettant une veille et une alerte sanitaires.

3-4-2-2 - Participer à l'identification et à la prévention des risques professionnels :

à travers l'étude des risques pour la santé :

- en participant à l'identification des risques professionnels via les consultations infirmières et les études de poste (recueil de données sur la santé physique et psychique, information et sensibilisation des salariés aux risques, à leur prévention et à la législation)
- en assurant une veille documentaire : recherche, analyse, recueil, actualisation des connaissances en santé travail et en santé publique.
- à travers l'analyse des accidents du travail et des maladies professionnelles, du vécu des salariés et du recueil des signes avant coureurs.

3-4-3 L'assistante médicale :

L'assistante médicale occupe un rôle d'interface dans les équipes médicales coopératives nécessitant une formation spécifique. Les missions principales consistent à :

- Assurer la communication au sein des équipes médicales tout en participant à la communication externe.
- Organiser les emplois du temps et les planifications des différents acteurs.
- Préparer les consultations médico professionnelles (Infirmier(e)s santé travail et médecins du travail) et contribuer à la connaissance des situations médicales et professionnelles des salariés.
- Préparer et participer à l'investigation du milieu de travail en contribuant notamment à la description du travail réel et à la métrologie des ambiances de travail.

3-4-4 Les intervenants en santé au travail de l'agence

- Les intervenants en santé au travail, dûment qualifiés, interviennent auprès des entreprises dans les domaines qui sont les leurs.
Leur action se fait uniquement dans un cadre **préventif et dans le seul but de préserver la santé et la sécurité des salariés.**

Cette action comporte :

- L'analyse de la demande
- L'étude de la faisabilité de l'intervention
- L'analyse sur le terrain
- Le recueil des données sur le terrain ou par la recherche de documentation
- La pratique de mesures ou d'analyses complémentaires
- La concertation en interne avec les professionnels concernés
- La restitution des résultats à l'entreprise

Les intervenants en santé au travail participent également à l'élaboration et la mise en place d'études collectives (sur un risque, sur une branche professionnelle, etc....) au sein de l'agence départementale.

Ils sont intégrés si besoin aux études nationales épidémiologiques, de veille sanitaire ou de recherche, nécessitant la participation des acteurs de terrain.

Ils élaborent un rapport technique annuel, contribuant à l'évaluation de l'action pluridisciplinaire dans l'agence départementale.

- Les techniciens et les assistants interviennent sur des points particuliers relevant de leur compétence, sous la responsabilité et à la demande d'un intervenant en santé au travail qualifié, d'un médecin du travail, ou d'un infirmier(e) santé travail.
- Le cadre déontologique des intervenants en santé au travail est celui qui a été défini par la Commission Internationale de Santé au Travail (CIST).

CHAPITRE IV

**LES STRUCTURES DES
SERVICES DE PRÉVENTION ET LA
GESTION**

4-1 La Gestion des agences

L'objectif est de construire une maîtrise médicalisée des dépenses des services et non une maîtrise comptable comme l'a montré jusqu'à maintenant la gestion patronale.

Celle-ci ne permet pas une égalité d'accès à la prévention en santé au travail pour les salariés. Les moyens mis à la disposition des professionnels de la santé au travail sont très différents selon les secteurs d'activité des entreprises et selon leurs tailles.

Ces disparités contribuent à créer des attitudes concurrentielles des services, basées quasi exclusivement sur un moindre coût, au détriment de la qualité de la prévention en santé au travail.

Une gestion nationale n'est pas souhaitable, car trop lourde à gérer et source de pertes d'énergies et de moyens

La gestion doit donc être assurée au niveau régional, par un conseil d'administration (CA) laissant une part majoritaire aux représentants des salariés (cf. paragraphe 4.3)

4-2 La structure

4-2-1 Au niveau régional

Si différents constats trouvent leur origine dans la gestion laissée aux seuls employeurs, ils se développent et perdurent également du fait d'un manque de rigueur des organismes de contrôle. C'est ainsi que la complexité actuelle des systèmes de prévention en santé au travail ne favorise pas l'identification des dérives ou des infractions réglementaires.

Il est hautement souhaitable qu'à partir des systèmes actuels se développe une **structure unique** clairement identifiable, de fonctionnement et de contrôle simple au profit de la santé au travail des salariés.

Cette unicité trouve son origine dans :

- La loi unique
- Le financement harmonisé
- Les pratiques convergentes
- La gestion harmonisée
-

L'organisation régionale ou à stricte définition géographique semble la plus opérationnelle sous la forme d'un **établissement public administratif : l'agence régionale de la santé au travail**.

Ceci implique que les services interentreprises, et les services autonomes rejoignent l'agence régionale de la santé au travail, accompagnés dans un deuxième temps des services de prévention (FPE, FPT), des MTPH, des médecins du travail en agriculture...

L'agence régionale assure également le suivi **des travailleurs non salariés ou des ex travailleurs ayant été exposés à des substances à effets différés**: indépendants, chômeurs ou retraités.

Il y a donc bien "in fine" une unicité de la médecine du travail et des équipes de santé au travail.

4-2-2 Au niveau national

Une agence nationale de la santé au travail, indépendante, est créée pour :

- Coordonner les actions des agences régionales.
- Fixer le montant de la cotisation des entreprises
- Fixer des objectifs en santé au travail, au niveau national
- Consolider au niveau national les données régionales
- Collecter les indicateurs de santé au travail
- Coordonner les politiques de veille et de recherche

-
- Diligenter des enquêtes

L'AFFSET et le département santé travail de l'INVS sont intégrés dans cette agence.

Le financement est assuré par une cotisation annuelle versée par les agences régionales.

Une contribution de l'État est affectée au financement de la recherche.

La gestion est assurée par un CA laissant une part importante aux représentants des salariés, et comprenant une part de représentation pour toutes les parties concernées (associatives ou non).

4-3 Organisation de l'agence régionale

L'agence régionale de la santé au travail fonctionne sous la responsabilité d'un conseil d'administration comprenant des représentants des salariés, des associations concernées par la santé au travail (ANDEVA, FNATH, etc...), des employeurs et de l'Etat.

Les représentants des salariés y sont majoritaires.

Les représentants des professionnels de la santé au travail y siègent avec voix consultative. La commission médico-technique où sont représentés les professionnels de la santé au travail apporte à l'agence son appui technique.

Le fonctionnement de l'agence nécessite un « agrément du ministère de la santé » après avis du CRPRP

L'embauche des professionnels de santé au travail sont soumis à la décision du Conseil d'Administration. Leur licenciement est soumis à la décision du Conseil d'administration et l'accord de la tutelle administrative.

Les professionnels de santé au travail rédigent chaque année un rapport technique d'activité qui sera adressé au CA et au service déconcentré du Ministère de la santé en charge de l'attribution et du suivi de « l'agrément » de l'agence régionale.

4-4 Le conseil régional de prévention des risques professionnels (CRPRP) :

Il est financé par une part de la cotisation réglementaire globale (voir chapitre V).

Il a une mission de coordination régionale, en particulier :

- Coordonner les actions des différents organismes de prévention en santé au travail au niveau régional et les évaluer.
- Initier et coordonner des actions de recherche et de prévention à l'échelle de la région tout en veillant à leur financement.
- Examiner les rapports de la CMT, auditer l'agence régionale de la santé au travail et transmettre un avis à la tutelle chargée des « agréments ».
- Instituer des commissions d'éthique régionales des équipes de santé au travail. Suivre le fonctionnement de ces commissions.

Les représentants salariés au CA de l'agence régionale et au CRPRP bénéficient d'un **temps de délégation réglementaire** et d'une formation assurée par la tutelle. Leurs frais de déplacement et leur temps de travail sont pris en charge dans les budgets de fonctionnement de ces structures.

CHAPITRE V

**LE FINANCEMENT DE LA
PRÉVENTION EN SANTÉ AU
TRAVAIL**

L'employeur est celui qui gère l'entreprise et son organisation, il est responsable du processus, donc des risques inhérents à l'entreprise. C'est donc tout naturellement à cette dernière que doivent revenir les coûts de la prévention de la réparation, y compris le reclassement.

Il est injustifié que la collectivité qui ne peut avoir d'action décisive sur l'organisation de l'entreprise subisse le financement de la réparation des dommages encourus par les salariés ainsi que de leur prévention (y compris la prévention en santé au travail).

Le financement de la prévention en santé au travail revient ainsi exclusivement aux employeurs. Il obéit à des règles particulières.

Il y a nécessité d'harmoniser les modalités de financement en proscrivant la cotisation à l'acte et en imposant **un seuil minimum interentreprises de cotisation**.

Il est en effet important de mettre fin dans l'esprit des intéressés, à la notion de paiement à l'acte, et d'instituer définitivement une cotisation correspondant à une action globale continue contribuant à la préservation de la santé au travail. D'autre part, il est évident qu'un travail efficace en santé au travail exige des moyens.

Le financement est assuré par **une cotisation, obligatoire fixée réglementairement au niveau national par l'agence nationale** en fonction d'un indice qui peut tenir compte de la masse salariale, du contrat de travail des salariés (CDD, intérimaires...), de la branche professionnelle et des taux relatifs aux AT/MP...

Cette cotisation est versée par l'employeur à l'agence départementale de santé au travail à laquelle son entreprise est rattachée. Ces cotisations sont collectées par l'agence régionale de santé au travail sous le contrôle de la chambre régionale des comptes.

Une partie de cette cotisation est affectée au CRPRP, une autre part est destinée à la commission nationale de la santé au travail.

Enfin le seuil de cotisation ainsi déterminé constitue un minimum.

En outre, afin de favoriser une étude indépendante des risques, il est nécessaire d'utiliser des financements spécifiques et indépendants pour les activités de recherche, de formation continue et d'information des équipes oeuvrant à la préservation de la santé. Ceci, au moyen de conventions avec des organismes pluriels et indépendants, tels que l'INSERM, avec des sources de financement variées.

Ce mode de financement est bien le seul possible et concerne l'ensemble des salariés que leur employeur soit public ou privé.

Le financement du suivi des retraités et des chômeurs ayant été exposés à des risques pendant leur activité professionnelle est assuré respectivement par la branche AT MP et les ASSEDIC. La caisse des travailleurs indépendants prend en charge le suivi des travailleurs concernés.

CHAPITRE VI

LE FONCTIONNEMENT DES
AGENCES

6-1 La pluridisciplinarité

L'efficacité du système de prévention en santé au travail repose maintenant sur la coopération efficace entre plusieurs disciplines issues des domaines médical, organisationnel et technique inscrits dans la loi de modernisation sociale de 2002.

La pluridisciplinarité est mise en place au sein des agences régionales grâce à l'embauche de personnels compétents dans des domaines relevant des trois pôles ; on peut citer à titre d'exemple : des médecins du travail et des infirmier(e)s santé travail pour le pôle médical, des ergonomes pour le pôle organisationnel, des toxicologues et des ingénieurs de sécurité pour le pôle technique.

Il est nécessaire de rappeler que, pour faire face aux conflits d'intérêt, ubiquitaires en prévention en santé au travail, il est nécessaire de mettre en place des garanties :

- Respecter le statut d'indépendance des professionnels salariés de l'agence (notamment vis-à-vis des employeurs adhérents à l'agence régionale).
- Établir des règles d'intervention des acteurs à l'aide de conventions dont le modèle est validé par le CRPRP.
- Garantir l'accès des représentants des salariés à l'intervention coordonnée des pluridisciplinaires.
- Assurer une coopération des intervenants à l'aide d'une charte et d'une éthique professionnelle.

6-2 Coordination des pôles technique, organisationnel et médical

Dans le cadre d'un projet global pluridisciplinaire de prévention en santé au travail, il est nécessaire de créer des liens entre les pôles médicaux, techniques et organisationnels en interne ou en externe.

La mise en synergie des compétences médicales, techniques et organisationnelles se fait au bénéfice d'une prévention globale en santé au travail.

Le fonctionnement interne fait l'objet d'une charte. L'objet de cette charte est de définir, en interne, les modalités de travail et de collaboration entre les différents acteurs.

Dans un souci de clarté, d'efficacité et de préservation de l'indépendance de tous les acteurs, cette charte doit définir les principes généraux du déroulement d'une intervention pluridisciplinaire, en particulier :

- l'accord écrit du médecin du travail pour valider l'opportunité d'une intervention ainsi que la convention.
- l'accord écrit de l'intervenant en santé au travail pour valider la faisabilité d'une intervention demandée par l'équipe médicale coopérative.
- Le recours à une médiation en cas de désaccord motivé entre l'équipe médicale coopérative et un intervenant en santé au travail.
- Le principe d'une collaboration étroite entre l'équipe médicale coopérative et le ou les intervenants en santé au travail, tout en respectant la liberté d'action de chacun. Le ou les intervenants en santé au travail doivent pouvoir agir librement dans l'entreprise, en respectant les règles de confidentialité, cela doit être prévu dans la convention.
- La possibilité d'une réalisation en commun de certaines phases d'analyses du travail sur le terrain afin d'avoir une représentation de la situation circonstanciée.
- Une étape de concertation en interne, entre les différents acteurs pluridisciplinaires, pour pouvoir transmettre ensuite aux partenaires de l'entreprise le rapport final présentant les résultats de l'intervention.
- La mise en débat des modalités de restitution entre le ou les intervenants en santé au travail et les membres de l'équipe médicale coopérative, avec possibilité de recours auprès d'un groupe de médiation en cas de désaccord.

- La restitution des résultats auprès de l'entreprise, et auprès des instances représentatives du personnel (exemple CHSCT) quand elles existent, menée par l'intervenant en santé au travail et l'équipe médicale coopérative.

Chaque pôle élabore un rapport annuel d'activité.

6-3 La prévention médicale en santé au travail :

6-3-1 Le travailleur, acteur de sa santé et de la prévention individuelle et collective en santé au travail.

Un milieu de travail sain, des politiques de santé au travail pertinentes...sont nécessaires à l'absence d'atteinte à la santé au travail, mais ne sont pas suffisantes.

De nombreuses études démontrent que la bonne santé au travail est le fruit d'une participation active, constructive, de l'intéressé ou du sujet.

Le travail, lorsqu'il est investi par le travailleur, peut devenir source de satisfaction voire de bonheur et donc de bonne santé. La participation active du travailleur à la construction de son état de santé au travail est donc un élément de celle-ci.

En prévention en santé au travail, une donnée préalable, incontournable, est constituée par la coopération voire l'émancipation du travailleur vis-à-vis des préventeurs professionnels. Il est bien évident que dans cette configuration, l'intervention du sujet acteur de sa santé au travail, va être un relais puissant au niveau individuel et collectif pour la transformation des milieux de travail. À ce stade, les préventeurs professionnels deviennent des outils de cette action de transformation.

6-3-2 les équipes médicales coopératives :

Afin d'exercer ses missions, l'équipe médicale, d'une part observe et intervient sur le milieu de travail et, d'autre part, procède à des entretiens médico-professionnels auprès des salariés.

6-3-2-1 les consultations : le terme de visite médicale est supprimé et remplacé par celui de consultation ou "**consultation médico professionnelle en santé au travail**".

Ce terme introduit l'idée d'une demande aussi bien de la part des salariés que de celle des employeurs. L'ancienne périodicité annuelle des consultations ne résulte pas d'une démarche clinique, mais est une notion totalement arbitraire et réglementaire.

Mais, par ailleurs, le maintien d'une consultation périodique peut devenir dans certains cas la seule possibilité pour le salarié de pouvoir rencontrer l'équipe médicale coopérative sans contrainte.

En conséquence, une **périodicité suffisamment rapprochée des consultations systématiques est maintenue.**

Pour les salariés exposés à certains risques (toxiques, organisation du travail...) le temps supplémentaire de prévention en santé au travail est, selon les cas, et pour partie un temps clinique systématique complémentaire.

La réglementation permet l'accès libre des salariés au cabinet médical.

Toutes les autres catégories de consultations sont conservées (consultation de reprise du travail, consultation occasionnelle...), toutefois la consultation d'embauche est remplacée par une **première consultation du salarié à son poste de travail.**

6-3-2-2 organisation opérationnelle : la composition de l'équipe médicale coopérative, avec un médecin du travail à temps complet, est équilibrée avec :

-
- 1 médecin du travail
 - 2 infirmiers(e)s santé travail à temps plein
 - 2 assistant(e)s médicales du travail à temps plein

Le médecin du travail est le coordonnateur de l'équipe, il garde la responsabilité des actions de l'équipe coopérative, dans une optique exclusivement préventive en santé au travail. L'infirmier(e) santé travail est sous la dépendance hiérarchique du médecin du travail et bénéficie de l'indépendance et de l'autonomie indispensables dans ses actions, prévues par la réglementation sous le terme de rôle propre infirmier.

L'assistant(e) médicale du travail intervient selon les protocoles élaborés au sein de l'équipe coopérative, pour des missions bien définies.

Au sein de l'équipe, la formation professionnelle initiale ou continue doit être adaptée aux missions confiées à chacun de ses membres.

- L'infirmier(e) santé travail doit être titulaire d'un diplôme niveau mastère de spécialisation en santé au travail lui assurant notamment une formation en clinique médicale du travail qui lui permet d'assurer des consultations infirmières en santé au travail. Cette formation clinique, primordiale, doit être à la fois théorique et pratique.
- L'assistant(e) médicale du travail doit avoir bénéficié des formations (niveau III) lui permettant d'exercer pleinement ses missions au sein de l'équipe coopérative.

6-3-2-3 Actions en milieu de travail

- Visites périodiques des entreprises :

Elles seront réalisées par l'un des membres de l'équipe : médecin du travail, ou infirmier(e) santé travail, ou assistant(e) médicale du travail.

Ces acteurs peuvent intervenir seuls ou à plusieurs, selon la connaissance antérieure de l'entreprise, ses risques professionnels particuliers, et les projets et protocoles établis au sein de l'équipe.

L'objectif de ces visites est :

- une connaissance et une description des conditions de travail et des postes.
- une identification des risques
- une information sur les risques
- une étude critique de l'évaluation des risques et du D.U. élaborés par l'entreprise.
- un bilan et un diagnostic en prévention en santé au travail.
- une contribution à l'élaboration de la fiche d'entreprise.

Les propositions et recommandations sont élaborées soit par le médecin du travail lui-même, soit par délégation sous sa responsabilité.

- **Réunions de CHSCT :**

Le médecin du travail et l'infirmier(e) santé travail concernés peuvent participer aux réunions de CHSCT ensemble, ou de façon séparée. La décision est prise en fonction des sujets prévus, des enjeux, ou des difficultés prévisibles lors de ces réunions.

L'infirmier(e) santé travail est membre consultatif du CHSCT.

- **Actions ciblées :**

D'autres actions en milieu de travail peuvent être décidées en fonction des problèmes particuliers

relevés lors des consultations médico-professionnelles réalisées par le médecin du travail ou l'infirmier(e) santé travail, ou des constats effectués à l'occasion des visites d'entreprises ou des études de poste. Les préconisations sont élaborées par le médecin du travail ou sous sa responsabilité.

6-3-2-4 Activité clinique :

Les recommandations d'aménagement ou de changement de poste (article L 241-10-1 du code du travail), et la prescription d'un retrait du poste de travail dans l'intérêt exclusif de la préservation de la santé du salarié font l'objet d'un protocole spécial comportant la recherche du consentement éclairé du salarié (et son information de ses droits de recours), et sont formulées par le médecin du travail.

Toutefois, certaines recommandations provisoires, réalisables sans problème par l'entreprise, peuvent être formulées par l'infirmier(e) santé travail, par délégation sous la responsabilité du médecin.

Les consultations sont réalisées en tout ou en partie par l'infirmier(e) santé travail ou le médecin du travail, selon la décision de ce dernier, à partir de protocoles établis par le médecin du travail, en fonction de données discutées et validées par les professionnels¹ qui tiennent compte des risques professionnels.

Les règles élaborées ci-dessus s'appliquent donc à tous les types de consultation.

En cas de difficulté nécessitant éventuellement une prise de décision sur un aménagement, une mutation ou un retrait de poste, l'infirmier(e) santé travail en réfère au médecin du travail et/ou lui adresse le salarié. La responsabilité de la décision revient au médecin du travail.

- Les consultations périodiques consistent en un entretien et une information portant sur les risques du poste et/ou du métier, des conseils de prévention, l'organisation du suivi professionnel, un examen clinique ciblé, et une écoute compréhensive du salarié afin de repérer les difficultés liées à l'activité et les atteintes à la santé liées au travail. Les données de la consultation sont consignées dans le dossier médical et dans tout autre document prévu à cet effet dans le protocole.
- La première consultation du salarié avec l'équipe médicale consiste en un entretien portant sur le parcours professionnel antérieur du salarié : curriculum laboris pouvant être réalisé préalablement par l'infirmier(e) santé travail, les antécédents médico-professionnels, les risques du poste et/ou du métier, un examen clinique du salarié, des conseils de prévention, et l'information donnée au salarié.
- Les consultations de reprise du travail permettent de s'assurer de la possibilité du salarié de reprendre le travail à son poste et de rechercher le lien éventuel de l'arrêt maladie avec les conditions de travail.
- Les consultations à la demande du salarié ou de l'employeur et les consultations de pré-reprise du travail sont assurées soit par l'infirmier(e) santé travail soit par le médecin du travail selon les particularités de la demande.

Ces consultations ont aussi pour objet d'aider les travailleurs à penser les conflits qu'ils rencontrent dans leur activité professionnelle.

Les assistant(e)s médicales du travail gèrent en concertation, le planning des consultations du médecin du travail et des infirmier(e)s santé travail. Les assistant(e)s médicales du travail peuvent réaliser lors de ces consultations un premier entretien avec

¹ L'évaluation des pratiques professionnelles permettra d'établir des référentiels pour la rédaction des protocoles.

mise à jour d'éléments administratifs (adresse, situation familiale, nom du médecin traitant ...), description du poste, et réalisation d'éventuels examens complémentaires qui relèvent de leur compétence.

Le médecin du travail doit assurer des consultations médico-professionnelles systématiques dans son activité. L'organisation et la répartition de ces consultations périodiques doivent se faire en concertation avec l'équipe, en fonction des objectifs en santé au travail, des particularités du secteur, et des actions régionales ou nationales auxquelles participe l'équipe.

6-3-2-5 Autres actions (Plan d'activités) :

Le fonctionnement en équipes médicales coopératives permet d'inventer et d'expérimenter de nouvelles formes d'action de prévention en santé au travail, qui pourraient s'inscrire dans le cadre d'un plan d'activités.

Ainsi, par exemple, des réunions (par ateliers ou par équipes) peuvent être animées par 2 ou 3 membres de l'équipe pour étudier avec les salariés leurs connaissances du risque, les réalités du travail, les comportements de prudence ou bien les prises de risques, les marges de manoeuvre, etc....

Des actions peuvent être également mises en place de façon concertée entre plusieurs équipes médicales pour avoir par exemple un nombre plus grand d'entreprises concernées ou pour avoir plus de souplesse dans la composition des intervenants.

On peut également concevoir des actions collectives au sein de l'agence régionale de santé au travail par branches professionnelles : actions en entreprises, information, etc...

6-3-2-6 Enquêtes ou études :

Après discussion au sein de l'équipe, la responsabilité en revient au médecin du travail. Pour répondre à un objectif d'amélioration de la prévention en santé au travail, les équipes médicales doivent disposer du temps et des ressources nécessaires pour participer aux différentes enquêtes et particulièrement à celles qui relèvent de la veille sanitaire.

La répartition des tâches se fait en concertation au sein de l'équipe, la réalisation de ces enquêtes et leurs restitutions sont assurées par un ou plusieurs membres de l'équipe.

Le pôle médical est amené à participer à des réseaux notamment médicaux. C'est ainsi que des actions prioritaires sont déterminées en fonction du recueil de données sur la santé au travail dans le cadre d'un réseau TMS ou cancer par exemple.

6-3-2-7 Temps d'échanges et de concertation :

Pour avoir un mode de fonctionnement efficace l'équipe doit prévoir des temps de rencontres, d'échanges et de planification de son activité.

De même, les différentes équipes doivent pouvoir se rencontrer régulièrement pour échanger sur leurs nouvelles pratiques professionnelles, dans une démarche de confrontation de leurs actions et d'analyse des éventuelles difficultés rencontrées.

6-3-2-8 Évaluation :

La mise en place et l'évaluation à court terme de ces équipes médicales coopératives nécessitent des moyens de fonctionnement suffisants, dans un cadre réglementaire précis.

Un bilan à deux ans permettra d'ajuster un mode de calcul réaliste et efficace pour les effectifs à attribuer à l'équipe et d'adapter la réglementation si besoin.

6-3-3 Répartition entre action en milieu de travail, temps clinique et temps connexe.

Le SNPST est favorable au maintien d'un temps clinique suffisant pour les professionnels du domaine médical permettant, par la clinique médicale du travail, l'intervention du sujet acteur de sa santé au travail, et la mise en visibilité (dévoilement) des pathologies liées au travail tout en laissant le temps nécessaire pour toutes les actions précitées.

Ainsi le fonctionnement doit être élaboré à partir de l'obligation de répartition de l'activité de l'équipe médicale en trois parties égales.

La première est consacrée à l'étude et à l'activité en milieu de travail, comprenant les actions vues au paragraphe 6.4.2.3 ainsi que tout le temps de recherche et de rédaction qui en découle.

La deuxième est réservée aux consultations (clinique médicale du travail) et aux autres activités s'y rapportant (courriers).

La troisième est répertoriée sous le terme d'activités connexes : temps de concertation et de réunion, études, enquêtes, formation, EPP, etc...

Ceci a pour but :

- d'enrichir l'activité clinique et de l'exploiter.
- de déterminer des stratégies d'intervention préventive, visant à s'attaquer aux véritables causes d'altération de la santé au travail.
- de déterminer des stratégies d'intervention thérapeutique en milieu de travail lorsque la suppression du risque à la source est impossible.
- de développer des stratégies dites de veille sanitaire afin d'enquêter sur le lieu de travail à la recherche d'éventuels agents de morbidité.
- de rendre la présence des équipes de santé au travail, sur le terrain, plus ubiquitaire et notamment dans les très petites entreprises.

CHAPITRE VII

LE CONTRÔLE

Le contrôle des choix d'actions et de l'activité de l'agence nationale, des agences régionales et des professionnels est une nécessité puisqu'ils répondent à une mission de service public.

Le contrôle est différent selon le niveau auquel il s'applique :

- L'agence nationale indépendante doit relever d'un contrôle exempt de conflit d'intérêt (la cour des comptes pourrait être associée à l'inspection du travail dont dépendra l'agence nationale).
- Les agences régionales relèvent du contrôle de la DRASS (Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales).
-

Le contrôle des orientations et de l'activité des professionnels relève de plusieurs niveaux.

- la production et l'examen de rapports d'activités
- les indicateurs de résultats mesurés par des outils nationaux
- les contrôles des DRASS.
-

Enfin les préconisations des professionnels sur le terrain relèvent exclusivement du contrôle de l'inspection du travail compétente.

CHAPITRE VIII

CONCLUSION

Une nouvelle organisation de la prévention en santé au travail est élaborée, elle repose sur **l'agence nationale de santé au travail** et les **agences régionales de santé au travail**.

Elle obéit à plusieurs principes :

- Indépendance des professionnels de la santé au travail
- Préservation de la démographie des médecins du travail
- Pluridisciplinarité
- Mission exclusivement préventive de préservation de la santé des travailleurs
- Inscription dans la santé publique
- Harmonisation du financement par les employeurs
- Gestion majoritairement salariale
- Unicité de la prévention en santé au travail
- Prise en charge des populations jusque là exclues de la prévention en santé au travail

Pour que cette organisation soit efficace, elle doit s'associer à:

- Un renforcement du **contrôle des organismes de tutelle**.
- La mise en place **des moyens permettant une meilleure implication des salariés** dans la prévention de la santé au travail au sein de leurs entreprises, notamment par la mise en place de CHSCT interentreprises pour les TPE.

- : - : - : - : - : -