

Le 08/05/2019

## Audition de représentants de la médecine du travail et des professionnels de la santé au travail

---

*Bilan de la précédente réforme de la santé au travail :*

- 1. Quel bilan faites-vous de la réforme de la santé au travail par la loi du 8 août 2016 et le décret du 27 décembre 2016 modernisant la médecine du travail et les services de santé au travail, notamment :**
  - fin de la visite médicale d'embauche obligatoire et remplacement par une visite d'information et de prévention ;
  - suivi médical du salarié par le médecin du travail (visite périodique) dans un délai de cinq ans au lieu de deux ans ;

Pour répondre à vos questions relativement précises il nous faut en préambule vous exposer, rapidement, quelques pratiques des médecins du travail pour accomplir leur mission réglementaire « d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail ».

Tout d'abord, la surveillance individuelle des salarié(e)s est particulièrement importante et l'essence même du métier :

Elle permet la prise en charge de la santé du (de la) salarié(e) en déployant une clinique particulière : la clinique médicale du travail. Cette clinique prend le travail comme grille de lecture pour comprendre individuellement ce qui se joue au travail pour le (la) salarié(e) et l'amener à la compréhension de ce qui se joue pour sa santé dans la situation de travail et celle du lien entre d'éventuelles altérations de sa santé et son travail qui sont des préalables au maintien ou à l'amélioration de sa santé.

Un temps fondateur de la confiance, indispensable à toute consultation médicale, est la capacité du médecin du travail à attester du lien santé travail individuel. Malheureusement, sous l'impulsion de plaintes d'employeurs contre les médecins du travail qui attestent de ce lien, le Conseil de l'ordre des médecins ne semble pas avoir compris et condamne quasi systématiquement ces médecins, niant ainsi leur compétence diagnostique et compromettant la reconnaissance de ce lien.

En outre, la surveillance individuelle assure également la traçabilité des expositions professionnelles (dossier médical en santé au travail, repérage des risques et de leurs effets majoritairement différés sur la santé).

Cette surveillance individuelle nourrit, et se nourrit, de la surveillance collective des risques et de leurs effets qui constitue le deuxième volet des pratiques en médecine du travail.

Or, la réforme de la santé au travail par la loi du 8 août 2016 et le décret du 27 décembre 2016 modernisant la médecine du travail et les services de santé au

travail, a signé la fin de tout accompagnement médical périodique pour tous en santé au travail.

Avoir accès aux altérations de santé liée de au travail chacune des personnes est le « plus » d'une équipe de professionnels de santé au travail (infirmiers et médecins) mais elles nécessitent la confiance de ces personnes en ces professionnels. Il est illusoire de croire qu'une surveillance si espacée soit efficace en terme de prévention primaire ou secondaire.

Comment le salarié pourrait-il faire confiance au professionnel de santé au travail (infirmiers ou médecins), alors qu'il ne voit ce dernier qu'à intervalles très espacés ? D'autre part, la précarité des emplois (intérim, CDD, sous-traitance « en cascade »), compromet la surveillance individuelle dès lors qu'elle est trop espacée.

La délégation de tâches, sous protocoles, aux infirmiers en santé au travail suppose également une formation en pratiques renforcées (décret n°2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée) et un statut de salarié protégé (procédure de licenciement nécessitant l'accord de l'inspection du travail) comme les médecins du travail.

*Gouvernance de la santé au travail :*

## **2. Quelle évaluation faites-vous de la gouvernance actuelle de la santé au travail en France ? Quels sont, selon vous, ses principaux points forts et faiblesses ?**

Notre association a fait le constat, depuis trois décennies, que la gouvernance est soit « faussement paritaire » (la voix du président du CA, représentant les employeurs au sein des CA des Services de Santé au Travail Interentreprises, est prépondérante en cas d'égalité des voix depuis la réforme de 2012 et les anciens CE et futurs CSE ne jouent pas leurs rôles de contrôle social de l'organisation et fonctionnement des Services de Santé au Travail d'Entreprise), soit « faussement tripartite » (en plus des partenaires sociaux, les représentants de l'État, en particulier la Direction Générale du Travail, font preuve d'une inertie sur l'ensemble des thèmes de santé au travail, privilégiant les politiques de l'emploi).

Renforcer l'invisibilité des effets différés sur la santé du travail, du côté d'un grand nombre d'entreprises, au nom de la performance économique, et la priorité des politiques publiques de l'emploi, conduit à une gouvernance de la santé au travail « inerte ».

## **3. Le pilotage national de la politique de santé au travail vous semble t'il satisfaisant ?**

Les Plans Nationaux Santé Travail (le troisième de 2016 à 2020) et leurs déclinaisons régionales, sont une succession d'actions :

- + 23 actions pour le Plan Santé Travail 2005-2009, avec comme objectif déjà, « la réforme du dispositif national de prévention des risques professionnels »,
- + 36 actions pour le Plan Santé Travail 2010-2014, devant traduire la stratégie européenne de santé au travail 2007-2012, notamment la réduction de 25 % du taux

d'incidence global des accidents de travail,  
+ 52 actions pour le Plan Santé Travail 2016-2020, avec deux axes stratégiques, donner la priorité à la prévention primaire et au développement de la culture de prévention, améliorer la qualité de vie au travail, levier de santé, de maintien en emploi des travailleurs et de performance économique et sociale de l'entreprise.

Or cette inflation d'actions, à chaque plan national, s'est accompagnée d'une diminution de moyens. Seul le premier plan crée 50 postes de scientifiques au sein de l'agence publique d'expertise (AFSSET devenue ANSES en juillet 2010) et crée des cellules régionales d'appui scientifique et technique pluridisciplinaires dans les DIRECCTE (essentiellement des postes d'ingénieurs de prévention venant en appui des agents de contrôle). Les plans suivants ne se sont plus accompagnés de moyens.

#### **4. Le réseau des SSTI assure t-il, selon vous, un service de proximité efficace auprès des entreprises, en particulier des TPE/PME ?**

Pour commencer, la protection de la santé, conformément au préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, n'est pas une prestation de service. L'État français a choisi de déléguer ses missions de protection de la santé des salariés à des associations à but non lucratif : nous sommes donc dans le cadre d'une délégation de service publique et non pas d'une prestation de service.

Les directions de SSTI considèrent que leurs missions sont de la prestation de services.

La majorité des dirigeants des TPE adhèrent à un SSTI pour répondre à leurs obligations réglementaires (parfois suite à la visite d'un agent de contrôle de l'inspection du travail dans leur entreprise) et non pas pour avoir un service. Ils veulent avoir leurs visites réglementaires dans les temps, en particulier les huit jours suivant la reprise de travail du salarié arrêté plus de 30 jours (c'est « le service efficace »). Dans certaines régions, du fait de l'évolution de la démographie médicale, les SSTI peuvent plus difficilement répondre « à cette prestation de service efficace ».

#### **5. Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), signés entre les SSTI, la DIRECCTE et la CNAM vous semblent 'ils avoir permis une mise en cohérence de l'action des SSTI dans la mise en œuvre de la politique nationale en matière de santé au travail ?**

Les CPOM ont été pour la plupart signés fin 2013 ou début 2014 pour une durée de 5 ans. Il est donc difficile d'avoir suffisamment de recul pour constater s'ils « ont permis une mise en cohérence de l'action des SSTI dans la mise en œuvre de la politique nationale en matière de santé au travail. »

#### **6. Quel bilan faites-vous du contrôle par l'inspection du travail du respect par les entreprises et les services de santé au travail des obligations législatives et réglementaires en matière de santé au travail ? Quelles**

## **seraient les améliorations à y apporter ?**

L'inspection du travail a vu ces dernières années une diminution de ses effectifs ne leur permettant plus d'avoir les moyens d'effectuer un contrôle pertinent du respect par les entreprises de leurs obligations législatives et réglementaires en matière de santé au travail. Leurs actions se font de plus en plus dans des situations très dégradées (suicide en entreprise, accidents du travail mortels, etc.).

Concernant les procédures d'agrément des services de santé au travail, l'inspection du travail avec l'appui de l'inspection médicale du travail manque de moyens pour faire respecter les principes de droit en matière d'organisation et de fonctionnement des SST. Les décisions d'agrément se fondent sur des politiques régionales d'agrément présentées chaque année devant le Conseil Régional d'Orientation des Conditions de Travail (CROCT). Les DIRECCTE avouent ne pas avoir les moyens de leurs ambitions : par exemple, elles n'ont pas les moyens d'imposer aux SST d'entreprises le suivi des salariés sous-traitants, à demeure dans l'entreprise, ou d'imposer aux SSTI professionnels du BTP le suivi des salariés intérimaires travaillant dans le BTP.

Il est indispensable de donner plus de moyens humains et techniques aux services de l'État en charge du contrôle du respect par les entreprises et les services de santé au travail des obligations législatives et réglementaires en matière de santé au travail.

### **7. Partagez-vous la proposition d'un rattachement des médecins inspecteurs du travail aux agences régionales de santé, avec détachement auprès des DIRECCTE ?**

Non, car les agences régionales de santé, du fait de leurs histoires, ont une vision de la santé publique sans lien avec les conditions de travail.

En Île de France, par exemple, l'ARS conçoit les SST d'entreprises et les SSTI, comme des relais de campagnes de dépistage (cancer du sein, cancer du colon, etc....) ou d'éducatives pour la santé (messages de prévention de santé publique : tabac, alcool, diététique, etc.)

Alors qu'actuellement les pathologies liées au travail sont de plus en plus nombreuses la compréhension de l'enjeu de prévention qu'elles représentent est mal appréhendée par le ministère de la santé. Cela est parfaitement compréhensible puisque réglementairement le fonctionnement des systèmes de prévention en santé au travail relève légitimement de l'administration du travail, en contact permanent avec les entreprises.

Il n'y a donc aucun bénéfice à attendre du déplacement des médecins inspecteurs vers les ARS en les coupant du contrôle administratif chargé de la santé au travail. La cohérence du système de prévention plaide pour leur maintien dans le cadre actuel.

### **8. Dans quelle mesure la gouvernance de la santé au travail doit elle et peut elle, selon vous, être simplifiée ?**

Conformément au préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, « la république garantit à tous,...la protection de la santé... », Cela implique que la santé au travail relève du pouvoir régalien. La logique de ce constat plaide en faveur de la création d'un service public de santé au travail administré sous la surveillance d'instances dans lesquelles seraient représenté(e)s les salarié(e)s et les employeurs. Toutefois, du fait qu'il s'agit de leur santé, en faisant les véritables « usagers » du système de prévention et de surveillance médicale, les salariés seraient majoritairement représenté(e)s. Le préalable à cette gouvernance est la distinction indispensable d'une part entre la prévention primaire médicale relevant des responsabilités régaliennes et d'autre part la prévention qui relèvent des obligations notamment réglementaires mais aussi contractuelles des employeurs.

Ainsi certains pays d'Europe ont mis en œuvre des pôles distincts pour ces deux obligations.

**9. Dans quelle mesure les agriculteurs sont ils aujourd'hui accompagnés, conseillés et assurés en matière de santé au travail ?**

La Mutualité Sociale Agricole (MSA) n'a pas été d'une grande efficacité vis à vis des effets des produits phytosanitaires sur la santé des exploitants et des salariés agricoles.

Les grosses industries agricoles contrôlent depuis très longtemps les actions de la MSA en matière de santé au travail et constituent un frein important, pour des considérations financières, à l'amélioration de la prévention en milieu agricole des effets du travail sur la santé.

**10. Le pouvoir de contrôle et de surveillance de l'État sur les SSTI est il satisfaisant (agrément, qualité des prestations vis-à-vis des obligations réglementaires des employeurs, transparence du dispositif...) ?**

Cf. Question 6.

**11. Quelle évaluation faites-vous du rôle et de la qualité des interventions des DIRECCTE et des missions d'inspection du travail ?**

Du fait du manque de moyens, (cf. question 6), le rôle et de la qualité des interventions des DIRECCTE et des missions d'inspection du travail sont très inégales.

*Métiers de la santé au travail et rôle de la médecine du travail :*

**12. Dans quelle mesure l'État intervient il pour favoriser le recrutement de médecins du travail en zones sous denses ? L'inspection médicale du travail est elle en capacité, aux niveaux régional, départemental et local, de piloter la répartition des médecins du travail ?**

Nous n'avons pas suffisamment d'éléments pour vous répondre et vous conseillons de vous rapprocher des services de l'État compétents. Ce que nous constatons c'est que trop souvent la tutelle administrative se contente d'aligner le nombre de salarié(e)s par médecin équivalent temps plein uniquement pour tenir compte de la

pénurie de praticiens. La qualité de la prévention est-elle sacrifiée au profit d'objectifs à court terme.

**13. L'inspection médicale du travail suit-elle, aux niveaux régional, départemental et local, l'évolution du nombre de médecins du travail ?**

Oui et elle en rend compte au niveau régional chaque année devant le Conseil Régional d'Orientation des Conditions de Travail (CROCT). Toutefois, les causes profondes de cette pénurie ne sont pas analysées.

**14. Tous les SSTI ont-ils intégré la notion d'équipe pluridisciplinaire dans le fonctionnement de la médecine du travail ? Les médecins du travail des SSTI délèguent-ils un certain nombre de tâches aux infirmiers et collaborateurs ? L'inspection médicale du travail intervient-elle efficacement pour s'assurer de la mise en place des équipes pluridisciplinaires au sein des services de santé au travail ?**

Les équipes pluridisciplinaires sont en place dans les SSTI mais leurs compositions sont très variables selon les SSTI. Un(e) infirmier(e) peut parfois travailler avec trois médecins du travail ce qui complexifie son travail et surtout l'intensifie. Cela explique en partie « un turn-over » important des infirmiers.

Les Assistants de Service de Santé au Travail (ASST) peuvent travailler parfois avec plusieurs médecins et avoir plusieurs missions : à la fois du secrétariat médical, assistant le médecin du travail lors de ces consultations et des actions en milieu de travail surtout vers les TPE. Les ASST ne peuvent alors, que très difficilement, assister administrativement l'ensemble des membres de l'équipe pluridisciplinaire (article L. 4622-8 du Code du travail).

Les Intervenants en Prévention des Risques Professionnels (IPRP) dans les SSTI ne sont pas forcément membres d'une équipe pluridisciplinaire mais intégrés dans un service central (siège de l'association en général) avec une hiérarchie distincte de l'équipe pluridisciplinaire. Cela ne permet plus d'être une équipe pluridisciplinaire de proximité et parfois met les IPRP dans des situations d'injonctions paradoxales (la demande du médecin du travail pouvant être en contradiction avec la demande de sa hiérarchie). Nous proposons une stricte séparation entre des spécialistes travaillant dans le cadre de l'équipe pluridisciplinaire et ceux, dont la compétence n'apporte leur aide aux obligations d'employeur en matière de prévention.

Concernant l'intervention efficace de l'inspection médicale du travail : Cf. Question 11.

**15. Avez-vous le sentiment que tous les SSTI disposent de suffisamment de médecins du travail pour faire face aux besoins des entreprises adhérentes ?**

Les SSTI ne disposent bien sûr pas suffisamment de médecins du travail pour faire face aux besoins des entreprises adhérentes. Ceci est connu par les services de l'État depuis plus de dix ans. L'attractivité du métier de médecin du travail est en berne comme le révèle le fait que le nombre de places au concours donnant accès à la profession n'est pas pourvu. Nous estimons que les causes de cette désaffection sont multiples, parmi elles :

- La confusion déjà signalée entre les deux versants de la prévention : celui du point de vue exclusif de la santé du (de la) salarié(e) et celui relevant des responsabilités de l'employeur
- L'autorité des employeurs sur les services de santé au travail, outre qu'elle introduit une ambiguïté sur la nature des missions, cette autorité permet à certains d'exercer des pressions sur les médecins du travail, entravant ainsi leur exercice.
- Le caractère « politique » (au sens noble) du métier exercé, souvent dans un champ potentiel de conflit social dans lequel la santé des travailleurs n'est pas le premier objectif. Cette facette du métier est quasi complètement ignorée les cursus d'enseignement en médecine du travail.
- Le contraste entre les obligations déontologiques et réglementaires du médecin du travail et les moyens, souvent très insuffisants, dont il dispose pour les assumer.
- Le manque de reconnaissance de certaines institutions médicales de la spécificité de cet exercice et de sa capacité à agir médicalement réellement sur les situations de santé, auquel il faut ajouter la méconnaissance par beaucoup de médecins du secteur de soin du poids essentiel du travail dans la santé de leur patient.

#### **16. Quelles sont, selon vous, les mesures à prévoir pour revaloriser la médecine du travail et garantir des effectifs suffisants à l'avenir ?**

Pour les étudiants en médecine, il faut leur proposer dès le second cycle, des stages dans des SSTI et d'entreprises, pour qu'ils puissent déjà connaître cette spécialité.

Mais si, simultanément, on ne veut pas les faire fuir après un stage dans un SST, il faut qu'il ne soit plus témoin des pressions de certains employeurs contre les professionnels de santé, sous la forme, depuis la modification d'un article du code de la santé publique depuis 2008, de plaintes d'employeurs devant les conseils départementaux de l'Ordre des médecins, ces derniers les relayant de façon **que** nous estimons « complaisante ».

Pour renforcer la protection des médecins du travail, il est indispensable de sanctionner avec des condamnations aggravées les harceleurs de médecins du travail.

#### **17. Etes vous favorable à l'insertion d'un volet « santé au travail » dans le dossier médical partagé (DMP) et à son ouverture au médecin du travail avec l'accord de l'intéressé ?**

Afin que le médecin de soin puisse apprécier l'impact du travail sur la santé de son (sa) patient(e), il est indispensable de transmettre de façon automatique le dossier médical de santé au travail aux salariés pour transmission aux médecins de soins.

Une disposition réglementaire nouvelle implique « le dépôt » de données concernant la santé au travail par le médecin du travail dans le DMP. Nous souhaitons que l'accès soit limité au dépôt comme le mot « uniquement » utilisé par le texte réglementaire le précise. Un éventuel volet « santé au travail » créé « uniquement » dans le but de porter à la connaissance du médecin de soin les éléments relevant de la santé au travail de son patient

devrait respecter ce principe.

**18. Êtes-vous favorable à l'extension du droit de prescription aux médecins du travail ?**

Les médecins du travail sont réglementairement exclusivement des médecins de prévention et non de soins : il ne nous paraît pas opportun, pour des raisons de compétence mais aussi du fait de la relation médicale contractuellement contrainte, d'étendre le droit de prescription, en revanche, la prise en charge financière des examens complémentaires liés au travail (examens d'imagerie dans le cadre d'expositions passées à des cancérogènes professionnels, examens biologiques dans le cadre de la biométrie, vis à vis d'expositions professionnelles actuelles ou passées) doit être clarifiée sur le plan législatif et réglementaire. Les TPE doivent bénéficier du financement de ces examens par les SSTI, financées par les entreprises adhérentes de plus 150 salariés (Cf. cotisations AT/MP des CARSAT).

Nous signalons que, parallèlement, un rapport commandé par le Premier Ministre prévoit de charger les médecins généralistes de certaines visites d'aptitude. Cette proposition, que nous estimons irresponsable, a fait l'objet d'un communiqué commun par l'ANIMT (internes en médecine du travail) et le SMG (médecins généralistes), le 7 mai que nous vous conseillons de consulter afin de compléter notre audition.

**19. Quel bilan faites-vous de la situation des collaborateurs de médecins du travail ? Quels sont les obstacles au développement des effectifs de collaborateurs de médecins du travail ?**

De nombreux SSTI ne donnent pas suffisamment de moyens aux médecins du travail tuteurs des collaborateurs médecins ce qui les empêche d'avoir un véritable compagnonnage.

Un effectif d'entreprises et de salariés maximal minoré pour un médecin du travail tuteur est indispensable. D'autre part, lors des activités cliniques du collaborateur médecin, le médecin tuteur devrait être systématiquement dans le même centre de santé au travail et non pas dans un autre lieu comme très souvent.

**20. Le parcours de formation des collaborateurs de médecins du travail est-il satisfaisant ? Est-il prévu d'y apporter des améliorations ?**

Cf. question 19.

**21. La formation des infirmiers de santé au travail vous semble-t-elle satisfaisante ?**

La formation des infirmiers de santé au travail n'est pas satisfaisante.

La formation initiale doit être complétée de modules de formation spécifique santé travail.

Une formation en pratiques renforcées doit être prévue (modification du décret n°2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée) pour permettre à la fois une montée en compétence et une reconnaissance des pratiques et des savoir-faire déployés par ces professionnels.

## **22. Quelle évaluation faites-vous de la participation des infirmiers de santé au travail au suivi médical de la santé des salariés ?**

Dans un certain nombre de SSTI, il existe un « turn-over » très important des infirmier(e)s de santé au travail. En effet, un certain nombre de directions de SSTI n'ont pas reconnu le travail spécifique des infirmier(e)s et les considère comme une main d'œuvre destinée à « faire des visites moins chères que des médecins ».

L'absence de sens à ce travail clinique et leur faible marge de manœuvre dans les actions en milieu de travail aggravent leur santé au travail, déjà suffisamment atteinte lors de leur passé professionnel en milieu de soins.

Il faut ajouter, comme nous le réclamons plus haut, la reconnaissance de la qualité de salarié protégé (demandée par ailleurs par une commission parlementaire dans la précédente mandature (rapport « dit SEBAOUN » du nom du rapporteur) du fait du nécessaire déploiement d'une clinique infirmière en santé au travail que leur confèrent les dernières réformes. En effet nous estimons que dans la situation actuelle de la santé au travail, leur rôle est essentiel en appui du médecin du travail.

## **23. Quelle évaluation faites-vous des visites de pré-reprise et de reprise ?**

Dans le cadre des CPOM signés entre les SSTI et d'une part la DIRECCTE et d'autre part la CARSAT, le thème de la « Prévention de la Désinsertion Professionnelle » est obligatoire pour l'ensemble des SSTI. L'un des objectifs est « Optimiser le recours à la visite de pré-reprise. Données quantitatives et qualitatives ».

Les médecins généralistes et les médecins conseils de sécurité sociale informent leurs patients de plus en plus de la possibilité de rencontrer leur médecin du travail en consultation de pré-reprise. Quantitativement, la part des consultations de pré-reprise dans l'activité clinique des médecins du travail a augmenté mais représentent moins de 5 % de leurs activités cliniques en SSTI (en Île de France, en 2016 : 3% des consultations).

Leurs objectifs est de permettre une amélioration des conditions de reprise de travail des salariés arrêtés depuis souvent de nombreux mois, puisqu'elles peuvent aboutir, avec l'accord du salarié, à l'envoi de recommandations à l'entreprise en vue d'aménagements techniques et/ou organisationnels en amont de la reprise effective du travail.

Sauf qu'elles sont très souvent effectuées quelques jours avant la reprise effective du travail, dans un contexte d'arrêt des indemnités journalières par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie dans les jours suivants. Elles aboutissent très fréquemment à la conclusion lors de la consultation de reprise du travail à une inaptitude médicale, en particulier pour des salariés des TPE.

Les visites de reprise du travail (en Île de France, en 2016 : 13% des consultations),

depuis la réforme de 2012, concernant des salariés arrêtés depuis plus de 30 jours et donc souvent avec des pathologies graves (pathologies ostéo-articulaires invalidantes, cancers, dépressions, etc.).

Avec l'espacement des consultations périodiques, les salariés vus en consultations de reprise n'ont pas été vus depuis parfois plus de cinq ans : il est donc illusoire de penser qu'elles vont permettre d'effectuer une véritable prévention secondaire ou tertiaire, du fait de la méconnaissance pour beaucoup de médecins du travail de l'évolution des conditions de travail dans l'entreprise et des marges de manœuvre des salariés par rapport à la mise en place effective par l'entreprise des propositions d'aménagements de poste rédigées par les médecins du travail.

#### **24. Permettent-elles aujourd'hui de prévenir la désinsertion professionnelle des salariés en arrêts longs ?**

Cf. Question 23.

#### **25. Quelles sont, selon vous, les améliorations à envisager afin de favoriser le maintien en emploi des salariés à la santé vulnérables, notamment à la suite d'arrêts de travail ?**

L'amélioration des conditions de travail, en particulier organisationnelle (intensification et densification des tâches, individualisation avec des évaluations individuelles des performances avec pour conséquence diminution de soutien des collectifs de travail, souffrance éthique avec perte de sens du travail, etc.) sont les préalables pour favoriser le maintien en emploi des salariés, surtout dans un contexte de vieillissement de la population active, aggravée par les réformes successives des retraites.

L'amélioration des conditions de la formation professionnelle tout au long de la vie professionnelle est le second préalable car ce sont les salariés, de niveau VI et V bis (sorties en cours de 1er cycle de l'enseignement secondaire (6ème à 3ème) ou abandons en cours de CAP ou BEP avant l'année terminale) et de niveau V : sorties après l'année terminale de CAP ou BEP ou sorties de 2nd cycle général et technologique avant l'année terminale (seconde ou première) qui sont exposés aux conditions de travail les plus délétères en terme de santé.

D'autre part, tout refus de prolongation d'arrêt de travail par le médecin conseil de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie devrait être précédé par un échange avec le médecin du travail.

*Prévention des risques professionnels :*

#### **26. Les obligations réglementaires en matière de prévention des risques professionnels doivent elles être simplifiées (DUERP, déclaration, traçabilité, prévention...) ? Les sanctions doivent elles être renforcées ?**

Il serait désastreux de simplifier les obligations réglementaires en matière de prévention des risques professionnels. Dans le contexte actuel, il n'y a,

malheureusement, pas de prévention sans coercition.

Au contraire, il faut renforcer les obligations de qualité de ces différents supports de prévention. Ainsi par exemple le DUERP est actuellement souvent considéré comme une obligation réglementaire alors qu'il devrait être un outil de prévention. C'est donc sur sa qualité que devrait les juger les autorités de tutelle en sanctionnant les imperfections.

Nous estimons également que, le respect par les employeurs des quelques mesures ayant échappées à la suppression à partir de 2012 de la plupart des outils de traçabilité obligations de traçabilité collectives et individuelles des employeurs n'ont cessé de se dégrader (Ex : absence de délivrance de la notice collective de poste exposé aux ACD et CMR permettant la prévention primaire de ces risques, attestation individuelle d'exposition aux CMR au départ de l'entreprise permettant la prévention secondaire de ces risques dans le cadre de l'article D461-25 du code de la sécurité sociale). Notamment, ici, l'absence de traçabilité individuelle constitue une véritable « perte de chance » en matière de dépistage précoce d'un cancer d'origine professionnelle.

Dans le contexte actuel, le renforcement des sanctions est seul moyen à même d'inciter les employeurs à prévenir les risques. Il faut que le coût des sanctions d'une absence de prévention soit supérieur au coût de la prévention qui aurait dû être mise en œuvre.

**27. Quelles sont, selon vous, les mesures les plus incitatives aux comportements vertueux des entreprises en matière de prévention, notamment parmi celles suggérées par le rapport du professeur Paul Frimat d'août 2018 (amendes administratives en cas de non-respect des obligations réglementaires, arrêt temporaire d'activité par l'inspection du travail en cas d'exposition à certains agents chimiques dangereux, système de bonus-malus...) ?**

Les propositions du rapport du professeur Paul Frimat d'août 2018 sont à appliquer d'urgence.

Nous vous joignons en annexe notre contribution du 15 mars 2018, dont nos 18 propositions, faite à la demande de la commission de l'Assemblée Nationale : « Commission d'Enquête sur les maladies et pathologies professionnelles dans l'industrie (risques chimiques, psychosociaux ou physiques) et les moyens à déployer pour leur élimination. » dont les conclusions nous paraissent positives.

**28. Comment expliquez-vous que la prévention des risques professionnels soit globalement moins développée au sein des TPE/PME ?**

En 2015, L'enquête « Risques professionnels et prévention des AT et MP » montre que sur cinq propositions, les dirigeants de TPE/PME répondent que leurs principales préoccupations sont :

- 1) les questions financières ;
- 2) les questions commerciales ;
- 3) les questions d'ordre administratif.

Les questions de santé et sécurité au travail (maîtrise et prévention des risques à l'intérieur de l'entreprise) apparaissent en quatrième position.

Les freins identifiés sont :

- 1) des risques ou problèmes de santé non identifiés/non « conscientisés » ;
- 2) des risques « conscientisés » mais faisant partie intégrante du métier ;
- 3) la contrainte temporelle pour la ou le dirigeant(e) de TPE/PME
- 4) l'absence de fonction support dans la TPE/PME en charge de la prévention (le salarié compétent pour s'occuper des activités de protection et de prévention des risques professionnels de l'entreprise, article L4644-1 du code du travail)
- 5) la nécessité que l'argumentaire en prévention intègre une dimension économique pour parvenir à convaincre l'entreprise à agir.

Les CARSAT et l'OPPBTP (organisme professionnel de prévention dans le secteur BTP) ne souhaitent pas s'investir dans les TPE car elles considèrent que leurs actions auprès de ces entreprises sont « chronophages » et n'ont pas de « retour sur investissement ». Très souvent, elles désignent les SSTI comme étant les interlocuteurs « de premier rang » dans la démarche de prévention des TPE. Mais ces derniers n'ont pas les moyens suffisants pour accompagner dans la durée les TPE : une sensibilisation sur certains risques professionnels et la remise d'une fiche d'entreprise « formatée » restent les actions les plus fréquentes auprès des TPE.

Les salariés des TPE interrogés (enquête Amnyos 2017, 594 personnes) dans les secteurs du transport routier de marchandises, de la menuiserie et de l'hôtellerie se tournent en priorité vers la/le chef(FE) d'entreprise lorsqu'ils ont des questions sur la santé, sécurité au travail ou la prévention des risques (43%) puis vers les SST (18%) et vers leur médecin de soins (8%).

## **29. La mise en place d'une cellule dédiée aux risques psychosociaux au sein des SSTI vous semble t'elle de nature à prévenir et mieux prendre en charge les affections psychiques liées à l'environnement de travail ?**

Les risques psychosociaux sont en fait des risques liés aux organisations du travail qui n'ont pas que des conséquences en termes d'affections psychiques.

Par exemple, les Troubles musculo-squelettiques (Troubles musculo-squelettiques et facteurs psychosociaux au travail, Yves Roquelaure, rapport 145 European Trade Union Institute, 2018), les pathologies cardio-vasculaires (étude cas-témoins Interheart, 2004, stress psychologique ou social et augmentation du risque d'infarctus du myocarde ; méta-analyse publiée dans le journal Lancet août 2015, augmentation du risque d'Accidents Vasculaires Cérébraux ischémiques en cas d'exposition à des horaires de travail >55 h/semaine) ont des liens scientifiquement avérés avec des caractéristiques de l'organisation du travail.

La définition de référence des RPS qu'en donne le comité d'experts du Ministère du travail tient compte de cette diversité (Pour mémoire : « Les risques psychosociaux au travail sont les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental. NB : Ce sont les facteurs (organisationnels, relationnels et individuels) qui sont psychosociaux. Les troubles de santé occasionnés peuvent être mentaux, sociaux, mais aussi physiques »).

Ainsi, la multiplicité clinique des manifestations des risques psychosociaux rendrait peu efficace les actions uniquement centrées sur la santé psychique.

En fait, dans les SST, les médecins du travail coopèrent au sein des équipes

pluridisciplinaires qui comportent des spécialistes, notamment psychologues du travail et ergonomes. C'est cette pluridisciplinarité qui permet d'intégrer ces différentes manifestations, d'identifier les risques et leurs effets et de les signaler à la communauté de travail. Le soutien individuel des salarié(e)s qui vivent les effets des RPS est assuré par les infirmier(e)s de santé au travail et les médecins du travail qui peuvent s'entourer d'avis experts.

Une cellule dédiée, outre son incapacité à intégrer la multiplicité des risques, n'apporterait donc aucun bénéfice préventif dans ce domaine. Seul le renforcement des moyens de l'équipe pluridisciplinaire est à recommander ici.

### **30. L'indépendance et la confidentialité des avis des professionnels de la santé au travail sont elles correctement assurées ?**

L'indépendance des professionnels de santé au travail est mentionnée par un certain nombre de textes (code du travail, article L.4623-8 et code de santé publique pour les professionnels de santé, articles R.4127-5 et R.4127-95 et code du travail pour les autres personnels). Mais pour que le droit soit effectif, il est indispensable que la police administrative soit suffisamment nombreuse pour contrôler dans l'exercice réel de ces professionnels.

La réalité est souvent toute autre :

Dans l'exercice quotidien des professionnels de santé au travail, les pressions sont régulières de la part des directions de SSTI : «il ne faut pas mécontenter nos adhérents car nous leur devons avant tout un service de qualité. ». Un adhérent « mécontent de son médecin du travail » va demander directement à la direction du service de changer ce dernier même si la réglementation prévoit une procédure très stricte (article R.4623-12 du code du travail).

Dans les SST autonomes d'entreprise, le médecin du travail se doit être «un cadre de l'entreprise comme un autre»: dès son embauche, il doit participer au circuit d'intégration des autres cadres de l'entreprise. Il est nécessaire qu'il soit conscient de l'importance de la «santé de l'entreprise». Il devient un rouage managérial.

Si les professionnels de santé au travail prétendent assumer pleinement leur mission réglementaire (« éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail »), en déployant les règles de métiers appropriées, des propositions de départ négocié sont faites par les directions de SSTI ou d'entreprise, voire des procédures de licenciement initiées et en cas de refus de licenciement par l'inspection du travail, des mises à pied pouvant aller jusqu'à un mois (par exemple, un médecin d'un SSTI spécialisé dans la construction et un médecin d'un service autonome du secteur des Industries Électriques et Gazières ont récemment vécu de telles pratiques) .

Un autre moyen de pression est la menace de l'employeur de porter plainte devant le conseil de l'ordre des médecins dès lors que le médecin du travail atteste du lien entre la santé du salarié et son travail. Paradoxalement, les instances disciplinaires de l'ordre, dès lors qu'un médecin du travail ou un médecin de soins (en particulier les médecins généralistes et les psychiatres) certifie le lien entre l'aggravation de sa santé et son travail, condamnent presque systématiquement ses confrères en qualifiant d'écrits «complaisants» leur diagnostic.

Ces juridictions, dont le fonctionnement connaît des exceptions en matière de droit, sont instrumentalisées par certains employeurs dont les avocats ont bien perçus l'avantage pour pouvoir faire régner un climat de peur parmi les médecins à peu de frais. Nous espérons que la présence lors de la présente audition de représentants du conseil de l'ordre, sur laquelle toutefois nous nous interrogeons dans ce cadre, leur permettra de prendre la mesure de cette situation et enfin de soutenir confraternellement les médecins victimes de ces manœuvres.

Dans ce domaine, pour éviter ce mode de pression nous proposons que les plaintes d'employeurs soient renvoyées aux juridictions de droit commun.

### **31. Comment renforcer l'effectivité, l'accès et la qualité des consultations de médecine du travail (développement des équipes pluridisciplinaires, télémédecine, développement du métier d'infirmier en santé au travail...) ?**

La télémédecine est inadaptée à l'exercice clinique en santé au travail et est un leurre destiné à entraver la recherche de véritables solutions à la pénurie de praticiens. Actuellement, elle se résume à un examen clinique limité à l'interrogatoire et quelques examens électroniques, véritable caricature d'examen en santé au travail : comment examiner à distance une articulation s'il existe des risques de TMS ? La télémédecine est interdite en psychiatrie, comment alors prendre en charge la souffrance au travail ?

Pour le développement du métier d'infirmier en santé au travail : cf. Questions 1 et 21.

Nous l'appelons de nos vœux ainsi que leur montée en compétence.

L'animation et la coordination d'une équipe pluridisciplinaire nécessite un temps important non prévu par la réglementation. Depuis 2012, elle s'effectue le plus souvent au détriment des actions en milieu de travail pouvant aboutir à un exercice clinique en santé au travail « hors sol » (méconnaissance des évolutions des conditions de travail et des environnements).

*Reconnaissance des ATMP :*

### **32. Le système de reconnaissance des ATMP vous semble t'il satisfaisant ?**

NON : cf. ANNEXE. (Pour mémoire audition de notre association devant une commission parlementaire)

### **33. La voie dérogatoire des CRRMP est elle la plus efficace et appropriée pour la reconnaissance des ATMP liés aux risques psychosociaux ?**

NON car le tableau de maladie professionnelle permet la présomption d'imputabilité qui disparaît dans le cadre du CRRMP. Pour l'ensemble des étiologies des maladies professionnelles, y compris les effets des RPS, le fonctionnement même des CRRMP est problématique.

Ainsi le travailleur isolé et dépourvu de moyens et (pour répondre à la question posée par votre commission) dont l'état de santé psychique est perturbé, est mis en demeure de démontrer le lien direct ou, ici, le lien direct et essentiel entre sa pathologie et son travail.

Étouffé par des procédures qu'il a du mal à comprendre, démuné en matière d'établissement des preuves, il est par conséquent inégalement traité.

Il faut ajouter que malgré de nombreuses instructions aux CRRMP ceux-ci fonctionnent de manière inégale selon les régions (ainsi il vaut mieux habiter Rennes que Montpellier pour être reconnu en alinéa 4).

Enfin, les victimes ou leurs ayants droits ont des difficultés pour avoir accès aux déterminants techniques de la décision, les motifs étant trop succincts.

En complément, les victimes d'affections psychiques doivent prouver que ces affections, entraîneraient une incapacité prévisible de 25% ce qui en matière psychique est difficile à évaluer du fait du risque d'acutisation de ces maladies.

De plus dans ce domaine l'avis particulièrement compétent du médecin du travail sur le lien avec le travail est essentiel et nous avons montré plus haut les stratégies mises en œuvre par certains employeurs pour dissuader les médecins du travail de tracer ces liens. Le rapport demandé par les CPAM au médecin du travail (et auquel l'employeur a accès dans le cadre de la procédure) est parfois absent et souvent euphémisé.

#### **34. Quelles sont les raisons qui expliquent que les affections psychiques soient généralement plus reconnues comme accidents du travail plutôt que comme maladies professionnelles ?**

Comme nous le précisons ci-dessus le parcours médico-administratif pour la reconnaissance d'une maladie professionnelle par le système complémentaire de reconnaissance des MP (CRRMP) est un « marathon épuisant » pour les salariés dont l'état de santé est déjà gravement atteint.

C'est moins le cas pour la reconnaissance d'un accident de travail puisque, dans ce cas, s'applique la présomption d'imputabilité qui n'existe plus, dans ce cadre, en cas de déclaration de MP.

#### **35. Quel est l'équilibre optimal à atteindre, selon vous, entre négociation entre partenaires sociaux et analyse scientifique dans l'inscription d'une pathologie à un tableau de maladies professionnelles pour la reconnaissance et l'indemnisation des ATMP ? Pensez-vous que la lenteur observée dans les modifications des tableaux soit due au manque d'expertise scientifique, aux partenaires sociaux et/ou à l'État ?**

Une expertise scientifique qui n'est pas contradictoire n'a pas de réalité.

Or nous remarquons que l'instruction contradictoire au sein de groupes de travail de la commission N°4 du COCT (maladies professionnelles) a été réformée récemment et remplacée par l'exposition en plénière des avis d'experts ne permettant plus, ainsi, aux acteurs sociaux de faire un examen contradictoire des expertises.

La création d'un tableau de maladie professionnelle ne relève pas de la négociation mais de la décision régaliennne qui engage la responsabilité de l'exécutif (11ème alinéa de la Constitution). Or l'État joue l'inertie : par exemple, en juillet 2017, les partenaires sociaux au sein de la commission n° 4 du COCT s'étaient mis d'accord pour la création et la rédaction d'un nouveau tableau de maladie professionnelle

réparant le cancer du rein en lien avec l'exposition professionnelle au trichloréthylène. A ce jour, soit deux ans plus tard, le Ministère du Travail n'a pas publié de décret créant ce nouveau tableau. Cela démontre, par l'absurde, la pertinence de notre interprétation.

### **36. Comment lutter, selon vous, contre la sous déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles ?**

- En exigeant une traçabilité actuellement inexistante de TOUS les risques sur le plan collectif (dossier d'entreprise élaboré par le SST et largement accessible notamment au travailleurs et à leurs représentants) et sur le plan individuel notamment pour les risques physiques mais aussi psychiques (rétablissement des attestations d'exposition aux Agents Chimiques Dangereux...)
- En permettant aux médecins du travail, coopérant dans un cadre pluridisciplinaire, de jouer pleinement leur rôle de lanceurs d'alerte pour les personnes et la communauté de travail. Pour cela il faut doter les médecins du travail, les infirmier(e)s de santé au travail et les professionnel(le)s des équipes pluridisciplinaire d'une indépendance effective et des moyens approprié à leurs missions.
- En assurant aux victimes une procédure équitable de prise en compte de leur demande et les garanties d'un véritable maintien dans l'emploi ou une compensation réelle du préjudice notamment professionnel qui découlerait de leur maladie.

**En conclusion**, Nous remercions la présente commission d'avoir pris la décision de procéder à l'audition de notre association et nous sommes certains de l'engagement de ses membres pour transmettre nos propositions. Toutefois, notre association souhaite que l'actuelle commission ait plus de succès que les précédentes car nos nombreuses auditions en matière de santé au travail n'ont débouché sur aucune application concrète.

L'association a-SMT.  
8 mai 2019.

## ANNEXE

### Association S.M.T.

12 rue Adrien DAMALIX

94410 Saint Maurice

06 79 72 44 30

Courriel : [secretaire@a-smt.org](mailto:secretaire@a-smt.org)

Site : [www.a-smt.org](http://www.a-smt.org)

Association

**Santé  
et Médecine  
du Travail**

Notre association a été sollicitée pour être entendue, le 15 Mars 2018, dans le cadre d'une commission de l'Assemblée Nationale : « *Commission d'Enquête sur les maladies et pathologies professionnelles dans l'industrie (risques chimiques, psychosociaux ou physiques) et les moyens à déployer pour leur élimination* ». Le présent texte a constitué la base de notre contribution orale et de la réponse aux questions des membres de la commission.

## CONTRIBUTION DESTINEE A LA COMMISSION D'ENQUETE ASSEMBLEE NATIONALE

### PREAMBULE

#### Présentation de l'association.

Existe depuis le milieu des années 1980

Association professionnelle de médecins du travail

#### Objets :

**37.** Le métier de médecin du travail : pratiques en médecine du travail,

**38.** exercice autour d'une clinique médicale spécifique : la clinique médicale du travail

**39.** identification des freins à l'objectif réglementaire « *d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail* »

#### Accès aux travaux :

Les cahiers SMT

Le site : <http://www.a-smt.org/>

#### Notre intérêt pour la démarche :

- Elle place au cœur de ses réflexions la contradiction entre la santé au travail et l'intérêt économique et financier
- Postule le caractère évitable des atteintes professionnelles à la santé
- Objet de la commission que nous partageons professionnellement : « *propositions tant pour la prévention des risques et les normes à édicter que pour le déclenchement des alertes, les acteurs à mobiliser et renforcer, les dispositifs de contrôle et de détection, ou pour la prise en charge et l'indemnisation des victimes* ».
- Remarque : le document de l'INVS cité par la commission ne tient pas compte du document Sumer « source » car comme il le précise aux plus de 2 millions de salarié(e)s exposé(e)s à au moins un cancérigène il faut ajouter comme le précise Sumer un demi- million exposé aux fumées métalliques de soudage et un tiers de million aux rayonnements ionisants on est donc proche de 3 millions et ceci sans intégrer le travail de nuit

#### Les bases d'une prévention efficace en matière de santé au travail

- La visibilité des risques et de leurs effets
- La connaissance du travail réel effectué par les opérateurs
- Le vécu du travailleur concernant son travail

### LA VISIBILITE DES RISQUES

Elle repose notamment sur des obligations de traçabilité des risques

- En matière de risque chimique (Agents chimiques dangereux : ACD dont les cancérogènes, mutagènes et reprotoxiques : CMR) la traçabilité individuelle et collective par les employeurs a été affaiblie par les deux mandatures précédentes :
  - Suppression des fiches d'exposition aux ACD et CMR (2012)
  - Suppression des attestations d'expositions aux ACD et CMR (2012)
  - Suppression de la fiche de pénibilité (fiche de prévention des expositions) (2014)
  - Suppression de certaines expositions et/ou mise en place de seuils trop élevés pour bénéficier du processus de pénibilité (2015)
  - L'article D461-25 du code de la sécurité sociale qui impose qu'au départ de l'établissement l'employeur et ou le médecin du travail rédige une attestation d'exposition aux cancérogènes professionnels est inappliqué
  - La liste des conditions de travail induisant une surveillance médicale renforcée a été révisée à la baisse par les réglementations successives ce qui ne permet plus d'identifier que certains travailleurs sont soumis à certains risques
  - Les obligations de signalement individuel et collectif des risques par les médecins du travail ne sont pas observées dans un fort pourcentage des services interentreprises
- Les documents réglementaires qui assurent la visibilité manquent souvent de pertinence ou ne sont pas rédigés dans une part importante des entreprises
  - Le Document unique d'évaluation des risques (DUE) est devenu formel et peu précis au regard des postes et les risques psychosociaux ne sont pas systématiquement identifiés
  - La notice de poste (R4412-39 du CDT) seul vestige d'une traçabilité par poste aux ACD et CMR n'est que très rarement rédigée
  - L'existence de valeurs limites d'exposition pour des cancérogènes introduit une confusion en matière de prévention
  - Les signalements de risques quelle qu'en soit la nature par les médecins du travail est entravée par l'inflation des tâches à accomplir et les menaces à leur indépendance parfois par des plaintes d'employeurs au conseil de l'ordre des médecins
  - La rédaction de la fiche d'entreprise pour les TPE et PME (confiée le plus souvent à des assistantes qui sont l'objet d'une pression de rendement de la part des directions des services interentreprises) ne permet pas d'en faire un outil pertinent
- Les institutions qui sont les garants techniques et ou réglementaires de cette visibilité et de cette traçabilité ont subi des réformes structurelles et budgétaires (Inspection du travail, INRS, ARACT, ANACT) comme au niveau européen en ce qui concerne l'agence européenne 'santé et sécurité au travail' de Bilbao et de la fondation de Dublin qui ne leur permettent plus d'effectuer un réel contrôle
- En matière de risques psychosociaux (risques organisationnels et relationnels) l'identification des mécanismes qui en sont à l'origine ignore leur caractère consubstantiel aux organisations du travail actuelles
  - Alors que le travail est avant tout et plus encore en milieu industriel une construction collective, la mise en concurrence des travailleurs par l'individualisation détruit le caractère collectif et les tentatives extérieures d'y pallier (Lean management) aggravent la situation
  - Alors que pour construire le métier il faut avoir des marges de manœuvres pour réfléchir, pour soi et avec les autres, la suppression des temps morts liée à l'intensification empêche de construire les

- référentiels du métier
- Alors que la distance critique au process et au résultat demandé constitue la richesse créative du travail par l'échange permanent entre travail prescrit et travail réel, l'intériorisation obligatoire de l'idéologie managériale ne permet plus cette distance et renvoie à chaque travailleur la responsabilité des difficultés qu'il rencontre
- le médecin du travail est porteur d'une obligation réglementaire d'alerte sur les risques et leurs effets dans un contexte d'affaiblissement de ses moyens. Or, la pertinence des alertes et la capacité de les porter repose à la fois sur les moyens techniques dont dispose le médecin du travail et sur ses marges d'indépendance. Faute de quoi cette obligation devient un piège en responsabilité et le médecin un nouveau fusible en responsabilité pour l'employeur.

### **Nos propositions :**

1. **Rétablir les obligations de traçabilité collective et individuelle du risque chimique pour les travailleurs de l'industrie**
2. **Donner aux médecins du travail les moyens de leurs obligations de signalement individuel et collectif des risques**
3. **Renforcer les sanctions en cas de défaut de traçabilité**
4. **A cet effet, renforcer les moyens des institutions de contrôle technique et réglementaire**
5. **Imposer dans la rédaction du document unique d'évaluation des risques une évaluation des facteurs de risques psychosociaux autour des six axes du rapport des experts du ministère du travail (rapport Gollac)**
6. **Pour les cancérogènes la limite contraventionnelle (VLEP) doit être accompagnée d'une information indiquant qu'elle n'est pas une limite d'absence de risque. L'employeur doit préciser ce qu'il a mis en œuvre pour éliminer le risque par substitution et les éventuelles raisons de l'impossibilité de cette dernière. Toute transgression de cette limite doit donner lieu à une sanction de nature dissuasive.**

### **LA VISIBILITE DES EFFETS SUR LA SANTE DES TRAVAILLEURS DES RISQUES PROFESSIONNELS**

- Cette visibilité est entravée par l'inefficacité du repérage des causes professionnelles par les médecins notamment généralistes qui par leur formation n'ont pas eu les moyens du diagnostic étiologique des causes professionnelles et privilégient les causes personnelles (addictions par exemple)
- Le système de réparation des effets des risques professionnels (maladies professionnelles) ne permet pas de les reconnaître et pour les travailleurs la complexité des procédures est dissuasive.
  - Les échecs du maintien dans l'emploi en cas de déclaration de MP dissuadent les victimes de déclarer une MP
  - la notion de présomption d'imputabilité est mise à mal dans certains tableaux les plus récents
  - Pour les CMR Le système repose sur la mono-causalité et ne permet pas de tenir compte des poly-expositions (effet cocktail) qui majorent les risques
  - En matière de TMS : Les tableaux de maladies professionnelles ont été complexifiés depuis dix ans environ. Le meilleur exemple est la révision du tableau 57 paragraphe A (TMS de l'épaule) survenue en 2010 qui,

sans justification scientifique, a complexifié à l'extrême les possibilités de reconnaissance (chute de 37% des reconnaissances entre 2010 et 2013).

- Il n'existe pas de tableau de MP concernant les risques psychosociaux alors que des pistes sérieuses le permettraient. Une limite d'incapacité supposée (égale ou supérieure à 25%) constitue un blocage à la possibilité de déclaration.
- Le système alternatif à la présomption d'imputabilité via les CRRMP (régime de la preuve juridique) est marqué par l'opacité des motifs de ses décisions et des inégalités de traitement régionales majeures
- La commission du COCT chargée d'éclairer la puissance publique sur les pathologies professionnelles (Commission N°4) a été réformée par la suppression des groupes de travail qui permettaient un débat critique des représentants des acteurs sociaux avec les experts. La commission est ainsi entravée d'une partie de ses moyens essentiels
- En matière de risques environnementaux et de risques psychosociaux, les certificats médicaux à l'appui de déclaration font l'objet de plaintes d'employeurs « tactiques » (car visant à les exonérer de leur responsabilité) au conseil de l'ordre des médecins et instruites presque systématiquement par les instances disciplinaire (poursuites d'une centaine de médecins du travail par an selon une thèse de médecine).
- Une sous-estimation massive des effets des risques est le résultat de cette invisibilité
  - Alors que les spécialistes évaluent entre 5% et 15% la part des 300.000 cancers annuels induits par les cancérogènes professionnels (entre 15000 et 45 000) seuls 2000 sont reconnus annuellement.
  - La CNAM a publié pour l'année 2016 les atteintes psychiques professionnelles. Sont survenus plus de 10000 accidents du travail et 596 maladies professionnelles reconnus. Le nombre d'AT et de MP est considéré comme sous-évalué par la CNAM qui exhorte les médecins généralistes à la rédaction des CMI nécessaires pour les victimes. Là encore les plantes des employeurs auprès du conseil de l'ordre des médecins sont particulièrement dissuasives.

### Nos propositions

7. **Renforcer la formation des médecins généralistes en matière de repérage des effets des risques professionnels sur la santé**
8. **Privilégier le maintien dans l'entreprise des victimes des risques professionnels**
9. **Mettre en place un suivi systématique post exposition et post professionnel approprié aux expositions de chaque travailleur exposés aux cancérogènes professionnels**
10. **Réformer le système de reconnaissance des MP :**
  - **Mettre au centre du système de prévention la présomption d'imputabilité**
  - **en tenant compte des poly-expositions d'organe**
  - **en réformant le fonctionnement des CRRMP vers une plus rigoureuse motivation des avis et un traitement équitable indépendant des lieux de décisions**
  - **en supprimant la limite de 25% pour l'instruction des déclarations de MP liées aux RPS**
11. **Rétablir le fonctionnement des groupes de travail de la commission N°4 du COCT**

## **12. Réserver les plaintes d'employeurs contre les médecins aux tribunaux de droit commun et non aux instances disciplinaires professionnelles**

### **LA CONNAISSANCE DU TRAVAIL REEL EFFECTUE PAR LES OPERATEURS.**

La prévention ne peut faire l'impasse sur la connaissance du travail réel des opérateurs sans cette connaissance elle serait bâtie sur du sable. Or par tradition et actuellement par crainte les travailleurs ne révèlent que difficilement ce qui constitue le cœur de leur métier.

Une approche du travail réel ne peut être menée sans la participation active des travailleurs et de leurs représentants comme les ergonomes nous l'apprennent.

- Cette participation reposait jusqu'alors sur les CHSCT et leur possibilité d'expertise.
- Or la mandature actuelle en gommant la spécificité et les possibilités d'expertise des CHSCT complexifie voire annihile cet apport indispensable.
- La diminution des effectifs de médecins du travail et les nouvelles obligations qui leur incombent entravent leur capacité à effectuer leur tiers temps notamment concernant l'étude du travail réel sur les lieux du travail

### **Nos propositions :**

- 13. Rétablir l'existence des CHSCT et leurs moyens d'expertise pour permettre un accès au travail réel**
- 14. Rendre plus attractive la profession de médecins du travail en protégeant leur indépendance professionnelle d'éventuelles pressions sans éluder leur responsabilité. réformer la formation, notamment en la rendant plus concrète.**

### **LE VECU DU TRAVAILLEUR CONCERNANT SON TRAVAIL**

Ce vécu subjectif conditionne pour une part importante la compréhension du travailleur de ce qui se joue pour lui au travail à travers son engagement personnel et dans un cadre collectif.

Son degré d'engagement et son implication personnelle dans la prévention sont en partie conditionnés par cette compréhension. Ce vécu est accessible aux médecins du travail qui dans le cadre du colloque singulier mettent en œuvre une clinique d'intercompréhension qui permet au praticien de comprendre des déterminants de ce qui se joue pour le travailleur au travail et de faire accéder le salarié à sa propre compréhension de sa situation.

- La loi travail et celles qui ont précédé entravent la possibilité d'échange entre le médecin et le travailleur en espaçant les visites médicales ce qui dans un contexte particulier de précarité de l'emploi rend la continuité clinique impossible. Les moyens de la médecine du travail deviennent particulièrement insuffisants et le médecin du travail est coupé du travail
- Alors que la complémentarité des visites médicales avec celles de personnels infirmiers pourrait être une solution elle repose uniquement sur la rédaction de protocoles par les médecins du travail. L'absence de formation clinique spécifique pour les infirmier.es de santé au travail rend cette organisation particulièrement peu efficace en matière de suivi clinique.
- La loi travail a renforcé, sans discernement, les possibilités pour le médecin du travail de se prononcer sur l'inaptitude du salarié non seulement à un poste mais à un emploi. Parallèlement elle a rendu plus difficile la contestation des avis du médecin. Une institution tournée vers la prévention du point de vue de la santé des travailleurs risquerait de devenir un moyen de sélection médicale

de la main d'œuvre. Les effets de cette « réforme » seront désastreux en matière de visibilité : perte de repères et de moyens du côté des médecins, perte de confiance du côté des salariés.

### **Nos propositions**

15. **Rétablir une périodicité raisonnable des visites de surveillance médicale individuelle des travailleurs**
16. **Intégrer les infirmier.es en santé au travail à cette surveillance en leur conférant après formation appropriée le statut d'infirmier.e clinicien.ne**
17. **Réformer la réglementation concernant la médecine du travail en supprimant toute allusion à une aptitude à un emploi**
18. **Rétablir la responsabilité de l'Etat en matière de protection de la santé au travail en revenant aux dispositions de contestation des avis du médecin du travail par l'administration du travail**