

# Note stratégique sur le futur de la médecine du travail

## Résumé

1. Le médecin du travail doit être disponible pour tous les travailleurs, actuels et futurs, et l'influence positive du travail sur la santé doit être davantage soulignée.
2. L'évolution actuelle des tâches et des missions de la médecine du travail est si rapide que les changements législatifs sont déjà dépassés au moment de leur publication. Une façon d'y remédier serait de nous orienter au départ d'une vision commune vers une législation portant sur les objectifs à atteindre.
3. Le travail multidisciplinaire au sein et à l'extérieur du service de médecine du travail est un acquis pour toutes les parties, mais il peut encore se renforcer, notamment dans le cadre de l'intégration de personnes au travail, de la réintégration et du développement de politiques de santé au sein des entreprises.
4. La diversification des tâches du médecin du travail dans le cadre de l'intégration de personnes au travail, de la réintégration et de l'allongement de la durée de vie au travail, est important, mais chronophage; nous constatons, en parallèle, une réduction continue du nombre de médecins du travail actifs.
5. Un bon mariage s'impose entre les tâches traditionnelles et les nouvelles missions du médecin du travail.
6. Par conséquent, l'organisation des contacts périodiques avec les travailleurs soumis à la surveillance de santé devra en grande partie être reprise par des infirmiers, sous la supervision du médecin du travail, qui se concentrera sur les travailleurs qui ont des problèmes.
7. Nous plaillons pour un examen de santé préalable, de référence, à l'entrée au travail d'une personne dans un secteur d'activité donné, pour permettre ensuite un plan de prévention personnalisé ou un trajet de soins spécifique à chaque travailleur.
8. Il est essentiel que nous puissions utiliser les données dont nous disposons pour pouvoir agir sur le plan collectif.
9. Le médecin du travail doit rester impliqué dans la promotion de la santé au sein des entreprises, en vue du renforcement de la politique de santé et de la prévention des problèmes de santé.

10. Si ces évolutions devaient se concrétiser, nous devons nous poser la question de savoir s'il subsiste un ratio suffisant pour que le financement soit réparti sur la base de secteurs d'activité d'entreprises.

## 1. Origine et historique de la note stratégique

Au cours des années 2014-2015, un groupe de travail de l'A.P.B.M.T s'est réuni à plusieurs reprises avec l'objectif de proposer une note stratégique adaptée en perspective de l'entrée en fonction de la nouvelle ministre de la Santé. À l'époque, les interlocuteurs sociaux et le gouvernement étaient principalement concentrés sur la révision des modalités de financement de la médecine du travail, raison pour laquelle la note stratégique, en elle-même, n'a pas été d'avantage développée.

En 2015-2016, des révisions importantes des mécanismes de financement des services externes ont été mises en application. La surveillance médicale périodique pour le travail sur écran et pour le travail en contact avec les denrées alimentaires fut abolie et la nouvelle procédure de réintégration des malades de longue durée mise en œuvre. En 2017, le Conseil Supérieur a souhaité notre avis sur la périodicité de la surveillance médicale. Cela a finalement abouti à une modification de la législation en juin 2019. La fréquence des examens périodiques menés par le médecin du travail est réduite, et un examen intermédiaire par un infirmier sous la supervision du médecin du travail introduit.

Entre-temps, de nombreux collègues plus âgés prennent leur retraite et le nombre de médecins du travail diminue progressivement, tandis que les autorités politiques, les entreprises et les travailleurs font de plus en plus appel au médecin du travail pour des problématiques toujours plus diversifiées, telles que l'absentéisme, la réintégration, l'allongement de la durée de vie au travail, le burn-out, etc.

Il ne reste donc aujourd'hui que quelques années avant que le concept de surveillance médicale périodique de «travailleurs soumis» ne doive être reconsidéré, afin que le nombre restreint de médecins du travail puisse se consacrer aux tâches et aux missions les plus pertinentes. Il est important que les médecins du travail eux-mêmes prennent l'initiative de propositions concrètes et réalistes.

## 2. «Une Vision» plutôt que « La Loi»

### 2.1. Analyse de la législation actuelle et de ses récentes évolutions

« La loi dit » reste d'une importance primordiale en Belgique, mais la législation n'offre désormais plus de vision cohérente de la médecine du travail. **Les tâches de la médecine du travail évoluent tellement vite** que la loi ne peut plus être la sacro-sainte règle, puisque dans un environnement en évolution si rapide, la législation sera toujours en retard sur la réalité du terrain.

Dans les discussions sur les récentes modifications législatives, **l'aspect financier s'est avéré souvent le plus important**, et non le contenu. Un certain nombre de points fondamentaux qui, initialement, étaient inscrits dans les projets de textes et qui étaient alignés avec la note stratégique de notre association professionnelle et des associations scientifiques ont été supprimés (2012). En conséquence, une transition vers des activités à plus grande valeur ajoutée n'a donc pas encore été initiée. Notre législation reste toujours axée sur les moyens alors qu'elle devrait, dans le futur, pouvoir évoluer vers une loi basée sur des **objectifs** communs.

Un nouveau point d'attention porte sur le fait que les interlocuteurs sociaux veulent à nouveau nous imposer leurs questionnaires et leur méthode organisationnelle pour les examens intermédiaires. Cela nous paraît tout aussi contre-productif que ne l'a été la définition détaillée du contenu de l'examen périodique dans le passé. Nous constatons que la méfiance parmi les interlocuteurs sociaux reste de mise et qu'ils sont divisés également entre eux en termes de vision. Ceci les empêche de s'associer à notre démarche en vue de formuler des propositions et des objectifs communs. Nous leur lançons donc un appel pour qu'ils surmontent leurs réticences et pour qu'ils se jettent à l'eau avec nous.

L'Arrêté Royal (AR) portant sur le « Financement » n'a pas modifié fondamentalement les missions de la médecine du travail, et certainement pas pour les examens périodiques. Alors que les premiers contacts de l'association professionnelle au sujet de l'adaptation de la fréquence de l'examen périodique et au sujet du rôle de l'infirmier ont déjà eu lieu en 2012 et les années suivantes, il a fallu attendre juin 2019 pour la publication d'un **nouvel AR portant sur la «Périodicité»**, tel qu'il est communément appelé. La pratique existante dans plusieurs services, internes et externes, dans le cadre de laquelle des examens standardisés peuvent être exécutés par du personnel

infirmier sous la supervision du médecin du travail, y est intégrée. Tel que déjà estimé par certains services, cet ajustement de la fréquence de l'examen périodique réalisé par un médecin ne sera qu'une solution limitée et temporaire pour limiter la sollicitation accrue du médecin du travail; nous parlons d'un gain de temps de 10-15%.

Dans le passé la suppression de l'examen périodique pour le travail sur écran et pour le travail en contact avec les denrées alimentaires n'a eu qu'un effet limité sur la charge de travail des médecins du travail, car ces groupes de travailleurs ont pu entretemps avoir accès au médecin du travail au travers de la consultation spontanée en cas de maladie et au travers de la réintégration. Dans **le système des travailleurs soumis**, les non-soumis étaient de facto exclus du système de la santé au travail. Depuis un certain nombre d'années, la tendance est de les inclure de plus en plus dans une approche collective, telle que la politique d'absentéisme, la réintégration, le stress, le burn-out, les enquêtes sur la santé en générale, etc. Il s'agit là d'une évolution positive, comme elle l'était demandée dans la note stratégique initiale. Depuis lors, la notion du travailleur soumis renvoie toujours en grande partie aux risques qui peuvent engendrer une maladie professionnelle indemnisable. Les maladies professionnelles restent une réalité et leur prévention est un objectif important pour le médecin du travail. L'organisation de la prévention au travers d'examens médicaux périodiques ne semble plus être la méthode la plus appropriée pour de nombreux risques.

Le fait de délivrer un **formulaire d'évaluation de santé** sur lequel est mentionné « apte » donne l'impression que le travailleur le sera pour une période déterminée, alors qu'il ne s'agit que d'une déclaration portant sur son état de santé le jour même de l'examen de santé. Cela n'a donc aucun sens. Nous ne délivrons pas de certificat d'aptitude à être exposé à un risque professionnel, nous offrons des conseils ou un accompagnement. Le formulaire ne devrait être délivré que s'il mentionne une adaptation du poste de travail ou une recommandation.

La priorisation et la diversification des examens à valeur ajoutée (consultations spontanées, visite de pré-reprise et examen de reprise de travail, réintégration...) est donc une avancée significative, en particulier pour les travailleurs considérés comme non soumis auparavant. Le rôle du médecin du travail qui soutient les travailleurs – y compris ceux avec une limitation – à occuper un poste de travail et à se maintenir au travail s'en trouve déjà plus valorisé, même si la loi ne s'oriente que quasi exclusivement sur les travailleurs disposant déjà d'un contrat de travail.

**L'accessibilité du médecin du travail, pour tous les travailleurs potentiels**, quel que soit leur statut, est essentielle. Nous voulons ici aussi faire référence aux réflexions formulées dans le mémorandum des professeurs en médecine du travail en Belgique.

## **2.2. La nouvelle loi : la loi sur la réintégration des travailleurs**

Le nouvel AR «Réintégration », et sa procédure hautement réglementée, occupe aujourd'hui déjà 10% du temps de travail des médecins du travail. La durée moyenne pour une « simple » procédure peut être estimée à 1,5 heure, mais peut facilement conduire à une durée nettement plus importante . Pour les clients disposant d'Unités de Prévention (UP), puisque ces activités sont incluses dans le cadre de l'utilisation de ces UP, il n'est pas facile de déterminer le temps de prestations exact. Dans son avis, le CNT prévoit des obligations procéduriers complémentaires, ce qui augmentera encore davantage les temps de prestation. En plus de cet aspect chronophage, on peut se poser des questions sur l'utilité de réintégrer chez le même employeur des personnes **malades de longue durée** qui ont été absentes pendant des années. En effet, leurs postes de travail sont depuis longtemps occupés par un autre travailleur. Dans les faits, un tel trajet de réintégration se convertit de facto en procédure de licenciement. C'est ainsi qu'un certain nombre de personnes malades de longue durée sont " libérées " de leur maladie de longue durée et remises sur le chemin du travail, généralement chez un autre employeur.

L'objectif de cette législation, d'amener les personnes malades chez le médecin du travail à un stade précoce pour discuter de leur futur réemploi, reste essentiel, mais n'est pas encore devenu une réalité. Le fait qu'en dépit de ces restrictions, 30 % des personnes malades de longue durée, après une procédure de réintégration, finissent par retourner au travail chez le même employeur ou chez un autre employeur peut donc être considéré comme un succès. Elle offre de nouvelles opportunités à un citoyen malade de longue date d'enrichir sa vie et de la rendre plus heureuse. **Cela permet à la sécurité sociale d'économiser environ 150 millions d'euros la première année** et, cumulativement, à l'avenir, beaucoup plus, si ces anciens malades de longue durée continuent à travailler (calcul : 25 000 trajets de réintégration /an \* 30 % \* 20 000 €).

### **3. Retour à la source et le modèle du futur**

#### **3.1. Quel est le « core business » et la spécificité de la médecine du travail ?**

Le « core business » de la médecine du travail en tant que spécialité médicale est la connaissance de la santé, du travail et du monde de l'entreprise, en particulier leur mode de réflexion et comment influencer ses acteurs. Par conséquent, la médecine du travail peut détecter les effets et les troubles liés au travail à un stade précoce. La promotion du bien-être au travail constitue le socle de la prévention de la maladie au travail. Une autre tâche importante pour le médecin du travail est l'accompagnement des travailleurs qui sont ou ont été malades. Par exemple, dans le cadre de la réintégration, le médecin du travail combinera sa connaissance du poste de travail, de l'entreprise et de l'individu. Il peut également faire le lien entre le secteur curatif et la réalité du travail. Cela signifie toutefois que d'avantage de temps sera à consacrer à l'interaction avec les managers RH, les directions des entreprises, les médecins traitants, les médecins conseils et les autres acteurs qui s'occupent des malades de longue durée. Par conséquent, il est nécessaire d'attribuer au médecin du travail un rôle plus structurel, surtout dans les grandes entreprises. Cela devrait permettre d'impliquer systématiquement le médecin du travail dans toutes les questions de santé qui sont traitées dans l'entreprise.

Le médecin du travail travaille également dans un environnement multidisciplinaire. Cela permet de faire appel à des infirmier(e)s du travail pour le suivi des patients malades de longue durée (y compris ceux qui souffrent de burn-out). D'autres experts et disciplines peuvent également être sollicités. Dans le contexte de la réintégration, une coopération étroite est nécessaire avec les organisations qui fournissent une orientation et des conseils en matière d'emploi. Cela demandera également du temps de la part des médecins du travail et des services pour mener à bien cette consultation et cette coopération.

Il faudra évoluer vers une médecine du travail qui va au-delà de la vision classique du suivi individuel du travailleur. L'utilisation des données au niveau collectif est essentielle. L'approche spécifique et traditionnelle de la médecine du travail, dans sa réflexion sur l'impact des facteurs environnementaux sur la santé, doit davantage être développée. Ceci va au-delà de l'analyse de risque classique.

Nous citons en effet des exemples tels que : 55% des personnes moins valides ont des problématiques psychiques. On ne peut plus les cibler par une analyse de risque. La plupart des cancers sont - outre des facteurs génétiques – pour plus de 90% dus à des facteurs environnementaux. Un travailleur souffrant de burn-out, nous ne le rencontrons généralement que lors de l'entretien préparant la reprise du travail. Entre 15 et 30% des asthmes sont dus à des facteurs environnementaux qui peuvent être d'origine tant professionnelles que personnelles. Le secteur curatif n'y prête que peu ou pas d'attention et n'a que peu d'expertise sur le sujet.

Il convient également d'accorder une plus grande attention aux aspects positifs du travail. La médecine du travail met encore trop l'accent sur les potentiels effets nocifs du travail, alors que l'impact positif du travail sur la santé individuelle a largement été démontré. Cela présente des avantages pour l'employeur et la société en général.

### **3.2. Un bon mariage s'impose entre les tâches traditionnelles et les nouvelles**

Il est clair que nous voulons un **mariage réussi entre le nouveau rôle du médecin du travail et son rôle traditionnel** qui se concentrait plutôt sur le suivi périodique des travailleurs soumis. Plus le médecin du travail s'attellera à l'accompagnement individuel des travailleurs souffrant de problèmes liés au travail, moins il lui restera de temps pour le suivi périodique des travailleurs avec des risques professionnels et moins de temps il passera sur le terrain.

Une surveillance de santé périodique structurée peut encore être utile. Elle doit être la plus standardisée possible et ne doit pas nécessairement être effectuée par le médecin du travail, mais sous sa supervision.

La supervision et les approches d'analyse collective restent nécessaires pour détecter des tendances de santé. D'autres méthodes, telles que les pratiques de sondage en médecine générale, sont probablement plus efficaces pour détecter les problèmes de santé à un stade précoce que les examens périodiques non ciblés pratiqués régulièrement. Voir aussi la récente publication sur les paramètres en médecine du travail<sup>1</sup>.

Il est donc nécessaire de réduire le nombre d'examens périodiques effectués par le médecin du travail et d'examiner d'un œil critique le temps consacré à d'autres types

---

<sup>1</sup> Bakusic, J., Lenderink, A., Lambreghts, L., Vandenbroeck, S., Verbeek, J., Curti, S., Mattioli, S., Godderis, L. (2017). Methodologies to identify work-related diseases: Review of sentinel and alert approaches. Luxembourg: Publications Office of the European Union: European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA).

d'examens médicaux et les obligations qui en découlent. Nous pensons à « l'examen de reprise de travail » parfois superflu s'il y a déjà eu un suivi pendant la période de maladie, à l'examen en cas de grossesse et d'allaitement, ce dernier pouvant, par exemple, être remplacé par une prise de contact, etc.

Nous estimons qu'un examen préalable en début d'exercice dans un secteur est essentiel. Outre celui-ci, des contacts réguliers avec le service médical demeurent nécessaires, mais ne doivent pas toujours s'effectuer par le médecin du travail lui-même. Le suivi pourrait être organisé sur la base d'un plan de prévention ou d'un parcours de soins personnalisé pour chaque travailleur individuellement. Un atout supplémentaire est la disponibilité accrue du médecin du travail dans le soutien des travailleurs et employeurs qui ont des problèmes.

### **3.3. Le modèle d'avenir**

#### **Examen de début d'exercice dans le secteur**

Dans notre note stratégique, nous plaidions pour un examen préalable en début d'exercice pour le secteur ou pour le poste de travail. Ceci devrait permettre, sur base des données médicales de l'examen, de décider si un examen de recrutement récurrent est nécessaire pour un travailleur déterminé, lorsque celui-ci va travailler chez un autre employeur du même secteur. Cela nécessite un bon échange de données entre les différents services. Le projet SEED de Co-Prev peut répondre à ce besoin.

Au cours d'un examen préalable, peuvent s'effectuer **certains examens de référence**, comme la spirométrie pour l'exposition respiratoire et l'inspection de la peau en cas d'exposition cutanée future. Simultanément, il est possible de réaliser une intradermo et de mettre au point le statut vaccinal (p.ex. 30 % des stagiaires ont une immunité insuffisante pour l'hépatite B).

Une consultation préalable a également une valeur ajoutée évidente en tant que **moment de confiance, un premier contact avec le service médical et une occasion d'information en matière de prévention**. Elle est dès lors un moment opportun pour organiser la planification du suivi des travailleurs, comme p.ex. définir la périodicité, le suivi vaccinal, le contenu du suivi médical, en fonction des risques

professionnels, en fonction des caractéristiques personnelles (p.ex. diabète, maladies chroniques, handicap (reconnaissance type AVIQ ou PHARE)).

Le médecin du travail doit pouvoir disposer de suffisamment de temps et de moyens pour réaliser un tel examen préalable, en fonction du secteur et des risques sectoriels.

### **Plan de prévention et trajet de soins personnels du travailleur**

Dans notre note stratégique, nous précisons que la périodicité des examens médicaux ne devrait pas uniquement s'organiser en fonction des risques professionnels, mais aussi en fonction du secteur ou de l'entreprise et en fonction des facteurs individuels. Plutôt que de définir la périodicité dans la loi, nous estimons qu'il devrait y avoir **une concertation avec le secteur concerné et avec les services externes et internes** afin de déterminer un suivi approprié dans le secteur en question. Chaque entreprise pourra alors décider de faire plus, jamais moins.

S'il s'avère, au cours de l'examen préalable ou, plus tard, au cours d'un examen spécifique, qu'un suivi individuel est nécessaire, le médecin du travail pourra proposer un trajet de suivi individuel.

Nous ne proposons pas ici de trajet de suivi directement lié à l'âge en lui-même. L'âge est, en effet, une donnée relative en fonction des tâches et du secteur dans lequel on travaille. Il est toutefois évident que les points d'attention seront différents selon l'âge et selon l'ancienneté dans un secteur. Dans le cas de jeunes et de nouveaux venus dans un secteur, une plus grande attention sera, par exemple, portée à l'information, aux instructions et à la formation à propos des risques et dangers auxquels ils seront exposés. Alors que pour les travailleurs plus âgés, l'attention se focalisera davantage au fur et à mesure sur la santé générale et le suivi médical.

## **4. Points d'attention : la promotion de la santé et le financement**

### **4.1. Point d'attention : la promotion de la santé dans les entreprises.**

La promotion de la santé générale reste " interdite " ou encore difficile à implémenter dans le cadre des soins de santé au travail en Belgique.

*« Le maintien des travailleurs en bonne santé a des effets directs et mesurables sur la productivité et contribue en outre à une plus grande viabilité des systèmes de sécurité sociale. Le fait de protéger les travailleurs contre les accidents graves ou les maladies professionnelles et de préserver leur santé tout au long de leur vie professionnelle, dès leur premier emploi, est essentiel pour leur permettre de travailler plus longtemps. Ces actions contribuent donc aussi à compenser les effets à long terme du vieillissement de la population, dans le droit fil des objectifs de la « stratégie Europe 2020 pour une croissance intelligente, durable et inclusive »<sup>2</sup>.*

Contrairement au cadre stratégique de l'Union européenne qui souligne l'importance de la promotion de la santé, les interlocuteurs sociaux et le service fédéral belge ne considèrent pas la promotion de la santé comme une tâche des services médicaux et du médecin du travail. Les autorités flamandes veulent changer leur fusil d'épaule. Les syndicats suivent timidement, mais continuent à affirmer que cela doit se faire en dehors des UP ou du cadre légal obligatoire et du financement forfaitaire.

La résistance se base en partie sur la conviction que la promotion de la santé générale consiste à effectuer des bilans de santé individuels pour les cadres, à leur proposer une coloscopie, une mammographie... La promotion de la santé, cependant, est une politique qui peut prévenir d'importants problèmes de santé et contribuer ainsi à une santé positive. L'aile flamande de notre association professionnelle a rédigé une note à cet égard, conjointement avec nos collègues de l'association scientifique et l'association des médecins du travail internes. Celle-ci souligne le rôle de coordination et de supervision du médecin du travail, étroitement impliqué dans la politique de la promotion de la santé au sein de l'entreprise. Son exécution peut être confiée à d'autres disciplines et aux infirmiers.

---

<sup>2</sup> <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:52014DC0332>

## **4.2. Point d'attention : le financement**

Si les réformes précitées sont réalisées, il sera utile d'examiner dans quelle mesure le mode de financement y répondra. Il semble dès à présent qu'une justification de différenciation importante des tarifs sur la seule base de l'activité sectorielle soit bien insuffisante. Un tarif forfaitaire couvrirait une base commune, à compléter en fonction du secteur et des problèmes ou des risques qui s'y présentent. Pour certains secteurs, le forfait serait insuffisant pour financer une surveillance de la santé complète et le bien-être au travail. Il sera dès lors nécessaire de prévoir un financement complémentaire obligatoire. L'analyse de la pratique actuelle devrait déboucher sur un système de financement simplifié.

Aujourd'hui, l'examen médical coûte de l'argent aux services externes (plutôt que de leur rapporter de l'argent, comme ce fut le cas dans le système précédent de travailleurs soumis/non-soumis). Ceci représente une menace, car on pourrait être tenté de diminuer systématiquement le nombre de médecins du travail. Toute la discussion sur l'examen périodique biennal par rapport à l'examen périodique annuel se situe dans ce contexte. Le fait de rendre visible le coût réel de l'unité de prévention médecin du travail (187,5 € non indexés) suscite également certaines préoccupations. Dans la pratique, nous constatons que les médecins du travail consacrent un temps de travail très élevé auprès des clients et que les employeurs ne contestent quasiment jamais leurs prestations et leurs heures. La participation des médecins du travail aux CPPT semble diminuer, mais cette tendance doit être suivie de plus près. Par contre, les concertations de tout type impliquant le médecin du travail ne cessent d'augmenter.

### **Littérature et références**

Note stratégique médecine du travail 2012

Cadre stratégique sécurité et santé au travail 2014-2020

Mémorandum des professeurs en médecine du travail

OMS: la médecine du travail et les soins de santé de base

Note relative à la promotion de la santé générale des médecins du travail flamands

Godderis L. « Werken is genezen », Uitgeverij Lannoo Campus.

Steel, J., Luyten, J., Godderis, L. (2018). Occupational health: the global evidence and value. 1-92, London: Society of Occupational Medicine (SOM).

Bakusic, J., Lenderink, A., Lambreghts, L., Vandenbroeck, S., Verbeek, J., Curti, S.,  
Mattioli, S., Godderis, L. (2017). Methodologies to identify work-related diseases:  
Review of sentinel and alert approaches. Luxembourg: Publications Office of the  
European Union: European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA).