

CONTRIBUTION DESTINÉE À LA COMMISSION D'ENQUÊTE DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE

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.

PRÉAMBULE

PRÉSENTATION DE L'ASSOCIATION

- ◆ Existe depuis le milieu des années 1980.
- ◆ Association professionnelle de médecins du travail.

Objets

- ◆ Le métier de médecin du travail : pratiques en médecine du travail.
- ◆ Exercice autour d'une clinique médicale spécifique : la clinique médicale du travail.
- ◆ 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 deux 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 trois 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 VISIBILITÉ DES RISQUES

Elle repose notamment sur des obligations de traçabilité des risques.

En matière de risque chimique (Agents chimiques dangereux : ACD dont les cancérigènes, 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 D.461-25 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 (R.4412-39 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-À 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 VISIBILITÉ DES EFFETS DES RISQUES PROFESSIONNELS SUR LA SANTÉ DES TRAVAILLEURS

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 monocausalité 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 disciplinaires (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 cancérigènes professionnels (entre 15 000 et 45 000) seuls 2 000 sont reconnus annuellement.
- ♦ La CNAM a publié pour l'année 2016 les atteintes psychiques professionnelles. Sont survenus plus de 10 000 accidents du travail et 596 maladies professionnelles reconnues. 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 plaintes 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 cancérigènes 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'organes ;
- ♦ 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 RÉEL EFFECTUÉ PAR LES OPÉRATEURS

La prévention ne peut faire l'impasse sur la connaissance du travail réel des opérateurs sans cette connais-

sance 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 VÉCU 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(e)s 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'État 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.