



Paris, le 15 octobre 2020

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2021

COMMISSION DES
AFFAIRES SOCIALES

**Questions de Mme Pascale GRUNY,
rapporteur de la commission des affaires sociales
pour la branche AT-MP**

Audition de l'association Santé et médecine du travail

Mardi 20 octobre 2020 à 16 h 15

1. Présenter brièvement votre organisation.

Nous sommes honoré-e-s de participer à votre audition sénatoriale.

L'association SMT a pour objet de développer une réflexion et de permettre un échange sur les pratiques professionnelles et leurs conséquences scientifiques, sociales et éthiques pour agir sur l'évolution de la médecine du travail. Elle est ouverte aux médecins du travail et aux spécialistes scientifiques et sociaux se préoccupant de la médecine du travail. Nos adhérents ont représenté l'association dans plusieurs commissions parlementaires dédiées à des questions de santé au travail.

Notamment nous avons été entendus par une commission parlementaire sur la prévention des risques industriels dont nous vous recommandons l'examen. Sur le sujet des MP nous recommandons également de prendre connaissance de la dernière livraison de la revue « santé travail » qui comporte un dossier sur les MP. Pour l'impact des différentes réformes et les stratégies d'employeurs dans ce domaine nous vous recommandons la lecture de la contribution du sociologue Pascal Marichalar : « la médecine du travail sans les médecins » (<https://www.cairn.info/revue-politix-2010-3-page-27.htm>).

Enfin, les président-e-s des différents groupes de l'Assemblée Nationale et du Sénat ont reçu ou recevront prochainement le N°37 de la revue de notre association dont certains articles ont directement trait aux sujets que nous évoquons ici. Vous avez également accès à tous les numéros de notre revues notamment ceux sur ces sujets sur notre site internet (<http://www.a-smt.org/>).

La question des AT-MP est une question dont nous avons souvent débattus dans le cadre de notre association car nous y voyons un parallèle avec la situation de notre exercice professionnel.

2. Quelles sont les actions susceptibles de renforcer la reconnaissance des maladies professionnelles par les médecins, notamment les médecins généralistes ? Est-il possible d'envisager un système de bonification dans le cas où ils détecteraient une maladie professionnelle, comme c'est le cas en Allemagne ?

Nous sommes dubitatifs sur l'efficacité d'un système de bonification avant l'analyse des causes structurelles et conjoncturelles du déficit de dépistage par les médecins généralistes

mais aussi du déficit de délivrance des Certificats Médicaux Initiaux (CMI) et si il n'y était pas porté remède.

Ainsi :

- On constate que les médecins d'autres spécialités que la médecine du travail notamment de médecine générale :
 - ont un très grand déficit de formation, la question des étiologies professionnelles mais aussi du processus complexe administratif et juridique des déclarations ne sont que survolés dans leur cursus.
 - Ainsi le curriculum laboris (historique des différents postes de travail) de leurs patients actifs ou retraités qui devrait faire partie du dossier médical à des fins de diagnostic ou de prévention en est souvent absent.
 - Cela les conduit à ignorer l'étiologie professionnelle et donc à ne traiter que la question du soin au détriment de la prévention et de la réparation.
- Les médecins conseil de la sécurité sociale pourraient avoir un rôle clé. L'expérience de repérage des facteurs professionnels des cancers de la vessie a permis une augmentation très significative des déclarations de cancers professionnels de la vessie. Action : Screening des pathologies cibles + informations sur la carrière professionnelle + interrogatoire du patient/victime. Ont donnés de bons résultats.
- Qu'il s'agisse des médecins d'autres spécialités ou de médecins du travail s'est mise en place une répression à la rédaction des CMI, à l'appui des déclarations de MP et notamment dans les cadre des alinéa 6 et 7 de l'article L461-1 du code de la sécurité sociale, mais aussi, dans une moindre mesure en alinéa 5 (présomption d'origine). Cette répression vise plus particulièrement les effets des risques psychosociaux.
 - Elle consiste, à la faveur d'une modification en 2007 de l'article R4126-1 du code de la santé publique, interprétée, selon nous à tort, comme la possibilité pour des tiers étrangers à la relation médicale de porter plainte devant les Conseils de l'ordre des médecins, à permettre aux employeurs d'attaquer devant les juridictions de l'ordre des médecins tout médecin qui rédigerait un CMI.
 - On évalue que ces plaintes concernent 200 médecins par an. Les décisions des chambres disciplinaires composées de médecins libéraux, souvent eux-mêmes employeurs sont majoritairement au bénéfice des employeurs. Les présidences des instances appartenant au corps des conseillers d'état, le Conseil d'Etat confirme en général les décisions des instances. En outre, Le fonctionnement de ces chambres a été sévèrement critiqué récemment par la Cour des comptes. Cela pose la question du maintien de ces instances dont le fonctionnement est très problématique.
 - Cette répression a un effet puissamment dissuasif sur la rédaction des CMI ce qui empêche les victimes de MP de déclarer. Obtenir un CMI est en effet devenu très difficile. Cela aggrave notablement le déficit de déclaration de MP. Incidemment, nous remarquons que le code de déontologie médicale (R4127-50 du code de la santé publique) prescrit que tout médecin doit « *faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit* ». Nous observons que, significativement, aucun Conseil de l'ordre des médecins, si prompt à instruire les plaintes d'employeur, n'a jamais sanctionné le refus par un médecin d'assurer ce droit.

Ces constats nous amènent à indiquer deux pistes de solutions :

- Introduire dans l'enseignement des autres spécialités médicales dont la médecine générale un certificat obligatoire permettant d'acquérir les bases et la pratique du dépistage des atteintes à la santé liées au travail et de leur prévention ainsi que les possibles déclarations de maladies professionnelles.
- Réserver, actuellement, le recours des instances disciplinaires du conseil de



l'ordre aux patients, à leurs associations, aux médecins et à l'administration à l'exclusion de tiers étrangers à la relation médicale dont les employeurs comme avant 2007. Ceux-ci ont en effet la possibilité de saisir les tribunaux communs de ce qu'ils estimeraient être des infractions commises par les médecins

3. Quelle évaluation faites-vous du respect par les entreprises de leurs obligations dans la traçabilité des risques professionnels (document unique d'évaluation des risques, notices de poste...) ?

La traçabilité par les entreprises des risques professionnels est assez inégale notamment en fonction de la taille de l'entreprise. Par manque de moyen dans les plus petites, par pusillanimité juridique pour les plus grandes. Ainsi :

- cela reste, pour elles, souvent une formalité administrative et non l'instrument de prévention que ces documents réglementaires devraient être.
- L'évolution de la jurisprudence de la cour de cassation d'une obligation contractuelle des employeurs de « sécurité de résultat » vers une simple obligation de « sécurité » a donné une impulsion pour une prévention et par conséquent une traçabilité plus formelle que réelle. En effet, la chambre sociale a récemment amorcé une évolution dans l'application qu'elle fait de l'obligation de sécurité de résultat à laquelle est tenue l'employeur, en décidant que *« ne méconnaît pas l'obligation légale lui imposant de prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs l'employeur qui justifie avoir pris toutes les mesures prévues par les articles L.4121-1 et L.4121-2 du code du travail »* (Cass.soc. 25 novembre 2015, n° 12-24.444)
- La carence de moyens des organismes de contrôle qu'il s'agisse de l'Inspection du Travail ou des CARSAT (branche risques professionnels) favorise le formalisme et l'approximation de la traçabilité par l'impunité qu'elle entraîne.
- Au mieux cette traçabilité traduit une évaluation du côté du travail prescrit et ignore le travail réel.
- Cette ignorance est favorisée par la disparition des CHSCT et leur remplacement par les CSE dont les compétences élargies et leur manque de moyens, de temps, d'investigation et d'action sur les conditions de travail par rapport aux CHSCT est particulièrement perceptible.
- Lorsque les médecins du travail repèrent et signalent un risque, notamment dans le cadre de l'article L4624-9 du code du travail, mais aussi dans le cadre de la Fiche d'entreprise leurs alertes restent parfois lettre morte et ne sont pas intégrées à la traçabilité de l'employeur.
- La Fiche d'entreprise (article R4624-46 du code du travail) du médecin du travail, que certain-e-s préconisent de supprimer, est un document précieux puisqu'il analyse les risques d'un autre point de vue que celui qui préside au Document unique. En effet elle constitue une analyse des risques du point de vue unique de l'altération (et non de l'atteinte) de la santé des travailleuses et des travailleurs. Cela signifie une alerte très en amont des AT-MP par l'identification des prémices de leurs effets, c'est-à-dire, parfois, avant même que ces risques aient entraîné des atteintes à la santé. Cette prévention primaire prédictive est souvent méprisée mais mérite d'être conservée et valorisée.

Nous préconisons que ces obligations de traçabilité soient maintenues et l'objet d'une vérification de leur véracité par les organismes de contrôle dotés des moyens adéquats.

En particulier, la notice de poste est un outil indispensable à la prévention du risque des agents chimiques dangereux (ACD), notamment Cancérogènes Mutagènes et toxiques pour la Reproduction humaine (CMR), puisque remise à chaque opérateur occupant le poste et indiquant la prévention à observer. En fait elle n'est établie et remise que dans une minorité d'entreprise.

Au-delà de la traçabilité collective, la traçabilité individuelle est un facteur de prévention (on



ne trace que ce qu'on est disposé à prévenir). Ainsi par exemple, il est indispensable de rétablir les fiches individuelles d'exposition, dont la suppression en 2012 a constitué une perte abyssale en matière de traçabilité des ACD et notamment des CMR. Pour ces risques à long terme, le format informatique ne permet pas une conservation pérenne de longue durée (ex des cancérogènes sur 40 ans : les logiciels et les supports n'existeront plus). Le format papier conservé par les intéressé-e-s, les entreprises, les dossiers médicaux classiques, permet une meilleure conservation.

Il faut rappeler ici que la traçabilité des risques est imposée par la directive européenne 89-291 dont la transcription en droit français a été très tardive.

Laisser l'actuelle situation perdurer, voire comme le préconise le rapport de Mme Lecocq supprimer cette traçabilité au prétexte fallacieux qu'elle ne serait pas observée, serait assimilable à de la non-assistance à personne en danger dans la mesure où la prévention ne peut exister sans traçabilité du risque.

4. Quelle évaluation faites-vous de la prise en compte des risques psychosociaux dans les dispositifs de prévention développés par les entreprises ?

La question de la prévention des risques psychosociaux en entreprise reste actuellement particulièrement énigmatique. Longtemps les effets de ces risques ont été imputés à de prétendues susceptibilités psychologiques individuelles confiées à des lignes téléphoniques d'écoute et de soutien sans réelle efficacité sur le cœur du risque.

En effet ces risques sont dans une large mesure consubstantiels des nouvelles formes d'organisation du travail qui sont dominées par la « *gouvernance par les nombres* » décrite par Alain SUPLOT, juriste et professeur au Collège de France. Comment par conséquent prévenir les risques psychosociaux sans réformer profondément ce mode d'organisation ?

Faute de cet aggiornamento, la prévention en est réduite à user de toiles peintes, par exemple des démarches de qualité de vie au travail (QVT), objet d'un démarchage commercial florissant, dont l'artifice consiste à montrer une façade de bienveillance pour masquer la férocité de l'organisation du travail. De même le lean management sous prétexte d'écouter les opérateurs et tenir compte de leur expérience a pour projet l'intensification du travail par la vampirisation des compétences.

Les effets sur la santé des salarié-e-s sont dévastateurs car cette prévention factice débouche le plus souvent sur leur culpabilisation de ne pas, malgré tous ces bons sentiments, accomplir pleinement leur vie au travail. D'où les passages à l'acte, objet du procès de France Télécom.

5. Quelles sont les principales difficultés rencontrées par les assurés et les médecins dans la reconnaissance de maladies professionnelles en lien avec des troubles psychosociaux ?

On constate une sous déclaration massive des MP qui culmine avec les atteintes psychiques et les troubles articulaires et musculo-squelettiques. Les causes de cette sous déclaration sont multiples :

- Comme pour les AT et dans la mesure où ce sont les salarié-e-s qui procèdent à la déclaration, les contrats précaires et la menace sur l'emploi les dissuadent de les déclarer
- L'extrême complexité des procédures de déclaration et parmi elles la digitalisation des procédures par les CPAM qui font de la déclaration un « parcours du combattant » qui relève souvent de l'appui d'associations de victimes
- Des modifications, de la responsabilité du législateur, de certains tableaux en particulier le Tableau n°57A (troubles musculo-squelettiques) les rendant volontairement moins accessibles. Cet esprit est évident actuellement dans la rédaction d'un tableau réparant la COVID 19 extrêmement restrictif et qui ne répare pas réellement cette maladie



- Une méconnaissance ou une volonté de dissimulation de certains employeurs vis-à-vis des risques professionnels favorisée par un affaiblissement des organismes de contrôle extérieur (inspection du travail, CARSAT).
- Une méconnaissance de l'importance de la santé au travail dans le cadre général de la santé publique et le poids financier induit du fait de l'ignorance de l'origine professionnelle des pathologies (ainsi rien que pour les cancers broncho pulmonaires le déficit de la caisse maladie au profit de la caisse AT-MP est chiffré entre 6 et 8 milliards d'euros).

Ce contexte de difficulté est encore plus accentué en matière d'effets des risques psychosociaux professionnels. En effet ces maladies relèvent de l'alinéa 7 de l'article L461-1 du code de la sécurité sociale ce qui signifie en pratique qu'aucune présomption d'origine ne s'applique et que c'est à la victime de démontrer le lien « direct et essentiel » entre sa maladie et son travail. Dans un contexte souvent particulièrement conflictuel et celui de victimes parfois en grande souffrance, établir ce lien est particulièrement difficile. Il faut ajouter à cela une limitation des déclarations par le taux d'incapacité prévisible évaluée préalablement par le médecin conseil et qui doit être égal ou supérieur à 25%.

C'est aussi dans ce cadre que la stratégie de dissuasion des employeurs, décrite dans notre réponse à la question 2, par le recours devant les instances disciplinaires de l'ordre des médecins, contre le médecin ayant rédigé le CMI, jouent leur plein effet. Attester dans ce cadre pourrait bientôt relever de l'héroïsme ce qui signifie que les victimes ont de plus en plus de mal à obtenir du praticien un CMI.

C'est pourquoi, dans ce cadre nous préconisons que ces affections relèvent dorénavant d'un tableau de maladie professionnelles dont la rédaction pourrait s'inspirer des travaux de la commission N°4 (maladies professionnelles) du Conseil d'Orientation des Conditions de Travail (COCT).

6. Quelles sont vos propositions pour renforcer l'action des médecins du travail dans le signalement des risques et la prévention des AT-MP dans les entreprises ?

Les médecins du travail, spécialistes des liens entre le travail et d'éventuelles atteintes à la santé sont depuis 2004 ballotés de réforme en réforme dont la plupart ont affaibli leur mission d'ordre public social « *d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail* », leurs moyens ont été appauvris au bénéfice d'un accompagnement des obligations contractuelles des employeurs. Il y a ici confusion entre les missions de la médecine du travail et le nécessaire appui à la prévention du point de vue des responsabilités de l'employeur qui est le principal facteur de dégradation.

- Cette organisation propre à la France qui méconnaît à la fois la Constitution de la République (11^{ème} alinéa du préambule) et la stricte séparation entre ces deux missions exigée par la Directive européenne 89-291, entraîne une profonde confusion pour cette profession mais aussi pour les employeurs.
- Notamment les effectifs irréalistes par équivalent temps plein dans les services de santé au travail interentreprises (SSTI), mais aussi dans une moindre mesure dans les services de santé au travail autonome (SSTA), rendent quasi impossible un suivi médical individuel systématique de prévention et de dépistage des MP.
 - L'espacement constant des consultations individuelles depuis la réforme de 2012 met un terme définitif à ces pratiques. Seul le renfort des infirmier-e-s et des Intervenants en Prévention des Risques Professionnels (IPRP) est venu permettre une éphémère amélioration mais il est limité par la compétence clinique et le statut des paramédicaux (absence de formation en pratique avancée et de statut de salarié protégé). Quant aux IPRP ils sont positionnés trop souvent en appui aux entreprises en matière d'obligation contractuelle de



prévention de l'employeur au détriment de l'appui à la mission d'ordre public social.

- Cette situation incite certains médecins du travail à quitter la profession et de jeunes étudiants à ne pas s'y diriger, dans une situation d'effectif en baisse constante, on ne peut qu'être pessimiste quant à l'avenir de cette profession pourtant chargée en matière de santé au travail d'accomplir une mission régaliennne. Son affaiblissement ou sa disparition entraînerait rapidement un abandon des questions de santé au travail par la puissance publique et une régression majeure dans le domaine de la prévention.

Ce que nous préconisons pour sortir de cette situation désespérante et attirer de nouveau praticiens est exposé plus loin.

7. Quels sont de votre point de vue les principaux enjeux de la réforme annoncée de la santé au travail ? Quel est votre sentiment sur les orientations qui ont été soumises aux partenaires sociaux ?

L'orientation d'une nouvelle réforme qu'expose le document émanant du Ministère du travail et remis aux partenaires sociaux est particulièrement inappropriée pour les raisons suivantes :

- Elle survient après d'autres réformes, de nature très semblable, sensées, à chaque fois, améliorer le fonctionnement de l'institution mais qui ont eu pour effet réel de compromettre l'exercice de la médecine du travail et qui ont favorisé une situation catastrophique :
 - Missions d'ordre public social sans en avoir les moyens nécessaires ;
 - Inflation des effectifs de salarié-e-s suivi-e-s par équivalent temps plein ;
 - Absence ou abstention des autorités de tutelle ;
 - Indépendance professionnelle contrainte dans le cadre des services de santé au travail ;
 - Détournement de l'activité des services vers la gestion du risque ;
 - Absence de possibilité de suivi clinique individuel régulier qui entrave l'accès à la réalité du travail et au vécu des salarié-e-s ;
 - Détournement de l'aide des IPRP vers la gestion des risques pour les employeurs qui prive les médecins du travail de visibilité sur l'activité de travail réel ;
 - Répression à la mise en visibilité du lien santé travail.
- Comme nous l'avons déjà énoncé, la confusion entre les missions de la médecine du travail et le nécessaire appui à la prévention du point de vue des responsabilités de l'employeur est le principal facteur de dégradation. Cette confusion est entretenue par le document d'orientation.
- La gouvernance préconisée de l'institution et son financement tendent à mutualiser les contributions des employeurs alors que le niveau de risque et la taille de l'entreprise devraient être un facteur à prendre en compte. La part de la contribution des entreprises dans le financement général est ici opaque.
- La consultation individuelle est considérée aussi par le document comme une visite de sélection médicale par l'utilisation de « l'inaptitude » en cas de « contraindication ». Cela relève de l'illégalité, dans la mesure où l'un des principes généraux de prévention prescrits à l'article L4121-2 du code du travail consiste à « *adapter le travail à l'Homme* ». cette consultation doit donc prescrire non « l'inaptitude » mais uniquement « l'adaptation du poste de travail ».
- La préconisation de « démarches qualité », est un pur outil managérial, c'est-à-dire en général très éloigné de la réalité du travail et de ce que les professionnel-le-s eux-mêmes considèrent comme la qualité. Il s'agit en fait d'une variante de la pression « au résultat » qui pèse actuellement sur la santé des professionnel-le-s soumis à ce procédé. La référence à de soi-disant organismes savants, en fait très éloignés du terrain de la



santé au travail, renforce notre critique de la mise en œuvre de ce type de démarche.

Loin de demeurer dans une critique stérile notre association veut ici indiquer des voies de sortie de l'ornière ou s'embourbe la santé au travail depuis 2004.

Nos propositions sont les suivantes :

- Tout d'abord, dans le strict respect de la directive européenne, une césure est indispensable entre la prévention médicale primaire (« éviter toute altération de la santé ») et l'appui aux obligations de prévention de l'employeur (éviter toute atteinte à la santé c'est-à-dire tout AT-MP). C'est le choix qu'ont fait plusieurs de nos voisins européens (Belgique, Espagne, Italie...).
- La protection de la santé étant en France une obligation régalienne, il est parfaitement logique qu'une institution relevant directement de la puissance publique organise et gère la prévention médicale primaire (qu'on nomme la médecine du travail).
- S'agissant d'une institution médicale cela implique, dans le respect des principes même du code de la santé publique, que les bénéficiaires, c'est-à-dire les salarié-e-s et leurs représentant-e-s, soient associés à son fonctionnement.
- S'agissant de prévenir des risques générés par les entreprises il est évident que ces dernières doivent être mises à contribution, ainsi que l'état « employeur » dans le financement de ces services.
- Ces services de médecine du travail seraient composés, outre d'une structure d'appui administratif technique, de médecins du travail, d'infirmier-e-s diplômé-e-s d'état en santé au travail (IDEST) titulaire d'un diplôme en pratique avancée en santé au travail, d'intervenant en prévention primaire en santé au travail (IPPST). Ces trois corps professionnel auraient un statut de salarié-e-s protégé-e-s.
- Afin, d'assurer leurs propres obligations de prévention les entreprises pourraient continuer à organiser, dans le respect de leurs principes communs, des services de prévention des risques professionnels dont ils assureraient le financement et la gestion.
- Cela permettrait notamment que les services de médecine du travail et les services de prévention des employeurs coopèrent en tant que de besoin, et dans le respect de leurs règles professionnelles spécifiques et en toute indépendance, sur des sujets de santé au travail.

Si nos propositions étaient rejetées on peut craindre, sans jouer les Cassandre, qu'une nouvelle réforme mette un terme aux garanties régalienues constitutionnelles de protection de la santé des citoyennes et des citoyens en matière de santé au travail. Il appartient aux Représentants de la Nation d'exiger que cette protection soit effective.

Article 34 – Expérimentation de transferts de compétences aux infirmiers dans des services de santé au travail relevant de la MSA

8. Quel regard portez-vous sur l'expérimentation prévue à l'article 34 du PLFSS pour 2021 ?
9. De votre point de vue, de tels transferts de compétences au sein des services de santé au travail sont-ils susceptibles de réduire la sous-déclaration des maladies professionnelles ?

Seulement d'une façon marginale car les médecins du travail sont rarement à l'origine des déclarations de Maladie professionnelle et les infirmier-e-s en santé au travail n'ont, dans l'état actuel, que peu de d'expérience dans l'identification des risques professionnels et dans le diagnostic des pathologies. De plus leur absence de protection juridique de leur indépendance professionnelle est un frein envers les employeurs à l'origine de la



création des risques professionnels.

10. L'organisation proposée dans le cadre cette expérimentation est-elle selon vous de nature à améliorer le suivi et l'examen des salariés les plus à risque et des salariés actuellement trop peu suivis comme les saisonniers agricoles ?
11. De votre point de vue, cette mesure est-elle susceptible de renforcer l'effectivité des mesures de prévention des risques professionnels dans les plus petites entreprises agricoles ?

*Nous vous remercions de nous faire parvenir vos réponses par écrit,
indépendamment de l'audition, avant le vendredi 23 octobre 2020,
aux adresses : a.wydouw@senat.fr
et contact.sociales@senat.fr*