



N° 1181

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUINZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 19 juillet 2018

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA 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,***

Président

M. JULIEN BOROWCZYK

Rapporteur

M. PIERRE DHARRÉVILLE

Députés

La 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, est composée de :

– M. Julien Borowczyk, *président* ;

– M. Pierre Dharréville, *rapporteur* ;

– Mme Delphine Bagarry, M. Belkhir Belhaddad, Mme Charlotte Lecocq, M. Stéphane Viry, *vice-présidents* ;

– M. Bertrand Bouyx, Mme Nathalie Elimas, Mme Agnès Firmin Le Bodo, M. Frédéric Reiss, *secrétaires* ;

– Mme Anne Blanc, Mme Danielle Brulebois, Mme Annie Chapelier, M. Alexis Corbière, Mme Josiane Corneloup, M. Brahim Hammouche, Mme Sandrine Josso, M. Régis Juanico, M. Daniel Labaronne, Mme Annaïg Le Meur, Mme Geneviève Levy, Mme Graziella Melchior, Mme Valérie Petit, M. Laurent Pietraszewski, M. Jean-Pierre Pont, M. Alain Ramadier, Mme Stéphanie Rist, M. Stéphane Trompille, Mme Hélène Vainqueur-Christophe, M. Francis Vercamer.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	7
I. DES POLITIQUES INSUFFISAMMENT TOURNÉES VERS LA PRÉVENTION	12
A. LES MALADIES PROFESSIONNELLES SONT LOIN D'AVOIR DISPARU DANS LE SECTEUR INDUSTRIEL	12
1. Les spécificités du secteur industriel	12
a. Les troubles musculo-squelettiques, principale maladie professionnelle	12
b. Les cancers professionnels, plus nombreux dans l'industrie que dans les autres secteurs.....	13
c. Les maladies psychiques, des pathologies qui n'épargnent pas l'industrie	16
2. Une évolution du risque qui n'est pas nécessairement favorable	17
a. Le développement de nouveaux risques	18
b. L'externalisation des risques qui accompagne souvent l'évolution du fonctionnement des entreprises	20
B. UN SYSTÈME DE RÉPARATION DONT LE FONCTIONNEMENT CONDUIT À SOUS-ÉVALUER LE NOMBRE DE MALADIES PROFESSIONNELLES	24
1. Un régime qui repose sur un compromis social mis en place à partir de la fin du XIX ^e siècle	24
a. Le compromis forgé par les lois du 9 avril 1898 et du 25 octobre 1919.....	24
b. La mise en place d'un système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles en 1993	27
2. Une sous-évaluation des maladies professionnelle aux causes multiples.....	28
a. Les facteurs économiques : entre pressions et craintes.....	29
b. L'insuffisante connaissance des risques et des droits par les salariés	32
i. Des risques souvent mal appréhendés.....	32
ii. Des droits trop souvent méconnus.....	33
c. L'absence d'intérêt à engager une procédure complexe qui risque de ne pas aboutir	34

i. Des tableaux de maladies professionnelles incomplets.....	34
ii. Les méandres décourageants d'une procédure longue et complexe	36
d. Un manque de temps et de formation du médecin traitant.....	37
C. UN AFFAIBLISSEMENT DES ACTEURS ET DES DISPOSITIFS DE SANTÉ AU TRAVAIL QUI AGGRAVE LES CARENCES DE LA POLITIQUE DE PRÉVENTION	39
1. Un respect de l'obligation de prévention qui n'est pas garanti par le dispositif actuel	39
a. L'obligation de prévention	39
b. Les règles applicables à la sous-traitance et à l'intérim.....	41
c. Les carences dans la mise en œuvre de l'obligation de prévention	44
2. Des réformes ont modifié les conditions dans lesquelles l'employeur doit assumer ses obligations en termes de prévention et de traçabilité du risque professionnel	50
a. L'affaiblissement du dispositif de traçabilité suite à l'abandon de la fiche d'exposition et à la réduction du périmètre des critères de pénibilité.....	51
b. Les effets potentiels de la fusion des institutions représentatives du personnel en matière de santé et sécurité au travail.....	53
3. Des acteurs de la prévention dispersés et affaiblis.....	55
a. Une multiplicité d'acteurs publics dont l'action est peu lisible.....	55
b. Un affaiblissement de la médecine du travail, dont le rôle est pourtant central en matière de prévention	57
i. La médecine du travail, une discipline en grande difficulté	57
ii. Des difficultés génératrices d'inégalités de traitements entre les salariés	61
II. DE MEILLEURS OUTILS DE PRÉVENTION POUR VISER L'ÉLIMINATION DES MALADIES PROFESSIONNELLES DANS L'INDUSTRIE	62
A. CONNAISSANCE DES RISQUES, TRAÇABILITÉ DES EXPOSITIONS ET AJUSTEMENT DES RESPONSABILITÉS, SOCLES D'UNE PRÉVENTION PLUS AMBITIEUSE.....	62
1. Approfondir la connaissance des risques et des expositions est un préalable indispensable au déploiement d'actions de prévention efficaces.....	62
a. L'enquête SUMER, un premier constat de l'exposition aux risques professionnels.....	62
b. Le Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles, un premier réseau de vigilance et de détection des postes à risques	63
c. Revivifier et systématiser la déclaration des maladies à caractère professionnel par tout médecin en ayant connaissance	64
d. Connaître plus précisément les risques, les expositions et leurs conséquences sanitaires potentielles	66

e. Connaître plus finement les doses de produits dangereux auxquels sont exposés les travailleurs et, pour les risques chimiques, adapter les valeurs limites d'exposition.....	69
f. Mieux exploiter les données de santé existantes.....	73
2. Il est nécessaire de mettre en place une véritable traçabilité de l'activité professionnelle et des expositions des salariés.....	76
a. Un dispositif de recensement des risques et de traçabilité des expositions qui devrait être mieux structuré.....	76
b. Des informations qui doivent être plus facilement exploitables hors de l'emploi occupé.....	78
c. Un dispositif qui devrait mieux communiquer avec la médecine de ville, notamment pour garantir l'effectivité du droit à un suivi post-professionnel.....	80
d. La solution passe par la mise en place d'un dossier médical personnel de santé au travail.....	82
e. Plusieurs mesures permettraient à la médecine de ville de mieux prendre en compte la problématique de la santé au travail.....	85
3. Il faut aussi organiser la responsabilité de la santé au travail autour de l'environnement et du poste de travail.....	89
a. Le droit français reste marqué par un modèle de responsabilité dépassé par les nouvelles formes de travail.....	89
b. Le responsable de l'environnement de travail doit être responsable de la santé et de la sécurité des travailleurs présents sur le site.....	90
B. UNE POLITIQUE DE PRÉVENTION RENOUVELÉE, QUI DOIT S'APPUYER SUR DES MODES DE RECONNAISSANCE PLUS EFFICACES.....	93
1. Les principes généraux de la reconnaissance des maladies professionnelles ne nécessitent pas d'être bouleversés.....	93
a. Il n'est pas opportun de remettre en cause le dispositif assurantiel collectif existant au profit d'une judiciarisation de la réparation des maladies professionnelles.....	93
b. Cependant, il serait souhaitable de mettre en place les conditions d'un rapprochement et d'une instruction commune des régimes d'invalidité et de maladie professionnelle.....	95
2. Il faut néanmoins améliorer le dispositif actuel de reconnaissance notamment pour les pathologies qui concernent les travailleurs de l'industrie.....	97
a. En inversant la charge de la preuve pour certaines affections psychiques.....	97
b. En abaissant le taux minimal d'incapacité permanente partielle (IPP) afin de favoriser la reconnaissance des affections psychiques.....	98
c. En prévoyant un partage des responsabilités en cas d'expositions successives du fait de plusieurs employeurs.....	100
d. En permettant aux partenaires sociaux de définir des tableaux innovants de prise en charge, notamment lorsque la médecine identifie des effets dus à des poly-expositions.....	100

e. En créant une base nationale permettant de recenser les cas présentés devant les CRRMP et les jurisprudences pertinentes, à des fins d'études et d'harmonisation de la jurisprudence.....	102
f. En associant les représentants du personnel (membres du CSE ou de la CSSCT) à la procédure de reconnaissance.....	103
3. Surtout, une priorité s'impose : mieux articuler la reconnaissance et la prévention.....	104
a. Toute reconnaissance du caractère professionnel d'une maladie doit déboucher sur une action de prévention.....	104
b. La faute inexcusable ou intentionnelle de l'employeur doit obliger à présenter un plan de rétablissement des conditions normales de santé et sécurité au travail	106
C. CONSTRUIRE DES OUTILS POUR CRÉER UNE VÉRITABLE CULTURE ET UNE VÉRITABLE POLITIQUE DE PRÉVENTION.....	108
1. Les mécanismes financiers doivent devenir plus incitatifs.....	108
a. Améliorer la portée du mécanisme d'imputation à la branche AT-MP du coût des risques sous-déclarés.....	108
b. Affecter les excédents de la branche AT-MP à une politique de prévention plus ambitieuse	110
2. Créer un service public – réseau national unifié de prévention des risques professionnels.....	111
3. Renforcer les services de santé au travail en valorisant le rôle de l'infirmier et en organisant les services en réseau	113
a. Valoriser le rôle des infirmiers en médecine du travail	113
b. Mettre en réseau les services de santé au travail et faciliter les approches croisées entre médecine du travail, médecine de soins et approche environnementale de la santé publique	115
4. Développer la culture de la prévention dans l'entreprise.....	118
a. En développant l'information et la formation	118
b. En créant une journée de prévention des risques au niveau national et dans l'entreprise.....	119
c. En favorisant l'implantation des CSSCT dans les petites entreprises industrielles	119
d. En associant les représentants des salariés à la politique de prévention en les impliquant dans la mise à jour du document unique	120
LISTE DES PROPOSITIONS	125
EXAMEN DU RAPPORT.....	131
ANNEXE 1 : LISTE DES PERSONNES ENTENDUES DANS LE CADRE DE LA COMMISSION D'ENQUÊTE.....	141
ANNEXE 2 : LISTE DES SIGLES	149

INTRODUCTION

Des femmes, des hommes meurent encore de travailler au XXI^e siècle. Des femmes, des hommes abîment encore leur vie à la gagner. En silence, dans l'ombre, trop souvent. Ainsi, chaque année, ce sont en moyenne 50 000 personnes qui se voient reconnaître une maladie professionnelle.

Dans le port industriel de Fos-sur-Mer, se côtoient depuis cinquante ans des industries chimiques, pétrochimiques, sidérurgiques, etc. On y connaît le drame de l'amiante. C'est pourquoi l'on peut lire sur une stèle érigée à Port-de-Bouc : « En souvenir de toutes les victimes de l'amiante. Ils savaient, ils n'ont rien fait. » On y connaît bien d'autres drames encore. Les émissions de polluants atmosphériques liés à l'industrie ou aux transports y alimentent la chronique et y provoquent l'inquiétude. Les ouvriers de l'industrie sont en première ligne. Et depuis des décennies, dans ce bassin, les salariés innovent et agissent contre les maladies éliminables. On y a même établi le cadastre des postes de travail qui les produisent. Mais le sentiment est là que l'on ne parvient plus vraiment à avancer, que cette bataille cruciale s'enlise, ici comme ailleurs.

Le sujet paraît-il dépassé ? L'objet de cette commission d'enquête est bien de replacer la question dans le paysage. Et c'est au carrefour des enjeux sociaux, économiques et environnementaux que se situe la santé au travail. Reprenons les mots.

La santé. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), il s'agit d'un « état de complet bien-être physique, mental et social » qui « ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Et il serait dérisoire de se rendre capable de soigner si l'on ne faisait pas tout pour prévenir, c'est-à-dire pour empêcher que soit mise en cause la santé dans toutes ses dimensions. Or, elle peut être affectée par des accidents ou par des maladies. Si l'une peut parfois résulter de l'autre, ce sont deux réalités que l'on peut distinguer. Et si les accidents peuvent être violents au point parfois de causer la mort, les maladies sont souvent plus insidieuses et plus durables. Et leur caractère professionnel moins évident à établir, puisqu'il résulte d'événements qui peuvent être moins identifiables dans le temps. Aucune politique de santé digne de ce nom, aucune politique de prévention qui se respecte, ne peuvent ignorer, ni même négliger, le champ du travail. D'autant plus que les conditions du travail (et donc la santé de celles et ceux qui louent leur force de travail) sont au centre d'intérêts contradictoires.

Le travail. Lorsque l'on passe trente-cinq heures par semaine au travail, soit une part conséquente de son existence, comment imaginer que cela ne puisse

pas avoir d'impact sur la santé. D'autant plus que l'on fournit un effort, que l'on délivre un acte. Un acte de production, de création, un acte de participation. Cet acte engage celui ou celle qui le pose. Et c'est aussi en cela qu'il est susceptible de l'affecter. Or, c'est bien le travail sous toutes ses formes qui crée la plus-value, qui crée la richesse. C'est la raison pour laquelle il est au cœur des mutations qui s'opèrent sous le feu de la concurrence mondialisée : les technologies changent, les métiers sont soumis à rude épreuve, les organisations sont bouleversées... Et l'humain, au cœur de cette tectonique, est trop souvent abîmé. Ce sont les corps et les esprits qui sont mobilisés, qui sont utilisés, qui sont instrumentalisés. La cause pour laquelle ils le sont mérite-t-elle qu'ils en souffrent ? Pourtant, il faut bien gagner son pain et celui des siens. Et l'on se sent parfois pris au piège : jusqu'où suis-je prêt à donner de moi-même pour un salaire ? Cette tension existe depuis les origines. Depuis la mine où l'on se voyait placé face à un choix : prendre le temps de consolider les galeries dans les règles ou bien augmenter son volume de charbon dans les wagonnets pour boucler correctement la fin du mois. Or l'humain au travail, c'est celui ou celle qui exerce un métier. Un métier pour lequel il s'est formé, ayant acquis un savoir et un savoir-faire. Mais tout cela est percuté par l'exigence de polyvalence, la logique de flux tendus, la dépréciation du travail bien fait, les nouvelles servitudes imposées par les outils numériques, la parcellisation des tâches... Et, à force d'intensification, l'on en arrive trop souvent au stade du travail empêché. Un décalage se creuse entre le travail prescrit et le travail réel.

L'industrie. Environ trois millions de personnes travaillent dans le secteur ⁽¹⁾, malgré la destruction massive d'emplois ces dernières décennies ⁽²⁾. Parmi eux, ces ouvriers, ces invisibles dont le travail est essentiel à répondre aux besoins matériels. Ils, elles sont la catégorie la plus touchée. Bien sûr, on peut contracter des maladies professionnelles dans tous types de postes de travail, y compris ailleurs que dans l'industrie. Mais il faut bien dire que les unités de production industrielle sont des lieux où l'on est particulièrement exposé. Parce que c'est là que l'on manipule la matière, y compris la matière dangereuse, pour la transformer par des procédés parfois lourds, et parfois complexes. Parce que c'est là que les machines les plus gigantesques s'agitent, que les tonnes de marchandises s'accumulent, se stockent, transitent. Parce que c'est là un des lieux où s'exercent le plus, peut-être, les contradictions du monde, avec des restructurations, des mutations, des réorganisations. Et comment négliger les effets des évolutions des activités industrielles, qui se modifient avec l'utilisation de nouvelles techniques et de nouvelles technologies pour produire autrement, et utilisent de nouveaux modes de production et d'organisation en recourant à la fragmentation et à l'externalisation des tâches, ou encore à l'automatisation, la robotisation et la numérisation ?

(1) *Le secteur industriel regroupe les « activités économiques qui combinent des facteurs de production (installations, approvisionnements, travail, savoir) pour produire des biens matériels destinés au marché », selon l'INSEE.*

(2) *La part du secteur industriel a en effet reculé depuis vingt ans dans la valeur ajoutée de l'économie en France. De 16,2 % en 1995, elle est passée à 11,2 % en 2015. L'industrie ne représente désormais plus que 12,5 % du PIB, contre 16,5 % en 2000, et un quart des emplois a été détruit.*

Notre enquête nous a donc conduits au cœur du travail. Et l'aborder avec l'ambition de la santé peut être de nature à le transformer et à activer sa dimension émancipatrice. C'est là un bon angle pour s'attaquer au mal-travail. En effet, à l'heure de la compétitivité, de la rentabilité et de la productivité, n'est-il pas salutaire de s'intéresser aux conditions de travail, pas simplement en général, mais bien celles du travail vécu ?

Depuis l'irruption de la machine à vapeur, ces exigences ont été au centre des revendications ouvrières, sur le temps de travail comme sur les conditions matérielles. La conscience grandissant au fil de l'aventure industrielle, des dispositifs se sont élaborés, composant sur la base du degré d'acceptation du risque, et le degré d'acceptation de l'exposition. Ils ont évolué jusque dans la dernière période. Et à la faveur du vif débat sur les ordonnances, la question est remontée sur le sommet de la pile.

La commission d'enquête a procédé à 23 auditions individuelles ou en table ronde ; elle a procédé à trois déplacements sur le terrain dans des bassins industriels de nature différente. Au fil de ce panorama, nous considérons qu'il est possible de faire baisser sensiblement le nombre de victimes de maladies professionnelles dans l'industrie. C'est pourquoi, avec la conviction qu'il est décisif de mobiliser les acteurs de l'entreprise dans leurs responsabilités respectives, nous formulons quarante-trois propositions concrètes pour donner un nouvel élan aux politiques de santé au travail dans l'industrie.

Il s'agit de mieux connaître, pour mieux reconnaître, pour mieux assurer et mieux prévenir.

Car non content de n'être pas assez empêchées, les maladies professionnelles sont sous-reconnues et donc sous-estimées, ce qui porte atteinte à l'efficacité de l'action entreprise. En effet, pour mieux combattre les maladies, il est essentiel d'œuvrer à identifier leurs causes et l'on pêche en méconnaissant ou négligeant les causes professionnelles qui pourraient se révéler. Certes, les liens ne sont pas toujours faciles à établir. Pour le code de la sécurité sociale, une maladie ou pathologie est dite « professionnelle » soit lorsqu'elle est désignée dans un tableau annexé à ce code et contractée dans les conditions mentionnées à ce tableau, soit lorsque qu'elle est la conséquence directe de l'exposition habituelle d'un travailleur à un risque physique, chimique ou biologique ou des conditions dans lesquelles il exerce son activité professionnelle.

En nous intéressant aux « risques chimiques, psychosociaux ou physiques », nous traitons la majorité des risques en santé et sécurité du travail. Les risques physiques sont les plus anciens dans la prise de conscience. Ils peuvent être notamment causés par le bruit, les vibrations, l'électricité (conducteurs sous tension, éléments de machines sous tension, phénomènes électrostatiques), les conditions de travail à des températures extrêmes ; ils peuvent également comprendre les risques radiologiques (rayonnements de source de chaleur ou de radiations, rayonnement de basse fréquence, de fréquence radio,

micro-ondes, rayons X et gamma...) et les risques ergonomiques, susceptibles de causer notamment les troubles musculo-squelettiques. Les risques chimiques, quant à eux, concernent les cas d'exposition à des matières dangereuses (nocives, toxiques, corrosives, réactives, humides, tératogènes, cancérigènes, mutagènes, irritantes) provoquant des dommages pour la santé (brûlure chimique, intoxication, irritation, etc.). Les risques psychosociaux, enfin, n'épargnent pas l'industrie. Ils résultent de l'impact des situations de travail sur la santé psychique des individus : stress provenant du sentiment de ne pas atteindre ses objectifs, conflits majeurs, harcèlement moral ou sexuel, syndrome d'épuisement professionnel, précarité de l'emploi...

Cette persistance des risques professionnels en dit long sur l'état du travail dans notre société, tandis que ses évolutions engendrent de nouvelles problématiques de santé. Cette réalité appelle une prise de conscience et une action vigoureuse.

Au-delà des nécessaires investissements à engager pour modifier les modes de production en y intégrant les meilleures protections collectives, nos auditions nous ont permis d'identifier quatre axes forts pouvant servir de lignes directrices à une politique renouvelée de prévention des risques professionnels dans l'industrie :

– mieux organiser la traçabilité des expositions, notamment grâce à un dossier médical personnel de santé au travail, appuyé sur le dossier médical partagé, alimenté par les informations permettant de connaître le parcours professionnel, les expositions passées et les actes de suivi de la santé du salarié ;

– améliorer l'imputabilité des risques et leur suivi sur les sites, le donneur d'ordres devenant responsable de l'environnement de travail et titulaire d'un devoir de vigilance vis-à-vis de tous les salariés présents sur le site ;

– relier la prise en charge des victimes à une politique de prévention renouvelée, sur la base d'un cercle vertueux par lequel toute reconnaissance d'une maladie professionnelle doit déboucher sur une action concernant le poste de travail en cause ;

– créer les outils nécessaires à la mise en place d'une surveillance et d'une culture de la prévention, qui s'appuieraient sur un service public – réseau national unifié de prévention des risques professionnels.

Dans le but de réduire et d'éliminer les maladies professionnelles, de nombreux leviers peuvent et doivent être actionnés. Mais sans une prise de conscience massive, sans l'émergence d'une culture de la prévention des risques professionnels, le mouvement engagé n'aura pas les effets nécessaires. Voici quelque temps, en découvrant sa maladie à 38 ans, Jean-Luc Botella écrivait : *« Pour moi c'est fini, je sais qu'il me reste entre 6 mois et 2 ans. Mais je vais me battre, pour ma famille et pour mes copains. Et quand je ne serai plus là, ils*

continueront. » Ce mouvement ne peut pas seulement être l'affaire des victimes, il doit être celui de toute la société.

En remerciant celles et ceux qui ont apporté leur pierre à nos travaux, comment ne pas former le vœu que le travail entrepris par cette commission d'enquête, sous la présidence de Julien Borowczyk, avec le concours de tous les membres qui s'y sont activement impliqués, puisse contribuer à faire grandir ce mouvement si indispensable à notre temps ?

I. DES POLITIQUES INSUFFISAMMENT TOURNÉES VERS LA PRÉVENTION

La prise en charge assurantielle des maladies professionnelles dans l'industrie ne suffit pas à inciter à la mise en place de politiques de prévention efficaces.

A. LES MALADIES PROFESSIONNELLES SONT LOIN D'AVOIR DISPARU DANS LE SECTEUR INDUSTRIEL

1. Les spécificités du secteur industriel

L'enquête « Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels » réalisée pour l'année 2010 (SUMER 2010) par la direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES), la direction générale du travail (DGT) et l'Inspection médicale du travail (IMT) ⁽¹⁾ a mis en lumière le fait que, si la majorité des salariés estime que leur travail n'a pas d'influence sur leur santé, tel n'est pas le cas d'un grand nombre d'ouvriers de l'industrie. Par exemple, dans les industries des métaux, de la mécanique, des matériaux souples ou encore du bois, plus d'un tiers des salariés juge que son travail est mauvais pour sa santé et ce sont près de 50% des ouvriers qualifiés qui forment ce jugement dans les industries de process – dénomination employée pour qualifier les industries dans lesquelles les matières premières subissent une transformation chimique en plus d'une transformation physique propre au procédé industriel (industrie chimique, pharmaceutique, etc.) ⁽²⁾. Les statistiques issues des données de la branche Risques professionnels de l'assurance maladie comme celles de l'enquête SUMER 2010 montrent que ce ressenti est fondé.

a. Les troubles musculo-squelettiques, principale maladie professionnelle

Les troubles musculo-squelettiques (TMS) sont les plus répandues des maladies professionnelles : ils représentaient 87% (42 535 cas) des 48 762 nouvelles maladies professionnelles reconnues recensées en 2016 ⁽³⁾.

Parmi ces troubles, la part des affections péri-articulaires, provoquées par certains gestes et postures de travail, est prépondérante : 90% des nouvelles victimes de TMS recensées en 2016 étaient victimes de ces affections, tandis que les lombalgies représentent 8% des nouvelles victimes, les lésions chroniques du ménisque, 1% et les affections chroniques provoquées par les vibrations 0,3%. Les principales zones du corps affectées par les TMS sont les mains, les poignets et les

(1) Pour une présentation plus détaillée de l'enquête SUMER, voir p. 22.

(2) « Des risques professionnels contrastés selon les métiers », DARES Analyses, mai 2014, n° 34, p. 9-10.

(3) Assurance maladie - Risques professionnels, Rapport annuel 2016, p. 95-96.

doigts (38% des syndromes en 2016), les épaules (30% des syndromes) et les coudes (22% des syndromes) ⁽¹⁾.

**ÉVOLUTION DES MALADIES PROFESSIONNELLES LIÉES
À DES TROUBLES MUSCULO-SQUELETTIQUES**

	Nombre de nouvelles victimes		
	2012	2016	Évolution
Affections péri-articulaires (tableau n°57)	37 639	35 083	-7%
% du total des nouvelles victimes de TMS	90%	90%	
Lombalgies	3 688	3 115	-16%
% du total des nouvelles victimes de TMS	9%	8%	
Dont affections chroniques du rachis lombaire provoquées par des vibrations de basses et moyennes fréquences transmises par le corps entier (tableau n°97)	494	454	-8,%
Dont affections chroniques du rachis lombaire provoquées par la manutention manuelle de charges lourdes (tableau n°98)	3 194	2 661	-17%
Lésions chroniques du ménisque (tableau n°79)	486	474	-2%
% du total des nouvelles victimes de TMS	1%	1%	
Affections provoquées par les vibrations et chocs transmis par certaines machines-outils, outils et objets (tableau n°69)	145	115	-21%
% du total des nouvelles victimes de TMS	0,3%	0,3%	
Nombre total de nouvelles victimes	41 958	38 787	-8%

Source : Données issues du rapport annuel 2016 de l'assurance maladie - Risques professionnels, p.118

Si entre 2012 et 2016, le nombre de nouvelles victimes de chacune de ces pathologies a diminué et le nombre de nouvelles victimes de TMS a baissé de 8%, les salariés des secteurs industriels restent particulièrement exposés à ce risque.

En effet, comme le montre l'enquête SUMER 2010, les contraintes physiques intenses telles que le travail en position debout, la manutention manuelle de charges, les gestes répétitifs, etc., qui entraînent une sollicitation soutenue des muscles et des articulations, concernent davantage les métiers d'ouvriers que les autres salariés, à l'exception de certains salariés du tertiaire (caissiers, employés de libre-service, aides-soignants, coiffeurs, etc.). En ce qui concerne l'industrie, les salariés de la mécanique et ceux du travail des métaux ou du bois sont particulièrement exposés. Ainsi, en 2010, 82% des ouvriers qualifiés travaillant par formage de métal et des ouvriers qualifiés du travail du bois et de l'ameublement étaient exposés à au moins une contrainte physique intense – et ce taux était de 74% pour les ouvriers non qualifiés de ces secteurs ⁽²⁾.

b. Les cancers professionnels, plus nombreux dans l'industrie que dans les autres secteurs

Les travailleurs de l'industrie sont particulièrement touchés par les cancers, qui sont la deuxième catégorie, par ordre d'importance, de maladies professionnelles. Selon l'assurance-maladie, toutes professions confondues, les

(1) Assurance maladie - Risques professionnels, Rapport annuel 2016, p. 120.

(2) « Des risques professionnels contrastés selon les métiers », DARES Analyses, mai 2014, n° 34, p. 1-2.

cancers représentaient en 2016 moins de 4% du total des nouvelles maladies professionnelles (1778 nouvelles maladies sur un total de 48 762). 79% de ces cancers (1 409 nouveaux cas en 2016) sont liés à l'amiante ⁽¹⁾. Les principaux autres types de cancers d'origine professionnelle, qui représentent chacun entre 2% et 7% du total, sont causés par l'exposition aux poussières de bois, aux goudrons de houille, au benzène et aux amines aromatiques.

Si la plupart de ces affections sont en diminution, on constate une forte augmentation des cancers de la vessie liés aux amines aromatiques et à leurs sels et une augmentation plus modérée de ceux liés à la houille. Toutefois, il convient de préciser que, selon le rapport de la branche Risques professionnels de l'assurance maladie, cette augmentation est liée à la mise en place d'une expérimentation sur le repérage des cancers de la vessie d'origine professionnelle, qui, lancée en 2008, a été généralisée à la France entière en 2015 ⁽²⁾.

ÉVOLUTION DU NOMBRE DES PRINCIPAUX CANCERS PROFESSIONNELS

	Nombre de nouveaux cancers		
	2012	2016	évolution
Cancers liés à l'amiante	1 579	1409	-11%
<i>% du total</i>	83%	79%	
Dont affections professionnelles consécutives à l'inhalation de poussières d'amiante (tableau n°30)	548	500	-9%
Dont cancer bronchopulmonaire provoqué par l'inhalation de poussières d'amiante (tableau n°30 bis)	1 031	909	-12%
Affections cancéreuses provoquées par les goudrons de houille, les huiles de houille, les brais de houille et les suies de combustion du charbon (tableau 16 bis)	76	82	+ 8%
<i>% du total</i>	4%	5%	
Affections professionnelles provoquées par les poussières de bois (tableau n°47)	72	73	+1%
<i>% du total</i>	4%	4%	
Hémopathies provoquées par le benzène et tous les produits en renfermant (tableau n°4)	49	44	-10%
<i>% du total</i>	3%	2%	
Lésions prolifératives de la vessie provoquées par les amines aromatiques et leurs sels et la n-nitrosodibutylamine et ses sels (tableau 15 ter)	71	116	+63%
<i>% du total</i>	4%	7%	
Total des nouveaux cancers professionnels indemnisés (hors cancers indemnisés dans le cadre de la procédure prévue par l'alinéa 4 de l'article L. 461-1 du code de la sécurité sociale)	1 902	1 778	-7%

Source : Données issues du rapport annuel 2016 de l'assurance maladie-risques professionnels, p.128-138

Les cancers professionnels sont plus fréquents dans les secteurs industriels et dans le secteur du bâtiment que dans les autres secteurs. Ainsi, les statistiques réalisées par la branche Risques professionnels de l'assurance maladie indiquent que, parmi les cancers qui ont pu être associés à un secteur d'activité pour la période 2011-2015, 24% sont rattachables au secteur de la métallurgie, 17% au

(1) Assurance maladie - Risques professionnels, Rapport annuel 2016, p. 96.

(2) Assurance maladie - Risques professionnels, Rapport annuel 2016, p. 132.

secteur du bâtiment et des travaux publics, 7% au secteur de la chimie et 6% au secteur du bois-ameublement.

RÉPARTITION DES CAS DE CANCERS D'ORIGINE PROFESSIONNELLE SUIVANT L'IMPUTATION À UN CODE RISQUE OU AU COMPTE SPÉCIAL, PÉRIODE 2011-2015

	Imputation à une section d'établissement (secteur d'activité connu)	Imputation au compte spécial MP, avec information sur le secteur d'activité d'exposition	Total pour les deux types d'imputations
CTN A (Métallurgie)	13 %	11 %	24%
CTN B (Bâtiment et travaux publics)	7 %	10 %	17%
CTN C (Transports, EGE, livre, communication)	2%	2%	4%
CTN D (Services, commerces, industries de l'alimentation)	1%	1%	2%
CTN E (Chimie, caoutchouc, plasturgie)	4 %	3 %	7%
CTN F (Bois, ameublement, papier-carton, textile, vêtement, etc.)	3%	3%	6%
CTN G (Commerce non alimentaire)	1%	1%	2%
CTN H (Activité de services I : banques, assurances, administrations, etc.)	1%	1%	2%
CTN I (Activité de services II : travail temporaire, action sociale, santé, nettoyage, etc.)	0%	2%	2%

Source : Données issues du rapport annuel 2016 de l'assurance maladie-risques professionnels, p.136

Cette spécificité doit être mise en relation avec le fait que les travailleurs de l'industrie sont susceptibles d'être davantage exposés à des produits chimiques cancérogènes que d'autres catégories de salariés. L'enquête SUMER 2010 relève que 2 millions de salariés sont exposés à au moins un cancérogène, auxquels il faut ajouter un demi-million de travailleurs exposés aux fumées métalliques de soudage ainsi que 300 000 travailleurs exposés aux rayonnements ionisants. Près de 3 millions de salariés sont donc exposés à des risques cancérogènes. Une analyse en termes de pourcentage est également très éclairante : si 10% des salariés ont été exposés à au moins un produit chimique cancérogène au cours de la semaine précédant l'enquête, ce taux passe à 18% dans l'industrie. Il atteint même 20,6% dans les industries de process, 30,3% dans les industries des matériaux souples, du bois et les industries graphiques et 31,4% dans la mécanique et le travail des métaux ⁽¹⁾.

(1) « Les expositions aux produits chimiques cancérogènes en 2010 », DARES Analyses, septembre 2013, n° 54, p. 1-2.

Par ailleurs, l'intensité de l'exposition aux produits chimiques et la durée de l'exposition peuvent être particulièrement importantes dans l'industrie. L'enquête SUMER 2010 montre que si 8% de l'ensemble des salariés sont exposés de manière longue ou importante à au moins un risque chimique (qu'il s'agisse d'un agent cancérigène ou non), ce sont 51% des ouvriers qualifiés et 34% des ouvriers non qualifiés des secteurs du métal, du bois et de l'ameublement qui sont dans cette situation et ce taux est de 24% pour les ouvriers qualifiés et 14% pour les techniciens et agents de maîtrise dans les industries de process ⁽¹⁾.

c. Les maladies psychiques, des pathologies qui n'épargnent pas l'industrie

Si les statistiques de l'assurance maladie ne permettent pas de connaître de manière précise le nombre de maladies professionnelles causées par les risques psychosociaux dans l'industrie, ceux-ci ne sont pas absents pour autant d'un secteur où les contraintes qui s'exercent sur le travail sont particulièrement marquées. Au niveau national, 596 cas de maladies psychiques liées au travail ont été reconnus en 2016 ⁽²⁾. Il s'agit de dépressions pour 77% du total (460 cas), tandis que les troubles anxieux et les états de stress post-traumatiques représentent chacun 11% du total (68 cas et 65 cas respectivement).

L'intensité du travail joue un rôle important dans l'accroissement des risques psychosociaux et l'industrie présente certaines spécificités. L'intensité du travail est notamment due aux contraintes qui s'imposent à son rythme, éprouvant dans l'industrie. L'enquête SUMER montre qu'en 2010, si 39% des salariés sont soumis à au moins trois contraintes de rythmes de travail (comme le déplacement automatique d'un produit ou d'une pièce, la cadence automatique d'une machine, l'existence de normes de production ou de délais brefs à respecter, des contrôles permanents réalisés par la hiérarchie ou un système informatique, etc.), ce taux atteint, dans les industries de process, 77% pour les ouvriers non qualifiés et 61% pour les ouvriers qualifiés. Il est de 60% pour les ouvriers non qualifiés et 69% pour les ouvriers qualifiés dans les industries du métal et de la mécanique ⁽³⁾.

PRINCIPALES CONTRAINTES AFFECTANT LE RYTHME DE TRAVAIL DANS L'INDUSTRIE EN 2010

Rythme de travail imposé par :		Salariés de l'industrie (en %)	Ensemble des salariés (en %)
Des contraintes techniques	<i>Déplacement automatique d'un produit ou d'une pièce</i>	14,2	4,1
	<i>Cadence automatique d'une machine</i>	16,7	4,5
	<i>Autres contraintes techniques</i>	26,3	14,7
Des normes de production ou des délais à respecter en une heure au plus		28,0	20,2
Un contrôle ou un suivi informatisé		34,3	29,4

Sources : Données issues de « Les risques professionnels en 2010 : de fortes différences d'exposition selon les secteurs », DARES analyses, février 2013, n°10, p. 4

(1) « Des risques professionnels contrastés selon les métiers », DARES Analyses, mai 2014, n° 34, p. 3.

(2) Assurance maladie - Risques professionnels, Rapport annuel 2016, p. 112.

(3) « Des risques professionnels contrastés selon les métiers », DARES Analyses, mai 2014, n° 34, p. 5.

Les contraintes horaires sont un autre facteur propice au développement des risques psychosociaux. Or elles sont importantes dans l'industrie. Ainsi, si 14,5% des salariés travaillaient de nuit en 2010, ce taux montait à 19,9% dans l'industrie. De même, 29,9% des salariés y pratiquaient le travail en équipe (2×8 ou 3×8 par exemple) tandis que ce taux n'était que de 15,8% pour l'ensemble des salariés ⁽¹⁾.

Enfin, il est important de rappeler que les plans de licenciement ou de départs volontaires – qui affectent particulièrement le secteur industriel – dans un contexte de concurrence exacerbée par le phénomène de mondialisation des échanges et de dumping social à l'échelle européenne et mondiale sont des facteurs d'inquiétude et de tension non négligeables. L'enquête SUMER révèle qu'en 2010, 38,8% des salariés de l'industrie considéraient que la sécurité de leur emploi était menacée, taux supérieur à celui de l'ensemble des salariés (27,9%) ⁽²⁾. L'enquête montre par ailleurs que 42% des salariés des établissements affectés par une baisse de leur activité l'année précédente (quel que soit leur secteur d'activité) et où des mesures ont été prises pour réduire les heures travaillées ou les effectifs, indiquent avoir des craintes pour leur emploi dans l'année qui vient alors que ce chiffre est de 19% pour les salariés travaillant dans les établissements « stables », qui n'ont pas été affectés par d'importantes fluctuations de l'activité. Ce stress affecte également davantage que la moyenne les salariés des établissements ayant fait l'objet d'une fusion, d'une restructuration ou d'un changement d'actionnaire majoritaire dans un passé récent, qui sont 29% à craindre pour leur emploi ⁽³⁾. Le stress généré par les restructurations peut être causé non seulement par la peur de perdre son emploi mais aussi par l'évolution des tâches, comme l'a rappelé M. Jean-François Hild, secrétaire (CFE-CGC) du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) des Grands Bureaux ArcelorMittal Atlantique et Lorraine, en évoquant le cas de personnes qui « *au sein de grandes entreprises en cours de restructuration, [...] sont mis[es] au placard du jour au lendemain dans des directions excentrées à Paris, à Dunkerque ou ailleurs* » et qui, après avoir été « *chargé[es] de diriger une équipe de cinquante personnes, avec d'importantes responsabilités [...] se retrouve[nt] à faire trois tableaux Excel* » ⁽⁴⁾.

2. Une évolution du risque qui n'est pas nécessairement favorable

Si l'on peut en critiquer la portée, il convient de souligner que des efforts ont été consentis et que l'action menée par les acteurs, en particulier au sein des CHSCT, ont produit des effets réels en faveur de la santé au travail. Les améliorations constatées doivent être valorisées afin de conforter les dynamiques

(1) « *Les risques professionnels en 2010 : de fortes différences d'exposition selon les secteurs* », DARES Analyses, février 2013, n° 10, p. 2.

(2) « *Les risques professionnels en 2010 : de fortes différences d'exposition selon les secteurs* », DARES Analyses, février 2013, n° 10, p. 7.

(3) « *Risques psychosociaux et situation économique des entreprises* », DARES Analyses, juin 2015, n° 44, p. 2 et p. 5.

(4) *Table ronde réunissant les organisations syndicales, 7 juin 2018, compte rendu n° 20.*

positives qui existent. Ces efforts doivent être poursuivis sans relâche, car les évolutions technologiques imposent sans cesse de nouveaux défis et les logiques de réduction des coûts de production peuvent induire des évolutions défavorables.

a. Le développement de nouveaux risques

Loin de disparaître, certains risques chimiques ont augmenté ces dernières années. Comme l'a souligné M. Gérard Lasfargues, directeur général délégué de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES), lors de son audition par la commission, les risques émergents sont de deux ordres : « *il s'agit soit d'agents nouveaux, comme les nanomatériaux ou les perturbateurs endocriniens, soit de ce que l'on appelle des old friends in new places, risques connus se manifestant dans de nouvelles expositions ou de nouveaux secteurs, ce qui est par exemple le cas de la silice cristalline* »⁽¹⁾. Ainsi, l'enquête SUMER 2010 a montré que l'exposition à la silice cristalline a augmenté de 6% entre 2003 et 2010. Il s'agit d'un agent cancérigène dont l'inhalation peut provoquer la silicose. Cette maladie, qui touchait autrefois les travailleurs des mines et des carrières ainsi que les travailleurs affectés au creusement de tunnels, est aujourd'hui susceptible de concerner les salariés qui travaillent dans la fabrication des matériaux de construction, la taille de pierres, les fonderies mais aussi l'industrie du verre, du cristal, de la porcelaine, de la céramique, la bijouterie ou encore la fabrication de prothèses dentaires. En 2010, on comptait 284 400 personnes exposées à cet agent. Les niveaux d'exposition à la silice sont relativement faibles si on les compare à d'autres produits chimiques cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction (CMR), mais cette augmentation est préoccupante car les efforts réalisés pour maîtriser ces expositions se sont concentrés sur le développement des protections individuelles en négligeant les protections collectives⁽²⁾.

L'enquête SUMER 2010 a également montré que l'exposition au cadmium, qui peut provoquer des cancers, a augmenté de 19% entre 2003 et 2010. Les personnes qui travaillent dans les industries de la métallurgie du zinc ou dans la fabrication d'accumulateurs font partie des catégories de travailleurs susceptibles d'être exposés au cadmium et, en 2010, 33 000 personnes étaient exposées à cet agent. L'augmentation du nombre de personnes exposées s'explique notamment par le développement de la fabrication de batteries pour les téléphones mobiles et les ordinateurs portables⁽³⁾.

Par ailleurs, de nouveaux risques émergent du fait du développement de processus industriels qui emploient plus fréquemment les rayonnements ionisants ou les nanomatériaux. Presque tous les secteurs industriels sont aujourd'hui concernés par les rayonnements ionisants, qui servent notamment à stériliser des

(1) Audition de représentants de l'ANSES, 4 avril 2018, compte rendu n° 7.

(2) « Les expositions aux cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques. Un zoom sur huit produits chimiques », DARES Analyses, octobre 2015, n° 74, p. 6-7.

(3) « Les expositions aux cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques. Un zoom sur huit produits chimiques », DARES Analyses, octobre 2015, n° 74, p. 4.

dispositifs médicaux, des produits pharmaceutiques ou cosmétiques, à conserver de produits alimentaires, à apprécier des défauts d'homogénéité dans le métal ou à contrôler des paramètres (comme le grammage de papier).

En ce qui concerne les nanomatériaux, la problématique est double. D'une part, certains procédés industriels fabriquent et utilisent des nanomatériaux : c'est le cas des nanotubes de carbone qui peuvent servir d'additifs pour les matériaux, les revêtements, les produits énergétiques et pour la catalyse. D'autre part, certains procédés industriels ne produisent pas de nanomatériaux mais en génèrent. C'est le cas de la fonderie et de l'affinage des métaux, de la galvanisation, du soudage, de l'usinage ou encore du ponçage.

Enfin, le phénomène de multi-exposition constitue une problématique encore insuffisamment prise en compte et mal connue. Selon M. Gérard Lasfargues, si « *autrefois, les expositions ne concernaient souvent que quelques agents chimiques très dangereux comme le benzène et l'amiante, aujourd'hui on est plutôt exposé à de faibles doses de multiples substances chimiques* »⁽¹⁾. Les expositions consécutives à des produits nocifs demeurent encore trop souvent d'actualité mais les évolutions de l'organisation du travail ont également modifié la forme du risque. Les risques de multi-exposition sont d'autant plus importants que les salariés sont plus polyvalents qu'auparavant et qu'ils ne conservent pas la même activité tout au long de leur vie⁽²⁾. Rares sont les personnes qui ont aujourd'hui une carrière linéaire du début à la fin de leur parcours professionnel. Cette situation favorise le phénomène de multi-exposition spontanée au cours d'une même journée, d'une même semaine de travail ou au cours d'une carrière professionnelle.

Plutôt que de parler de « *la multi-exposition* », il convient d'ailleurs d'évoquer des « *multi-expositions diverses* », comme l'a précisé Mme Émilie Counil, membre du Giscop 93. En effet, la multi-exposition recouvre non seulement l'exposition à plusieurs risques en même temps sur un poste de travail (par exemple un « cocktail » de substances chimiques, un ensemble de risques physiques et chimiques qui se renforcent les uns les autres ou la combinaison entre l'exposition à un environnement agressif et le travail de nuit, dont les effets sont insuffisamment connus alors qu'il est un contexte de travail particulièrement prévalent dans l'industrie – cf. p. 17) mais aussi une succession d'expositions à des risques différents au cours de la vie professionnelle⁽³⁾. La « *très forte prévalence des multi-expositions* » à divers produits cancérigènes comme l'amiante, la silice, les hydrocarbures aromatiques polycycliques, le benzène, les solvants chlorés, les fumées de soudage ou encore le formaldéhyde est d'ailleurs l'un des principaux enseignements de l'étude des parcours professionnels que le Giscop 93 a réalisée sur la base de l'aide qu'il a apportée aux salariés victimes de

(1) Audition de représentants de l'ANSES, 4 avril 2018, compte rendu n° 7.

(2) Audition d'associations de victimes de maladies professionnelles, 20 juin 2018, compte rendu n° 22.

(3) Table ronde de représentants de structure de recherche dans le domaine de la santé au travail, 24 mai 2018, compte rendu n° 15.

cancers faisant un demande de reconnaissance de maladie professionnelle, qui devaient reconstituer ces parcours ⁽¹⁾.

b. L'externalisation des risques qui accompagne souvent l'évolution du fonctionnement des entreprises

Le développement massif de la sous-traitance et de l'intérim pose de nouveaux problèmes en conduisant à transférer les risques vers des salariés extérieurs souvent moins bien avertis et protégés. M. Jean-Pierre Bonin, conseiller maître honoraire de la Cour des comptes, président de la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale chargée d'évaluer le coût réel pour la branche maladie de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles, a même affirmé devant la commission que la sous-traitance et l'intérim constituent « *une stratégie d'évitement* » qui permet de « *se décharge[r] sur d'autres du risque professionnel.* » ⁽²⁾.

En 2014, 61% des entreprises des secteurs marchands, hors agriculture et finance, ont eu recours à la sous-traitance, pour un montant de 314 milliards d'euros. Cette pratique concerne toutes les tailles d'entreprise et tous les secteurs d'activité. Dans l'industrie, les principaux secteurs donneurs d'ordres sont la construction aéronautique, ferroviaire et navale (5% du total) et la production-transport-distribution d'électricité (4%). La sous-traitance de spécialité y est très développée, car répondre à de gros contrats exige des compétences multiples, difficiles à maîtriser toutes et simultanément en interne. Dans la construction, la sous-traitance en cascade est une pratique fréquente, les « majors » du secteur faisant souvent appel à des sous-traitants pour le second œuvre ⁽³⁾. Le taux de sous-traitance, qui rapporte les montants sous-traités à la somme de la production et de la marge commerciale, est de 10% dans l'industrie (contre 23,3% dans les transports).

M. Gérard Le Corre, inspecteur du travail, représentant la CGT-TEFP, a indiqué que « *les grands groupes font de plus en plus appel à la sous-traitance pour les métiers exposés aux agents chimiques dangereux et aux CMR – activités de maintenance et de réparation, dans l'ensemble du secteur industriel* » ⁽⁴⁾. Trois branches sont particulièrement concernées : la maintenance des installations industrielles, le nettoyage de ces installations et la gestion des déchets ⁽⁵⁾. Ce développement du recours à la sous-traitance est l'un des facteurs qui explique pourquoi la baisse de l'exposition aux agents CMR constatée par l'enquête SUMER 2010 a été beaucoup plus forte dans les entreprises de plus de

(1) Table ronde de représentants de structure de recherche dans le domaine de la santé au travail, 24 mai 2018, compte rendu n° 15.

(2) Audition de M. Jean-Pierre Bonin, 28 mars 2018, compte rendu n° 6.

(3) INSEE, « La majorité des entreprises font appel à des sous-traitants », Insee Focus, n° 67, 18 novembre 2016, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2499249>

(4) Audition de syndicats représentatifs au sein du corps de l'inspection du travail, 31 mai 2018, compte rendu n° 16.

(5) Audition d'associations de victimes de maladies professionnelles, 20 juin 2018, compte rendu n° 22.

500 salariés que dans celles de moins de 10 salariés. D'ailleurs, le taux d'exposition aux produits CMR est plus important dans les établissements travaillant en sous-traitance pour un ou plusieurs clients donneurs d'ordres (16%) que dans les autres établissements (9%) ⁽¹⁾.

Ce problème concerne les employés de la sous-traitance comme les intérimaires. En effet, les études de reconstitution des parcours professionnels menées par le Giscop 93 ont montré que les intérimaires « *étaient doublement précarisés* » car leurs parcours professionnels étaient non seulement les parcours les plus précaires mais aussi les « *parcours les plus fortement multi-exposés* » ⁽²⁾. L'intérim concerne près de 10% des salariés de l'industrie. Selon la DARES, à la fin du 1^{er} trimestre 2018, on dénombre 818 000 intérimaires en France, ce qui représente 3,2% de l'ensemble des salariés ; dans l'industrie, ils sont 325 500, soit un taux de recours de 9,4% ⁽³⁾. En 1995, date des premières statistiques de l'intérim, les travailleurs intérimaires n'étaient que 292 000 au total ; en 2000 ils étaient déjà 603 000, dont 310 000 dans l'industrie ⁽⁴⁾.

Mme Marie Pascual, médecin du travail, représentante de SUD-Travail , a souligné le fait que les intérimaires « *occupent les postes les plus dangereux et les plus pénibles* » ce qui peut s'expliquer par le fait que « *les employeurs font souvent appel à eux quand les salariés refusent d'effectuer une mission qu'ils estiment dangereuse pour leur santé – manutention, risque chimique, etc.* » ou encore quand « *les salariés en contrat à durée indéterminée (CDI) n'ont plus la capacité physique de tenir leur poste* » à cause de l'augmentation des cadences, comme c'est le cas dans le secteur de l'automobile où « *on voit apparaître [...] un recours massif à l'intérim* » et où « *les médecins du travail constatent que des intérimaires développent des pathologies très avancées, notamment au niveau des poignets et des épaules, au bout de dix-huit mois de travail* » ⁽⁵⁾.

L'article L. 4154-1 du code du travail « *interdit de recourir à un salarié titulaire d'un contrat de travail à durée déterminée ou à un salarié temporaire pour l'exécution de travaux particulièrement dangereux figurant sur une liste établie par voie réglementaire* », sauf dérogation accordée par l'inspection du travail. Cela n'empêche pas de grands donneurs d'ordre d'externaliser les risques les plus forts. Sur le plancher de la cokerie de l'usine d'ArcelorMittal de Fos-sur-Mer, ce sont des salariés sous-traitants qui assurent des tâches parmi les plus dangereuses.

(1) Conseil d'orientation sur les conditions de travail, Conditions de travail. Bilan 2014, p. 281.

(2) Table ronde de représentants de structure de recherche dans le domaine de la santé au travail, 24 mai 2018, compte rendu n° 15.

(3) DARES, « L'emploi intérimaire ralentit au 1^{er} trimestre 2018 », Dares Indicateurs, 2018-024, 14 juin 2018, http://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2018-024_.pdf

(4) <http://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/statistiques-de-a-a-z/article/l-emploi-interimaire>

(5) Audition de syndicats représentatifs au sein du corps de l'inspection du travail, 31 mai 2018, compte rendu n° 16.

Le développement du recours à l'intérim pour les postes à risques doit aussi être mis en relation avec la réforme de la tarification des accidents du travail réalisée par la loi du 12 juillet 1990. Celle-ci conduit à ce que, pour les accidents entraînant un taux d'incapacité permanente partielle supérieur à 10%, l'entreprise utilisatrice supporte 30% du coût et l'entreprise de travail temporaire 70% ; dans les autres cas, l'ensemble des coûts sont supportés par l'entreprise de travail temporaire. La clef de répartition 30/70 du coût de prise en charge des accidents les plus graves, jugée déséquilibrée par les entreprises de la branche du travail temporaire, peut inciter à faire appel à des intérimaires pour les postes les plus à risques, comme l'ont indiqué à la commission les représentants de ces entreprises, qui ont aussi « *identifi[é] parfois des pratiques peu avouables de la part des entreprises utilisatrices, consistant à placer en intérim des salariés usés par le travail, afin de s'exonérer du coût du risque en faisant supporter les risques à l'entreprise de travail temporaire* » ⁽¹⁾.

Il n'est donc pas surprenant que, selon les enquêtes de la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, le travail intérimaire affiche, par rapport à toutes les autres formes d'emploi, les plus mauvais résultats en matière de conditions de travail. La troisième enquête européenne de la Fondation révèle que « *la tendance apparue en 1995 à ce que le travail temporaire et à durée déterminée soit lié à de mauvaises conditions de travail s'est accentuée en 2000. Au total, 51% des travailleurs temporaires déclaraient travailler dans des conditions pénibles (contre 47% pour l'ensemble des travailleurs) et 35% déclaraient être exposés au bruit (contre 29% pour l'ensemble des travailleurs).* » ⁽²⁾. Toutefois, au niveau national, il existe peu de statistiques concluantes sur le lien entre l'emploi non permanent et l'augmentation des risques pour la santé et la sécurité, même si certains pays font état d'une possible connexion entre ces deux phénomènes, tels que la Belgique, la Finlande, l'Irlande, les Pays-Bas, l'Espagne et la Suède. Comparés aux autres salariés, les travailleurs intérimaires :

- ont moins accès à la formation,
- ont plus d'accidents du travail,
- sont moins bien informés en matière de sécurité,
- sont plus concernés par le travail posté,
- et ont moins de temps pour exécuter les tâches qu'ils ont à accomplir.

Dans la sous-traitance, la situation est d'autant plus délicate que, comme l'a rappelé M. Gérard Lasfargues, une partie des employés des entreprises de sous-traitance sont des travailleurs détachés ou migrants – éventuellement sans

(1) Table ronde de représentants des sociétés de travail temporaire, 5 avril 2018, compte rendu n° 8.

(2) <https://www.eurofound.europa.eu/observatories/eurwork/comparative-information/emploi-non-permanent-qualite-du-travail-et-relations-industrielles>

papiers – pour qui « *les facteurs de précarité se cumulent* » car ils sont « *les moins informés, les moins qualifiés et en contrat précaire* »⁽¹⁾, ce qui rend leur suivi difficile et aléatoire. Par ailleurs, les accidents du travail dont sont victimes les travailleurs détachés sont quasi « invisibles », situation qu'un représentant des syndicats de l'inspection du travail a résumé à la commission de la manière suivante : « *nous ne faisons jamais d'enquête sur les accidents du travail ; en vingt-trois ans, je n'en ai fait aucune. Je ne sais pas sur quel brancard ils sortent du chantier, mais je n'en ai jamais vu.* »⁽²⁾.

Sous-traitance et intérim peuvent cumuler leurs effets néfastes et empêcher les travailleurs de savoir à quels risques ils sont exposés, comme l'illustre le cas des industries pétrolières situées autour de l'étang de Berre évoqué par M. Jean-Pierre Bonin lors de son audition par la commission : « *les principaux employeurs s'y étaient délestés sur des sous-traitants, qui eux-mêmes se délestaient sur des intérimaires, des travaux les plus dégoûtants et les plus dangereux – tels que le curage des cuves. Imaginez ce qu'on respire quand on cure une cuve à mazout : ce sont des inhalations fort désagréables et aux conséquences potentiellement très graves. Aucun employé de l'entreprise ne fait cela : on le confie à l'homme qui le confie à l'homme... Et l'homme en question vient d'on ne sait où, parfois dans une situation plus ou moins régulière. Il ne fait que passer sur le chantier. Il sera bien incapable, dans dix ou quinze ans, de dire qu'il a accompli ce genre de tâche – si toutefois, il est encore en France à ce moment-là.* »⁽³⁾

En effet, l'étude réalisée entre 2003 et 2009 par l'APCME (Association pour la prise en charge des maladies éliminables) – qui consistait à réaliser une cartographie des postes de travail en cause dans les cas de cancers reconnus dans le bassin d'emploi du golfe de Fos et de l'ouest de l'étang de Berre – a montré qu'il y avait entre sept et dix fois plus de cancers causés par le milieu de travail parmi les sous-traitants affectés à la maintenance des sites industriels que parmi le personnel organique et que près de 40% des cas de cancers recensés étaient directement ou essentiellement imputables à la maintenance « transversale », par des sous-traitants, des fours industriels, probablement suite à l'exposition à de multiples cancérigènes (matériaux réfractaires, produits de combustion, chrome et nickel utilisés pour la soudure et fibres minérales ou céramiques) dans un environnement confiné⁽⁴⁾.

(1) Audition de représentants de l'ANSES, 4 avril 2018, compte rendu n° 7.

(2) Audition de syndicats représentatifs au sein du corps de l'inspection du travail, 31 mai 2018, compte rendu n° 16.

(3) Audition de M. Jean-Pierre Bonin, 28 mars 2018, compte rendu n° 6.

(4) Rapport de la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale, présidée par M. Jean-Pierre Bonin, conseiller-maître honoraire de la Cour des Comptes, juin 2014.

B. UN SYSTÈME DE RÉPARATION DONT LE FONCTIONNEMENT CONDUIT À SOUS-ÉVALUER LE NOMBRE DE MALADIES PROFESSIONNELLES

Le système d'indemnisation des maladies professionnelles mis en place à partir de la fin du XIX^e siècle a non seulement une vocation réparatrice mais aussi « *des vertus préventives* », comme le rappelait le professeur Alain Bergeret lors de son audition, en indiquant que ce processus doit inciter les employeurs à mettre en place des actions de prévention et favoriser l'identification des risques, « *ce qui sert aussi bien au corps médical qu'aux travailleurs et aux employeurs* »⁽¹⁾. Toutefois, le nombre de maladies professionnelles est aujourd'hui sous-évalué, notamment du fait des dysfonctionnements du système d'indemnisation actuel.

1. Un régime qui repose sur un compromis social mis en place à partir de la fin du XIX^e siècle

a. Le compromis forgé par les lois du 9 avril 1898 et du 25 octobre 1919

La loi du 9 avril 1898 constitue le premier élément à partir duquel a été construit le régime assurantiel que nous connaissons aujourd'hui. Elle représente un tournant majeur, bien qu'elle ne concerne que les accidents du travail dans les entreprises industrielles. En effet, jusqu'à l'arrêt Teffaine rendu par la Cour de cassation le 16 juin 1896, la réparation des accidents du travail était soumise au droit commun de la responsabilité : le principe de l'article 1382 du code civil qui disposait que « *tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer* » était appliqué aux accidents du travail et, pour avoir droit à réparation, la victime devait prouver la faute de son employeur et établir le lien de causalité entre cette faute et le dommage subi.

Avec l'arrêt Teffaine, la Cour de cassation a dégagé un principe général de responsabilité du fait des choses qui permettait d'engager la responsabilité de l'employeur sans que la victime ait à établir sa faute⁽²⁾. Cependant, la faute restait encore le fondement de la responsabilité. Avec la loi du 9 avril 1898, c'est le risque qui devient le fondement de la responsabilité. Cette loi est étendue par la suite à d'autres secteurs d'activité, comme l'agriculture⁽³⁾ et la loi du 18 juillet 1907 ouvre la possibilité, pour tous les employeurs, quelle que soit la profession exercée, d'adhérer volontairement à la législation des accidents du travail⁽⁴⁾. Enfin, c'est à partir de 1919 que le dispositif est étendu aux maladies professionnelles (lois du 25 octobre 1919 et du 1^{er} janvier 1931).

(1) Table ronde de représentants de structure de recherche dans le domaine de la santé au travail, 24 mai 2018, compte rendu n° 15.

(2) Cass. civ., 16 juin 1896, Teffaine.

(3) Loi du 30 juin 1899 concernant les accidents causés dans les exploitations agricoles et loi du 15 décembre 1922 étendant aux exploitations agricoles la législation sur les accidents du travail.

(4) Loi du 18 juillet 1907 ayant pour objet la faculté d'adhésion à la législation sur les accidents du travail.

Dans ce système, l'employeur supporte les conséquences dommageables du risque qu'il a créé par les machines et installations et dont il tire profit, même s'il n'a pas commis de faute. La réparation est automatique et, en contrepartie de son caractère automatique, forfaitaire. Ce principe est aujourd'hui repris par l'article L. 434-1 du code de la sécurité sociale qui prévoit qu'« *une indemnité en capital est attribuée à la victime d'un accident du travail atteinte d'une incapacité permanente inférieure à un pourcentage déterminé* » dont le « *montant est fonction du taux d'incapacité de la victime et déterminé par un barème forfaitaire fixé par décret* ». Les articles L. 452-1 et L. 453-1 reprennent des principes complémentaires posés eux aussi dès 1898 en disposant que la victime a droit à une indemnisation complémentaire en cas de faute inexcusable de l'employeur, que son indemnisation est minorée en cas de faute inexcusable du salarié, et que l'accident résultant de la faute intentionnelle de la victime ne peut donner lieu à aucune prestation ou indemnité.

Le système mis en place repose sur un compromis social. Le travailleur n'a pas à apporter la preuve du lien entre la pathologie et le travail pour bénéficier d'une indemnisation. Toutefois, cette indemnisation est forfaitaire et il renonce à engager la responsabilité de l'employeur, principe qui figure aujourd'hui à l'article L. 451-1 du code de la sécurité sociale. Dès son origine, la législation est clairement posée comme la matérialisation d'un compromis social, a rappelé Mme Anne Marchand, historienne : en effet, les premiers débats sur l'extension aux maladies professionnelles de la loi sur les accidents du travail qui ont lieu en 1919 « *font très nettement apparaître que l'on n'est pas assuré que le plomb soit la cause de la maladie et que l'exposition au plomb n'est pas nécessairement produite dans le cadre du travail, mais aussi dans le cadre domestique* » mais que « *le législateur [...] a [...] élargi la loi sur la base d'un compromis, celui de la présomption d'origine, assortie d'une réparation forfaitaire* » pour les maladies liées au plomb, comme les rhumatismes saturnins ⁽¹⁾.

Il convient toutefois de remarquer que les modalités de fonctionnement du système assurantiel ont fortement évolué depuis 1898. En effet, la loi du 9 avril 1898 laissait l'employeur libre de s'assurer ou non auprès d'une compagnie de son choix mais instituait également un fonds de garantie pour protéger la victime contre l'insolvabilité de l'employeur ou la défaillance de l'assureur. Tirant les conséquences de la mise en place du système de sécurité sociale, la loi du 30 octobre 1946 ⁽²⁾ a prévu que les caisses de sécurité sociale se substituent aux employeurs et à leurs assureurs pour l'attribution des indemnités et que les employeurs soient assujettis à une contribution qui finance le dispositif.

Les cas de réparation intégrale du préjudice

(1) *Table ronde de représentants de structure de recherche dans le domaine de la santé au travail, 24 mai 2018, compte rendu n° 15.*

(2) *Loi n° 46-2426 du 30 octobre 1946 sur la prévention et la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles.*

Le code de la sécurité sociale prévoit qu'en cas de faute inexcusable ou intentionnelle de l'employeur, le salarié pourra être indemnisé des préjudices couverts par le livre IV de ce code, en intégralité. La jurisprudence a précisé les conditions de cette indemnisation en indiquant que la rente pourra être majorée et que pourront être pris en charge :

- les dépenses de santé,
- les frais exposés pour les déplacements nécessités par les soins,
- le besoin d'assistance par une tierce personne après consolidation,
- les pertes de salaire subies pendant la période d'incapacité,
- les préjudices professionnels temporaires,
- les pertes de gains professionnels futurs,
- les souffrances physiques et morales,
- les préjudices esthétiques et d'agrément,
- la perte de la diminution des possibilités de promotion professionnelle.

Enfin, suite à la décision du Conseil constitutionnel du 18 juin 2010, sont désormais également indemnisés les préjudices liés au déficit fonctionnel temporaire, le préjudice sexuel, les préjudices d'agrément (qui est un trouble spécifique non couvert par le livre IV de la sécurité sociale) ou encore l'aménagement du logement et les frais d'un véhicule adapté.

Le système permet donc au travailleur de ne pas avoir à apporter la preuve du lien entre la maladie et le travail pour être indemnisé, à partir du moment où la maladie entre dans les critères définis par des tableaux, la loi de 1919 prévoyant que « *sont considérées comme maladies professionnelles les affections aiguës, ou chroniques, mentionnées aux tableaux, annexés à la présente loi, lorsqu'elles atteignent des ouvriers habituellement occupés aux travaux industriels correspondants* ». L'article L. 461-1 du code de la sécurité sociale reprend ce principe en prévoyant qu'« *est présumée d'origine professionnelle toute maladie désignée dans un tableau de maladies professionnelles et contractée dans les conditions mentionnées à ce tableau* ». Ces tableaux constituent l'annexe III du code de la sécurité sociale.

Au nombre de 99, les tableaux couvrent trois types d'affections : des manifestations morbides d'intoxications aiguës ou chroniques présentées par les travailleurs exposés d'une façon habituelle à l'action d'agents nocifs (par exemple le plomb), des infections microbiennes (par exemple la brucellose) et des affections dues à une ambiance ou des attitudes particulières nécessités par l'exécution de certains travaux (affections dues au rayonnement thermique, au bruit, au travail à haute température, etc.). Chaque tableau comporte trois colonnes qui précisent :

- la désignation de la maladie ;

– le délai de prise en charge (délai maximal entre la fin de l'exposition au risque et la première constatation médicale de la maladie) et éventuellement la durée minimale pendant laquelle le salarié doit avoir été exposé au risque ;

– la description des travaux accomplis par le salarié susceptibles de provoquer la maladie.

b. La mise en place d'un système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles en 1993

Aujourd'hui, la très grande majorité des maladies reconnues comme professionnelles le sont à travers le système des tableaux ⁽¹⁾. Toutefois, certaines sont reconnues dans le cadre d'un système complémentaire qui a été mis en place par la loi du 27 janvier 1993 ⁽²⁾ et qui permet la prise en charge de maladies non inscrites dans un tableau ou inscrites sans que les conditions énumérées soient toutes remplies. En 2014, 18 214 demandes ont été examinées dans ce cadre ⁽³⁾.

L'origine professionnelle de la maladie est reconnue par la caisse primaire, après avis motivé d'un comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP). L'article D. 461-27 du code de la sécurité sociale précise que ce comité est composé du médecin-conseil régional, du médecin inspecteur régional du travail et d'« *un professeur des universités-praticien hospitalier ou un praticien hospitalier, particulièrement qualifié en matière de pathologie professionnelle nommé pour quatre ans et inscrit sur une liste établie par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé* ».

Le système complémentaire est désormais défini par l'article L. 461-1 du code de la sécurité sociale. Le troisième alinéa de cet article permet l'indemnisation des maladies désignées dans un tableau pour lesquelles une ou plusieurs conditions tenant au délai de prise en charge, à la durée d'exposition ou à la liste limitative des travaux ne sont pas remplies, mais dont le lien direct avec le travail habituel de la victime a été établi par un comité régional d'experts. Sur les 18 214 demandes examinées par les CRRMP en 2014, 16 251 avis ont été rendus en application de cette procédure.

Les demandes de reconnaissance au titre du tableau des affections périarticulaires représentent la plus grande partie (plus de 76% en 2014) des avis rendus par les CRRMP dans ce cadre. Les autres demandes de reconnaissance concernent essentiellement des maladies professionnelles relevant des tableaux 30 et 30 *bis* (affections professionnelles consécutives à l'inhalation de poussières d'amiante, cancer broncho-pulmonaire provoqué par l'inhalation de poussières d'amiante), 42 (atteintes auditives provoquées par les bruits lésionnels) et 79 (lésions chroniques du ménisque) ⁽⁴⁾.

(1) Conseil d'orientation sur les conditions de travail, Conditions de travail. Bilan 2015, p. 168.

(2) Loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 portant diverses mesures d'ordre social.

(3) Conseil d'orientation sur les conditions de travail, Conditions de travail. Bilan 2015, p. 169.

(4) Conseil d'orientation sur les conditions de travail, Conditions de travail. Bilan 2015, p. 169.

Un second dispositif de reconnaissance complémentaire est défini par le quatrième alinéa de l'article L. 461-1, qui prévoit qu'une maladie qui n'est pas inscrite dans un tableau peut être reconnue comme professionnelle « *lorsqu'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime et qu'elle entraîne le décès de celle-ci ou une incapacité permanente d'un taux évalué dans les conditions mentionnées à l'article L. 434-2 et au moins égal à un pourcentage déterminé* », qui est fixé par la réglementation à 25%. Le nombre de demandes examinées dans ce cadre est bien moindre que dans le cadre du premier dispositif. En effet, sur les 18 214 demandes examinées par les CRRMP en 2014, seuls 1 963 avis l'ont été sur ce fondement. Ce dispositif permet notamment la reconnaissance des maladies professionnelles causées par les risques psychosociaux ⁽¹⁾. Plus généralement, le nombre important de demandes de maladies professionnelles n'entrant pas dans les tableaux conduit à s'interroger sur leurs évolutions nécessaires. Plusieurs intervenants ont décrit à la commission d'enquête un système à l'arrêt.

2. Une sous-évaluation des maladies professionnelle aux causes multiples

L'évaluation du nombre et du type de maladies professionnelles est un sujet particulièrement complexe, comme l'a rappelé le professeur Jean-Dominique Dewitte à la commission. En effet, si « *tout le monde s'appuie sur les maladies professionnelles indemnifiables, tableau régulièrement publié par la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM)* », en réalité, « *chacun sait que ce prisme est trop réducteur* » et « *les dernières statistiques remontent à 2015* ». De plus, les informations issues des CRRMP ne sont pas aisément exploitables du fait des disparités régionales entre les taux de reconnaissance.

Dans ce contexte, « *les statistiques continuent [...] de donner des maladies professionnelles une vision bien éloignée de la réalité* » ⁽²⁾. Ce constat a été illustré dès 1996 par une étude de l'observatoire des asthmes professionnels de Société française de médecine du travail, qui a montré que seuls 250 cas d'asthme professionnel par an étaient reconnus, alors que les statistiques internationales indiquent que 15% des asthmes sont peu ou prou d'origine professionnelle ⁽³⁾. Aujourd'hui, comme l'a indiqué le professeur Alain Carré, « *certaines maladies professionnelles sont ignorées en ce qui concerne la visibilité des effets des risques* » ⁽⁴⁾. Par exemple, « *il est admis, parmi les spécialistes, qu'entre 5% et 15% des 300 000 nouveaux cancers constatés en France chaque année sont dus à une exposition professionnelle, soit entre 15 000 et 45 000 cas* » alors qu'« *il n'y a que 2 000 cas reconnus comme tels* ». De même, les atteintes psychiques dues aux accidents du travail sont extrêmement sous-évaluées ⁽⁵⁾. Enfin, en ce qui concerne

(1) Conseil d'orientation sur les conditions de travail, Conditions de travail. Bilan 2015, p. 169.

(2) Audition d'institutions représentatives de la médecine du travail, 15 mars 2018, compte rendu n° 2.

(3) Audition d'institutions représentatives de la médecine du travail, 15 mars 2018, compte rendu n° 2.

(4) Audition d'institutions représentatives de la médecine du travail, 15 mars 2018, compte rendu n° 2.

(5) Audition d'institutions représentatives de la médecine du travail, 15 mars 2018, compte rendu n° 2.

les TMS, les tableaux 57, 69, 97 et 98 du régime général ⁽¹⁾ ne révèlent que 10% des atteintes des maladies de l'appareil locomoteur liées au travail ⁽²⁾.

S'il est difficile de déterminer précisément le degré de sous-évaluation des maladies professionnelles, ce phénomène est reconnu par les pouvoirs publics, comme en témoigne la création par la loi du 27 décembre 1996 ⁽³⁾ d'une commission chargée d'évaluer le coût des accidents du travail et des maladies professionnelles sous-déclarés, qui entraîne un versement annuel de la branche AT-MP à la branche maladie du régime général (voir p. 108). En effet, cette sous-évaluation s'explique en grande partie par la sous-déclaration des maladies professionnelles, dont les causes sont multiples.

a. Les facteurs économiques : entre pressions et craintes

Certaines entreprises mettent en place des politiques de dissimulation qui sont liées, d'une part, au fait qu'un taux de sinistralité élevé ou croissant peut nuire à l'image de l'entreprise, lui faire perdre un label ou dégrader ses indicateurs de performance et, d'autre part, au fait que la réforme de la tarification mise en place en 2010 rend plus visible l'impact financier de la déclaration d'un sinistre.

Dans ces conditions, du fait des pressions exercées par l'employeur, une partie des maladies professionnelles n'est pas déclarée par les salariés ou les médecins que ceux-ci consultent. Les organisations syndicales ont indiqué à la commission présidée par M. Jean-Pierre Bonin que certains grands groupes interviennent auprès des médecins de ville – souvent par courrier type – pour qu'ils n'accordent pas d'arrêt de travail ou en limitent la durée, sans quoi le salarié se verrait proposer un poste aménagé. Dans les entreprises de petite taille, des pressions peuvent être exercées sur les salariés pour qu'ils ne procèdent pas aux déclarations ⁽⁴⁾.

Les médecins du travail peuvent également être victimes de pressions de la part des employeurs, comme l'a rappelé M. Alain Carré. Cela passe par des reproches constants, des mails d'intimidation, la demande de modifier des décisions ⁽⁵⁾ ou encore par des plaintes. Celles-ci sont particulièrement fréquentes pour les risques psychosociaux. Ainsi, sur les 400 médecins passant chaque année devant les comités disciplinaires du Conseil de l'ordre, 200 sont des médecins du travail ⁽⁶⁾. La situation est d'autant plus problématique que, selon Mme Mélissa Ménétrier, le « *traitement des dossiers diffère largement en fonction des*

(1) Tableaux relatifs aux affections péri-articulaires, aux affections provoquées par les vibrations et chocs transmis par certaines machines-outils, outils et objets, aux affections chroniques du rachis lombaire provoquées par des vibrations de basses et moyennes fréquences transmises par le corps entier et aux affections chroniques du rachis lombaire provoquées par la manutention manuelle de charges lourdes.

(2) Audition d'institutions représentatives de la médecine du travail, 15 mars 2018, compte rendu n° 2.

(3) Loi n° 96-1160 du 27 décembre 1996 de financement de la sécurité sociale pour 1997.

(4) Rapport de la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale, présidée par M. Jean-Pierre Bonin, conseiller-maître honoraire de la Cour des Comptes, juin 2014, p. 49-50.

(5) Audition d'institutions représentatives de la médecine du travail, 15 mars 2018, compte rendu n° 2.

(6) Audition d'institutions représentatives de la médecine du travail, 15 mars 2018, compte rendu n° 2.

départements où ils sont instruits [...] aucune enquête n'est menée au fond quant à la véracité des éléments portés au dossier » et « l'employeur a tout intérêt à porter plainte, une saisine abusive n'étant punie que d'une amende de 2 000 euros »⁽¹⁾. En outre, comme l'a rappelé M. Alain Carré, ces statistiques ne constituent que « la partie émergée de l'iceberg, car beaucoup préfèrent éviter ce passage en usant de la possibilité de se rétracter préalablement devant le Conseil de l'ordre – en pleine illégalité, puisqu'ils n'ont pas revu leur patient entre-temps »⁽²⁾.

Par ailleurs, « les pressions sur le déclaratif sont courantes » de la part des donneurs d'ordres, ont déclaré à la commission les représentants des entreprises de travail temporaire. Ces entreprises sont d'autant plus vulnérables que, si elles sont franchisées, elles craignent de perdre la clientèle de l'entreprise utilisatrice. Les témoignages apportés à la commission montrent que les pressions à la non-déclaration des accidents du travail ne sont pas des cas isolés mais qu'elles se produisent « chaque semaine », parfois pour des raisons économiques dérisoires, comme dans le cas « d'une entreprise de logistique située dans le bassin parisien, qui avait donné lieu à trois jours de discussion pour savoir s'il convenait ou non de déclarer » alors que « la question de fond était liée au fait que la déclaration de l'accident allait conduire à la perte des 75 euros de prime sécurité », parfois dans des cas beaucoup plus graves, comme celui d'« une grosse société, intervenant dans le secteur du bâtiment » où un intérimaire, dont le contrat de mission ne prévoyait pas cette tâche, « s'est trouvé en situation de devoir manipuler une disquette thermique qui s'est enrayée et lui a coupé une partie du bras », ce qui a conduit l'entreprise utilisatrice à « tent[er] de faire pression sur l'agence pour faire modifier le contrat de mission et transformer les caractéristiques de poste afin d'y inclure le fait que le salarié devait être habilité à manipuler ce type d'outil »⁽³⁾.

À ces pressions des entreprises s'ajoutent les réticences des salariés, par peur de perdre leur emploi. Cette problématique touche particulièrement les intérimaires qui « ont peur de ne plus pouvoir travailler »⁽⁴⁾ mais aussi les salariés permanents qui peuvent craindre de perdre des primes si les indicateurs de performance de l'entreprise se dégradent⁽⁵⁾ ou craindre un licenciement pour inaptitude, étant donné que « plus de 90% des décisions d'inaptitude conduisent au licenciement »⁽⁶⁾ selon les indications données à la commission. Selon M. François Desruaux, rédacteur en chef du magazine *Santé et travail*, entre un et deux millions de salariés pourraient perdre leur emploi pour inaptitude dans les

(1) Audition de Mme Mélissa Ménétrier, secrétaire générale adjointe du SNPST et de Mme Nadine Rauch, présidente GIT France, 12 avril 2018, compte rendu n° 11.

(2) Audition d'institutions représentatives de la médecine du travail, 15 mars 2018, compte rendu n° 2.

(3) Table ronde de représentants des sociétés de travail temporaire, 5 avril 2018, compte rendu n° 8.

(4) Table ronde de représentants des sociétés de travail temporaire, 5 avril 2018, compte rendu n° 8.

(5) Rapport de la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale, présidée par M. Jean-Pierre Bonin, conseiller-maître honoraire de la Cour des Comptes, juin 2014, p. 49.

(6) Audition de syndicats représentatifs au sein du corps de l'inspection du travail, 31 mai 2018, compte rendu n° 16.

cinq années qui viennent. Cette alerte s'appuie sur un rapport remis par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) en décembre 2017, qui indique que « *lors des enquêtes emploi, 2,3 millions de salariés sont considérés comme en situation de handicap "au sens large", c'est-à-dire en incluant ceux dont le handicap n'est pas reconnu administrativement mais qui déclarent un problème de santé durable et des difficultés importantes dans les tâches quotidiennes. En leur sein 0,9 million bénéficient d'une reconnaissance administrative du handicap. Il y a eu d'autre part en 2012 environ 850 000 avis d'aptitude avec réserve et 160 000 avis d'inaptitude prononcés par les médecins du travail pour des salariés du privé. Sur ces bases, à un moment donné, ce sont vraisemblablement entre un et deux millions de salariés qui sont menacés à court moyen-terme par un risque de désinsertion professionnelle (soit 5 à 10% des salariés). Cette population, mal cernée, est probablement appelée à croître avec le vieillissement de la population active.* »⁽¹⁾

Or, dans certains cas, la réparation est trop faible pour compenser le préjudice lié à la perte d'emploi. C'est le cas de l'asthme, qui, comme le rappelle le rapport rendu par la commission présidée par M. Bonin en 2014, « *emporte généralement un taux d'incapacité permanente moyen de l'ordre de 20%, mais aussi [...] une rente qui ne représente qu'une fraction peu élevée de son salaire (10%) et un licenciement quasi-certain* », ou encore les troubles musculo-squelettiques pour lesquels on constate que « *certaines salariés renoncent à [la] déclaration (notamment s'ils travaillent dans une PME), s'ils anticipent [...] un taux d'IPP [incapacité permanente partielle] inférieur à 10%, surtout si l'employeur n'est pas en capacité d'aménager le poste de travail pour respecter l'objectif de maintien dans l'emploi* »⁽²⁾. Enfin, les salariés peuvent craindre la fermeture de l'entreprise qui les emploie, comme l'illustre le cas des employés et syndicalistes travaillant dans les mines d'or qu'Henri Pézerat alertait sur la dangerosité de leur travail et la nécessité de fermer la mine et qui, comme le rapporte son fils, M. Pierre Pézerat, « *lui intimaient de se taire* » par peur de perdre leur travail⁽³⁾.

Enfin, une autre barrière économique peut inciter les salariés à ne pas déclarer une maladie professionnelle : les patients ne peuvent pas aussi aisément utiliser la carte Vitale pour régler les soins liés cette maladie, car leurs modalités de prise en charge sont différentes du droit commun. Cela les empêche de bénéficier du tiers payant et conduit à envoyer des feuilles de soins, dont le traitement administratif est « *beaucoup plus long et, parfois, aléatoire* »⁽⁴⁾.

(1) *Inspection générale des affaires sociales (Pierre Aballea, Marie-Ange du mesnil du buisson et Anne Burstin)*, La prévention de la désinsertion professionnelle des salariés malades ou handicapés, n° 2017-025R, décembre 2017.

(2) Rapport de la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale, présidée par M. Jean-Pierre Bonin, conseiller-maître honoraire de la Cour des Comptes, juin 2014, p. 54-55.

(3) *Audition d'associations de victimes de maladies professionnelles*, 20 juin 2018, compte rendu n° 22.

(4) Rapport de la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale, présidée par M. Jean-Pierre Bonin, conseiller-maître honoraire de la Cour des Comptes, juin 2014, p. 60.

b. L'insuffisante connaissance des risques et des droits par les salariés

i. Des risques souvent mal appréhendés

Les salariés peuvent avoir des difficultés à faire le lien entre leur maladie et une exposition professionnelle à un risque, notamment du fait du décalage temporel qui peut exister entre l'exposition et l'apparition de la maladie. En effet, comme l'a rappelé M. Jean-Pierre Bonin, si « *le lien entre souffrance et profession est évident* » dans « *le cas des problèmes liés au rachis chez les gens qui manient des marteaux piqueurs* », il n'en va pas de même « *pour les cancers à déclenchement lent et ayant des causes ubiquitaires* »⁽¹⁾.

Les difficultés sont aussi liées à un manque d'information du salarié. Par exemple, les personnes à qui le Giscop 93 vient en soutien « *ne font pas le lien entre leur travail et leur maladie* », non seulement à cause de l'effet différé des risques cancérogènes mais aussi parce que « *ces salariés ont le plus souvent ignoré qu'ils étaient exposés à des substances cancérogènes* ». Les membres du Giscop 93 auditionnés par la commission ont précisé qu'« *il leur est très difficile [...] d'imaginer qu'on puisse être exposé légalement à des substances cancérogènes, susceptibles de provoquer une maladie, le plus souvent mortelle* »⁽²⁾. Les syndicats de l'inspection du travail formulent le même constat : M. Gérard Le Corre a déclaré que « *lorsque nous interrogeons les salariés de l'industrie sur leur lieu de travail, nous nous apercevons qu'ils n'ont pas conscience d'être exposés aux poussières de bois, au formaldéhyde, à l'amiante, aux gaz d'échappement, aux brouillards d'huile ou à un certain nombre de rayonnements.* »⁽³⁾. Cette méconnaissance est due, selon lui, au fait que « *les salariés ne sont pas informés – ou très peu – par leur employeur que leur poste les expose à des risques professionnels* » et que « *la documentation est très peu compréhensible par les salariés.* »⁽⁴⁾

De plus, les obligations légales en matière d'information du salarié ne sont pas forcément respectées. Ainsi, le Giscop 93 a constaté que seul « *un très faible nombre d'employeurs* » a fourni à ses salariés des attestations d'exposition (aujourd'hui supprimées) et que l'obligation faite par la loi aux employeurs depuis 1919 de déclarer toutes leurs activités dangereuses en lien avec les tableaux n'était pas non plus respectée⁽⁵⁾. Ce constat est partagé par les syndicats de l'inspection du travail : Mme Marie Pascual a indiqué que « *la traçabilité des expositions est loin d'être assurée actuellement. L'identification des postes à risque, dans les*

(1) Audition de M. Jean-Pierre Bonin, 28 mars 2018, compte rendu n° 6.

(2) Audition en forme de table ronde de représentants de structure de recherche dans le domaine de la santé au travail, 24 mai 2018, compte rendu n° 15.

(3) Audition de syndicats représentatifs au sein du corps de l'inspection du travail, 31 mai 2018, compte rendu n° 16.

(4) Audition de syndicats représentatifs au sein du corps de l'inspection du travail, 31 mai 2018, compte rendu n° 16.

(5) Table ronde de représentants de structure de recherche dans le domaine de la santé au travail, 24 mai 2018, compte rendu n° 15.

entreprises, n'est que partiellement effectuée et l'exposition des salariés aux produits chimiques et autres risques fait rarement l'objet de procédures rigoureuses. Beaucoup sont négligées, ignorées, non prises en compte ou banalisées. C'est l'une des raisons pour lesquelles les fiches d'exposition ont été abandonnées : elles posaient des problèmes très importants pour les employeurs, qui ont résisté à leur mise en place par crainte, très certainement, de la visibilité des risques. »⁽¹⁾.

Le problème concerne particulièrement les intérimaires qui « *n'ont pas accès à la connaissance des risques auxquels ils sont exposés* » et pour lesquels « *aucune traçabilité n'est réalisée* »⁽²⁾ selon les syndicats représentatifs de l'inspection du travail. Ce constat est partagé par les entreprises d'intérim dont les représentants ont décrit à la commission les problèmes que cette situation leur pose pour reconstituer les parcours des intérimaires qui se retournent vers eux car ils ont été leur dernier employeur : « *les salariés intérimaires travaillent de façon discontinuë, changent fréquemment d'entreprise et de poste. Or il n'existe aucune traçabilité de leur parcours. [...] faute de traçabilité, nous éprouvons les plus grandes difficultés à reconstituer le parcours professionnel du salarié. Commence alors un véritable parcours du combattant, avec des entreprises qui ne se sentent pas réellement concernées, voire n'ont pas envie de communiquer des informations puisque la personne n'est plus leur salarié. L'accompagnement du salarié dans la reconstitution de son parcours nous conduit parfois à nous lancer dans des procédures assez fastidieuses et coûteuses pour nos agences.* »⁽³⁾

ii. Des droits trop souvent méconnus

C'est aussi par manque de connaissance de leurs droits à réparation que les salariés ne déclarent pas les maladies d'origine professionnelle dont ils sont victimes, comme le rappelle le rapport rendu en 2014 par la commission présidée par M. Bonin⁽⁴⁾.

De plus, même si les personnes savent qu'elles peuvent demander une indemnisation, elles peuvent hésiter entre faire reconnaître l'invalidité dans le cadre du système « normal » de l'assurance maladie ou faire reconnaître une maladie professionnelle pour obtenir une rente viagère car « *une partie des informations nécessaires manque pour effectuer cet arbitrage au moment où les personnes devraient faire leur déclaration* », a rappelé M. Jean-Pierre Bonin lors de son audition⁽⁵⁾. De plus, le régime d'invalidité de la sécurité sociale est souvent plus avantageux que la rente versée au titre d'une maladie professionnelle, a

(1) Audition de syndicats représentatifs au sein du corps de l'inspection du travail, 31 mai 2018, compte rendu n° 16.

(2) Audition de syndicats représentatifs au sein du corps de l'inspection du travail, 31 mai 2018, compte rendu n° 16.

(3) Table ronde de représentants des sociétés de travail temporaire, 5 avril 2018, compte rendu n° 8.

(4) Rapport de la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale, présidée par M. Jean-Pierre Bonin, conseiller-maître honoraire de la Cour des Comptes, juin 2014, p. 52.

(5) Audition de M. Jean-Pierre Bonin, 28 mars 2018, compte rendu n° 6.

souligné Mme Mélissa Ménétrier : par exemple, pour les affections périartérielles du tableau 57, pour « *une personne âgée de 50 ans dont l'épaule est détruite, le montant de la rente correspondant à la maladie professionnelle n'excédera pas 15% de la moyenne du salaire calculée sur les douze derniers mois, alors qu'une rente pour invalidité pourrait atteindre 30%.* »⁽¹⁾

Enfin, il a été dit à la commission que la prise en charge des maladies professionnelles par le système de sécurité sociale au titre des affections de longue durée et le fait que les démarches de reconnaissance reposent sur les victimes peuvent aussi conduire celles-ci à renoncer à faire reconnaître leur maladie professionnelle : elles auraient « *le sentiment d'être considérés par certains acteurs comme mu[e]s par l'appât du gain* » et ne verraient pas que la réparation a vocation à inciter à la prévention⁽²⁾.

c. L'absence d'intérêt à engager une procédure complexe qui risque de ne pas aboutir

i. Des tableaux de maladies professionnelles incomplets

Nombreuses sont les personnes qui ne peuvent faire reconnaître l'origine professionnelle de leur maladie dans le cadre des tableaux, ce qui les oblige à entamer une démarche de reconnaissance devant les CRRMP, plus complexe.

Cette situation est notamment due au fait que les tableaux de maladies professionnelles sont anciens – celui qui concerne le plomb a plus de 100 ans – et incomplets, soit qu'ils n'incluent pas toutes les pathologies liées à des risques déjà identifiés (comme les TMS), soit qu'ils n'existent pas pour certaines pathologies comme les pathologies psychiques⁽³⁾.

Or la mise à jour des tableaux, qui faciliterait largement la reconnaissance des maladies professionnelles, est difficile pour deux raisons.

Tout d'abord, comme l'a souligné le professeur William Dab, alors que la plupart des maladies professionnelles modernes sont multifactorielles⁽⁴⁾, il y a en France « *un problème culturel autour de la notion de multifactorialité des maladies chroniques* » qui est « *d'abord un problème de compréhension médicale et scientifique : le modèle pasteurien – un facteur, une maladie – est encore très prégnant dans notre pays et empêche le développement d'un raisonnement, en*

(1) Audition de Mme Mélissa Ménétrier, secrétaire générale adjointe du SNPST, et de Mme Nadine Rauch, présidente GIT France, 12 avril 2018, compte rendu n° 11.

(2) Table ronde de représentants de structure de recherche dans le domaine de la santé au travail, 24 mai 2018, compte rendu n° 15.

(3) Table ronde réunissant les organisations syndicales, 7 juin 2018, compte rendu n° 20.

(4) Table ronde de représentants de structure de recherche dans le domaine de la santé au travail, 24 mai 2018, compte rendu n° 15.

matière d'évaluation des risques, qui tienne compte du progrès des connaissances »⁽¹⁾.

M. Jean-Pierre Bonin a pour sa part souligné que l'évolution des tableaux est très lente car le processus mobilise un grand nombre d'acteurs (spécialistes des maladies concernées, organisations syndicales, organisations patronales, administration) qui ont des intérêts divergents : « *D'un côté, les employeurs, qui paient les cotisations, ont intérêt à ce que leurs charges n'augmentent pas trop, donc à ce que les critères de reconnaissance soient le plus stricts possible. De l'autre, les organisations syndicales ont plutôt tendance à aller dans l'autre sens. Il se déroule donc une négociation socio-technico-politique extrêmement obscure, qui souvent n'aboutit pas.* »⁽²⁾ Cet état de fait a été confirmé par l'audition des organisations syndicales de l'inspection du travail, qui ont souligné que « *les tableaux sont très difficiles et la création de certains nouveaux tableaux rencontre des blocages majeurs* ». Par exemple, un tableau sur le cancer du rein est prêt depuis plus d'un an mais n'a toujours pas été publié, la création d'un tableau sur la maladie de Parkinson pour les assurés du régime général exposés aux pesticides n'aboutit pas alors qu'il en existe un pour le régime agricole et « *l'étude des pathologies en lien avec les expositions professionnelles sur lesquelles les connaissances scientifiques sont solidement établies, comme par exemple les broncho-pneumopathies chroniques obstructives [...] est constamment repoussée* »⁽³⁾.

Dans ces conditions, a rappelé Mme Mélissa Ménétrier, « *les tableaux de maladies professionnelles ne sont d'ailleurs pas toujours fondés sur des données scientifiques sûres* ». Ainsi, le tableau 57, qui concerne les affections périarticulaires, se réfère à des angles de posture de travail impossibles à estimer⁽⁴⁾. De ce fait, il n'est pas surprenant qu'une révision des tableaux puisse faire chuter brutalement le nombre de maladies professionnelles reconnues : la révision du tableau 57 a entraîné une chute de 37 % des reconnaissances de maladie de l'épaule entre 2010 et 2013⁽⁵⁾.

De plus, certaines obligations suscitent le débat : « *l'obligation de recourir à l'imagerie par résonance magnétique (IRM) n'a pas de sens, alors que les médecins savent très facilement établir un diagnostic de tendinite de l'épaule sur la base d'une simple échographie. Cet examen n'est pas invasif et n'emporte que*

(1) Table ronde de représentants de structure de recherche dans le domaine de la santé au travail, 24 mai 2018, compte rendu n° 15.

(2) Audition de M. Jean-Pierre Bonin, 28 mars 2018, compte rendu n° 6.

(3) Audition de syndicats représentatifs au sein du corps de l'inspection du travail, 31 mai 2018, compte rendu n° 16.

(4) Audition de Mme Mélissa Ménétrier, secrétaire générale adjointe du SNPST, et de Mme Nadine Rauch, présidente GIT France, 12 avril 2018, compte rendu n° 11.

(5) Audition d'institutions représentatives de la médecine du travail, 15 mars 2018, compte rendu n° 2.

très peu d'effets indésirables par rapport à une IRM, qui est difficile d'accès et beaucoup plus coûteuse. »⁽¹⁾

ii. Les méandres décourageants d'une procédure longue et complexe

Les procédures sont complexes, donc longues, ce qui fait dire au Giscop 93 que, « *dans le cadre actuel du dispositif de reconnaissance des maladies professionnelles, il est quasiment impossible pour les victimes d'aller au terme du processus, qui bien souvent passe par le contentieux* »⁽²⁾.

Tout d'abord, les victimes doivent fournir les preuves du lien entre leur maladie et leur travail, ce qui fait des démarches de reconnaissance de maladie professionnelle un véritable « *parcours du combattant* », expression qui est revenue spontanément dans les propos de très nombreux interlocuteurs de la commission. En effet, les preuves peuvent manquer – surtout lorsque les personnes n'ont pas été informées des risques au cours de leur carrière⁽³⁾ – et même dans le cas où des preuves ont existé, elles peuvent avoir disparu. La majorité des personnes que le Giscop 93 a assistées dans leur démarches sont des retraités qui « *ont pu se défaire de leurs justificatifs sur les conseils mêmes des caisses de retraite, qui estiment qu'une fois la retraite calculée, il n'est plus nécessaire de garder les fiches de paie et les certificats de travail* »⁽⁴⁾.

De plus, les victimes s'engagent dans un processus qui peut les fragiliser ou les décourager. Ce problème se pose par exemple pour les personnes atteintes de cancers professionnels qui n'entrent pas dans le cadre des tableaux et actionnent la procédure de l'alinéa 3 de l'article L. 461-1 du code de la sécurité sociale. Le travail du Giscop 93 a montré que « *la maladie, les traitements, les doutes et la lassitude, l'incompréhension des modalités médico-administratives parfois complexes sont autant de facteurs qui [les] conduisent [...] à se désengager et à attendre passivement l'issue du processus* »⁽⁵⁾. De même, les personnes qui cherchent à faire reconnaître une pathologie psychique au titre de l'alinéa 4 de l'article L. 461-1 du code de la sécurité sociale se voient confrontées par la caisse primaire d'assurance maladie à « *des procédures peu claires, et parfois éprouvantes* » alors qu'elles sont fragilisés par la maladie⁽⁶⁾.

(1) Audition de Mme Mélissa Ménétrier, secrétaire générale adjointe du SNPST, et de Mme Nadine Rauch, présidente de GIT France, 12 avril 2018, compte rendu n° 11.

(2) Table ronde de représentants de structure de recherche dans le domaine de la santé au travail, 24 mai 2018, compte rendu n° 15.

(3) Audition de syndicats représentatifs au sein du corps de l'inspection du travail, 31 mai 2018, compte rendu n° 16.

(4) Table ronde de représentants de structure de recherche dans le domaine de la santé au travail, 24 mai 2018, compte rendu n° 15.

(5) Sylvie Platel, « *Cancers liés au travail : une reconnaissance en maladie professionnelle à deux vitesses* », Connaissance de l'emploi, n° 139, Centre d'études de l'emploi et du travail, février 2018, p. 4.

(6) Jean-Yves Blum Le Coat et Marie Pascual, « *La difficile reconnaissance du caractère professionnel des atteintes à la santé mentale* », Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé, n° 19-1, 2017, p. 11.

Le caractère éprouvant de ces procédures est notamment dû à leur complexité et à « *la longueur des délais d’instruction : trois mois minimum et le plus souvent six mois au niveau de la CPAM [caisse primaire d’assurance maladie], puis plusieurs mois au niveau du CRRMP, dont la décision n’est soumise à aucun délai en pratique* »⁽¹⁾. Les éventuels recours contre une décision négative viennent encore complexifier et allonger la procédure, a rappelé M. Gérard Le Corre : en effet, « *s’agissant de la procédure de reconnaissance hors tableau, un certain nombre de salariés doivent passer devant trois autorités, à savoir le CRRMP, le TASS [tribunal des affaires de sécurité sociale] et la cour d’appel, pour obtenir une reconnaissance de leur maladie* »⁽²⁾, ce qui fait qu’« *engager une procédure hors tableau est un combat de plusieurs années.* »⁽³⁾

Par ailleurs, la possibilité d’obtenir la reconnaissance d’une maladie professionnelle peut paraître d’autant plus aléatoire qu’il existe d’importantes disparités régionales dans les décisions des CRRMP⁽⁴⁾. En outre, l’exigence d’un taux d’incapacité permanente d’au moins 25 % pour obtenir une reconnaissance par le CRRMP constitue une véritable « barrière » pour les personnes dont les pathologies ont été causées par des risques psychosociaux, une poly-exposition à des risques chimiques⁽⁵⁾ ou encore certains TMS comme la névralgie cervico-brachiale⁽⁶⁾.

Enfin, comme le rappelle M. Jean-Pierre Bonin, « *la sous-déclaration peut résulter de la volonté du malade lui-même, notamment si son espérance de vie est limitée, auquel cas le versement d’une rente n’est pas un enjeu pour lui* »⁽⁷⁾.

d. Un manque de temps et de formation du médecin traitant

Le phénomène de sous-déclaration peut être lié au fait que l’objectif des médecins traitants – qui doivent remplir le certificat médical « accident du travail / maladie professionnelle » à joindre au formulaire « déclaration de maladie professionnelle / demande de reconnaissance de maladie professionnelle » – est d’abord de faire disparaître les symptômes de leurs patients dans le cadre d’une démarche thérapeutique⁽⁸⁾ et qu’ils « *n’ont pas le temps et n’ont pas forcément la formation nécessaire* » pour analyser l’éventualité que leur maladie ait une origine

(1) Jean- Yves Blum Le Coat et Marie Pascual, « *La difficile reconnaissance du caractère professionnel des atteintes à la santé mentale* », Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé, n° 19-1, 2017, p. 13.

(2) Audition de syndicats représentatifs au sein du corps de l’inspection du travail, 31 mai 2018, compte rendu n° 16.

(3) Audition de syndicats représentatifs au sein du corps de l’inspection du travail, 31 mai 2018, compte rendu n° 16.

(4) Audition d’institutions représentatives de la médecine du travail, 15 mars 2018, compte rendu n° 2.

(5) Audition de syndicats représentatifs au sein du corps de l’inspection du travail, 31 mai 2018, compte rendu n° 16.

(6) Audition de syndicats représentatifs au sein du corps de l’inspection du travail, 31 mai 2018, compte rendu n° 16.

(7) Audition de M. Jean-Pierre Bonin, 28 mars 2018, compte rendu n° 6.

(8) Audition de M. Marc Andéol, coordinateur de l’Association médicale pour la prise en charge des maladies éliminables, 6 juin 2018, compte-rendu n° 18.

professionnelle ⁽¹⁾. Les médecins généralistes n'ont pas le réflexe de rechercher les causes professionnelles des pathologies qu'ils observent.

Selon le professeur Alain Bergeret, le manque de formation est notamment dû au fait que « *la santé au travail [...] est une matière totalement absente du premier cycle des études médicales et assez peu abordée dans le second cycle : elle représente huit à douze heures d'enseignement sur l'ensemble du cursus* » pendant lesquelles « *un nombre d'heures non négligeable doit être consacré à l'approche réglementaire des maladies professionnelles et des accidents du travail* », ce qui réduit l'étude des risques professionnels « *à la portion congrue* ». Cette situation n'est pas forcément compensée en troisième cycle de médecine générale car il n'y a pas de modules de formation spécifiques dans toutes les universités ⁽²⁾.

Des interrogations sur la pertinence de la formation ont été soulevées, notamment par le professeur Jean-Dominique Dewitte, qui a indiqué à la commission : « *Quand j'ai commencé ma carrière, on avait, en fin de cursus, 25 à 30 heures d'enseignement, qui portaient essentiellement sur les maladies professionnelles. Cela revenait à suggérer aux médecins généralistes, une fois qu'ils connaissaient les maladies, l'idée que certaines de ces maladies pouvaient être en rapport avec l'activité professionnelle. Or maintenant, on nous demande de dispenser cet enseignement en début de deuxième cycle, c'est-à-dire en troisième année. Alors que les étudiants ne savent pas encore ce que c'est que les maladies, on leur parle des maladies professionnelles !* » ⁽³⁾

Cette lacune est d'autant plus problématique que les médecins traitants peuvent se trouver confrontés à des documents techniques qui ne constituent pas une « *information [...] immédiatement compréhensible et utilisable* », comme l'a rappelé M. Marc Andéol qui indique que, dans le golfe de Fos, « *on remet au médecin une liste appelée "fiche d'exposition" sur laquelle 30 noms d'agents nocifs sont couchés – décabromodiphényl, chlorure de vinyle monomère, hydrocarbure aromatique polycyclique (HAP), etc. [...], agents toxiques que le médecin ne rencontre jamais dans sa pratique médicale* » ⁽⁴⁾.

De plus, l'absence de tableaux pour l'ensemble des maladies professionnelles rend plus difficile par les médecins généralistes l'appréhension des maladies hors tableau, notamment de celles provoquées par des risques psychosociaux. Le professeur Michel Debout a illustré ce phénomène en évoquant la situation de psychiatres qui recevaient des patients se plaignant de troubles dépressifs et précisant qu'ils ne se sentaient pas bien au travail mais qui, « *dans la*

(1) Audition de M. Jean-Pierre Bonin, 28 mars 2018, compte rendu n° 6.

(2) Table ronde de représentants de structure de recherche dans le domaine de la santé au travail, 24 mai 2018, compte rendu n° 15.

(3) Audition d'institutions représentatives de la médecine du travail, 15 mars 2018, compte rendu n° 2.

(4) Audition de M. Marc Andéol, coordinateur de l'Association médicale pour la prise en charge des maladies éliminables, 6 juin 2018, compte-rendu n° 18.

mesure où les pathologies liées au travail n'étaient pas reconnues, [...] n'en tenaient pas compte et ne parlaient pas avec leurs patients de leur travail »⁽¹⁾.

Or ces lacunes ne sont pas comblées par la sollicitation du médecin du travail, avec lequel le médecin traitant a en général du mal à se mettre en relation, surtout quand il est rattaché à un service interentreprises car, comme l'a rappelé M. Jean-Pierre Bonin, « *la connexion ne peut se faire que par l'intermédiaire de l'employeur et peut se perdre dans le dédale du service interentreprises* »⁽²⁾. En sens inverse, comme le soulignait Mme Mélissa Ménétrier, les médecins du travail en sont réduits à faire passer des courriers par le biais des salariés pour communiquer avec les médecins traitants⁽³⁾.

C. UN AFFAIBLISSEMENT DES ACTEURS ET DES DISPOSITIFS DE SANTÉ AU TRAVAIL QUI AGGRAVE LES CARENCES DE LA POLITIQUE DE PRÉVENTION

1. Un respect de l'obligation de prévention qui n'est pas garanti par le dispositif actuel

a. L'obligation de prévention

• La notion d'obligation de prévention remonte à la fin du XIX^e siècle. La loi du 12 juin 1893 concernant l'hygiène et la sécurité des travailleurs dans les établissements industriels, ancêtre de toute la législation relative à la sécurité dans l'entreprise, pose ainsi un devoir général de prévention à la charge de l'employeur en disposant que « *les établissements industriels doivent être tenus dans un état constant de propreté et présenter les conditions d'hygiène et de salubrité nécessaires à la santé du personnel* » et qu'« *ils doivent être aménagés de manière à garantir la sécurité des travailleurs* ».

La notion d'obligation de prévention a vu son contenu évoluer avec la directive-cadre du 12 juin 1989⁽⁴⁾, transposée par la loi du 31 décembre 1991⁽⁵⁾. Auparavant, pour être en règle, il suffisait de veiller au respect des normes réglementaires d'hygiène et de sécurité au travail et d'assurer le financement de l'indemnisation des risques professionnels. La directive-cadre fait passer d'une obligation de prévenir les risques – c'est-à-dire une simple obligation de moyens – à une obligation d'assurer la sécurité et la santé des travailleurs dans tous les aspects liés au travail – c'est-à-dire une obligation de résultat. Elle introduit une

(1) *Audition d'institutions représentatives de la médecine du travail, 15 mars 2018, compte rendu n° 2.*

(2) *Audition de M. Jean-Pierre Bonin, 28 mars 2018, compte rendu n° 6.*

(3) *Audition de Mme Mélissa Ménétrier, secrétaire générale adjointe du SNPST, et de Mme Nadine Rauch, présidente GIT France, 12 avril 2018, compte rendu n° 11.*

(4) *Directive 89/391/CEE du Conseil du 12 juin 1989 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail.*

(5) *Loi n° 91-1414 du 31 décembre 1991 modifiant le code du travail et le code de la santé publique en vue de favoriser la prévention des risques professionnels et portant transposition de directives européennes relatives à la santé et à la sécurité du travail.*

obligation générale de prévention, son article 5 prévoyant que « *L'employeur est obligé d'assurer la sécurité et la santé des travailleurs dans tous les aspects liés au travail* ». Cette obligation s'impose également à l'employeur lorsqu'il fait appel « *à des compétences (personnes ou services) extérieurs à l'entreprise et/ou à l'établissement, [ce qui] ne le décharge pas de ses responsabilités dans ce domaine.* »

• Ces obligations sont aujourd'hui codifiées à l'article L. 4121-1 du code du travail, qui prévoit que « *l'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs* » – mesures qui comprennent notamment des actions de prévention des risques professionnels, d'information et de formation ainsi que la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés – et qu'il « *veille à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes* ».

L'article L. 4121-2 du code du travail définit des « *principes généraux de prévention* » sur le fondement desquels l'obligation définie par l'article L. 4121-1 doit être mise en œuvre. Ces principes s'articulent selon deux axes : l'évaluation des risques et la mise en œuvre d'actions de prévention.

L'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs doit, en application de l'article L. 4121-3, concerner notamment :

- le choix des procédés de fabrication ;
- le choix des équipements de travail ;
- le choix des substances ou préparations chimiques ;
- l'aménagement ou le réaménagement des lieux de travail ou des installations ;
- la définition des postes de travail.

De plus, elle doit tenir compte de l'impact différencié de l'exposition au risque en fonction du sexe.

L'article L. 4121-3 prévoit qu'à la suite de cette évaluation, l'employeur met en œuvre les actions de prévention et les méthodes de travail et de production « *garantissant un meilleur niveau de protection de la santé et de la sécurité des travailleurs* ».

L'article L. 4121-2 prévoit également que la prévention passe notamment par le remplacement « *de ce qui est dangereux par ce qui n'est pas dangereux ou par ce qui est moins dangereux* », ce qui se traduit, par exemple, par la mise en place de démarches de substitution des agents chimiques dangereux dans les industries qui les emploient.

La prévention passe aussi par des actions permettant d'« adapter le travail à l'homme » – notamment pour ce qui concerne la conception des postes de travail, le choix des équipements de travail, des méthodes de travail, des processus industriels et des modes de production. Il peut s'agir d'actions visant à adapter les postes de travail pour réduire les risques d'apparition de troubles musculo-squelettiques dans les industries où la robotisation des tâches humaines fait pratiquer par les salariés des tâches monotones et répétitives qui sollicitent toujours les mêmes régions musculo-squelettiques et où les contraintes de productivité ont conduit à une intensification des cadences et des flux.

La prévention passe par des mesures de protection collective qui doivent avoir « *la priorité sur les mesures de protection individuelle* ». Enfin, la prévention doit être faire l'objet d'une planification qui intègre « *la technique, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l'influence des facteurs ambiants* », ce qui permet de prendre en compte les risques psycho-sociaux, qui se développent dans l'ensemble des secteurs – et pas seulement dans le secteur des services.

- Si le manquement à l'obligation de sécurité de l'employeur n'est pas, en soi, sanctionné pénalement, le non-respect d'une règle particulière peut donner lieu à une sanction si le texte concernant cette règle le prévoit expressément. Par exemple, l'article L. 4741-1 punit d'une amende de 10 000 euros par travailleur concerné le fait pour l'employeur ou son délégué de méconnaître par sa faute personnelle les règles relatives à la prévention de certains risques comme les risques chimiques et biologiques et les risques d'exposition au bruit, aux vibrations mécaniques et aux rayonnements définies par le livre IV de la quatrième partie du code du travail ainsi que les décrets en Conseil d'État pris pour leur application.

Par ailleurs, certains articles du code pénal peuvent trouver à s'appliquer, comme l'article 221-6 en cas d'accident du travail ayant entraîné la mort ou des blessures ou l'article 223-1 qui prévoit que « *le fait d'exposer directement autrui à un risque immédiat de mort ou de blessures de nature à entraîner une mutilation ou une infirmité permanente par la violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de prudence ou de sécurité imposée par la loi ou le règlement est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende* ».

b. Les règles applicables à la sous-traitance et à l'intérim

Aujourd'hui, dans l'industrie, un salarié sur cinq n'est plus un salarié « organique » de l'entreprise, mais un salarié extérieur employé soit par une société d'intérim, soit par une société sous-traitante. Si, conformément au droit commun, l'obligation de sécurité repose sur l'employeur – en l'espèce la société d'intérim ou sous-traitante –, la réalisation de l'activité sur le site de l'entreprise utilisatrice ou donneur d'ordres expose les salariés – extérieurs ou organiques – à deux types de risques : le risque « habituel » au titre du poste de travail et le risque

généralisé par la co-activité. La portée juridique de l'obligation de prévention doit en tenir compte, ce qui conduit à en répartir les termes entre les deux entreprises.

Comme il a été dit plus haut, l'article 5 de la directive-cadre du 12 juin 1989 prévoit d'ailleurs que « *Si un employeur fait appel, en application de l'article 7 paragraphe 3, à des compétences (personnes ou services) extérieurs à l'entreprise et/ou à l'établissement, ceci ne le décharge pas de ses responsabilités dans ce domaine.* »

À cette fin, l'article L. 4511-1 du code du travail prévoit que « *Les règles de prévention des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, liés aux travaux réalisés dans un établissement par une entreprise extérieure, sont déterminées par décret en Conseil d'État* ». Les dispositions réglementaires du code du travail prévoient une obligation de coordination ⁽¹⁾, une inspection commune préalable des lieux de travail ⁽²⁾, l'établissement d'un plan de prévention lorsque les travaux à réaliser sont dangereux ou nécessitent plus de 400 heures de travail ⁽³⁾, plan qui doit être mis à jour par des réunions périodiques ⁽⁴⁾.

L'article R. 4512-15 du code du travail prévoit que le chef de l'entreprise utilisatrice doit indiquer aux travailleurs les dangers, les mesures de prévention prises et expliquer l'emploi des dispositifs collectifs et individuels de protection.

Une entreprise agissant en qualité de donneur d'ordres et sollicitant un sous-traitant doit effectuer plusieurs vérifications concernant le respect du droit social lorsque le contrat de sous-traitance porte sur un montant minimum de 5 000 euros hors taxes. Cette obligation de vigilance est prévue par les articles L. 243-15 et D. 243-15 du code de la sécurité sociale ainsi que par les articles L. 8222-1 à L. 8222-5 du code du travail.

Enfin, en application de l'article L. 8232-1 du code du travail, le chef d'entreprise ayant recours à l'intérim « *respecte, à l'égard des salariés de l'entrepreneur employés dans son établissement ou les dépendances de celui-ci et sous les mêmes sanctions que pour ses propres salariés, les prescriptions prévues [...] à la quatrième partie, relatives à la santé et à la sécurité au travail.* » Pour autant, « *chaque chef d'entreprise est responsable de l'application des mesures de prévention nécessaires à la protection des travailleurs qu'il emploie* » (article R. 4511-6).

Aujourd'hui, les entreprises sous-traitantes emploient de plus en plus de travailleurs détachés (cf. point I A 2 b), pour lesquels la réglementation applicable est en partie différente.

(1) Articles R. 4511-5 à R. 4511-12 du code du travail.

(2) Articles R. 4512-2 à R. 4512-5 du code du travail.

(3) Articles R. 4512-6 à R. 4512-12 du code du travail.

(4) Articles R. 4513-1 à R. 4513-7 du code du travail.

Les règles applicables aux travailleurs détachés en matière de santé et de sécurité au travail

En application de la directive du 16 décembre 1996 ⁽¹⁾, le statut de travailleur détaché permet à un employé travaillant dans un État membre de l'Union européenne d'être détaché pour aller travailler dans un autre État membre. La législation européenne énonce une série de règles obligatoires concernant les conditions de travail et d'emploi applicables à ces travailleurs, indiquant vouloir ainsi protéger les droits et conditions de travail au sein de l'Union européenne et prévenir le « dumping social », qui consiste, pour un prestataire de services étranger, à offrir des tarifs inférieurs à ceux des prestataires locaux en appliquant des normes de travail moins rigoureuses.

Ces règles prévoient que les travailleurs détachés dans un autre État membre bénéficient légalement d'un noyau dur de droits en vigueur dans l'État membre d'accueil, même s'ils restent les employés de l'entreprise qui les détache et relèvent donc de la législation de l'État membre d'origine. Ces droits concernent :

- les taux de salaire minimal : salaires et conditions de travail du travailleur détaché dépendent du pays d'accueil, tandis que les cotisations sociales sont celles du pays d'origine ;
- les périodes maximales de travail et les périodes minimales de repos ;
- la période minimale de congé annuel payé ;
- les conditions de mise à disposition de travailleurs par l'intermédiaire d'entreprises de travail intérimaire ;
- la santé, la sécurité et l'hygiène au travail ;
- l'égalité de traitement entre hommes et femmes.

• Règles applicables en matière de santé au travail

En termes de santé et sécurité au travail, un employeur établi hors de France est soumis au respect des dispositions du code du travail français en matière de santé au travail.

Toutefois, lorsqu'il est établi dans un État membre de l'espace économique européen ou en Suisse, l'employeur peut s'exonérer de cette obligation s'il peut prouver que ses salariés sont soumis à une surveillance médicale dans son pays d'établissement, équivalente à celle prévue en France. À défaut d'une surveillance médicale antérieure reconnue comme équivalente (cas des salariés des pays tiers, ou de salariés européens sans suivi effectif), le salarié détaché devra bénéficier des examens médicaux spécifiques prévus par la réglementation française. Le premier examen médical d'aptitude a lieu en France avant la prise de poste.

(1) Directive 96/71/CE du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1996 concernant le détachement de travailleurs effectué dans le cadre d'une prestation de services.

Quel que soit le niveau de surveillance médicale dans le pays d'origine, ce sont les règles françaises en matière de périodicité des examens qui s'appliquent pendant la durée du détachement en France. Dès lors, dans l'hypothèse où le travailleur détaché justifie d'une surveillance médicale équivalente, le premier examen médical pratiqué en France a lieu dans le délai fixé par le code du travail (24 mois maximum) qui le sépare du dernier examen pratiqué dans son pays d'origine. À défaut de surveillance médicale équivalente, la périodicité des examens médicaux est calculée à partir du premier examen ayant eu lieu en France, avant la prise de poste, et selon les règles du code du travail. Le fait de méconnaître les dispositions relatives à la médecine du travail est puni d'une amende de 5^{ème} classe (jusqu'à 1 500 euros).

• **Règles applicables en matière de sécurité au travail**

Une entreprise établie hors du territoire français qui détache du personnel en France doit respecter les règles relatives à la santé et sécurité du travailleur.

Les principes généraux de prévention fixent une obligation de sécurité qui doit conduire à une évaluation des risques professionnels, à des actions de prévention, d'information et de formation des salariés ainsi qu'à la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés.

Dans ce cadre, le prestataire étranger intervenant sur le territoire français doit veiller à la sécurité des lieux de travail des salariés, en tenant compte des risques professionnels auxquels ces derniers peuvent être exposés pendant leur période d'activité en France (protection contre les conditions atmosphériques, port du casque, protection en cas de travail en hauteur, etc.).

Les salariés détachés disposent, en cas de danger grave et imminent, d'un droit d'alerte et de retrait.

Pour les règles de sécurité, prévalent en particulier les règles de sécurité applicables aux travaux réalisés dans un établissement par une entreprise extérieure : inspection préalable des lieux de travail par le chef de l'entreprise utilisatrice et le chef de l'entreprise extérieure, analyse conjointe des risques, plan de prévention des risques, plan de retrait d'amiante. Pour les règles d'utilisation des équipements de travail, il s'agit principalement des règles européennes de mise en circulation des équipements, des règles de vérifications des équipements de travail, qui doivent être effectuées par des personnes compétentes au sens des réglementations ou pratiques françaises.

Pour les règles de formation des salariés, il s'agit des exigences :

- de qualification requise pour certaines activités, justifiée par la possession d'un certificat, par exemple pour réaliser des travaux hyperbare ou de radiologie industrielle ;
- de formation adéquate devant être dispensée à certaines catégories de travailleurs (par exemple maintenance, réparation) et aux utilisateurs d'équipements de travail (par exemple conduite d'engins).

c. Les carences dans la mise en œuvre de l'obligation de prévention

Aujourd'hui, l'obligation de prévention n'est pas respectée de la même manière dans l'ensemble des établissements industriels.

Dans certains cas, l'évolution du système de production fait l'objet d'une concertation approfondie avec les personnels et les experts, en amont, de manière à réduire au maximum les risques. Il a été rapporté à la commission le cas d'une réorganisation menée par un important industriel de l'eau dont le personnel avait un âge assez élevé et présentait un taux d'inaptitude de près de 20% et qui, ayant besoin de créer de nouvelles lignes de production selon de nouveaux processus d'embouteillage, a travaillé avec le CHSCT un an à l'avance ainsi qu'avec les experts et les représentants des salariés pour éviter les accidents du travail et l'augmentation des taux d'absentéisme – qui auraient pu générer des incidents de production ⁽¹⁾.

Le rapporteur ne méconnaît pas non plus les initiatives plus larges qui ont vu le jour pour mieux satisfaire à l'obligation de prévention. Dans le domaine des risques associés à la sous-traitance – dont M. Philippe Chognard indiquait que « *Le dispositif réglementaire est efficient, même si certains exemples montrent le contraire* » ⁽²⁾ –, la commission s'est vue présenter les résultats de la démarche de certification MASE-UIC, associée à un référentiel visant à une amélioration des performances des entreprises en sécurité, santé et environnement. Mme Marie-Hélène Leroy, responsable santé et sécurité au travail de l'Union des industries chimiques, ayant tout d'abord indiqué que « *Plus de 4 500 entreprises sont certifiées MASE-UIC, soit 79% des entreprises intervenantes* » sur les sites des entreprises adhérentes de l'UIC ⁽³⁾, M. Philippe Prudhon, membre du comité permanent santé et sécurité en entreprises du Medef, a précisé que « *Les pétroliers avaient mis en place le référentiel MASE et l'industrie chimique un autre référentiel. En vue d'une simplification, les entreprises ont décidé de disposer du même référentiel, le MASE-UIC. Ce référentiel couvre désormais près de 5 000 entreprises, de tous les secteurs, de toutes les tailles – plus de 50% d'entre elles ont moins de 10 salariés* » et a souligné l'intérêt de la démarche, puisque « *Une entreprise qui a été habilitée quatre fois trois ans par une société d'audit, dans le cadre du référentiel MASE-UIC, a un taux de fréquence des accidents avec arrêt deux fois moindre que celui d'une entreprise qui commence la démarche. La tendance est identique pour les accidents sans arrêt et pour le taux de gravité.* » ⁽⁴⁾ Ce dispositif a cependant été critiqué par la Fédération nationale des industries chimiques CGT, dans la contribution qu'elle a souhaité faire parvenir au rapporteur, comme étant une manière pour les grands groupes « *d'inventer leurs lois pour remplacer la loi* » et de « *transférer des méthodes de management très orientées* », sans garantir pour autant le respect des codes du travail et de la sécurité sociale.

La loi doit assurer la meilleure protection. Or, trop souvent, la prévention semble loin d'être une priorité, ce qui est d'autant plus problématique que le système actuel ne permet pas, lorsqu'un risque est avéré, une mise en place rapide

(1) Table ronde réunissant des organismes d'expertise pour CHSCT, 19 avril 2018, compte rendu n° 13.

(2) Table ronde des organisations patronales représentatives, 31 mai 2018, compte rendu n° 17.

(3) Audition de représentants de l'Union des industries chimiques (UIC), 23 mai 2018, compte rendu n° 14.

(4) Table ronde des organisations patronales représentatives, 31 mai 2018, compte rendu n° 17.

et automatique d'actions concrètes qui permettraient d'éviter que d'autres travailleurs soient exposés au même risque à l'avenir, comme l'illustrent une série de cas portés à la connaissance de la commission.

Tout d'abord, même si les risques sont correctement évalués, le respect des règles de sécurité peut être mis de côté s'il entre en contradiction avec les objectifs de rentabilité, comme l'a souligné M. Dominique Lanoë, qui a évoqué le cas d'une entreprise dont 2 000 salariés sont potentiellement exposés à l'amiante lors de travaux de maintenance, qui a fait des diagnostics satisfaisants mais dont les modes opératoires de protection sont peu réalistes, ce qui fait qu'ils ne sont pas mis en œuvre : « *Une intervention peut durer quinze minutes, alors que se mettre en protection amiante prend trente minutes avant et après l'intervention. L'entreprise a mis en place tout le nécessaire. Cependant, pour des impératifs de rentabilité, qu'il y ait de l'amiante ou non, il faut examiner cinq appareils par jour, d'où des arrangements entre opérateurs et contremaîtres, qui sont plus ou moins conciliants.* »⁽¹⁾

Les témoignages apportés à la commission montrent que, trop souvent, des dispositions contraignantes du code du travail ne sont pas réellement appliquées. Il peut s'agir d'obligations imposant la mise en place de dispositifs particuliers – comme l'obligation de capter à la source les émanations chimiques⁽²⁾ – ou d'obligations d'information. Les représentants de syndicats de l'inspection du travail ont indiqué que l'article L. 461-4 du code de la sécurité sociale qui impose aux employeurs de déclarer les procédés de travail susceptibles de provoquer les maladies professionnelles à la caisse primaire d'assurance maladie et à l'inspecteur du travail « *n'est pas appliqué par les employeurs* » et ne risque d'ailleurs pas de l'être car « *la puissance publique n'exige pas le respect de cette obligation* » et « *la sanction est une modeste contravention de 3^e classe* » qui n'est pas dissuasive⁽³⁾. De même, il est à déplorer que, comme l'a indiqué le professeur Alain Carré, le document unique d'évaluation des risques « *ne soit pas systématiquement rédigé ou, lorsque c'est le cas, qu'un certain nombre de risques n'y soient pas recensés* »⁽⁴⁾. Enfin, Mme Maria Le Calvez a relevé qu'il arrive que les fiches de données de sécurité « *ne so[ie]nt pas rédigées en langue française* » – on a même trouvé le cas de fiches datant de 1994 et rédigées en polonais – voire que « *l'évaluation des risques est absente* »⁽⁵⁾.

Pour leur part, les associations de victimes ont estimé que les moyens n'étaient pas suffisants pour contraindre à adapter les modes de production en vue de réduire ou d'éliminer les risques. Elles ont cité le site de fabrication de vitamine A d'Adisseo à Commentry, où de nombreux salariés ont été victimes de

(1) Table ronde réunissant des organismes d'expertise pour CHSCT, 19 avril 2018, compte rendu n° 13.

(2) Audition de syndicats représentatifs au sein du corps de l'inspection du travail, 31 mai 2018, compte rendu n° 16.

(3) Audition de syndicats représentatifs au sein du corps de l'inspection du travail, 31 mai 2018, compte rendu n° 16.

(4) Audition d'institutions représentatives de la médecine du travail, 15 mars 2018, compte rendu n° 2.

(5) Table ronde réunissant des organismes d'expertise pour CHSCT, 19 avril 2018, compte rendu n° 13.

cancers liés à des agents chimiques et où, malgré plusieurs condamnations pour faute inexcusable de l'employeur devenues définitives, aucune mesure de substitution du chloracétal C5 n'a été prise alors que « *la production industrielle de vitamine A sans cette molécule est possible, puisque d'autres industriels le font, et [...] que le décret de 2001 établissant les règles de prévention des risques cancérologènes, mutagènes et reprotoxiques* ⁽¹⁾ impose cette substitution lorsqu'elle est techniquement possible » ⁽²⁾.

Les carences dans la mise en œuvre de l'obligation de prévention sont aggravées par la réticence des parquets à poursuivre les infractions constatées par les inspecteurs du travail en l'absence de victimes identifiées, alors que les risques constatés par ces derniers ont des effets différés ⁽³⁾. Ces lacunes dans le dispositif répressif ne sont pas compensées par le mode opératoire du système de tarification de la branche AT-MP, pourtant censé être « *incitatif à la prévention* » ⁽⁴⁾, comme l'illustre l'exemple de la cokerie d'Arcelor-Mittal à Fos-sur-Mer évoqué par M. Marc Andéol, qui a indiqué que « *le taux de cotisation AT-MP de la cokerie, qui produit des BPCO* ⁽⁵⁾ *et deux cancers par an, intérimaires inclus, n'est supérieur que de 0,8 point à celui de l'APCME* » ⁽⁶⁾.

La tarification AT-MP

Selon les principes qui régissent la tarification AT-MP, plus la taille de l'entreprise augmente, plus le taux est individualisé et repose sur les résultats de l'établissement en matière de sécurité. Le taux de cotisation notifié aux entreprises est calculé sur la base de coûts moyens (publiés chaque année au Journal officiel) correspondant à la moyenne des dépenses causées par des sinistres de gravité équivalente dans chaque secteur d'activité.

Les règles relatives à la tarification AT-MP sont définies par les articles L. 242-5 à L. 242-7-1, R. 242-6 à R. 242-6-3, D. 242-6 à D. 242-6-23 et D. 242-29 à D. 242-36 du code de la sécurité sociale.

Les **entreprises de moins de 20 salariés** sont soumises à un système de **tarification collective** qui institue, face aux risques, une solidarité économique entre entreprises du même secteur d'activité. Dans ce système, tous les établissements relevant d'une même activité cotisent sur la base du même taux « collectif ». Ce taux est fixé annuellement par arrêté en fonction des résultats statistiques des trois dernières années, après avis de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles et des comités techniques nationaux compétents.

(1) Décret n° 2001-97 du 1^{er} février 2001 établissant les règles particulières de prévention des risques cancérologènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction et modifiant le code du travail.

(2) Audition d'associations de victimes de maladies professionnelles, 20 juin 2018, compte rendu n° 22.

(3) Audition de syndicats représentatifs au sein du corps de l'inspection du travail, 31 mai 2018, compte rendu n° 16.

(4) « La tarification AT/MP », <https://www.ameli.fr/employeur/cotisations/mp-tarification-calculs-baremes/tarification-mp>, page consultée le 3 juillet 2018.

(5) Broncho pneumopathie chronique obstructive.

(6) Audition de M. Marc Andéol, coordinateur de l'Association médicale pour la prise en charge des maladies éliminables, 6 juin 2018, compte-rendu n° 18.

Les **entreprises qui emploient 150 salariés ou plus** au plan national cotisent selon un **taux individuel**, qui dépend directement de la sinistralité et des résultats propres à chaque établissement. Ce système vise à les inciter à se préoccuper de l'impact économique interne de la sécurité et de la santé au travail.

Enfin, les **entreprises qui emploient entre 20 et 149 salariés** au plan national sont soumises à un système de **tarification mixte**, qui mêle les logiques de taux « collectif » dépendant de l'activité et de taux « individuel » dépendant de l'établissement.

Le code de la sécurité sociale permet aux CARSAT d'enjoindre à un employeur de prendre des mesures de prévention et de majorer sa cotisation AT-MP s'il n'obéit pas à l'injonction ⁽¹⁾, mais cet outil très efficace est trop peu utilisé : les représentants des syndicats de l'inspection du travail ont indiqué à la commission que *« sur les dix dernières années, on peut établir le constat que l'injonction comme mode d'intervention des CARSAT lorsqu'elles ne parviennent pas à obtenir satisfaction pour la mise en conformité de machines, de captation des produits chimiques, etc., est de moins en moins utilisée »* ⁽²⁾.

L'absence d'effet préventif du système de tarification AT-MP est amplifiée par le fait que, lorsqu'une entreprise recourt à des intérimaires, les règles d'indemnisation font qu'une grande partie du coût des sinistres est supporté par les entreprises de travail temporaire ⁽³⁾, qui ne sont pas toujours informées des risques auxquels leurs salariés sont exposés. Cette situation peut les conduire à envoyer des intérimaires occuper des postes pour lesquels ils ne disposent pas des formations leur permettant de travailler dans des conditions de sécurité maximale, comme l'a souligné l'un des représentants des entreprises d'intérim auditionné par la commission, qui a indiqué qu'*« il nous arrive de constater qu'un salarié intérimaire non titulaire du certificat d'aptitude à la conduite en sécurité (CACES) se retrouve sur un chariot élévateur, alors que les caractéristiques de poste initiales ne le prévoyaient pas. »* ⁽⁴⁾.

Cette situation est d'autant plus préoccupante que, comme l'a souligné M. Jean-Vincent Koster, les organismes d'expertise pour CHSCT constatent un *« mouvement qui tend à transférer les questions de sécurité non seulement aux encadrants de proximité, mais aussi aux opérateurs [...] Très souvent, il est dit que les opérateurs doivent être responsables de leur propre sécurité, sans que nous leur en donnions les moyens, et sans que l'écart par rapport à la règle de sécurité soit mis en rapport avec les conditions réelles de travail. [...] Certains salariés contreviennent aux règles de manière tout à fait consciente. Le salarié ne peut être le seul responsable de sa propre sécurité, même s'il en est un acteur important. »* ⁽⁵⁾

(1) Cf. articles L. 242-7 et L. 422-4 du code de la sécurité sociale.

(2) Audition d'associations de victimes de maladies professionnelles, 20 juin 2018, compte rendu n° 22.

(3) Table ronde de représentants des sociétés de travail temporaire, 5 avril 2018, compte rendu n° 8.

(4) Table ronde de représentants des sociétés de travail temporaire, 5 avril 2018, compte rendu n° 8.

(5) Table ronde réunissant des organismes d'expertise pour CHSCT, 19 avril 2018, compte rendu n° 13.

Les dysfonctionnements du système de prévention peuvent être imputables aux réticences des entreprises mais ils proviennent également de défauts de conceptions dans la réglementation et dans les dispositifs de santé tels qu'ils sont organisés.

Par exemple, le dispositif visant à prévenir les expositions aux substances dangereuses – notamment cancérigènes – présente des limites importantes. Il s'agit d'un dispositif standardisé qui s'appuie sur la situation la plus représentative du travail, ce qui fait que les mesures ne correspondent pas aux vraies conditions de travail des salariés ; l'indicateur utilisé ne s'intéresse qu'à l'exposition par la voie nasale alors que certaines agents chimiques peuvent pénétrer par la voie cutanée ou par ingestion ; il ne vise qu'à s'assurer que les VLEP (valeurs limites d'exposition professionnelle) ne sont pas dépassées. De plus, il se fonde sur une connaissance limitée du risque car les fiches de données de sécurité ne renseignent pas sur les effets « cocktail » alors que l'exposition à d'autres agents chimiques ou à d'autres facteurs de risques peut avoir un effet aggravant. Par exemple, certains intervenants ont mis en avant le fait qu'effectuer des tâches de manutention dans des postures pénibles ou dans des conditions thermiques difficiles conduit à augmenter la ventilation pulmonaire, donc à aggraver le risque d'exposition à un agent dangereux par voie aérienne par rapport à la situation « standardisée » évoquée ci-dessus ⁽¹⁾. Une nouvelle fois, le rapporteur souligne combien le risque effectif – donc la nature et l'intensité des mesures de prévention nécessaires – dépend du travail réel et non du travail prescrit – ou théorique – sur lequel reposent l'essentiel des analyses, quand bien même on ne peut évidemment se dispenser de telles analyses comme fondement de la réflexion sur les risques. Mais il ne faut pas s'y limiter.

Certains intervenants ont indiqué que les modalités d'application des règles peuvent laisser aux employeurs une latitude qui freine ou contrarie la mise en place d'une politique de prévention efficace. Il a ainsi été dit à la commission qu'en matière de risques chimiques, « *les prélèvements, les mesurages, les analyses, relèvent très souvent de l'autoévaluation* » et sont donc « *à la main de l'employeur, difficilement contrôlables* » alors qu'elles « *lui permettent de valider toute une série d'opérations* » ⁽²⁾. À l'inverse, certaines obligations peuvent être difficiles à remplir, comme l'a souligné M. Francis Berrocal, qui a indiqué que « *depuis qu'on y a fait entrer les risques psychosociaux, le document unique d'évaluation des risques professionnels* ⁽³⁾ *est assez creux, parce que les gens qui*

(1) Table ronde réunissant des organismes d'expertise pour CHSCT, 19 avril 2018, compte rendu n° 13.

(2) Audition de syndicats représentatifs au sein du corps de l'inspection du travail, 31 mai 2018, compte rendu n° 16.

(3) L'article R. 4121-1 du code du travail prévoit que : « *L'employeur transcrit et met à jour dans un document unique les résultats de l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs à laquelle il procède en application de l'article L. 4121-3. Cette évaluation comporte un inventaire des risques identifiés dans chaque unité de travail de l'entreprise ou de l'établissement, y compris ceux liés aux ambiances thermiques.* »

l'écrivent sont souvent assez démunis, ce ne sont pas des professionnels, même si la médecine du travail peut leur donner des pistes »⁽¹⁾.

À des problèmes de nature réglementaire peuvent s'ajouter un manque de compréhension des enjeux sanitaires par les travailleurs. C'est ce qu'illustre un cas relatif à l'exposition à la créosote rapporté par M. Vincent Jacquemond : « *Les consignes de port d'EPI [équipements de protection individuelle] étaient très claires, pour des chantiers extérieurs où il est très difficile de capter ou d'aspirer les produits dangereux. [...] Comment expliquer, dans ces conditions, qu'il faut porter des masques, des combinaisons chimiques, etc., quand il fait très chaud, alors qu'il est dit aux salariés qu'il n'y a pas de risque cancérigène au vu du faible taux d'exposition ? Si bien que sur le chantier toutes les mesures adéquates n'étaient pas prises, aussi bien pour le port des EPI que pour la transmission par contact avec des outils souillés. On ne peut pas demander à des salariés d'appliquer des normes de sécurité, toujours vues comme des contraintes et un frein dans leur activité, si on ne leur donne pas les moyens de comprendre quels risques exacts sont concernés »⁽²⁾.*

Cette situation est imputable aux lacunes de la formation obligatoire au risque chimique, qui, souvent se transforment en formation au port des EPI et dans lesquelles les pathologies sont peu abordés. Par ailleurs, la formation par projection de vidéos ou sur ordinateur, sans autre forme d'interaction humaine, semble être de plus en plus usitée. Il convient de rappeler que ces modes de communication, renvoyant à une position individuelle, ne peuvent être que des outils s'intégrant dans des démarches pédagogiques élaborées et ne sauraient suffire à former efficacement à la santé, à la sécurité et aux conditions de travail.

2. Des réformes ont modifié les conditions dans lesquelles l'employeur doit assumer ses obligations en termes de prévention et de traçabilité du risque professionnel

Comme le rappelait M. Jean-François Naton, conseiller confédéral de la CGT, chargé du travail, de la santé et de la protection sociale, « *Notre société est gravement malade d'avoir tout centré sur la réparation [...] La réparation est un échec : c'est parce que l'on n'a pas bien travaillé que l'on est obligé de réparer. Il faut tendre vers tout ce qui permet d'éviter l'accident ou la maladie.* »⁽³⁾. Cette évolution indispensable semble cependant entravée par l'effet de réformes récentes qui ont mis à mal les moyens, pour l'employeur, d'assumer son obligation de prévention et les possibilités de traçabilité du risque professionnel.

(1) Table ronde réunissant les organisations syndicales, 7 juin 2018, compte rendu n° 20.

(2) Table ronde réunissant des organismes d'expertise pour CHSCT, 19 avril 2018, compte rendu n°13.

(3) Table ronde réunissant les organisations syndicales, 7 juin 2018, compte rendu n° 20.

a. L'affaiblissement du dispositif de traçabilité suite à l'abandon de la fiche d'exposition et à la réduction du périmètre des critères de pénibilité

Avant qu'elle soit supprimée par la loi du 17 août 2015⁽¹⁾, l'article L. 4161-1 du code du travail prévoyait l'élaboration d'une fiche d'exposition ainsi définie : « *Pour chaque travailleur exposé, au-delà de certains seuils, après application des mesures de protection collective et individuelle, à un ou plusieurs facteurs de risques professionnels liés à des contraintes physiques marquées, à un environnement physique agressif ou à certains rythmes de travail susceptibles de laisser des traces durables identifiables et irréversibles sur sa santé, l'employeur consigne dans une fiche les conditions de pénibilité résultant de ces facteurs auxquelles le travailleur est exposé, la période au cours de laquelle cette exposition est survenue ainsi que les mesures de prévention mises en œuvre par l'employeur pour faire disparaître ou réduire l'exposition à ces facteurs durant cette période.* » La fiche devait être communiquée au service de santé au travail (qui la transmettait au médecin du travail) et devait permettre de compléter le dossier médical en santé au travail des salariés. Les travailleurs pouvaient obtenir cette fiche à tout moment et une copie devait leur être remise à leur départ de l'établissement, ou en cas d'arrêt de travail excédant une durée fixée par décret ou de déclaration de maladie professionnelle. Toutefois, selon les témoignages apportés à votre commission, cette obligation était loin d'être scrupuleusement respectée (cf. point I B 2 b).

Il a été fait état, par certains interlocuteurs, des limites ou des difficultés associées à l'élaboration de cette fiche. Limites, puisque la fiche d'exposition portait surtout sur des contraintes relevant de la « pénibilité » physique et faisait l'impasse sur d'autres risques ; difficultés, puisque la détermination du champ des travailleurs concernés – « *après application des mesures de protection collective et individuelle* » – ou des « *traces durables identifiables et irréversibles sur sa santé* » n'allait pas de soi. Pour autant, la fiche d'exposition aurait pu être considérée comme le précurseur d'un document retraçant les conditions d'exposition réelle aux risques « au poste de travail », dans leur intégralité, et aurait certainement mérité une refonte et un enrichissement plutôt qu'une suppression. Certaines entreprises, comme ArcelorMittal à Fos-sur-Mer⁽²⁾, qui étaient précédemment tenues d'élaborer ces fiches, ont choisi de poursuivre cette démarche après la fin cette obligation légale, dans le cadre de l'obligation générale de prévention des risques pesant sur l'employeur.

Dès lors, les textes ne prévoient plus qu'une approche fractionnée, par risque : les employeurs doivent établir des notices de poste pour les postes ou situations de travail exposant aux agents chimiques dangereux⁽³⁾, des fiches

(1) Loi n° 2015-994 du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi.

(2) Déplacement de la commission d'enquête dans le département des Bouches-du-Rhône, 4 juin 2018.

(3) Cf. article R. 4412-39 du code du travail.

individuelles d'exposition pour les travailleurs exposés à l'amiante⁽¹⁾ ou encore des évaluations individuelles de l'exposition des travailleurs aux rayonnements⁽²⁾. Par exemple, dans le cas de l'amiante, l'article R. 4412-120 du code du travail prévoit que la fiche individuelle d'exposition doit indiquer :

– la nature du travail réalisé, les caractéristiques des matériaux et appareils en cause, les périodes de travail au cours desquelles il a été exposé et les autres risques ou nuisances d'origine chimique, physique ou biologique du poste de travail,

– les dates et les résultats des contrôles de l'exposition au poste de travail ainsi que la durée et l'importance des expositions accidentelles,

– les procédés de travail utilisés,

– les moyens de protection collective et les équipements de protection individuelle utilisés.

Outre le fait qu'elle les empêche de prendre connaissance des risques qu'ils encourent, la suppression de l'obligation d'établir systématiquement une fiche d'exposition place désormais les salariés « *dans la quasi-impossibilité de se procurer les documents permettant de démontrer le lien de causalité entre leur poste de travail et leur maladie* »⁽³⁾ et les empêche de bénéficier d'un suivi post-exposition adéquat⁽⁴⁾.

Le champ des informations disponibles s'est encore restreint avec la suppression de quatre facteurs importants de pénibilité, alors que les postures et la manutention de charges sont la première cause de maladie professionnelle déclarée et que les agents chimiques dangereux sont la première cause de cancer professionnel⁽⁵⁾.

De plus, les médecins du travail peuvent avoir les plus grandes difficultés à se procurer les documents qui existent encore. La notice de poste, seul document disponible relatif aux agents CMR « *n'est en pratique pas systématiquement rédigée* » dans la grande majorité des entreprises, a indiqué à la commission M. Alain Carré⁽⁶⁾. Par ailleurs, comme l'a souligné Mme Mélissa Ménétrier, si un médecin du travail travaillant dans une grande entreprise a plus de facilités pour retracer les expositions car il a un accès aisé aux fiches de données de sécurité et à l'historique des produits utilisés, « *en revanche, un médecin d'un service interentreprises ayant trois cents entreprises voire plus, dans son périmètre*

(1) Cf. article R. 4412-120 du code du travail.

(2) Cf. articles R. 4451-52 et suivants du code du travail.

(3) *Audition de syndicats représentatifs au sein du corps de l'inspection du travail, 31 mai 2018, compte rendu n° 16.*

(4) *Table ronde de représentants de structure de recherche dans le domaine de la santé au travail, 24 mai 2018, compte rendu n° 15.*

(5) *Audition d'institutions représentatives de la médecine du travail, 15 mars 2018, compte rendu n° 2.*

(6) *Audition d'institutions représentatives de la médecine du travail, 15 mars 2018, compte rendu n° 2.*

d'activité sera déjà content d'avoir des fiches de données de sécurité car certaines entreprises n'en disposent même pas » et il « ne peut pas vraiment déterminer à quoi sont exposés les salariés »⁽¹⁾.

En définitive, les informations détenues par les employeurs sont insuffisantes car, pour prendre en compte le fait que certaines pathologies ou co-expositions ont des effets aggravants, il faut pouvoir recueillir des renseignements sur les expositions réelles subies par le salarié qui peuvent être différentes de celles programmées par l'organisation du travail. Ceci est de plus en plus difficile dans un contexte de réduction des effectifs de la médecine du travail⁽²⁾.

b. Les effets potentiels de la fusion des institutions représentatives du personnel en matière de santé et sécurité au travail

L'ancien article L. 4611-1 du code du travail prévoyait que les entreprises d'au moins cinquante salariés avaient l'obligation de mettre en place un comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT). Par le fait de cette innovation sociale, le CHSCT était l'instance, dotée d'une personnalité juridique, de pouvoirs propres et de moyens dédiés, où s'étudiait la politique de l'établissement en matière de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail. L'ancien L. 4612-1 du code du travail indiquait que le CHSCT avait pour mission, d'une part, de contribuer à « *la prévention et à la protection de la santé physique et mentale et de la sécurité des travailleurs de l'établissement et de ceux mis à sa disposition par une entreprise extérieure* », à l'amélioration des conditions de travail (notamment pour les femmes) et à l'adaptation et à l'aménagement des postes de travail pour les personnes handicapées et, d'autre part, de veiller à l'observation des prescriptions légales prises en ces matières.

Dans le cadre de ses attributions, le CHSCT contribuait à l'analyse des risques professionnels, l'ancien article L. 4612-2 disposant qu'il procédait à l'analyse :

- des risques professionnels auxquels peuvent être exposés les travailleurs de l'établissement,
- des conditions de travail,
- de l'exposition des salariés aux risques professionnels liés à des contraintes physiques marquées, à un environnement physique agressif ou à certains rythmes de travail, susceptibles de laisser des traces durables, identifiables et irréversibles sur la santé auxquels les travailleurs susceptibles d'acquérir des droits au titre d'un compte personnel de prévention de la pénibilité sont exposés

(1) Audition de Mme Mélissa Ménétrier, secrétaire générale adjointe du SNPST et de Mme Nadine Rauch, présidente GIT France, 12 avril 2018, compte rendu n° 11.

(2) Audition de Mme Mélissa Ménétrier, secrétaire générale adjointe du SNPST et de Mme Nadine Rauch, présidente GIT France, 12 avril 2018, compte rendu n° 11.

au-delà de certains seuils, appréciés après application des mesures de protection collective et individuelle.

En complément, de cette mission, l'ancien article L. 4612-3 du code du travail prévoyait que le CHSCT contribuait à la promotion de la prévention des risques professionnels dans l'établissement et suscitait toute initiative qu'il estimait utile dans cette perspective.

Par ailleurs, pour mener à bien sa mission de contrôle de l'observation des prescriptions législatives et réglementaires en matière d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, il disposait d'une série de prérogatives, parmi lesquelles :

- un droit d'accès à l'ensemble des livres, registres et documents non nominatifs obligatoires en matière de santé et sécurité au travail,
- la réalisation d'inspections au moins une fois par trimestre,
- la réalisation d'enquêtes en cas d'accidents du travail ou de maladies professionnelles ou à caractère professionnel,
- le recours à un expert agréé notamment lorsqu'un risque grave, révélé ou non par un accident du travail ou une maladie à caractère professionnel, est constaté dans l'établissement,
- la mise en œuvre d'une procédure d'alerte en cas de danger grave et imminent constaté par l'un de ses membres ou par l'intermédiaire d'un salarié qui a fait jouer son droit de retrait.

L'ordonnance n° 2017-1386 du 22 septembre 2017⁽¹⁾ a supprimé les CHSCT en créant une instance unique de représentation du personnel, le comité social et économique (CSE), qui reprend les missions du CHSCT, du comité d'entreprise et des délégués du personnel⁽²⁾. Toutefois, dans les entreprises de plus de 300 salariés, le CSE comprend une commission santé, sécurité et conditions de travail (CSSCT) chargée de veiller au bien-être du salarié au sein de l'entreprise⁽³⁾.

La création du CSE a suscité des interrogations, voire des doutes, de la part de très nombreuses personnes auditionnées. Certes, M. Hervé Laubertie, responsable du département prévention des risques professionnels à la Commission des accidents du travail et maladies professionnelles de la Caisse nationale d'assurance maladie, rappelant les arguments employés dans les attendus des ordonnances, a souligné qu'« *il existe un intérêt, pour ces entreprises [de 50 à 300 salariés], à pouvoir évoquer la santé et la sécurité au travail dans une instance unique, qui ne dissocie pas ce sujet des autres. Je trouve en effet que*

(1) Ordonnance n° 2017-1386 du 22 septembre 2017 relative à la nouvelle organisation du dialogue social et économique dans l'entreprise et favorisant l'exercice et la valorisation des responsabilités syndicales.

(2) Cf. articles L 2313-1 et suivants du code du travail.

(3) Cf. article L 2315-36 du code du travail.

l'une des difficultés auxquelles nous sommes confrontés est que, trop souvent, la santé et la sécurité au travail sont traitées à part. Le CHSCT avait bien évidemment son intérêt, [...] mais il me semble intéressant de pouvoir [évoquer ces questions] plus globalement, de façon transversale. »⁽¹⁾ Pour autant, la crainte que la disparition du CHSCT et la reprise de ses missions par une instance « généraliste » amoindrisse l'intérêt porté aux questions de prévention, de santé et de sécurité au travail a été très fréquemment exprimée.

Ainsi, M. Gérard Lucas a craint que la disparition des CHSCT, qui étaient « *devenus progressivement des partenaires très pertinents pour la prise en compte de la santé au travail* », altère la qualité du partenariat avec les services de santé au travail car il existe un risque que les CSE se concentrent sur d'autres sujets⁽²⁾. M. Francis Berrocal, qui redoute une désaffection des volontaires, a de son côté regretté la disparition d'une instance dont les membres, qui disposaient d'un nombre limité d'heures de délégation, étaient en contact permanent avec leurs collègues, ce qui favorisait l'implication de l'ensemble du collectif de travail sur les questions de prévention : « *Les membres de CHSCT étaient élus par les élus, faisaient cinq heures par mois, dix sur les sites Seveso. Dans les grands groupes, on sait depuis longtemps que, si l'on veut faire progresser la sécurité, il faut faire du management participatif-directif, en nommant dans les équipes de travail des correspondants "environnement, hygiène, sécurité" qui sont des pairs, et qui étaient un lien avec le CHSCT, également composé de pairs. Là, nous aurons un conglomérat où l'on parlera d'économie, d'affaires sociales, de sécurité, et il y a une vraie crainte que les gens ne veuillent pas s'y présenter.* »⁽³⁾

En effet, ces transformations, venant impacter un outil essentiel pour la santé au travail, en particulier dans les grands sites industriels, ont suscité de vives protestations et provoqué de nombreuses inquiétudes. Réagissant aux interrogations du rapporteur sur l'exercice par le CSE des compétences auparavant dévolues au CHSCT, M. Philippe Prudhon a d'ailleurs répondu, non sans quelque prudence : « *Nous devons expérimenter le CSE et nous ferons un bilan dans cinq ans. Si des manquements sont constatés, je suis sûr que des modifications seront apportées.* »⁽⁴⁾

3. Des acteurs de la prévention dispersés et affaiblis

a. Une multiplicité d'acteurs publics dont l'action est peu lisible

Le système public de prévention se caractérise par sa complexité et la multiplicité de ses acteurs, ce qui fait qu'« *il est parfois compliqué, dans le*

(1) Audition de la Commission des accidents du travail et maladies professionnelles de la Caisse nationale d'assurance maladie, 22 mars 2018, compte rendu n° 4.

(2) Audition d'institutions représentatives de la médecine du travail, 15 mars 2018, compte rendu n° 2.

(3) Audition d'institutions représentatives de la médecine du travail, 15 mars 2018, compte rendu n° 2.

(4) Table ronde des organisations patronales représentatives, 31 mai 2018, compte rendu n° 17.

domaine de la prévention, de trouver un interlocuteur »⁽¹⁾, a estimé M. Francis Berrocal. Ces inconvénients limitent les possibilités d'échange et de recoupement d'informations, indispensables pour faire progresser les connaissances en matière de santé au travail. Par exemple, le dispositif de prévention des expositions aux substances dangereuses – notamment aux cancérigènes – voit son efficacité amoindrie car, comme l'a indiqué Mme Maria Le Calvez, la médecine du travail dispose éventuellement de valeurs biométriologiques, le service de santé de valeurs limites d'exposition, le service de contrôle des installations de ses propres valeurs – acquises au cours de contrôles du débit et de la vitesse d'extraction du polluant par les moyens de traitement et d'assainissement de l'air selon des valeurs limites indiquées par son cahier des charges – et le CHSCT de son enquête terrain, autant d'informations qui ne sont « *jamais compilées* »⁽²⁾.

Sur le terrain, la politique de prévention relève des services déconcentrés du ministère du travail et du ministère des solidarités et de la santé.

Les DIRECCTE (directions régionales des entreprises, de la concurrence et de la consommation, du travail et de l'emploi) relayent l'action de la direction générale du travail du ministère du travail qui prépare, anime et coordonne les politiques de prévention. Des DIRECCTE dépendent aussi les inspecteurs du travail et les médecins-inspecteurs du travail. Les inspecteurs du travail sont chargés de missions de surveillance et de contrôle, d'information et de conseil, pour tout ce qui concerne l'application des dispositions législatives et réglementaires relatives aux conditions de travail, à la santé et la sécurité en milieu de travail. Les médecins-inspecteurs du travail notamment chargés de l'étude des risques et de leur prévention.

Les CARSAT, organismes de droit privé chargés d'une mission de service public et placés sous la tutelle des directions régionales d'action sanitaire et sociale (DRASS), aident les entreprises et les branches professionnelles à évaluer les risques, les conseillent sur les actions à mettre en œuvre et peuvent utiliser leur pouvoir d'injonction et de modulation de la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles pour prendre en compte les efforts (ou l'absence d'efforts) faits dans le domaine de la prévention (voir p. 44).

Les ARACT (agences régionales pour l'amélioration des conditions de travail) interviennent également auprès des entreprises. Il s'agit de structures de droit privé financées par l'État et les régions qui constituent les relais régionaux de l'ANACT (Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail), établissement public qui réalise des études sur les conditions de travail et conçoit une série d'outils dont elle assure la diffusion.

Cette action est complétée par celle de l'INRS (Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies

(1) *Audition d'institutions représentatives de la médecine du travail, 15 mars 2018, compte rendu n° 2.*

(2) *Table ronde réunissant des organismes d'expertise pour CHSCT, 19 avril 2018, compte rendu n° 13.*

professionnelles), association régie par la loi de 1901, qui a vocation à identifier les risques professionnels et à promouvoir les moyens de maîtriser ces risques au sein des entreprises.

Les structures de recherche

Les structures de recherche qui traitent des questions relatives à la santé au travail sont nombreuses.

Certaines sont spécialisées sur le sujet comme l'Institut Universitaire de Médecine du Travail de Lyon ou l'Institut Santé – Travail Paris-Est.

D'autres sont rattachées à des structures dont le champ est plus large, comme l'équipe d'épidémiologie en santé au travail et ergonomie (ESTER) de l'IRSET (Institut de recherches en santé, environnement et travail), le Centre de recherche sur le travail et le développement et le laboratoire MESuRS (Modélisation, épidémiologie et surveillance des risques pour la sécurité sanitaire), qui dépendent du Conservatoire national des Arts et métiers, ou encore la direction Santé-Travail de l'établissement public Santé publique France, qui est chargée de la surveillance épidémiologique de l'état de santé de la population en relation avec le travail et exerce des activités de veille et d'alerte, de formation et d'information.

Enfin, si le champ de leur expertise excède largement celui de la santé au travail, l'ANSES (Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail) et l'IRSN (Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire) contribuent également par leurs travaux à la prévention des risques professionnels.

b. Un affaiblissement de la médecine du travail, dont le rôle est pourtant central en matière de prévention

La récente réforme de la médecine du travail et le manque d'effectifs cumulent leurs effets pour affaiblir un dispositif qui ne peut plus assurer correctement ses missions de prévention.

i. La médecine du travail, une discipline en grande difficulté

Une première difficulté réside dans le fait que les salariés ressentent une certaine méfiance vis-à-vis de la médecine du travail, qui s'explique notamment par le fait qu'il s'agit d'une médecine obligatoire, gérée par les employeurs et caractérisée par une confusion des missions qui recouvrent à la fois une action de prévention, tournée vers la santé des travailleurs, et un conseil aux employeurs en matière de risque et de prévention ⁽¹⁾.

Cette perception négative a pu être renforcée par les modifications réglementaires appelées dans le code du travail par la loi du 8 août 2016 ⁽²⁾, au sujet desquelles M. Alain Carré a interpellé la commission : « *comment construire la relation de confiance nécessaire avec le patient, en l'occurrence un travailleur,*

(1) *Audition d'institutions représentatives de la médecine du travail, 15 mars 2018, compte rendu n° 2.*

(2) *Loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels.*

alors que la récente loi relative au travail pourrait faire penser que se met en place une sélection médicale de la main-d'œuvre ? [...] Malgré mon expérience de quarante ans comme médecin du travail, je suis incapable de dire si un salarié est apte à un emploi en général. Je ne peux me prononcer que sur un poste en particulier. »⁽¹⁾ M. Carré faisait ici référence à une modification introduite par le décret n° 2016-1908 du 27 décembre 2016 relatif à la modernisation de la médecine du travail. Ce décret a transformé les actions que doit réaliser le médecin du travail préalablement à toute déclaration d'inaptitude, prévues à l'article R. 4624-42, et a complété cet article par un alinéa prévoyant que « *Le médecin du travail peut mentionner dans cet avis que tout maintien du salarié dans un emploi serait gravement préjudiciable à sa santé ou que l'état de santé du salarié fait obstacle à tout reclassement dans un emploi.* » Cette rédaction est effectivement regrettable en ce qu'elle généralise à « *un emploi* » l'appréciation d'inaptitude formulée par le médecin au regard du « *poste de travail* », expression retenue dans le reste de l'article R. 4624-42 et dans l'article L. 4624-4 qui en est le fondement législatif.

Cette méfiance crée un climat peu favorable à l'exercice par les médecins de leurs missions, que l'organisation de la gouvernance de la médecine du travail rend plus difficile encore.

D'une part, le fait que la médecine du travail soit soumise à la tutelle du ministère du travail, et non à celle du ministère de la santé, pourrait donner le sentiment que son cadre réglementaire est « *inféodé aux conditions des négociations entre partenaires sociaux ou aux politiques de l'emploi* », pour reprendre l'expression employée par M. Gérard Lucas⁽²⁾. Pour autant, il s'agit bien d'intervenir sur l'acte de travail et le ministère chargé de la question ne saurait s'en désintéresser, car c'est bien l'ensemble du travail qu'il doit prendre en compte, avec la santé au sens plein et entier que lui donne l'Organisation mondiale de la santé, en son cœur.

D'autre part, la gouvernance des services de santé interentreprises, si elle est en théorie paritaire, dépend en réalité des employeurs car le président du conseil d'administration, qui est toujours un représentant des employeurs, dispose d'une voix prépondérante et, comme l'a indiqué Mme Mélissa Ménétrier « *ces services sont d'ailleurs gérés comme des entreprises et non pas comme des associations chargées d'un service public* », ce qui fait qu'« *afin de justifier la cotisation des entreprises, il faut leur rendre des services qui ne sont pas nécessairement fondés sur les besoins de santé des salariés* »⁽³⁾.

Par exemple, les médecins doivent apporter aux entreprises des prestations comme l'aide à la rédaction du document unique, au détriment d'autres missions. Des quotas de consultations sont exigés et les médecins et les infirmières se voient

(1) *Audition d'institutions représentatives de la médecine du travail, 15 mars 2018, compte rendu n° 2.*

(2) *Audition d'institutions représentatives de la médecine du travail, 15 mars 2018, compte rendu n° 2.*

(3) *Audition de Mme Mélissa Ménétrier, secrétaire générale adjointe du SNPST et de Mme Nadine Rauch, présidente GIT France, 12 avril 2018, compte rendu n° 11.*

imposer des objectifs de « rentabilité » des consultations : par exemple, les services interentreprises incitent à réaliser le maximum de consultations d'intérimaires « *non pas pour des raisons médicales, mais parce que l'acte est rémunéré 100 euros* », phénomène qui, selon Mme Ménétrier, empêche de prendre le temps nécessaire « *pour les salariés que nous voudrions réellement suivre* »⁽¹⁾. Si la situation semble meilleure dans les services de santé autonomes que dans les services de santé interentreprises, un problème de taille s'y pose cependant, lié au fait que les infirmiers du travail n'ont pas, contrairement aux médecins du travail, le statut de salarié protégé et peuvent donc plus facilement être victimes de pressions.

Les difficultés que rencontrent les médecins du travail pour développer des actions de prévention sont d'autant plus importantes que les besoins démographiques restent supérieurs à l'offre⁽²⁾ : le professeur Alain Bergeret a ainsi indiqué à votre commission que près de la moitié des places en médecine du travail offertes à l'issue du concours de l'internat ne sont pas pourvues car « *la médecine du travail est une discipline mal connue et assez mal cotée* »⁽³⁾. Aujourd'hui, il y a un médecin de service interentreprises pour 5 700 équivalents temps plein et 450 entreprises⁽⁴⁾. Le manque d'effectifs est aussi criant pour les médecins-inspecteurs du travail qui ne sont que trente alors que leur effectif théorique est de soixante-quinze⁽⁵⁾. Enfin, le nombre de formateurs en médecine du travail ne cesse de diminuer car, comme l'a rappelé le professeur Alain Bergeret, d'une part, le *cursus honorum* est « *difficile et aléatoire* » alors que « *la perspective d'une situation stable dans l'industrie ou dans un service interentreprises est beaucoup plus attrayante pour les jeunes* » et, d'autre part, « *dans les différentes UFR de médecine comme dans les CHU, priorité est le plus souvent donnée aux disciplines de soins plutôt qu'aux disciplines [...] dont l'accroche avec le CHU est assez faible et dont la rentabilité, au sens de la tarification à l'activité (T2A), est très inférieure à celle des disciplines classiques* »⁽⁶⁾.

Or la réforme introduite par loi du 8 août 2016, qui, grâce au recrutement d'infirmières du travail, devait permettre aux médecins de se concentrer sur les cas les plus compliqués et d'avoir plus de temps pour faire de la prévention, n'a pas eu les effets escomptés. En effet, les 1 500 infirmières aujourd'hui présentes dans les services interentreprises ne compensent pas le départ de plus de

(1) Audition de Mme Mélissa Ménétrier, secrétaire générale adjointe du SNPST et de Mme Nadine Rauch, présidente GIT France, 12 avril 2018, compte rendu n° 11.

(2) Table ronde de représentants de structure de recherche dans le domaine de la santé au travail, 24 mai 2018, compte rendu n° 15.

(3) Table ronde de représentants de structure de recherche dans le domaine de la santé au travail, 24 mai 2018, compte rendu n° 15.

(4) Audition d'institutions représentatives de la médecine du travail, 15 mars 2018, compte rendu n° 2.

(5) Audition d'institutions représentatives de la médecine du travail, 15 mars 2018, compte rendu n° 2.

(6) Table ronde de représentants de structure de recherche dans le domaine de la santé au travail, 24 mai 2018, compte rendu n° 15.

1 500 médecins ⁽¹⁾, étant donné que les infirmières et les médecins n'exercent pas les mêmes fonctions, que la formation des infirmières en santé au travail est très souvent insuffisante ⁽²⁾, que les médecins consacrent de plus en plus de temps à la coordination des équipes ⁽³⁾ ou que, du fait de la réduction des effectifs, le nombre de cas complexes à gérer par médecin a augmenté ⁽⁴⁾.

Dans ce contexte, rappelait M. Alain Carré, il n'est plus possible pour un médecin du travail « *d'avoir une activité clinique complète, en prévoyant des visites périodiques espacées de cinq ans pour les postes sans risques et de quatre ans pour les postes à risques* » et les médecins ne peuvent assurer leur tiers temps, pourtant indispensable au travail de prévention ⁽⁵⁾. Or c'est en allant visiter les postes de travail que les médecins peuvent connaître véritablement les risques, ce qu'illustre le témoignage apporté par M. Gérard Lucas : « *J'ai eu la chance de travailler dans le même établissement pendant à peu près vingt-cinq ans. Au bout de quelques années, je connaissais pratiquement tous les postes dans l'entreprise, ce qui m'évitait d'y retourner trop souvent, car inutilement. En revanche, je pouvais prévoir l'évolution de ces postes, parce que je les avais vus et que le collectif de travail me faisait savoir comment les salariés vivaient cette évolution. Je percevais très bien certaines transformations, et je pouvais faire des alertes – pertinentes, je crois* » ⁽⁶⁾.

Le manque de temps a un effet non seulement sur les actions de prévention qu'un médecin du travail peut mettre en place mais aussi sur la recherche en santé au travail, pourtant essentielle pour développer des politiques de prévention efficaces sur le long terme. Ainsi, on a constaté une diminution de la participation des professionnels à l'enquête SUMER – instrument indispensable à la connaissance des risques –, car elle est particulièrement chronophage : chaque questionnaire réclame quarante-cinq minutes d'entretien individuel ⁽⁷⁾. Cela ne peut que renforcer les difficultés de la recherche en santé au travail liées au non-remplacement des départs en retraite des universitaires ⁽⁸⁾, à la baisse des moyens alloués à certaines institutions comme l'INRS ⁽⁹⁾ et à l'insuffisance du budget

(1) Audition d'institutions représentatives de la médecine du travail, 15 mars 2018, compte rendu n° 2.

(2) Audition d'institutions représentatives de la médecine du travail, 15 mars 2018, compte rendu n° 2.

(3) Audition de Mme Mélissa Ménétrier, secrétaire générale adjointe du SNPST et de Mme Nadine Rauch, présidente GIT France, 12 avril 2018, compte rendu n° 11.

(4) Audition de Mme Mélissa Ménétrier, secrétaire générale adjointe du SNPST et de Mme Nadine Rauch, présidente GIT France, 12 avril 2018, compte rendu n° 11.

(5) Audition d'institutions représentatives de la médecine du travail, 15 mars 2018, compte rendu n° 2.

(6) Audition d'institutions représentatives de la médecine du travail, 15 mars 2018, compte rendu n° 2.

(7) Audition de Mme Mélissa Ménétrier, secrétaire générale adjointe du SNPST et de Mme Nadine Rauch, présidente GIT France, 12 avril 2018, compte rendu n° 11.

(8) Audition de Mme Mélissa Ménétrier, secrétaire générale adjointe du SNPST et de Mme Nadine Rauch, présidente GIT France, 12 avril 2018, compte rendu n° 11.

(9) Audition de Mme Mélissa Ménétrier, secrétaire générale adjointe du SNPST et de Mme Nadine Rauch, présidente GIT France, 12 avril 2018, compte rendu n° 11.

alloué à la recherche en santé au travail, qui est aujourd'hui d'environ 2 millions d'euros ⁽¹⁾.

ii. Des difficultés génératrices d'inégalités de traitements entre les salariés

Les difficultés de la médecine du travail renforcent les inégalités entre salariés devant la médecine du travail.

Les salariés des grandes entreprises, qui relèvent en général d'un service de santé au travail autonome peuvent être mieux suivis que les salariés des petites entreprises ou les intérimaires, qui relèvent d'un service de santé interentreprises. En effet, si un médecin du travail suit 1 500 personnes environ dans un service autonome, il en suit 4 000 à 5 500 dans un service interentreprises. De plus, il est plus facile à un médecin travaillant dans un service autonome de connaître la réalité du travail et des risques et de faire de la prévention primaire car, présent dans l'entreprise, il a des contacts plus fréquents avec les acteurs et a davantage l'occasion de visiter les postes de travail et de participer à des groupes de travail sur les réorganisations. Il a également été dit à la commission que certains petits employeurs refusent d'adhérer à un service interentreprises pour des raisons financières et les notifications reçues de l'inspection du travail n'ont aucun effet sur la situation ⁽²⁾.

Si les salariés des petites entreprises bénéficient d'un suivi moins bon que celui des salariés des grandes entreprises, c'est aussi le cas des intérimaires dont le suivi est irrégulier, car ils sont susceptibles d'être vus par plusieurs services de santé au travail ⁽³⁾. La situation est différente entre les départements où n'existe qu'un seul service interentreprises de santé au travail et la région parisienne où coexistent vingt-cinq services interentreprises concurrents ⁽⁴⁾. Pour ces salariés, particulièrement, la liberté d'appréciation des médecins du travail est limitée car, comme l'a indiqué Mme Mélissa Ménétrier, « *quand nous apposons une mention autre que "apte", il est tout simplement mis fin à la mission de l'intéressé* » ⁽⁵⁾.

(1) Table ronde de représentants de structure de recherche dans le domaine de la santé au travail, 24 mai 2018, compte rendu n° 15.

(2) Audition de Mme Mélissa Ménétrier, secrétaire générale adjointe du SNPST et de Mme Nadine Rauch, présidente GIT France, 12 avril 2018, compte rendu n° 11.

(3) Depuis la réforme de la médecine du travail de 2011-2012, les visites médicales sont normalement réalisées par le SST de l'entreprise de travail temporaire, mais le code du travail prévoit que celle-ci peut se tourner aussi vers : 1/ un SST interentreprises proche du lieu de travail du salarié temporaire ; 2/ le SST autonome de l'entreprise utilisatrice auprès de laquelle est détaché le travailleur temporaire. Les entreprises de travail temporaire informent le médecin inspecteur du travail qui les suit de leur intention de recourir à cette faculté. Celles qui recourent effectivement à cette faculté communiquent au SST concerné les coordonnées de leur service de médecine du travail habituel afin de faciliter l'échange d'informations entre les deux services dans le respect des obligations de confidentialité.

(4) Audition de Mme Mélissa Ménétrier, secrétaire générale adjointe du SNPST et de Mme Nadine Rauch, présidente GIT France, 12 avril 2018, compte rendu n° 11.

(5) Audition de syndicats représentatifs au sein du corps de l'inspection du travail, 31 mai 2018, compte rendu n° 16.

II. DE MEILLEURS OUTILS DE PRÉVENTION POUR VISER L'ÉLIMINATION DES MALADIES PROFESSIONNELLES DANS L'INDUSTRIE

Il est nécessaire de relier le constat et la prise en charge des maladies professionnelles à une action de prévention correctrice et de donner des outils à de véritables culture et politique de prévention au sein de l'entreprise industrielle

Il apparaît que le système de prévention des risques professionnels repose trop largement sur la réparation des dommages. Pour le rendre plus efficace, il faut améliorer la traçabilité des expositions passées, articuler mieux les actions de prévention au poste de travail et la reconnaissance d'une maladie professionnelle, et construire des outils permettant de faire émerger une véritable culture de la prévention au sein de l'entreprise.

A. CONNAISSANCE DES RISQUES, TRAÇABILITÉ DES EXPOSITIONS ET AJUSTEMENT DES RESPONSABILITÉS, SOCLES D'UNE PRÉVENTION PLUS AMBITIEUSE

Même fondé essentiellement sur la réparation, le système de prévention des risques professionnels est un acquis social indéniable. Cependant, il n'est pas optimal, du fait d'une certaine dilution des responsabilités.

Un premier chantier consisterait ainsi – sur la base d'une connaissance des risques toujours mieux établie – à rénover le système de traçabilité des expositions et à ajuster le principe d'imputabilité aux configurations actuelles du monde du travail.

1. Approfondir la connaissance des risques et des expositions est un préalable indispensable au déploiement d'actions de prévention efficaces

La France a mis en œuvre depuis plusieurs années des études épidémiologiques d'ampleur, la plus importante étant l'enquête SUMER.

a. L'enquête SUMER, un premier constat de l'exposition aux risques professionnels

L'enquête Surveillance médicale des expositions des salariés aux risques professionnels (SUMER) a déjà été réalisée à quatre reprises par des médecins du travail, sous l'égide de la DARES, de la DGT et de l'IMT, comme cela a été indiqué dans la première partie, en 1994, en 2002-2003, en 2009-2010 et en 2016-2017 ⁽¹⁾. D'une période à l'autre, son champ s'est élargi et son questionnement

(1) Il est prévu que la publication des résultats de l'enquête 2016-2017 s'effectue progressivement en 2018 et 2019. À la date de rédaction du présent rapport, les derniers résultats disponibles sont ceux de l'enquête 2009-2010.

s'est enrichi. La forte mobilisation et la qualité de l'expertise des médecins enquêteurs ont contribué à faire de cet outil une base de données essentielle au niveau tant national qu'europpéen.

L'enquête SUMER doit permettre à l'État et aux partenaires sociaux de mieux cibler une politique du travail et de prévention. La répétition de l'enquête au fil du temps permet d'évaluer les effets de ces politiques de prévention et d'observer l'émergence de nouveaux risques. Dans le dispositif public d'observation du travail, l'enquête SUMER a une place spécifique puisque les médecins du travail volontaires, grâce à leur expertise, peuvent faire un relevé très fin des expositions, notamment physiques, chimiques et biologiques. L'enquête permet ainsi de décrire, pour les 23 millions de salariés ou agents des secteurs public et privé actifs en France, plus de 300 expositions ou situations de travail, ainsi que les dispositifs de prévention mis en place dans les entreprises et le ressenti des salariés ou agents vis-à-vis de leur travail.

Deux questionnaires sont remplis : un questionnaire principal rempli par le médecin, décrit les contraintes organisationnelles, les ambiances et contraintes physiques, les risques chimiques et biologiques ; un autoquestionnaire proposé aux salariés ou agents leur demande de décrire de façon détaillée le travail tel qu'il est perçu – notamment les risques organisationnels et psychosociaux ou la reconnaissance au travail – et inclut des éléments sur la santé perçue, les accidents du travail et la violence au travail. En 2016-17, l'autoquestionnaire comportait également des questions portant sur le sens du travail et la conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle.

b. Le Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles, un premier réseau de vigilance et de détection des postes à risques

Le Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (rnv3p) est un réseau de professionnels de la santé au travail qui regroupe les 30 centres de consultation de pathologie professionnelle (CCPP) de France métropolitaine (situés pour la plupart dans les centres hospitaliers universitaires) et de six services de santé au travail associés au réseau (SST). Géré par l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES), le réseau a pour vocation d'enregistrer les données des consultations issues des CCPP et les nouveaux problèmes de santé au travail diagnostiqués par les SST au sein d'une base de données nationale (données démographiques du patient, pathologies, expositions, secteur d'activité, profession). Après investigation, les médecins experts des CCPP établissent le lien éventuel entre la ou les expositions professionnelles et la pathologie ayant motivé la consultation (cette imputabilité est enregistrée dans la base).

Le rnv3p a vocation à :

- améliorer et harmoniser les pratiques de diagnostic des pathologies liées au travail et à l’environnement ;

- repérer les risques émergents ou ré-émergents en santé au travail ;

- repérer, décrire et prévenir les situations professionnelles à risque sanitaire en France.

Le rnv3p a également pour vocation de :

- permettre les échanges entre cliniciens et autres professionnels de la santé au travail ;

- aider à définir des actions prioritaires régionales ou nationales ;

- guider les choix en matière d’évaluation des risques, de prévention et de susciter des travaux de recherche.

Cette démarche de connaissance devrait cependant être renforcée par la réactivation d’une obligation légale de signalement des maladies à caractère professionnel, tombée en désuétude et compensée par des initiatives partielles, bien qu’intéressantes.

c. Revivifier et systématiser la déclaration des maladies à caractère professionnel par tout médecin en ayant connaissance

Pour permettre « *tant [...] la prévention des maladies professionnelles qu’une meilleure connaissance de la pathologie professionnelle et [...] l’extension ou [...] la révision des tableaux* », l’article L. 461-6 du code de la sécurité sociale impose à tout docteur en médecine qui peut en avoir connaissance, de déclarer tout symptôme d’imprégnation toxique et toute maladie ayant un caractère professionnel (MCP) et figurant sur une liste⁽¹⁾. Il doit également déclarer tout symptôme et toute maladie, non comprise dans la liste, mais présentant à son avis un caractère professionnel.

Les renseignements ainsi recueillis devraient permettre :

- de mieux connaître, à partir d’un cadre régional, les risques de pathologie professionnelle ;

- d’assurer en retour l’information du corps médical et des autres acteurs de la prévention ;

- de rechercher, le cas échéant, une modification de réglementation.

(1) Cette liste fait l’objet d’une annexe à l’article D. 461-1 du code de la Sécurité sociale pour le régime général.

Il s'agit en fait de réaliser, avec de nombreux autres acteurs de la prévention des risques professionnels, un réseau de toxicovigilance et de vigilance industrielle, sur les mêmes principes que la pharmacovigilance.

Pourtant, dans les faits, cette obligation de signaler des maladies à caractère professionnelle n'est que très partiellement suivie.

Plusieurs raisons ont été évoquées à cette désaffection, notamment le fait que les médecins pouvaient être réticents à adresser leurs signalements, d'ordre médical, à l'inspecteur du travail, un non-médecin, chargé ensuite les transmettre à l'inspection médicale régionale du travail.

En effet, l'article L. 500 du code de la sécurité sociale créé par l'article 74 de la loi du 30 octobre 1946, devenu depuis la refonte du code en 1985 l'article L. 461-6, mentionnait que les signalements de MCP étaient « *adressés au ministre du Travail et de la Sécurité sociale par l'intermédiaire de l'inspecteur du travail ou du fonctionnaire qui en exerce les attributions en vertu d'une législation spéciale* ». La loi n° 76-1106 du 6 décembre 1976 a modifié ces dispositions en intégrant la notion de « *symptôme* » en plus de celle de « *maladie* » à caractère professionnel, mais perdant la précision du circuit des signalements, l'article se terminant dorénavant par cette phrase : « *La déclaration [de maladie à caractère professionnel] prévue aux deux alinéas précédents est établie et transmise selon des modalités fixées par voie réglementaire.* » Or, depuis cette date, aucun décret d'application n'est venu officialiser un autre circuit de signalement.

Dans les faits, l'obligation de signalement, inchangée depuis plus de quarante ans, semble être largement tombée en désuétude.

Une expérience pilote, menée il y a quelques années dans les Pays de la Loire, pour la mise en place d'un nouveau dispositif de signalement en lien avec l'Institut de veille sanitaire, a cependant donné des résultats intéressants ⁽¹⁾.

Depuis la fin des années 1980, l'inspection médicale du travail des Pays de la Loire a mis en place un suivi des signalements, avec un travail d'incitation et d'information constant auprès des médecins du travail. Le dispositif de signalement des MCP s'est trouvé modifié au plan méthodologique depuis 2003, dans le cadre d'une collaboration entre l'inspection médicale régionale du travail, le département Santé-Travail de l'Institut de veille sanitaire (InVS) et le CHU d'Angers. Au signalement tout au long de l'année est venue s'ajouter une « *Quinzaine des MCP* » (une semaine par semestre) visant à un signalement exhaustif et donnant lieu à la production de données épidémiologiques spécifiques. Durant ces deux semaines, les médecins du travail s'engagent à signaler toutes les MCP qu'ils constatent dans le cadre des visites médicales (quel que soit leur type). Le signalement se fait à partir d'une fiche de signalement

(1) Véronique Daubas-Letourneux, « Produire des connaissances en santé au travail à l'échelle régionale. Le signalement des maladies à caractère professionnel dans les Pays de la Loire », Revue française des affaires sociales, p. 213-235. <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2008-2-page-213.htm>.

s'inspirant de la fiche réalisée au préalable par l'inspection médicale des Pays de la Loire.

Cependant, une enquête menée en 2005 a montré également les limites du dispositif : 91% des médecins du travail interrogés ont répondu avoir connaissance de l'obligation légale de signalement des MCP ; dans les faits, en 1997, 77,3 % des signalements de maladies à caractère professionnel recensés dans les Pays de la Loire provenaient des médecins du travail, 20,6 % étaient le fait de médecins hospitaliers (plus particulièrement du service de pathologie professionnelle de Loire-Atlantique), 1,2 % seulement émanaient de médecins généralistes.

Parmi les réponses données quant à l'absence de signalement apparaissait notamment le souci de ne pas signaler un problème de santé qui ne serait pas uniquement lié au travail, expliquant pourquoi beaucoup de médecins préfèrent refuser de participer au dispositif.

La démarche a été poursuivie, sous l'égide de l'InVS et de l'Inspection médicale du travail et le dispositif de surveillance épidémiologique des MCP concernait 10 régions françaises en 2016 – des régions pouvant sortir du dispositif alors que d'autres y entrent.

Pour intéressante et utile que soit l'initiative des « Quinzaines », il apparaît nécessaire de réactiver un dispositif permanent de signalement des maladies à caractère professionnel par tous les docteurs en médecine qui en auraient connaissance.

Comme actuellement, il reviendrait à l'Agence Santé Publique France, qui a succédé à l'InVS, d'assurer la centralisation et la validation nationale des données et de favoriser leur exploitation aux fins de santé publique et de santé au travail.

Proposition n° 1	Réactiver l'obligation existante faite à tout médecin de signaler toute maladie pouvant avoir un caractère professionnel et confier à l'Agence Santé publique France la collecte et l'exploitation de ces données épidémiologiques.
-------------------------	--

d. Connaître plus précisément les risques, les expositions et leurs conséquences sanitaires potentielles

Face au développement de risques désormais mieux associés à un contexte professionnel, comme les risques psycho-sociaux, ou liés à une exposition à de nouveaux matériaux, il est nécessaire de mieux en connaître l'ampleur et les conséquences sur la santé des travailleurs exposés.

L'inventaire des agents chimiques cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction (CMR), réalisé par l'INRS en 2005, estimait à 4,8 millions de tonnes la consommation annuelle de 324 agents CMR et de plusieurs centaines de

dérivés pétroliers utilisés en France. Il serait intéressant que cet inventaire soit actualisé, notamment dans la perspective d'un développement des études relatives aux multi-expositions et au caractère multifactoriel des risques.

Des études épidémiologiques devraient être consacrées à des populations particulièrement exposées, répliquant la démarche suivie par le Groupement d'intérêt scientifique sur les cancers d'origine professionnelle en Seine-Saint-Denis (Giscop 93) et l'Association médicale pour la prise en charge des maladies éliminables (APCME) sur des territoires limités. Le rapporteur se réjouit que des initiatives locales envisagent de répliquer cette démarche, en particulier dans le Vaucluse ⁽¹⁾.

S'agissant des cancers, ces études épidémiologiques devraient pouvoir s'appuyer sur un ensemble de registres de cancers plus développé qu'aujourd'hui. Les premiers registres français ont été créés à partir du milieu des années 1970 sur des initiatives individuelles, dans un double objectif de surveillance et de recherche. En 1986, la création du Comité national des registres (CNR), a permis d'inscrire les registres dans une politique nationale de santé publique et de recherche. Les registres des cancers généraux et spécialisés qualifiés par le CNR se sont regroupés en association en 1991 au sein du réseau Francim (France Cancer Incidence et Mortalité). Les registres des cancers assurent l'enregistrement exhaustif de nouveaux cas de cancers dans une zone géographique délimitée (en général le département) et couvrent environ 20% de la population française. Leurs données sont centralisées au sein d'une base de données commune gérée par le service de biostatistique des Hospices civils de Lyon.

Bien sûr, les registres ne sont pas directement des instruments de lutte contre les pathologies professionnelles : les données qu'ils recueillent sont pour l'essentiel des données dites « démographiques » (identité, date de naissance, sexe, etc.) et des informations relatives à la tumeur (date d'incidence, base de diagnostic, siège de la tumeur, nature (primitive ou secondaire), morphologie (histologie), comportement, etc.). En ce sens, la demande de Mme Annie Thébaud-Mony, sociologue, directrice de recherche à l'Institut national de santé et de recherche médicale (INSERM), membre du Giscop 93, est peut-être trop ambitieuse à court terme : « *Idéalement, il serait nécessaire de mettre en place dans chaque département un registre des cancers où seraient reconstitués les parcours professionnels et l'histoire résidentielle de chaque patient. Cela permettrait de mieux identifier les activités professionnelles conduisant à ces cancers et les lieux de travail à l'origine de risques environnementaux, mais aussi les inégalités face aux risques, qu'elles soient liées à la sous-traitance, au genre ou à la précarisation.* » Cependant, il serait nécessaire que la France s'engage résolument dans la voie d'une couverture intégrale du territoire par des registres de cancers, constitués par exemple dans le ressort du département ; ces registres permettraient de mettre à la disposition des chercheurs les données médicales

(1) Table ronde de représentants de structure de recherche dans le domaine de la santé au travail, 24 mai 2018, compte rendu n° 15.

indispensables à la réalisation d'études spécialisées, notamment dans le domaine des pathologies professionnelles. Comme l'a dit M. William Dab, titulaire de la chaire Hygiène et Sécurité du laboratoire de modélisation et surveillance des risques pour la sécurité sanitaire (MESuRS) du Conservatoire national des arts et métiers (CNAM), « *les registres de cancers pourraient servir de laboratoires pour généraliser la recherche de l'imputabilité des expositions professionnelles* »⁽¹⁾.

Proposition n° 2 Mettre en place des études épidémiologiques portant sur des populations de salariés à risque.

Proposition n° 3 Achever la couverture de la population française par le réseau des registres de cancers départementaux

Dans le même temps, il apparaît que la production de nouveaux matériaux et la multiplication des postes de travail atypiques nécessite de renforcer la recherche publique en matière de conséquence à l'exposition à certains risques. Il est nécessaire de mieux cerner les effets et les valeurs dangereuses de certaines expositions, en particulier aux substances CMR, sans pour autant négliger les RPS et les nanomatériaux.

Afin de coordonner ces recherches, les missions du réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (rnv3p) pourraient être étendues pour faire d'un outil de recherche un réseau de recherche. Il conviendrait également d'élargir les données recueillies à l'ensemble des SST du territoire.

Dans ce cadre, le rapporteur considère qu'il convient de donner vie à une très intéressante proposition faite par M. William Dab⁽²⁾. Celui-ci souhaite que soit mise en place une école nationale de santé au travail, qui puisse proposer des formations mais qui surtout soit « *un lieu de coordination, qui identifie les besoins de formation et de recherche et qui aille chercher les compétences dans les universités, les facultés de médecine existantes, les laboratoires et les agences* ».

Comme M. Dab, le rapporteur souligne que cette « école » a vocation à être incarnée comme un centre d'impulsion au format léger et non comme une école au sens classique du terme, organisée sous forme d'un établissement d'enseignement supérieur doté d'organes de direction, d'un budget et d'un patrimoine propres.

(1) Table ronde de représentants de structure de recherche dans le domaine de la santé au travail, 24 mai 2018, compte rendu n° 15.

(2) Table ronde de représentants de structure de recherche dans le domaine de la santé au travail, 24 mai 2018, compte rendu n° 15.

Proposition n° 4 À partir du réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (rnv3p), créer une école nationale de santé au travail, fédérant et finançant les recherches sur les conséquences de l'exposition aux risques professionnels, pour accroître la visibilité de la recherche en santé au travail et faciliter la diffusion des connaissances.

e. Connaître plus finement les doses de produits dangereux auxquels sont exposés les travailleurs et, pour les risques chimiques, adapter les valeurs limites d'exposition

• Sur le terrain, les salariés et leurs représentants au sein des CHSCT sont souvent confrontés à une absence de mesure de l'exposition réelle à un ou des produits dangereux, que ce soit dans les locaux ou à proximité des rejets d'un site industriel. Une telle méconnaissance est très préjudiciable à la protection individuelle du travailleur comme à la production de données utiles à la recherche en santé publique et en santé au travail.

La directive 2008/1/CE du Parlement européen et du Conseil du 15 janvier 2008 relative à la prévention et à la réduction intégrées de la pollution, dite « IPPC » (*Integrated Pollution Prevention and Control*), affiche l'objectif, au travers d'une approche intégrée de la prévention et de la réduction de la pollution, d'assurer un niveau élevé de protection de l'environnement dans son ensemble, examiné sous l'angle des enjeux de la santé humaine, des biens matériels, de la qualité, de l'agrément et des utilisations légitimes de l'environnement.

Cette directive liste précisément les catégories d'activités industrielles soumises à ses dispositions.

Les prescriptions associées aux autorisations d'exploiter les établissements réalisant ces activités doivent être périodiquement réexaminées. Elles doivent imposer des mesures de prévention et de réduction de la pollution respectueuses de la sensibilité des milieux récepteurs et conformes aux performances permises par l'application des meilleures techniques disponibles économiquement acceptables au sein de chaque secteur d'activité. Les meilleures techniques disponibles et les niveaux de performance associés sont répertoriés dans des documents de référence européens dits « BREF » (*Best REferences*), rédigés et mis à jour collégalement par les États membres et les représentants des secteurs industriels concernés.

La directive 2010/75/UE du Parlement européen et du Conseil du 24 novembre 2010 relative aux émissions industrielles (prévention et réduction intégrées de la pollution), dite « IED », est entrée en vigueur le 7 janvier 2013 et a été transposée en droit français le 2 mai 2013. Les dispositions du chapitre II de la directive IED refondent celles de la directive IPPC. Les deux évolutions majeures introduites par ce nouveau texte sont, d'une part, la formalisation beaucoup plus

stricte de l'opposabilité des meilleures techniques disponibles (MTD) et, d'autre part, un réexamen périodique des prescriptions d'exploitation des établissements commandé par l'évolution des documents de référence appelés « conclusions sur les MTD ». La directive IED prévoit également des dispositions concernant l'état des sols en lien avec la cessation d'activité, les visites d'inspection et l'implication du public. De nouvelles activités entrent dans son champ d'application, notamment le traitement chimique du bois, la fabrication de panneaux de bois, certaines activités concernant les déchets non-dangereux, etc. La transposition en droit français de la directive IED a modifié le code de l'environnement et mis la nomenclature des installations classées en correspondance directe avec la liste des catégories d'activités industrielles soumises à la directive.

Dans ce cadre, les directions régionales de l'environnement, de l'aménagement et du logement (DREAL) sont chargées de la réglementation et contrôle des installations classées pour la protection de l'environnement (ICPE). Elles peuvent être amenées à faire des mesures des rejets dans l'atmosphère, mais doivent le plus souvent se contenter de vérifier les données fournies par l'entreprise.

Afin que l'impact sur l'environnement, la santé publique et la santé au travail repose sur des données incontestables, il serait utile qu'un service public commun de mesure et de toxicologie soit mis en place auprès des DREAL pour objectiver les données qui servent à contrôler l'exposition, disposant du droit d'entrer sur les sites de production industriels afin d'effectuer des mesures et de parfaire sa connaissance des sources et des expositions à des polluants, et par là même la connaissance publique.

Une exigence est en train de s'imposer, qui consiste à conforter le lien entre l'usine et son environnement et à connecter les données de santé au travail et celles de santé environnementale. Les deux questions, bien que distinctes, ne peuvent s'ignorer et le respect de la santé des travailleuses et travailleurs a bien souvent un impact direct sur les nuisances que l'unité de production peut provoquer autour d'elle. La notion d'exposome est en train de faire son chemin, permettant de mieux comprendre les mécanismes à l'œuvre. Or, une entreprise, qui plus est industrielle, exploitant des ressources et transformant la matière, doit nécessairement répondre de sa pratique sociale et environnementale devant la société. L'existence d'initiatives telles des comités de suivi citoyens associant la population et différents acteurs du territoire concernés, leur permettant de mieux appréhender les enjeux de la production industrielle et ses conséquences, est un élément important qui peut favoriser utilement l'intégration des enjeux de santé au travail dans le paysage d'une action de santé plus globale.

<p>Proposition n° 5 Créer un service public commun de mesure et de toxicologie auprès des DREAL pour objectiver les données, disposant du droit d'entrer sur les sites de production industriels afin d'effectuer des mesures.</p>

- Une fois récoltées des données solides sur les expositions effectivement subies par les salariés et documentées les conséquences sanitaires sur le long terme, il pourra apparaître – pour les risques chimiques – que les valeurs limites d'exposition professionnelle devraient être revues.

Certaines activités professionnelles exposent les travailleurs à des substances en suspension dans l'atmosphère (gaz, vapeurs, aérosols, etc.) qui peuvent être dommageables pour leur santé. Pour prévenir la survenue de pathologies d'origine professionnelle dues à l'exposition à ces polluants, il faut réduire le plus possible l'exposition et fixer une limite à celle-ci : c'est l'objet des valeurs limites d'exposition professionnelle (VLEP).

La définition de la VLEP donnée par l'article R. 4412-4 du code du travail reprend la définition fixée au niveau européen. Il s'agit de la limite de la moyenne, pondérée en fonction du temps, de la concentration d'un agent chimique dangereux dans l'air de la zone de respiration d'un travailleur au cours d'une période de référence déterminée. La période de référence est soit de 8 heures (VLEP 8 heures), soit de 15 minutes (VLEP court terme).

On considère que l'établissement des VLEP vise à fixer des limites pour l'exposition par inhalation telle que cette exposition, même répétée régulièrement tout le long de la vie professionnelle, n'entraîne à aucun moment d'effet néfaste pour la santé des travailleurs.

Ainsi, les valeurs limites constituent un élément important d'une politique plus large de prévention des risques et présentent l'avantage de fournir un repère chiffré, objectif en vue d'une protection minimale de la santé. Elles permettent de faire progresser la notion complexe du risque chimique, de son contrôle et de la prévention. Les valeurs limites d'exposition professionnelle servent de référence dans l'évaluation de l'exposition des travailleurs aux polluants présents dans l'atmosphère. Le mesurage des concentrations pour lesquelles il existe une VLEP est un indicateur essentiel de l'exposition professionnelle, ses résultats doivent donc être intégrés dans l'évaluation des risques et permettre de déterminer les mesures de prévention adéquates à mettre en œuvre.

Cependant, le respect des valeurs limites n'implique pas l'absence de risque. En effet :

- l'état des connaissances scientifiques est en perpétuelle évolution ;
- les difficultés liées à la fixation des VLEP ne sont pas parfaitement résolues, par exemple la transposition à l'homme des effets observés sur l'animal ;
- les valeurs ne sont valables que pour un produit unique ;
- seule la pénétration dans l'organisme par la voie respiratoire est prise en compte, alors qu'en situation de travail les voies cutanée et digestive peuvent également avoir un rôle ;

– pour certaines substances, comme la plupart des cancérigènes, la science n’a pas matérialisé de seuil en deçà duquel l’exposition ne présenterait plus aucun risque ;

– le contrôle des concentrations sur les lieux de travail peut être affecté par des marges d’erreur importantes.

C’est pourquoi, le respect des valeurs limites d’exposition, qui résultent de compromis sociaux, est une obligation nécessaire mais pas suffisante pour la prévention et la santé des salariés : il faut réduire l’exposition à un niveau aussi bas qu’il est techniquement possible ⁽¹⁾.

Plusieurs représentants de salariés ont néanmoins déclaré devant la commission d’enquête que les valeurs limites sont trop souvent prises par les employeurs comme des valeurs cible et non comme des valeurs plafond. De ce fait, ils cesseraient tout effort de prévention supplémentaire dès lors que le respect de la VLEP serait établi. Cela correspond à un détournement de l’esprit de la directive européenne 89/391/CEE du 12 juin 1989, concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l’amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail et de ses directives d’application, notamment la directive 2004/37/CE du 29 avril 2004, concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à l’exposition à des agents cancérigènes ou mutagènes au travail.

De tels comportements sont également peu compatibles avec les autres obligations qui pèsent sur l’employeur au regard de la réduction de l’exposition au risque chimique. Le code du travail établit très clairement que le respect des VLEP n’épuise pas le devoir de prévention de l’employeur : de nombreux articles l’invitent à « *supprimer* » ou à réduire « *au minimum* » le risque d’exposition, par exemple « *en réduisant au minimum le nombre de travailleurs exposés ou susceptibles de l’être, tout en tenant compte des risques encourus par un travailleur isolé* », « *en réduisant au minimum la durée et l’intensité de l’exposition* » ou « *en réduisant au minimum nécessaire la quantité d’agents chimiques présents sur le lieu de travail* ».

Les VLEP n’en sont pas moins un levier réel de prévention du risque – et une vraie contrainte pour l’employeur –, puisque leur dépassement oblige celui-ci à prendre immédiatement les mesures de prévention et de protection propres à assurer la protection des travailleurs – lorsqu’il s’agit d’une VLEP impérative – ou à procéder à l’évaluation des risques afin de déterminer des mesures de prévention et de protection adaptées – lorsqu’il s’agit d’une VLEP indicative. La simple existence d’une VLEP pour un agent chimique dangereux utilisé dans l’entreprise oblige l’employeur à faire procéder à des contrôles techniques par un organisme

(1) Cf. Directive 2004/37/CE du Parlement européen et du Conseil, du 29 avril 2004, concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à l’exposition à des agents cancérigènes ou mutagènes au travail ; Article R. 4412-69 du code du travail, relatifs aux expositions CMR : « Lorsque l’application d’un système clos n’est pas réalisable, l’employeur fait en sorte que le niveau d’exposition des travailleurs soit réduit à un niveau aussi bas qu’il est techniquement possible. »

accrédité, une fois par an et lors de tout changement susceptible d'avoir des conséquences néfastes sur l'exposition des travailleurs.

Les représentants de l'Union des Industries Chimiques ont confirmé, lors de leur audition, que « *la révision de la directive “cancérogènes et mutagènes” est largement engagée* »⁽¹⁾ et qu'il faut attendre de cette révision un abaissement de tout ou partie des VLEP. À cette occasion, le rapporteur appelle de ses vœux une offensive européenne portée par la France pour mettre à profit les dernières avancées de la science afin d'abaisser les VLEP à des niveaux assurant une protection sanitaire renforcée des travailleurs.

Proposition n° 6 Prendre des initiatives européennes pour œuvrer à l'abaissement des valeurs limites d'exposition professionnelle à des niveaux assurant une protection sanitaire renforcée des travailleuses et travailleurs.

À terme, il pourrait être imaginé qu'un indicateur évaluant le niveau d'abaissement des valeurs d'exposition professionnelle sous la limite puisse entrer en ligne de compte dans un dispositif de labellisation environnementale de la production industrielle.

f. Mieux exploiter les données de santé existantes

À partir des données de l'assurance-maladie, mais également des données qui pourraient être tirées de l'exploitation anonymisée des dossiers médicaux personnels de santé au travail, des études pourraient être réalisées sur une base locale ou nationale, domaine dans lequel la France présente un certain retard⁽²⁾.

Un Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM) a été créé par la loi de financement de la sécurité sociale de 1999. Il est organisé autour d'une base de données nationale alimentée par les organismes d'assurance maladie. Sa gestion a été confiée à la CNAM, sous la supervision de la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

Cette base de données représente, selon la Cour des comptes, « *une base exceptionnelle par son exhaustivité, sa richesse et sa finesse d'informations, qui n'a pas d'exemple dans le monde, et aux potentialités considérables en matière de santé publique, de recherche, d'efficience du système de soins et de maîtrise des dépenses* »⁽³⁾.

(1) Audition de représentants de l'Union des industries chimiques (UIC), 23 mai 2018, compte rendu n° 14.

(2) Cour des comptes, Les données personnelles de santé gérées par l'assurance maladie : une utilisation à développer, une sécurité à renforcer, *Communication à la commission des affaires sociales et à la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale*, mars 2016.

(3) Cour des comptes, Les données personnelles de santé gérées par l'assurance maladie : une utilisation à développer, une sécurité à renforcer, *Communication à la commission des affaires sociales et à la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale*, mars 2016.

L'article 193 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a introduit dans le code de la santé publique un titre consacré à la « *mise à disposition des données de santé* », qui refond la gestion des données de santé et élargit leur mise à disposition.

Ce titre nouveau crée un Système national des données de santé (SNDS), qui regroupe les données issues du SNIIRAM, celles générées par le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et celles du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDC), et qui prévoit, dans un avenir proche, d'intégrer des données médico-sociales de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et un échantillon représentatif des données de remboursement des organismes complémentaires.

La réforme s'est accompagnée de la mise en place d'un Institut national des données de santé (INDS) succédant à l'actuel groupement d'intérêt économique « Institut des données de santé (GIP-IDS) » créé en 2007. Cet organe à compétence nationale regroupe aussi bien des acteurs privés que publics du secteur de la santé. Au nombre de ses membres on compte notamment l'État, les caisses nationales d'assurance maladie, l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) et l'Union nationale des professionnels de santé (UNPS), l'Union nationale des régimes spéciaux (UNRS), Unicancer et la CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie).

Ses principales missions sont d'assurer la cohérence et la qualité des systèmes d'information utilisés pour la gestion du risque maladie, de veiller à la mise à disposition de ses membres et autres organismes, désignés par décret en Conseil d'État, des données issues des systèmes d'information à des fins de gestion du risque maladie ou pour des préoccupations de santé publique, tout en garantissant l'anonymat de ces dernières.

Deux décrets n° 2016-1871 et n° 2016-1872 du 26 décembre 2016 ont précisé les modalités de traitement de données à caractère personnel issues du SNDS ainsi que le rôle joué par la CNIL.

Le premier décret reprend les six finalités du dispositif inscrites dans la loi : information du public ; définition, mise en œuvre et évaluation des politiques de santé ; connaissance des dépenses ; information des professionnels et établissements de santé ; surveillance et sécurité sanitaires ; recherche, études, évaluation et innovation.

Ces données « *portent sur la totalité des bénéficiaires de l'assurance maladie* » et sont conservées pendant une durée de 19 ans en plus de l'année au cours de laquelle elles ont été recueillies, avant d'être archivées pour une durée supplémentaire de 10 ans.

Le décret prévoit aussi la constitution de jeux de données anonymes gratuits accessibles en *open data*, des jeux de données agrégées et semi-agrégées « *adaptés à différents types de recherche, d'étude ou d'évaluation* » et des

« échantillons généralistes des données des bénéficiaires de l'assurance maladie », comme celui qui était auparavant constitué à partir du SNIIRAM, pour faciliter le suivi de la consommation de soins. Un nombre défini et limité d'institutions actives dans le domaine de la santé ainsi que quelques autres institutions publiques auront un accès à l'ensemble des données ainsi qu'aux échantillons généralistes.

Les données du SNDS sont une source majeure d'informations susceptibles d'être valorisées dans le cadre d'études de santé publique ou de santé au travail. Il est donc important de capitaliser sur cette richesse, se fondant sur une transformation profonde du système de santé grâce à l'analyse des données de santé et le développement de l'intelligence artificielle.

L'Agence Santé publique France a commencé à exploiter ces données : *« Il s'agit d'un métier classique de surveillance, à travers les déclarations obligatoires, les enquêtes que nous menons régulièrement et l'analyse des bases de l'assurance maladie, c'est-à-dire du système national des données de santé (SNDS). Nous surveillons par exemple le mésothéliome – dont vous connaissez le lien avec l'exposition à l'amiante –, de nombreux cancers, les maladies respiratoires, les maladies neurodégénératives – dont la maladie de Parkinson, pour laquelle des liens ont été trouvés avec l'exposition à certains pesticides de la viticulture. Nous produisons également régulièrement, grâce à nos enquêtes sur les maladies à caractère professionnel, des données de cadrage sur le burn-out, l'asthme ou les troubles musculo-squelettiques (TMS). En revanche, nous n'effectuons pas de surveillance des maladies professionnelles, puisque ceci relève des prérogatives de la direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES). Pour autant, nous sommes capables, grâce aux informations fournies par nos enquêtes de maladies à caractère professionnel et aux données du SNDS, d'estimer la sous-déclaration de maladies professionnelles, qui est assez considérable. »*⁽¹⁾

Il semble ainsi possible de développer des études plus approfondies sur les maladies professionnelles en utilisant de manière plus systématique les données du SNDS, en lien avec des ensembles de données proprement médicales, puisque la majeure partie des données du SNDS est d'ordre médico-administratif.

Proposition n° 7	Mieux exploiter les données issues de l'assurance-maladie et des futurs dossiers médicaux personnels de santé au travail.
-------------------------	--

(1) Audition de Santé publique France, 5 avril 2018, compte rendu n° 9.

2. Il est nécessaire de mettre en place une véritable traçabilité de l'activité professionnelle et des expositions des salariés

Les auditions de la commission d'enquête ont montré la difficulté de reconstituer les expositions passées et le fossé existant entre la médecine de ville et la médecine du travail.

a. Un dispositif de recensement des risques et de traçabilité des expositions qui devrait être mieux structuré

Différents documents sont prévus par le code du travail pour assurer la traçabilité de certaines informations au regard de l'obligation de prévention des risques professionnels. Ces informations ont des finalités diverses, notamment dans le cadre du suivi médical des travailleurs, du suivi des vérifications et contrôles effectués sur les équipements mis à leur disposition, ou des visites des organes de contrôle.

Deux documents ont une vocation d'analyse globale des risques dans l'entreprise. D'une part, la fiche d'entreprise prévue par les articles R. 4624-37 à R. 4624-41 du code du travail, qui est établie par la médecine du travail lorsqu'il n'existe pas de service autonome au sein de l'entreprise. M. Nicolas Le Bellec, directeur général de l'Association interprofessionnelle des centres médicaux et sociaux de santé au travail de la région Île-de-France (ACMS), a insisté sur le caractère fondamental de cet instrument : « *Ce document est vraiment le point de départ de la prévention. Lorsqu'une entreprise adhère à un SSTI, celui-ci a l'obligation, dans l'année qui suit l'adhésion, d'élaborer une fiche d'entreprise, permettant d'identifier les risques, leur nature, leur localisation, leur importance, de déterminer les actions de prévention nécessaires et de faciliter leur mise en œuvre.* » Mais, comme souvent en matière de santé au travail, c'est la mise en œuvre qui pêche : « *aujourd'hui, ce document n'est réalisé que pour une entreprise sur deux en France. Sa trame n'a en outre pas été actualisée par la direction générale du travail (DGT) depuis 1989, ce qui a conduit les SSTI à aménager le document à leur convenance* »⁽¹⁾.

D'autre part, établi par l'employeur au titre de son obligation générale de prévention, le « document unique d'évaluation des risques » prévu par les articles R. 4121-1 à R. 4121-4 a vocation à transcrire les résultats de l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs à laquelle l'employeur est tenu en application de l'article L. 4121-3. Les personnes auditionnées par la commission ont toutes estimé que le principe du document unique, introduit en 2001, est une réelle avancée en matière de prévention des risques. Comme l'a souligné M. François Blanchard, ingénieur-conseil régional de la Caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France (CRAMIF), le document unique a vocation à permettre à l'employeur de « *construire un plan d'action pour réduire les risques identifiés comme prioritaires* »⁽²⁾.

(1) Audition de services de santé au travail interentreprises, 22 mars 2018, compte rendu n° 5.

(2) Audition de la CRAMIF, 18 avril 2018, compte rendu n° 12.

Cependant, au-delà même des habituels tempéraments apportés par le décalage entre le dispositif prévu par la réglementation et les conditions réelles de sa mise en œuvre sur le terrain, M^e Camille Pradel a relevé que, bien que le document unique ait un rôle « *central* », la réglementation de la santé au travail se réfère au même concept : le poste de travail, mais « *ne fait pas le lien* » entre la référence au poste de travail tel qu'il est défini dans le document unique et l'élaboration des autres documents qu'elle requiert (fiches de poste pour les risques CMR, etc.). L'article R. 4121-1 retient en effet la notion d'« *unité de travail* », et non celle de « poste de travail », comme maille élémentaire de l'analyse des risques dans le document unique. M^e Pradel a suggéré que « *peut-être, demain, la réglementation pourrait-elle se référer expressément à la notion de poste de travail, sous-jacent commun à tous les documents. [...] Cela permettrait de renforcer la sécurité et, peut-être, de tirer les conséquences de la pratique consistant à réaliser une nomenclature des postes. Si vous lisez les développements du code du travail liés au [document unique], vous constaterez qu'il n'y a pas vraiment de précisions. C'est dommage : il faudrait prendre les entreprises par la manche dans cette affaire et dicter la manière de rédiger le document unique de façon à atteindre les objectifs souhaités par le législateur.* »⁽¹⁾

Le rapporteur rappelle que, pour certains risques ou certaines catégories de salariés, l'employeur est tenu de constituer des fiches qui permettront d'analyser les risques et d'assurer la traçabilité des expositions. Ces fiches présentent un intérêt pour le travailleur et son employeur, mais également pour les services de santé au travail et les organes de contrôle.

De même, l'employeur doit tenir des registres afin de garder trace de certaines informations essentielles pour la prévention des risques professionnels, notamment relatives à des situations dangereuses ou aux vérifications et contrôles. La tenue de ces registres permet aux acteurs de la vie sociale de l'entreprise d'assurer un suivi, et permet également à l'inspection du travail de s'assurer du respect des obligations prévues par les textes.

L'image qui ressort de ce tableau est celle d'un système à la fois un peu foisonnant et insuffisamment structuré. Le poste de travail disparaît parfois, alors qu'il est le lieu où se crée le risque et où est mise en œuvre la démarche de prévention. Il conviendrait de remettre le poste de travail au cœur du dispositif réglementaire de prévention et d'en faire le socle autour duquel serait construit le document unique et les autres documents généraux. Cette logique ne prendrait tout son sens qu'à condition de poser également l'obligation d'établir, pour chaque poste exposant à des risques de maladies professionnelles, une fiche de risques construite sur le modèle de celle prévue à l'article R. 4412-39 du code du travail pour les agents chimiques dangereux, qui récapitulerait risques professionnels, expositions et mesures de prévention et de protection propres à ce poste. Le rapporteur est conscient qu'en faisant cette proposition, il réouvre le débat qui a

(1) *Audition de membres du cabinet Pradel, 11 avril 2018, compte rendu n° 10.*

entouré la réforme du dispositif de prise en compte de la pénibilité ; au vu des éléments apportés dans les auditions, il est convaincu que cette démarche permettra des réelles avancées en matière de prévention des risques et de santé au travail.

Corrélativement, pour faire du document unique – instrument de prévention à caractère collectif mais « figeant » en une sorte de photographie l'état instantané des risques dans l'entreprise – un outil utile à la traçabilité du risque individuel sur l'intégralité du parcours professionnel, il conviendrait de réfléchir à un dispositif permettant d'en « historiciser » les évolutions à des fins d'archivage et d'exploitation différée.

Proposition n° 8 Réorganiser la réglementation de la santé au travail autour de la notion de « poste de travail », en veillant à la cohérence des documents exigés de l'employeur.

Proposition n° 9 Imposer, pour chaque poste exposant à des risques de maladies professionnelles, l'élaboration d'une fiche de risques récapitulant l'ensemble des risques professionnels, expositions et mesures de prévention et de protection propres à ce poste.

Proposition n° 10 Prévoir un dispositif public pour l'archivage des documents uniques de prévention des risques, en vue de faciliter la traçabilité des risques au niveau individuel sur l'intégralité d'un parcours professionnel.

b. Des informations qui doivent être plus facilement exploitables hors de l'emploi occupé

Les documents relatifs à l'évaluation et à la prévention des risques sont soit remis au salarié, soit consultables par lui, les professionnels de santé, les instances de représentation du personnel ou les autorités de contrôle. Cependant, **ces documents sont attachés à un emploi et non à un parcours professionnel** ; ils sont donc éclatés entre les différents employeurs et les différents services de santé au travail successifs dont le salarié a pu relever au cours de sa carrière. Or, dans le monde du travail actuel, la santé du travailleur doit être considérée plus comme une résultante des risques auxquels il est exposé du fait de son parcours professionnel que comme une conséquence des seuls risques auxquels il est exposé dans l'emploi actuellement occupé.

Le dispositif de suivi sanitaire individuel du salarié est néanmoins resté figé dans un modèle adapté au temps où les carrières étaient bien plus linéaires qu'aujourd'hui. L'article L. 4624-8 du code du travail prévoit en effet qu'« *un dossier médical en santé au travail, constitué par le médecin du travail, retrace dans le respect du secret médical les informations relatives à l'état de santé du travailleur, aux expositions auxquelles il a été soumis ainsi que les avis et*

propositions du médecin du travail, notamment celles formulées en application des articles L. 4624-3 et L. 4624-4. Ce dossier ne peut être communiqué qu'au médecin de son choix, à la demande de l'intéressé. En cas de risque pour la santé publique ou à sa demande, le médecin du travail le transmet au médecin inspecteur du travail. Ce dossier peut être communiqué à un autre médecin du travail dans la continuité de la prise en charge, sauf refus du travailleur. Le travailleur, ou en cas de décès de celui-ci toute personne autorisée par les articles L. 1110-4 et L. 1111-7 du code de la santé publique, peut demander la communication de ce dossier. »

La loi fait, certes, référence à un principe de « *continuité de la prise en charge* » mais, d'une part, celle-ci est facultative en ce que la communication du DMST à un autre médecin du travail est possible, mais pas obligatoire, et, d'autre part, elle reste conditionnée à l'acceptation du travailleur. La loi organise donc, non pas la continuité du suivi médical tout au long du parcours professionnel, mais au contraire sa fragmentation. Une telle fragmentation est particulièrement préjudiciable à la protection de la santé pour les risques à manifestation différée, comme ceux susceptibles de causer des cancers.

Par ailleurs, l'arrêté du 24 juin 1970 fixant les modèles de dossier médical et de fiche de visite du travail a été abrogé dans le cadre de la réforme de la fiche d'aptitude de 2013. La seule base réglementaire applicable aujourd'hui repose sur les recommandations de bonnes pratiques de la Haute autorité de santé (HAS) sur le dossier médical en santé au travail de janvier 2009⁽¹⁾, qui ont valeur réglementaire⁽²⁾. Les recommandations portent sur la définition et les objectifs du DMST, le contenu et la tenue du DMST, en demandant notamment de garantir la confidentialité des données, l'utilisation des thésaurus pour les emplois (secteur d'activité, profession), les nuisances professionnelles et les données de santé et le recours à des solutions informatiques. Cependant, elles ne prévoient pas la possibilité d'utiliser le numéro d'inscription au répertoire des personnes physiques (dit « numéro de sécurité sociale » ou NIR) pour pouvoir retrouver les dossiers ouverts pour une même personne.

Cependant, comme les auditions des représentants de la médecine du travail l'ont montré⁽³⁾, les solutions présentes sur le marché ne proposent pas de thésaurus exhaustifs et universellement acceptés et de solutions d'interopérabilité. Mme Mélissa Ménétrier, secrétaire générale adjointe du syndicat national des professionnels de la santé au travail (SNPST), a ainsi indiqué que « *dans les services médicaux interentreprises, le recours aux dossiers médicaux informatisés se développe de plus en plus mais le problème est qu'ils sont construits à partir de logiciels de comptabilité. La partie rattachée au dossier médical n'est pas toujours bien faite. Les risques chimiques notamment sont difficiles à prendre en*

(1) http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-03/rbpp_-_dossier_medical_en_sante_au_travail_-_recommandations.pdf

(2) La valeur réglementaire des recommandations de bonnes pratiques de la HAS a été établie par un arrêt du Conseil d'État (CE 27 avril 2011, requête n° 3343962).

(3) Auditions des 15 et 22 mars 2018, comptes rendus n° 2 et n° 5.

compte car les thesaurus disponibles pour les décrire sont très rigides. Quand un produit n'y figure pas, il faut l'inscrire dans une partie laissée libre. Cela nous oblige à avoir une approche simplifiée de la traçabilité alors qu'elle devrait être détaillée. »⁽¹⁾

En cas de changement de service de santé au travail, le contenu du DMST reste donc archivé au sein du SST initial et n'est pas exploitable – ou très difficilement – par un autre SST.

c. Un dispositif qui devrait mieux communiquer avec la médecine de ville, notamment pour garantir l'effectivité du droit à un suivi post-professionnel

Lorsque le salarié consulte en médecine de ville pour une pathologie, il ne dispose pas de l'ensemble des informations qui permettraient au médecin soit d'être vigilant vis-à-vis de risques particuliers, soit d'identifier précisément la cause d'une pathologie pour faciliter le retour à la pleine santé.

L'exemple le plus frappant concerne le suivi post-professionnel, mis en place par le décret n° 93-644 du 26 mars 1993 et l'arrêté du 28 février 1995.

Les obligations prévues pour mettre en place un suivi post-professionnel

Le suivi post-professionnel est un droit des travailleurs et des anciens travailleurs, pris en charge à 100 % par la sécurité sociale. Il a pour objectif de permettre le dépistage et la prise en charge des pathologies en rapport avec l'activité professionnelle passée.

Les obligations de l'employeur sont de deux ordres : au cours de la vie professionnelle, il faut repérer et analyser les risques ; à la fin de l'activité professionnelle, il faut donner les informations et délivrer les attestations qui permettront le suivi post-professionnel.

L'employeur doit ainsi :

- déclarer à la caisse primaire d'assurance maladie et à l'inspecteur du travail les procédés de travail susceptibles de provoquer les maladies professionnelles mentionnées à l'article L. 461-2 du code de la sécurité sociale (article L. 461-4) ; le défaut de déclaration peut être constaté par l'inspecteur du travail, qui doit en informer la caisse primaire ;
- évaluer les risques encourus par les salariés (article L. 4121-3 du code du travail) ;
- établir une fiche d'exposition et la communiquer au service de santé au travail (article L. 4121-3-1) ;
- communiquer les résultats au CHSCT et au médecin du travail (article R. 4412-9) ;
- indiquer dans le document unique d'évaluation des risques les risques et les moyens de prévention (article R. 4412-10) ;
- signaler à l'employé son exposition et ses risques (article R. 4412-38) ;

(1) *Audition de Mme Mélissa Ménétrier, secrétaire générale adjointe du SNPST, et de Mme Nadine Rauch, présidente GIT France, 12 avril 2018, compte rendu n° 11.*

– remettre une copie de la fiche d'exposition au travailleur (article L. 4121-3-1) à son départ de l'établissement, ou en cas d'arrêt de travail excédant une durée fixée par décret ou de déclaration de maladie professionnelle.

Les informations contenues dans ce document sont confidentielles et ne peuvent pas être communiquées à un autre employeur auprès duquel le travailleur sollicite un emploi. En cas de décès du travailleur, ses ayants droit peuvent obtenir cette copie.

Le médecin du travail doit :

– respecter les instructions techniques, précisant les modalités des examens médicaux (article R. 4412-9) ;

– avant l'affectation du salarié à des travaux exposant à des agents chimiques dangereux pour la santé, effectuer un examen médical préalable ;

– au cours de l'activité :

- constituer et tenir pour chaque travailleur exposé aux agents chimiques dangereux pour la santé, un dossier individuel contenant :

1° une copie de la fiche prévue à l'article L. 4121-3-1 ;

2° les dates et les résultats des examens médicaux complémentaires pratiqués ;

- déclarer toute pathologie ou tout symptôme qui présente à son avis un caractère professionnel (Art L 461-6 du code de la sécurité sociale) ;

– à la fin de l'exposition ;

- remplir une attestation d'exposition aux agents cancérogènes ou une attestation d'exposition aux agents chimiques dangereux et la remettre au salarié à destination du médecin référent ;

- conserver pendant 50 ans le dossier dans le service de santé au travail.

Le praticien (médecin traitant) doit :

– procéder aux examens cliniques et complémentaires prévus par les textes ;

– en cas de pathologie constatée :

- établir en triple exemplaire et remettre à la victime un certificat indiquant la nature de la maladie, notamment les manifestations mentionnées aux tableaux et constatées ainsi que les suites probables. deux exemplaires du certificat doivent compléter la déclaration mentionnée au premier alinéa dont la forme a été déterminée par arrêté ministériel ;

- déclarer toute pathologie ou tout symptôme qui présente à son avis un caractère professionnel (article L. 461-6 du code de la sécurité sociale) ;

À la fin de l'exposition au risque, le salarié doit :

– retirer auprès de son employeur et de son médecin du travail l'attestation d'exposition ;

– faire une demande de prise en charge au titre du suivi postprofessionnel à sa caisse primaire ;

– consulter son médecin traitant.

– en cas de dépistage d'une pathologie :

- la déclarer à la caisse primaire dans les délais réglementaires

- faire établir un certificat médical (en triple exemplaire) par son médecin traitant pour le joindre à sa déclaration.

Dans les faits, il apparaît que ce dispositif ne fonctionne pas. Les médecins traitants ne sont que très rarement sollicités pour effectuer le suivi post-professionnel, soit parce que le salarié n'a pas reçu d'attestation d'exposition, soit parce qu'il néglige de la présenter au médecin traitant.

Comme l'a déclaré M. Alain Bobbio, secrétaire national de l'Association nationale de défense des victimes de l'amiante (ANDEVA), « *le suivi médical post-professionnel reste donc l'exception. Dans un département fortement industrialisé comme la Seine-Saint-Denis, qui compte 1,5 million d'habitants, les examens de suivi médical post-professionnel réalisés chaque année ne dépassent pas quelques dizaines* »⁽¹⁾.

Or les conséquences des activités professionnelles ne peuvent rester ignorées par la médecine de ville. Comme l'a montré la première partie du présent rapport, cela conduit à une sous-déclaration et une sous-reconnaissance des maladies consécutives à des expositions professionnelles avérées. Certes, le coût des soins est normalement pris en charge par l'assurance maladie et les mutuelles, mais il n'est pas imputé à la branche AT-MP. De plus, le salarié victime n'est pas indemnisé de son préjudice par le versement d'une rente.

d. La solution passe par la mise en place d'un dossier médical personnel de santé au travail

Le rapporteur estime qu'il convient de repenser la traçabilité des expositions professionnelles autour d'un dossier médical en santé au travail qui serait lié à la personne pour l'intégralité de sa vie active et post-active – et non au travailleur exerçant dans un emploi déterminé – et d'organiser la prise en compte des expositions professionnelles passées par la médecine de soins.

Prévu par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, le dossier médical partagé (DMP ; avant 2015 : dossier médical personnel) est un projet public lancé par le ministère chargé de la santé visant à ce que chaque Français dispose d'un dossier médical informatisé reprenant toutes les données médicales du patient. Le DMP a pour but de mettre à disposition des professionnels de santé, avec l'accord préalable du patient, des informations médicales (antécédents médicaux, résultats de laboratoire d'analyses, imagerie, traitements en cours) en provenance d'autres professionnels de santé (généralistes, spécialistes, personnel infirmier ou hospitalier) définissant un profil médical de chaque patient.

(1) *Audition d'associations de victimes de maladies professionnelles, 20 juin 2018, compte rendu n° 22.*

En conséquence des développements précédents, le rapporteur estime indispensable de mettre en place un dossier médical **personnel** de santé au travail (DMPST), dématérialisé, appuyé sur le DMP, qui recueillerait auprès de la médecine du travail les informations permettant de connaître le parcours professionnel, les expositions subies et les actes de suivi de la santé du salarié.

Ce dossier serait personnel, attaché à la personne et non à l'employeur ou au SST, et alimenté par référence au numéro d'inscription au répertoire des personnes physiques.

Dans les faits, il apparaît que de nombreuses informations pourraient d'ores et déjà être agrégées pour constituer un dossier référencé sur la base du numéro d'inscription au répertoire des personnes physiques :

– les lieux d'exercice de l'activité professionnelle, ce qui nécessitera une information de la part de l'employeur et permettra de connaître les sites où le salarié a exercé, grâce à la notion de « responsable de l'environnement de travail » développée dans le point 3. ci-après (voir page 90).

– les emplois occupés, connus grâce à la déclaration sociale nominative prévue par l'article L. 133-5-3 du code de la sécurité sociale et par les cotisations versées aux caisses d'assurance vieillesse ;

– les informations et fiches d'exposition versées dans les DMST existants ;

– les actes d'examen et de suivi effectués dans le cadre de la médecine du travail ;

Par la suite, le DMPST serait également alimenté par des informations relatives au poste de travail, déversées depuis le document unique d'évaluation des risques rénové dans le sens précédemment décrit.

Le patient pourrait autoriser son médecin de soins à consulter le DMPST pour affiner son diagnostic, apprécier la possibilité que la pathologie ait une cause professionnelle et prendre connaissance de risques à intégrer éventuellement à son approche thérapeutique.

Par contre, pour des raisons de confidentialité, la médecine du travail continuerait à ne pas avoir accès au dossier médical partagé. À cet égard, tout en convenant de l'intérêt d'une meilleure connexion entre le médecin du travail et le médecin de ville, les docteurs Jean-François Janowiak et Yves Patrat, respectivement président et secrétaire général du conseil départemental de la Loire de l'ordre des médecins, ont insisté sur le fait que le secret médical permet la sincérité de l'échange entre le médecin et le patient et qu'un transfert d'information de la médecine de ville vers la médecine du travail pourrait avoir un effet dissuasif sur la qualité du diagnostic ⁽¹⁾.

(1) Déplacement de la commission d'enquête dans le département de la Loire, 4 juillet 2018.

Au-delà même du fait que le DMPST permettrait de collationner aisément nombre d'informations nécessaires au suivi du salarié et à la traçabilité de ses expositions, il deviendrait une source d'informations sans égale – une fois anonymisées – pour le développement de la recherche en matière de pathologies professionnelles que le rapporteur a appelé de ses vœux précédemment (voir les développements du II A 1 *b*, p. 63, *c*, p. 64 et *f*, p. 73).

La mise en place d'un DMPST n'est pas un souhait utopique. La mission confiée en 2017 à l'IGAS et à l'Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (IGAENR) a justement recommandé de « créer un volet spécifique “contexte et expositions professionnels ou santé au travail” du DMP et permettre par voie législative et réglementaire l'accès aux médecins du travail à ce seul volet tout au long du parcours professionnel du salarié. »⁽¹⁾, en considérant que « la nécessaire couverture de l'ensemble de la population active par le système de santé au travail, quels que soient le statut de la personne et sa situation d'emploi à un moment donné, suppose aussi d'envisager les moyens d'un suivi des salariés tout au long de leur parcours professionnel, d'une traçabilité des risques et des expositions. Cela nécessite notamment de rechercher les moyens de la transmission d'informations entre médecins du travail, ainsi qu'avec la médecine de ville, dans le respect du secret médical et dans le seul intérêt du suivi de la santé des salariés et de la prévention des risques. L'interopérabilité des logiciels métier et le dossier médical partagé permettra d'alimenter le volet santé au travail du DMP par lecteur de carte professionnelle d'établissement (CPE) ou carte professionnelle de santé (CPS). Le cadre du système d'information du DMP aura à évoluer. Le responsable du projet DMP au sein de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) a confirmé à la mission que cette évolution ne présente aucune difficulté technique ».

Proposition n° 11 Mettre en place un dossier médical personnel de santé au travail, identifié par le NIR, appuyé sur le DMP et alimenté par les informations permettant de connaître le parcours professionnel, les expositions passées et les actes de suivi de la santé du salarié par la médecine du travail.

Par ailleurs, cette révolution informatique devrait s'accompagner d'une dématérialisation accrue et d'un rapprochement entre le système d'information de l'assurance maladie fondé sur la carte Vitale et le dispositif de déclaration et de suivi des dossiers AT-MP, qui sont gérés par les mêmes caisses que les prestations d'assurance maladie. La dématérialisation des procédures AT-MP est aujourd'hui insuffisamment avancée. Les progrès à accomplir dans cette direction ne sauraient cependant se faire en supprimant les alternatives, faute de quoi on s'exposerait à aggraver le non-recours aux droits.

(1) Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche - Inspection générale des affaires sociales (Xavier Chastel, Hamid Siahmed, Patrice Blemont, Jean-Marc Soulat), Rapport sur l'attractivité et formation des professions de santé au travail, janvier 2018.

Comme le remarque M. Jean-Pierre Bonin, président de la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale, « *Un seul formulaire CERFA sert aujourd'hui de support aux divers certificats médicaux relatifs aux AT-MP établis par les médecins traitants : il peut être utilisé comme certificat initial, ou pour une prolongation, une rechute ou une consolidation. Il comporte à la fois la partie descriptive des lésions, de la maladie ou des séquelles et la prescription des durées d'arrêt de travail ou de soins. Il avait été imaginé initialement pour faciliter le travail des médecins rédacteurs avant l'instauration d'échanges dématérialisés avec les caisses. Lorsque la CNAMTS, il y a quelques années, a décidé de "dématérialiser" le certificat médical AT-MP, elle a choisi pour des raisons juridiques de rester strictement fidèle à ce modèle CERFA sans tenir compte des nouvelles possibilités ouvertes par la création de flux dématérialisés. Actuellement, seuls 13% des certificats médicaux AT-MP sont envoyés aux caisses par voie électronique. Il convient donc de faciliter l'accès des médecins à ces outils dématérialisés.* »⁽¹⁾.

Proposition n° 12 Approfondir la dématérialisation du dispositif de déclaration des accidents de travail et des maladies professionnelles et le rapprocher du système d'information de la branche maladie.

e. Plusieurs mesures permettraient à la médecine de ville de mieux prendre en compte la problématique de la santé au travail

Une fois mis en place, le dossier médical personnel de santé au travail permettra au médecin traitant, sous réserve de l'acceptation du salarié, de connaître les expositions subies par son patient dans le cadre de sa vie professionnelle. Pour que ce dispositif prenne sa pleine mesure, il conviendra que soient prises plusieurs mesures visant à inciter les médecins de soins à s'intéresser mieux à ce sujet.

• Plusieurs études, en Europe et en France, ont souligné la nécessité d'améliorer la formation des médecins généralistes en santé-travail, notamment sur la législation du travail, le rôle des médecins du travail et les modalités de réinsertion des salariés⁽²⁾. Devant la commission d'enquête, plusieurs intervenants se sont effectivement alarmés du manque d'heures consacrées à la santé au travail dans les études médicales (voir p. 37).

Dans ce cadre, il apparaît nécessaire qu'au cours des second et troisième cycles des études médicales, pour les généralistes comme pour les spécialistes, un module soit consacré à expliquer la problématique de la santé au travail non

(1) Rapport de la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale, présidée par M. Jean-Pierre Bonin, conseiller-maître honoraire de la Cour des Comptes, juin 2017.

(2) Colette Ménard, Gérald Demortière, Éric Durand, Pierre Verger, François Beck, Médecins du travail / médecins généralistes : regards croisés, INPES Éditions, 2011.

seulement sous l'angle des pathologies professionnelles, mais également des facteurs de risques et d'expositions professionnelles qui en sont la cause.

Proposition n° 13 Prévoir dans la formation initiale des médecins généralistes et spécialistes des modules de formation aux pathologies, aux risques et aux facteurs d'exposition professionnels.

Pour ce qui est des médecins de soins en activité, il apparaît essentiel de prévoir des campagnes régulières de sensibilisation visant à déclencher une « interrogation réflexe » sur la potentielle origine professionnelle de certaines pathologies auxquelles ils peuvent être confrontés, pouvant déboucher sur une déclaration ou sur un renvoi vers le médecin du travail – si le patient est encore en activité. Le rapporteur ne méconnaît pas la difficulté de l'exercice, notamment du fait que, statistiquement, les médecins de ville ont une faible probabilité d'être confrontés à une maladie d'origine professionnelle dans l'exercice quotidien de leur art – même si l'on peut attendre des évolutions prônées dans le présent rapport une augmentation du nombre de « soupçons » de maladie professionnelle.

Les questions relatives aux procédures administratives et à la gestion pratique de la déclaration des pathologies professionnelles ont toute leur place dans le cadre de la formation continue, ces sujets intéressant au premier chef les médecins en activité. Des informations permettant de suivre l'évolution concrète de la situation pourront être obtenues auprès de l'Agence nationale du développement professionnel continu (DPC) récemment créée par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Proposition n° 14 Organiser régulièrement des campagnes de sensibilisation des médecins – généralistes et spécialistes – sur la nécessité de s'interroger sur la potentielle origine professionnelle des pathologies auxquelles ils sont confrontés.

• Le rôle et les missions du médecin du travail sont exclusivement préventifs : l'article L. 4623-3 du code du travail prévoit que « *le médecin du travail est un médecin autant que possible employé à temps complet qui ne pratique pas la médecine de clientèle courante* ». L'article R. 4127-99 du code de la santé publique ajoute que « *sauf cas d'urgence ou prévu par la loi, un médecin qui assure un service de médecine préventive pour le compte d'une collectivité n'a pas le droit d'y donner des soins curatifs. Il doit adresser la personne qu'il a reconnue malade au médecin traitant ou à tout autre médecin désigné par celle-ci* ».

Par ailleurs, en tant que spécialiste, le médecin du travail ne peut pratiquer une autre spécialité : l'article 9 de l'arrêté du 30 juin 2004 portant règlement de qualification des médecins dispose que « *le conseil départemental établit la liste*

des médecins spécialistes de son département » et qu'« un médecin peut être titulaire de plusieurs qualifications, mais il ne peut être inscrit que sur la liste d'une seule spécialité. »⁽¹⁾

Or, depuis la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale dont les articles 60 et suivants ont réformé la procédure d'accès au troisième cycle des études médicales, la médecine générale a été intégrée parmi les spécialités médicales. Depuis, elle a une formation d'une durée de 3 ans : la première génération d'étudiants, inscrits au diplôme d'études spécialisés de médecine générale (DES), a débuté son internat en octobre 2004 ; les premiers spécialistes diplômés en médecine générale ont été qualifiés spécialistes en médecine générale au tableau de l'ordre des médecins en octobre 2007.

De ce fait, l'exercice simultané de la médecine générale et de la médecine du travail est rigoureusement impossible aux médecins diplômés depuis 2007. Lors de l'entretien conduit au conseil départemental de l'ordre des médecins de la Loire, les docteurs Jean-François Janowiak et Yves Patrat ont estimé qu'il serait cependant intéressant de réfléchir à la façon de rétablir la possibilité d'un « cumul » entre exercice de la médecine générale et de la médecine du travail, qui permettrait à l'évidence de favoriser un rapprochement souhaité par beaucoup. Le rapporteur note que, sur la page – antérieure à la réforme ayant pris effet concret en 2007 – du site Internet du conseil national de l'ordre des médecins consacré à « La médecine du travail : conditions d'accès », une réponse positive sous conditions est donnée à la question « La médecine du travail est-elle compatible avec la poursuite d'une autre activité médicale ? »

**La médecine du travail est-elle compatible avec la poursuite
d'une autre activité médicale ?**

Il faut distinguer deux situations :

1) L'exercice d'une autre activité médicale au sein des entreprises où le médecin exerce son activité de médecin du travail.

Le cumul est impossible [...].

2) La situation dans laquelle un médecin du travail exerce une autre activité en dehors d'un service de santé au travail ou d'un service de médecine préventive :

Cette hypothèse ne peut concerner que les médecins qui ne sont pas inscrits au tableau de l'Ordre en qualité de médecin spécialiste, dès lors que le règlement de qualification dispose que le médecin spécialiste exerce exclusivement la discipline pour laquelle il a été qualifié.

Pour les médecins généralistes, la situation est différente et on peut [...] envisager qu'un médecin cumule une activité de médecine générale avec une activité de médecine du travail.

(1) Arrêté du 30 juin 2004 portant règlement de qualification des médecins (NOR : SANH0422283A) pris en application du décret n° 2004-252 du 19 mars 2004 relatif aux conditions dans lesquelles les docteurs en médecine peuvent obtenir une qualification de spécialiste.

Cette situation se rencontre d'ailleurs, fréquemment avec les médecins généralistes non inscrits en qualité de médecin spécialiste en médecine du travail et qui exercent la médecine du travail ou la médecine de prévention sur la base d'un CES de médecine du travail. C'est aussi le cas des médecins généralistes qui ont obtenu le DES (concours européen) mais n'ont pas demandé leur inscription en qualité de médecin spécialiste en médecine du travail. Les mesures de régularisation permettent également d'envisager un cumul d'activités.

On doit cependant noter que cette possibilité est essentiellement ouverte [...] aux praticiens exerçant à temps partiel dans des entreprises dont les effectifs ne permettent pas l'emploi d'un médecin du travail à temps plein.

<https://www.conseil-national.medecin.fr/article/la-medecine-du-travail-conditions-d-acces-516>, 27 février 2006 (page consultée le 9 juillet 2018)

Il ne s'agit évidemment pas d'opérer un retour en arrière au regard de la promotion de la médecine générale au rang de spécialité médicale, ni au regard du statut de spécialité dévolu depuis plus longtemps à la médecine du travail. Cela appelle cependant à réfléchir aux évolutions qui permettraient de mieux articuler l'exercice de deux spécialités qui apparaissent, au regard de l'impératif de santé au travail, bien plus complémentaires que concurrentes.

Au demeurant, la baisse du nombre de médecins du travail n'est pas une fatalité. Les problèmes généraux de démographie médicale ne doivent pas conduire à baisser la garde. Il existe de nombreux candidats et candidates à l'exercice de la médecine. Cette spécialité doit donc être pleinement promue et valorisée, ce qui oblige à se donner les moyens nécessaires à former de nouvelles générations de médecins du travail en nombre suffisant, avec une connaissance approfondie des problématiques industrielles.

Proposition n° 15 Se donner les moyens de former suffisamment de médecins du travail pour en doubler l'effectif total à un horizon de 10 ans.

L'article L. 1110-4 du code de la santé publique, dans sa rédaction issue de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, mérite de recevoir une interprétation favorable à la santé des personnes. Cet article définit la portée du secret médical et prévoit qu'« *un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social.* ». Puisque la mission première du médecin du travail est la prévention, expressément visée par l'article L. 1110-4, il apparaît possible qu'un médecin traitant saisisse le médecin du travail de son patient, fût-ce des seules informations participant de la prise en charge du patient et nécessaires à la prévention des risques ou à son suivi médico-social.

Proposition n° 16 Sensibiliser les médecins de soins à la faculté de saisir le médecin du travail compétent dès lors que leur diagnostic présente des informations utiles pour la prévention des risques professionnels et le suivi médico-social du patient.

Enfin, il apparaît que le suivi post-professionnel, qui ne peut que reposer sur les médecins traitants, est très peu effectué dans les faits, notamment parce que les intéressés ne le sollicitent pas.

Mais le rapporteur estime que le suivi post-professionnel fait partie des missions de protection de la santé des salariés relevant de la responsabilité de l'employeur ; en conséquence, l'un des moyens permettant que le suivi post-professionnel soit suivi d'effet serait de prévoir que la branche AT-MP en assure le financement et que le médecin du travail communique directement au médecin chargé de l'effectuer les points à contrôler.

Proposition n° 17 Prévoir, lors de la cessation définitive d'activité, que le médecin du travail alors compétent prescrive le suivi post-professionnel lorsqu'il est prévu par la réglementation et organiser la rémunération des actes correspondants par la branche accidents du travail et maladies professionnelles.

3. Il faut aussi organiser la responsabilité de la santé au travail autour de l'environnement et du poste de travail

a. Le droit français reste marqué par un modèle de responsabilité dépassé par les nouvelles formes de travail

Lorsque le législateur a fixé le principe de responsabilité de l'employeur, celui-ci était en règle générale le seul responsable de l'environnement de travail des salariés : au sein d'une manufacture, tous les ouvriers étaient employés par la société propriétaire. Le développement de nouvelles formes de travail (sous-traitance, intérim, etc.) fait que l'employeur reste parfois le garant d'un milieu de travail qu'il contrôle de moins en moins alors que la sous-traitance, l'intérim et le travail détaché se sont fortement développés ces dernières années, pour concerner aujourd'hui près d'un salarié sur cinq dans l'industrie, et que ce phénomène peut contribuer à réduire l'efficacité des dispositifs de prévention (cf. *supra* point I A 2 b et I C 1 b).

Cependant, la directive-cadre du 12 juin 1989 précitée ne limite pas la responsabilité de l'entreprise à ses seuls salariés organiques. L'article 10 de cette directive-cadre prévoit une responsabilité pour l'entreprise accueillant des salariés extérieurs :

« 2. L'employeur prend les mesures appropriées pour que les employeurs des travailleurs des entreprises et/ou établissements extérieurs intervenant dans son entreprise ou son établissement reçoivent, conformément aux législations et/ou pratiques nationales, des informations adéquates concernant les points visés au paragraphe 1 points a) et b) [informations relatives aux risques pour la sécurité et la santé et aux mesures et activités de protection et de prévention et mesures de premier secours], destinées aux travailleurs en question. »

En conséquence, le code du travail prévoit des mécanismes d'information et de coopération entre les institutions de l'entreprise utilisatrice et les institutions de l'entreprise extérieure, telles que les médecins du travail respectifs (articles R. 4513-9 à R. 4513-13), les institutions représentatives du personnel, comités sociaux et économiques et commissions santé, sécurité et conditions de travail (articles R. 4514-1 à R. 4514-10).

Il apparaît nécessaire au rapporteur de franchir un nouveau degré de protection en passant d'une obligation d'information et de coordination à une vraie obligation de sécurité du responsable du site.

b. Le responsable de l'environnement de travail doit être responsable de la santé et de la sécurité des travailleurs présents sur le site

Le rapporteur propose d'introduire dans le droit la notion de « responsable de l'environnement de travail » et d'en tirer des conséquences pratiques en termes de devoir de vigilance et de responsabilité en cas d'exposition à des risques professionnels ne relevant pas de la décision de l'employeur.

Une fois défini le responsable effectif de l'environnement de travail, il convient d'organiser juridiquement son rôle et sa responsabilité par rapport à l'employeur, en prévoyant d'en faire :

– soit le titulaire d'un devoir de vigilance, avec obligation de produire périodiquement des rapports sur les actions entreprises ;

– soit un responsable de second rang de la santé des travailleurs, qui devrait assumer l'intégralité des devoirs relatifs à la santé et à la sécurité des travailleurs en cas de défaillance de l'employeur des travailleurs concernés.

Le devoir de vigilance est une obligation faite aux entreprises donneuses d'ordre de prévenir les risques sociaux, environnementaux et de gouvernance liés à leurs opérations mais qui peut aussi s'étendre aux activités de leurs filiales et de leurs partenaires commerciaux (sous-traitants et fournisseurs). En France, ce devoir s'incarne dans la loi n° 2017-399 du 27 mars 2017 relative au devoir de vigilance des sociétés mères et des entreprises donneuses d'ordre.

Ce texte a été élaboré en réponse à différents scandales comme la catastrophe d'avril 2013 au Bangladesh où un immeuble – le Rana Plaza – s'est effondré, entraînant la mort de plus de 1 000 salariés, ou encore l'affaire du travail

forcé sur les chantiers de la Coupe du monde au Qatar. Ces évènements ont provoqué une prise de conscience sur les conditions de travail des sous-traitants des grands groupes industriels européens.

La loi sur le devoir de vigilance a pour objectif de remettre le respect des droits humains au cœur des préoccupations des multinationales. Elle concerne les grandes entreprises : les sociétés françaises qui emploient au moins 5 000 salariés en France et celles de plus de 10 000 salariés en France ayant leur siège social ailleurs dans le monde. Celles-ci doivent établir et publier un plan de vigilance pour prévenir les risques en matière d'environnement, de droits humains mais aussi de corruption sur leurs propres activités mais aussi celles de leurs filiales, sous-traitants et fournisseurs, en France comme à l'étranger.

Au-delà de ses effets juridiques propres, la loi du 27 mars 2017 est aussi une reconnaissance majeure du fait que le lien juridique du contrat de travail ne pas être le seul critère pour organiser la surveillance de la santé des salariés. Le rapporteur propose d'en tirer les conséquences dans un champ autre que celui des seules grandes entreprises.

Proposition n° 18 **Faire de l'entreprise qui recourt au travail intérimaire ou à la sous-traitance sur site le responsable de l'environnement de travail.**
Faire du responsable de l'environnement de travail :
– soit le titulaire d'un devoir de vigilance, avec obligation de produire périodiquement des rapports sur les actions entreprises,
– soit un responsable de second rang de la santé des travailleurs.

À ce jour, les membres des commissions santé, sécurité et conditions de travail (CSSCT) des entreprises utilisatrices et sous-traitantes peuvent demander à participer aux inspections et réunions périodiques de coordination (articles R. 4514-6 et R. 4514-8 du code du travail), mais il n'est pas prévu de mettre en place une instance commune chargée de superviser la sécurité de l'ensemble des travailleurs.

De la même manière, par accord entre les chefs de l'entreprise utilisatrice et de l'entreprise extérieure et les médecins du travail intéressés, le suivi individuel de l'état de santé peut être réalisé par le médecin du travail de l'entreprise utilisatrice pour le compte de l'entreprise extérieure (article R. 4513-12 du code du travail), mais sans que cela soit devenu la solution de droit commun.

La reconnaissance que l'entreprise responsable du site a une mission de garantie de la santé et de la sécurité de l'ensemble des travailleurs pourrait aussi permettre, dans le droit commun :

- la mise en place de commissions santé, sécurité et conditions de travail (CSSCT) de site ;
- la compétence de droit d'une médecine de travail de site.

Aujourd'hui, des dispositions éparses, souvent issues de la négociation collective, prévoient d'ores et déjà l'existence de CSSCT organisées en commun pour prendre en compte la problématique de sécurité et de santé sur le même site de travail.

Pour les installations nucléaires, l'article L. 4523-11 du code du travail prévoit l'existence d'une « *commission santé, sécurité et conditions de travail élargie à une représentation des chefs d'entreprises extérieures et des travailleurs qu'ils emploient selon des conditions déterminées par convention ou accord collectif de branche, d'entreprise ou d'établissement* » chargée de « *contribuer à la définition des règles communes de sécurité dans l'établissement et à l'observation des mesures de prévention* » ou d'un « *comité interentreprises de santé et de sécurité au travail* » (article L. 4524-1).

Pour le bâtiment et les travaux publics, l'article L. 4532-10 prévoit que « *Lorsque le nombre des entreprises, travailleurs indépendants et entreprises sous-traitantes inclus, et l'effectif des travailleurs dépassent certains seuils, le maître d'ouvrage constitue un collège interentreprises de sécurité, de santé et des conditions de travail* ».

Il s'agirait donc d'élargir cette solution aux entreprises et sites industriels, à partir d'un certain seuil.

Proposition n° 19 Dès lors que coexistent une entreprise responsable de l'environnement de travail et des salariés extérieurs, prévoir dans le droit commun :

- la mise en place d'une commission santé, sécurité et conditions de travail (CSSCT) de site ;
- la compétence d'une médecine de travail de site.

En effet, le fait de travailler sous statut de sous-traitant, avec des droits bien souvent inférieurs à ceux des salariés organiques – ne serait-ce que pour des questions matérielles paraissant aussi anecdotiques que celle d'un accès à un parking proche de son lieu de travail –, et *a fortiori* le fait de travailler sous statut intérimaire, avec l'impact que peut avoir la précarité dans les relations de travail, venant encore accroître et parfois dégrader le lien de subordination, mais aussi dans tous les champs de l'existence, créent des conditions qui peuvent affecter de façon particulière la qualité de l'environnement de travail. Ces situations peuvent contribuer à fragiliser le salarié dans son travail. Cette dimension, avec ses développements en termes de risques psycho-sociaux et pas seulement en termes de consignes de sécurité, devra être intégrée dans les actions des commissions de site.

B. UNE POLITIQUE DE PRÉVENTION RENOUVELÉE, QUI DOIT S'APPUYER SUR DES MODES DE RECONNAISSANCE PLUS EFFICACES

Les auditions de la commission d'enquête ont confirmé une difficulté du dispositif actuel : la logique assurantielle fait qu'une entreprise qui est reconnue responsable d'une maladie professionnelle assume sa responsabilité en payant les cotisations AT-MP correspondantes. Mais elle n'a pas à remettre en cause son processus de production et ses conditions de travail, ce qui peut conduire à ce que les mêmes maladies professionnelles apparaissent chez les salariés se succédant sur un même poste de travail.

Il convient donc de se doter des outils nécessaires pour que tout constat d'une maladie professionnelle débouche sur une action sur le poste de travail concerné.

1. Les principes généraux de la reconnaissance des maladies professionnelles ne nécessitent pas d'être bouleversés

a. Il n'est pas opportun de remettre en cause le dispositif assurantiel collectif existant au profit d'une judiciarisation de la réparation des maladies professionnelles

La commission d'enquête a consacré deux auditions à l'écoute des associations de victimes⁽¹⁾. Certains intervenants ont défendu le principe d'un recours accru au juge pénal, estimant notamment que « *Les amendes ne sont clairement pas dissuasives, surtout pour les grands groupes* »⁽²⁾ – on peut effectivement se demander si le montant des amendes est de nature à avoir un impact suffisant sur l'incitation à la prévention. A également été mis en balance le décalage entre les rentes et indemnités versées aux victimes du travail et les sommes octroyées par les tribunaux en réparation des accidents de la route.

Alors que la réparation assurancielle fournie par le régime accidents du travail et maladies professionnelles est forfaitaire, la reconnaissance du caractère inexcusable de la faute de l'employeur (article L. 452-1 du code de la sécurité sociale) ou la caractérisation d'une infraction pénale ayant entraîné la maladie professionnelle (homicide involontaire, coups et blessures, mise en danger de la vie d'autrui, etc.) ouvrent à la victime la possibilité d'une indemnisation civile de l'ensemble du préjudice subi.

Comme l'écrit le Conseil constitutionnel, « *indépendamment de cette majoration, la victime ou, en cas de décès, ses ayants droit peuvent, devant la juridiction de sécurité sociale, demander à l'employeur la réparation de certains chefs de préjudice énumérés par l'article L. 452-3 du code de la sécurité sociale ;*

(1) Audition du collectif « Vérité et Justice pour Jacques et Damien », 13 juin 2018, compte rendu n° 21 ; audition d'associations de victimes de maladies professionnelles, 20 juin 2018, compte rendu n° 22.

(2) Audition du collectif « Vérité et Justice pour Jacques et Damien », 13 juin 2018, compte rendu n° 21.

qu'en présence d'une faute inexcusable de l'employeur, les dispositions de ce texte ne sauraient toutefois, sans porter une atteinte disproportionnée au droit des victimes d'actes fautifs, faire obstacle à ce que ces mêmes personnes, devant les mêmes juridictions, puissent demander à l'employeur réparation de l'ensemble des dommages non couverts par le livre IV du code de la sécurité sociale »⁽¹⁾.

Dans ce cadre, le juge judiciaire a pu accorder à la victime l'indemnisation de l'intégralité de son préjudice, comprenant les dépenses de santé et frais exposés pour les déplacements nécessités par les soins⁽²⁾, les pertes de salaire subies pendant la période d'incapacité, les préjudices professionnels temporaires, les pertes de gains professionnels futurs, le besoin d'assistance par une tierce personne après consolidation⁽³⁾, les souffrances physiques et morales, les préjudices esthétiques et d'agrément, la diminution des possibilités de promotion professionnelle. Suite à la décision du Conseil constitutionnel du 18 juin 2010 précitée, sont désormais également indemnisés les préjudices liés au déficit fonctionnel temporaire, le préjudice sexuel, les préjudices d'agrément (trouble spécifique non couvert par le livre IV de la sécurité sociale), l'aménagement du logement et les frais d'un véhicule adapté, etc.

Cependant, le rapporteur n'a pas acquis la conviction que le remplacement du dispositif existant par une solution reposant sur le recours à la procédure civile présenterait des avantages significatifs. Au contraire, elle risque de ne pas fournir une réparation rapide et efficace aux victimes, parce qu'une mise en cause de la responsabilité civile de l'employeur conduirait, parallèlement, à une mise en cause des antécédents et du comportement de la victime et parce qu'une judiciarisation accrue ne permettrait pas une meilleure prise en charge.

La définition actuelle de la faute inexcusable de l'employeur résulte d'arrêts rendus le 28 février 2002 en matière de maladie professionnelle due à l'amiante : *« En vertu du contrat de travail, l'employeur est tenu envers le salarié d'une obligation de sécurité de résultat, notamment en ce qui concerne les maladies professionnelles contractées par l'intéressé du fait des produits fabriqués ou utilisés par l'entreprise. Le manquement à cette obligation a le caractère d'une faute inexcusable, au sens de l'article L. 452-1 du code de la sécurité sociale, lorsque l'employeur avait ou aurait dû avoir conscience du danger auquel était exposé le salarié, et qu'il n'a pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver. »*

Par un arrêt du 24 juin 2005, l'assemblée plénière de la Cour de Cassation a confirmé sa définition de la faute inexcusable, en ajoutant *« qu'il est indifférent que la faute inexcusable commise par l'employeur ait été la cause déterminante de l'accident survenu au salarié mais il suffit qu'elle en soit une cause nécessaire*

(1) Conseil constitutionnel, décision n° 2010-8 QPC du 18 juin 2010, Époux L.

(2) Cass. Civ. 2^{ème} 4 avril 2012, pourvoi n°11-18.014.

(3) Cass. Civ. 2^{ème} civ. 20 juin 2013 pourvoi n°12-51. 548.

pour que la responsabilité de l'employeur soit engagée, alors même que d'autres fautes ont concouru au dommage. »

Dans ces conditions, il importe peu que plusieurs fautes (celle de la victime, mais aussi celle d'un tiers) aient concouru au dommage : la faute inexcusable de l'employeur est reconnue dès lors que sa faute a été une cause nécessaire de l'accident ou de la maladie. Seule la faute inexcusable du salarié peut exonérer l'employeur de sa responsabilité. Elle est définie par un arrêt du 27 janvier 2004 comme « *la faute volontaire du salarié, d'une exceptionnelle gravité, exposant sans raison valable son auteur à un danger dont il aurait dû avoir conscience* ».

Dans ce cadre, le juge judiciaire qui serait amené à évaluer le préjudice d'une victime de maladie professionnelle devrait à la fois analyser le comportement de l'employeur, mais également le comportement et les antécédents de la victime, afin de déterminer les responsabilités de chacun dans le dommage, le montant exact du préjudice et la part devant être supporté par l'employeur fautif. L'ensemble de ces opérations nécessitera des expertises, des mises en cause, des preuves, relevant aussi bien de la vie professionnelle que de la vie privée du salarié.

Pour toutes ces raisons, il semble préférable de ne pas abandonner le principe d'une réparation automatique et forfaitaire d'une maladie professionnelle.

b. Cependant, il serait souhaitable de mettre en place les conditions d'un rapprochement et d'une instruction commune des régimes d'invalidité et de maladie professionnelle

En application de l'article L. 341-1 du code de la sécurité sociale, « *L'assuré a droit à une pension d'invalidité lorsqu'il présente une invalidité réduisant dans des proportions déterminées, sa capacité de travail ou de gain, c'est-à-dire le mettant hors d'état de se procurer, dans une profession quelconque, un salaire supérieur à une fraction de la rémunération normale perçue dans la même région par des travailleurs de la même catégorie, dans la profession qu'il exerçait avant la date de l'interruption de travail suivie d'invalidité ou la date de la constatation médicale de l'invalidité si celle-ci résulte de l'usure prématurée de l'organisme.* »

Lorsqu'à la suite d'une maladie, l'état de santé du salarié peut être suffisamment et durablement altéré pour qu'il ne soit plus capable d'occuper un emploi, ou du moins avec des limitations impliquant une réduction d'activité et de salaire de 66%, il peut bénéficier d'une rente d'invalidité de première catégorie (si une activité est toujours possible) ou de deuxième catégorie (si aucune activité possible).

Il n'y a pas de lien direct entre la mise en invalidité et l'inaptitude à un poste de travail délivrée par le médecin du travail. Les notions d'invalidité et d'incapacité permanente partielle sont distinctes (même si très proches) :

– l'article L 341-3 du code de la sécurité sociale prévoit que « *l'état d'invalidité est apprécié en tenant compte de la capacité de travail restante, de l'état général, de l'âge et des facultés physiques et mentales de l'assuré, ainsi que de ses aptitudes et de sa formation professionnelle* » ;

– l'article L. 434-2 du même code prévoit que « *le taux de l'incapacité permanente est déterminé d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et mentales de la victime ainsi que d'après ses aptitudes et sa qualification professionnelle* ».

Il devrait donc être quasi indifférent que la personne se voie reconnaître une invalidité ou une incapacité permanente partielle (IPP). Pourtant ce n'est pas le cas. En effet le taux d'IPP est fixé de manière définitive et, au plan financier, il faut un taux d'IPP de 66% pour que la rente AT-MP soit équivalente à la rente invalidité. Le médecin-conseil va donc hésiter à prendre en compte en AT MP « *l'état général, l'âge, les facultés physiques et mentales de la victime ainsi que d'après ses aptitudes et sa qualification professionnelle* ».

Pour une même affection, il est donc possible d'obtenir soit une indemnisation en accident du travail (définitive) sans invalidité, soit une invalidité (jusqu'à la retraite). Le premier cas est en général moins avantageux sur le plan financier jusqu'à la retraite, mais possiblement plus avantageux ensuite.

Un système équitable justifierait que les deux régimes aboutissent à des compensations équivalentes, à la charge du régime maladie en cas d'invalidité, ou du régime AT-MP en cas de maladie professionnelle.

Il en résulte ce que plusieurs personnes auditionnées par la commission ont présenté comme des arbitrages entre les deux régimes, faits par les personnes touchées par une pathologie d'origine professionnelle en fonction de paramètres parfois peu maîtrisables ou mal connus – dont l'une des conséquences est d'ailleurs de contribuer à la sous-déclaration des maladies professionnelles.

Sans aller jusqu'à recommander de créer un régime unifié, il semble au rapporteur nécessaire de prévoir un rapprochement des critères, voire un régime d'instruction commun, pour le régime de l'invalidité et le régime de la rente de maladie professionnelle.

Proposition n° 20 Rapprocher les critères, voire les modes d'instruction, des régimes de l'invalidité et de la maladie professionnelle pour amorcer leur convergence vers le haut.

2. Il faut néanmoins améliorer le dispositif actuel de reconnaissance notamment pour les pathologies qui concernent les travailleurs de l'industrie

Les limites du mécanisme actuel de reconnaissance des maladies professionnelles ont été décrites dans la première partie du présent rapport. Plusieurs mesures de bon sens permettraient d'améliorer les moyens de reconnaissance des maladies professionnelles avérées.

a. En inversant la charge de la preuve pour certaines affections psychiques

Si une pathologie figure dans les tableaux de maladies professionnelles mais que toutes les conditions prévues par ces tableaux ne sont pas remplies, ou si elle ne figure pas dans un tableau, la maladie professionnelle ne peut être reconnue par le comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) que si l'affection est « *essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime* » (article L. 461-2 du code de la sécurité sociale) et si elle a entraîné une incapacité permanente d'un taux au moins égal à 25% (article R. 461-8 du code de la sécurité sociale).

Les nouvelles pathologies professionnelles, notamment celles relevant des risques psycho-sociaux, comme le *burn out*, ne figurent dans aucune des classifications actuelles des troubles mentaux. Elles sont absentes des deux grandes nomenclatures internationales de référence que sont le DSM-V (5^{ème} édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) de l'*American Psychiatric Association* et la CIM-10 (10^{ème} révision de la Classification internationale des maladies) de l'Organisation mondiale de la santé. Elles ne font pas non plus l'objet d'un tableau de maladies professionnelles.

Le débat va croissant pour savoir si ces syndromes peuvent justement faire l'objet d'un tableau de maladies professionnelles⁽¹⁾. Des spécialistes expliquent que des pathologies psychiques sont établies et descriptibles et qu'il serait possible, à partir d'expositions avérées, de concevoir des tableaux prenant en charge les conséquences psychiques de telles expositions.

Aujourd'hui, cependant, les personnes concernées n'ont d'autre choix que de démontrer devant le CRRMP que leur affection est « *essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime* ».

Cette définition et son applicabilité aux RPS continuent de faire débat : dans les cas d'épuisement professionnel qui ont été détaillés par les associations de victimes, comme dans le modèle du surengagement qui a été élaboré, des causes multifactorielles et des éléments personnels – ne serait-ce que l'appétence de la personne pour le travail bien fait – entrent en ligne de compte, mais cela peut

(1) Assemblée nationale, MM. Yves Censi et Gérard Sebaoun, rapport d'information déposé en conclusion des travaux d'une mission d'information relative au syndrome d'épuisement professionnel (ou *burn-out*) n° 4487, 15 février 2017.

également concerner des pathologies à facteurs d'exposition multiples qui bénéficient cependant d'une présomption d'imputabilité professionnelle dans le cadre d'un tableau.

Aussi, il a pu être suggéré que le législateur prévoit, pour certaines pathologies habituellement causées par l'activité professionnelle, un renversement de la charge de la preuve, lorsqu'une maladie est potentiellement imputable à l'activité professionnelle : il faudrait alors que la caisse primaire, ou l'employeur, démontre que l'affection psychique dont souffre la personne n'est pas directement liée à son activité professionnelle. Dans un premier temps, ceci pourrait être appliqué aux cas de dépression médicalement avérée.

Proposition n° 21 En cas de dépression médicalement avérée, renverser la charge de la preuve du lien essentiel et direct avec l'activité professionnelle.

b. En abaissant le taux minimal d'incapacité permanente partielle (IPP) afin de favoriser la reconnaissance des affections psychiques

Aujourd'hui, l'obligation de se voir attribuer un taux d'IPP au moins égal à 25% conduit de nombreuses victimes à ne pas être prises en charge au titre de leur préjudice. Comme un médecin-inspecteur du travail l'a déclaré à la délégation de la commission d'enquête⁽¹⁾, pour les affections psychiques, le choix de proposer un taux de 25% d'IPP relève plus souvent d'une décision d'humanité que d'un constat médical de dépression sévère. Le professeur Michel Debout avait indiqué devant la mission d'information relative au syndrome d'épuisement professionnel conduite sous la précédente législature par MM. Yves Censi et Gérard Sebaoun que le taux d'IPP reconnu pour les troubles psycho-anxiolytiques était généralement de 20%.

Le rapport de la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale⁽²⁾ fait le « constat d'une forte disparité entre les caisses dans leur pratique de reconnaissance et de fixation de taux d'IPP, parfois même au sein d'une même région », suivant les jurisprudences des cours d'appel. Cela crée un sentiment d'injustice des victimes pour lesquelles un taux inférieur a été retenu par les CRRMP ou le juge.

Or une reconnaissance de la cause et de la nature de leur souffrance ne pourrait que contribuer à améliorer l'état psychique des personnes concernées. C'est pourquoi le rapporteur juge nécessaire d'abaisser ce taux minimal d'incapacité permanente pour ouvrir à plus de victimes la possibilité de faire reconnaître et indemniser les conséquences de leurs souffrances et de leurs handicaps trouvant leur origine dans leur activité professionnelle.

(1) Déplacement d'une délégation de la commission d'enquête en région Provence –Alpes – Côte d'Azur le 4 juin 2018.

(2) Rapport de la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale, présidée par M. Jean-Pierre Bonin, conseiller-maître honoraire de la Cour des Comptes, juin 2014.

Cependant, abaisser ou supprimer ce taux pour les seules maladies psychiques serait inéquitable : les victimes d'affections physiques ont également le droit à voir leur préjudice reconnu et pris en charge.

L'enjeu financier est au demeurant assez mesuré pour l'institution (mais pas pour les personnes concernées) : il faut être conscient que la reconnaissance d'un taux d'IPP de 10% conduira à l'attribution d'une rente au mieux égale à 5% du salaire perçu l'année précédente, ce qui sera très faible.

L'indemnisation de l'incapacité permanente à la suite d'une maladie professionnelle

En application des articles L. 434-1 à L. 434-6 du code de la sécurité sociale, lorsqu'à la suite d'une maladie professionnelle, le salarié conserve des séquelles et souffre d'une diminution durable de ses capacités physiques ou mentales, il peut percevoir une indemnisation forfaitaire en fonction du taux d'incapacité permanente (IPP) déterminée par la caisse primaire en fonction d'un barème.

Lorsque la reconnaissance du caractère professionnel de la maladie s'effectue hors du cadre des tableaux des maladies professionnelles, il faut que la maladie entraîne une IPP d'au moins 25%.

Le taux est fixé à titre provisoire jusqu'à la fin de l'instruction visant à accorder une IPP définitive. La caisse primaire fixe le taux d'IPP définitive d'après les informations recueillies et après avis de son médecin-conseil et, dans certains cas, du médecin du travail.

Pour déterminer le taux d'incapacité, la caisse se base sur les critères suivants : la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et mentales, les aptitudes et qualifications professionnelles du salarié. La décision est susceptible de recours.

Le mode d'indemnisation dépend du taux d'IPP :

- si le taux d'IPP est inférieur à 10%, le salarié bénéficie d'une indemnité forfaitaire en capital versée en une seule fois (de 416,47 euros pour 1% à 4 163,61 euros pour 9%.
- si le taux d'IPP est égal ou supérieur à 10%, il bénéficie d'une rente viagère.

Dans ce cas, le montant de la rente est calculé sur la base du salaire annuel, multiplié par le taux d'incapacité. Le salaire annuel correspond à la rémunération effective totale perçue au cours des 12 mois précédant l'arrêt de travail consécutif à l'accident ou la maladie. Le salaire annuel de référence pris en compte est au minimum de 18 520 euros et au maximum de 147 716,94 euros, le montant compris entre 37 040 euros et 147 716,94 euros étant pris en compte à raison d'un tiers.

Le taux d'incapacité est déterminé en le réduisant de moitié jusqu'à 50% d'incapacité et en l'augmentant de moitié pour la partie du taux excédant 50%.

Si la maladie professionnelle entraîne le décès du salarié, les proches (conjoint, concubin, partenaire pacsé, enfants, etc.) peuvent bénéficier d'une aide financière qui prend la forme d'une rente.

Aussi, le rapporteur propose d'expérimenter, pour une durée limitée, un abaissement à 10% – voire une suppression – du taux minimal d'IPP pour

certaines pathologies caractérisées par des souffrances particulières des victimes, avec comme objectif de généraliser, à terme, cette solution.

Proposition n° 22 Expérimenter, pour une durée limitée, l'abaissement à 10% ou la suppression du taux minimal d'incapacité professionnelle permanente nécessaire à la reconnaissance de pathologies comme maladies professionnelles.

c. En prévoyant un partage des responsabilités en cas d'expositions successives du fait de plusieurs employeurs

L'article D. 242-6-7 du code de la sécurité sociale prévoit que les maladies professionnelles constatées ou contractées dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget ne sont pas imputées au compte de l'employeur mais inscrites à un compte spécial. L'article 2 de l'arrêté du 16 octobre 1995 prévoit ainsi d'inscrire au compte spécial les dépenses afférentes lorsque « *La victime de la maladie professionnelle a été exposée au risque successivement dans plusieurs établissements d'entreprises différentes sans qu'il soit possible de déterminer celle dans laquelle l'exposition au risque a provoqué la maladie* ».

Le salarié est considéré avoir été exposé au risque de la maladie professionnelle au sein de l'entreprise et la maladie est considérée avoir été contractée au service du dernier employeur chez lequel la victime a été exposée au risque avant sa constatation médicale, sauf si cet employeur démontre que le salarié a été exposé au risque chez des employeurs précédents ⁽¹⁾.

Dans les faits, une poly-exposition permet à l'ensemble des employeurs d'échapper à l'imputation de la maladie professionnelle à leur compte. Il apparaîtrait plus équitable qu'un partage des responsabilités soit organisé.

Proposition n° 23 En cas de maladie professionnelle résultant d'expositions subies chez plusieurs employeurs, permettre que la caisse primaire puisse effectuer un partage des responsabilités entre les employeurs successifs et, le cas échéant, les responsables de l'environnement de travail.

d. En permettant aux partenaires sociaux de définir des tableaux innovants de prise en charge, notamment lorsque la médecine identifie des effets dus à des poly-expositions

Les tableaux de maladies professionnelles contiennent trois colonnes : la désignation de maladie, le délai de prise en charge et la liste des activités concernées qui est, soit limitative, soit indicative.

(1) Cour de cassation, civile, 2^{ème} chambre civile, 23 janvier 2014, 13-12.328.

Cependant, il n'est pas prévu d'indiquer les conditions et examens complémentaires qui permettraient d'établir le diagnostic et d'éliminer par diagnostics différentiels les cas ne pouvant être attribués à l'activité professionnelle. Le rapporteur souligne qu'une telle démarche, *a priori* défavorable aux travailleurs en ce qu'elle apparaît restreindre les conditions d'ouverture de l'accès au tableau, aurait néanmoins la capacité de surmonter les oppositions conduisant actuellement à des blocages et empêchant l'accord des partenaires sociaux de nouveaux tableaux.

Les partenaires sociaux, au sein de la commission spécialisée n° 4 du Conseil d'orientation des conditions de travail (COCT), ont proposé des tableaux de maladies professionnelles intégrant la possibilité d'indiquer les conditions et examens complémentaires qui permettraient d'établir le diagnostic et d'éliminer par diagnostics différentiels les cas ne pouvant être attribués à l'activité professionnelle. Mais M. Pierre Thillaud, membre de la commission sociale de la CPME, a fait valoir à la commission que, depuis quinze ans, le Conseil d'État a systématiquement refusé ces propositions, au motif que ces deux indicateurs ne relèvent pas de la construction d'un tableau de maladies professionnelles et que les partenaires sociaux n'ont pas le droit de préciser les conditions de réparation au titre d'une maladie professionnelle particulière⁽¹⁾. Le Conseil d'État tire les conséquences strictes de la rédaction du troisième alinéa de l'article L. 461-1 du code de la sécurité sociale, qui prévoit que ne peut pas être présumée d'origine professionnelle une maladie désignée dans un tableau « *si une ou plusieurs conditions tenant au délai de prise en charge, à la durée d'exposition ou à la liste limitative des travaux ne sont pas remplies* ».

Afin de relancer la conception de nouveaux tableaux, notamment ceux qui pourraient prendre en compte des poly-expositions, il conviendrait d'expérimenter des tableaux assortis des compléments mis au point par les partenaires sociaux au sein de la commission n° 4 du COCT. Il ne pourrait s'agir de restreindre les conditions d'ouverture de l'accès au tableau en imposant des critères venant s'ajouter au délai de prise en charge, à la durée d'exposition ou à la liste des travaux recensés, mais d'intégrer, lorsque cela paraît pertinent, des examens dont le résultat permettrait à tout coup d'y accéder. Cette proposition mérite d'être encore soupesée dans ses possibles effets secondaires, mais l'objectif est de surmonter les blocages empêchant l'accord des partenaires sociaux sur de nouveaux tableaux utiles.

Une telle démarche permettrait de compléter l'approche pasteurienne (« un facteur, une maladie ») qui sous-tend les tableaux actuels par une approche plus complète – donc plus complexe – sous-tendue par la dimension multifactorielle des pathologies – concept dont la pertinence est désormais bien établie, mais dont M. William Dab a souligné que les organisations syndicales se méfient encore car

(1) Table ronde des organisations patronales représentatives, 31 mai 2018, compte rendu n° 17.

elles « craignent que cela ne serve de prétexte à exonérer les employeurs de leur responsabilité au regard des expositions professionnelles. »⁽¹⁾

Proposition n° 24 Introduire dans le code de la sécurité sociale une disposition expérimentale prévoyant la possibilité d'intégrer dans les tableaux un critère additionnel concernant les conditions de diagnostic susceptibles de provoquer la reconnaissance d'une maladie professionnelle.

e. En créant une base nationale permettant de recenser les cas présentés devant les CRRMP et les jurisprudences pertinentes, à des fins d'études et d'harmonisation de la jurisprudence

L'audition de M. Jean-Pierre Bonin, conseiller maître honoraire de la Cour des comptes, président de la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale chargée d'évaluer le coût réel pour la branche maladie de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles, comme les échanges que le rapporteur a pu avoir avec des membres de CRRMP lors du déplacement d'une délégation de la commission d'enquête en région Provence – Alpes – Côte d'Azur, ont permis de montrer que malgré le *Guide pour les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles institués par la loi 93-121 du 27 janvier 1993* publié par l'INRS, les CRRMP ne disposent pas d'une base adéquate de cas présentés devant eux et des décisions de justice à la suite de recours contre leurs décisions.

Ce besoin a été clairement exprimé par M. Alain Bergeret : « *les membres des CRRMP réclament à peu près depuis la même date [1993] une sorte de thésaurus qui leur permettrait de savoir ce qui a été décidé précédemment dans des situations identiques, et pour quelles raisons. C'est très difficile, car nous n'avons que des données squelettiques. Au plan national, elles portent seulement sur les maladies concernées et la reconnaissance ou non – il n'y a rien sur les dossiers eux-mêmes* »⁽²⁾.

Il apparaît nécessaire de donner à ses comités les outils leur permettant de juger efficacement un nombre croissant de dossiers : 2 586 dossiers ont été soumis aux CRRMP en 2016, dont 878 ont reçu un avis favorable, selon le rapport 2016 de la branche AT-MP.

Afin de permettre aux CRRMP de traiter plus de cas de manière plus systématiques, il serait utile qu'une base de données nationale soit mise en place permettant d'harmoniser les décisions avec les jurisprudences des juridictions saisies en cas de recours. Cette démarche ne vise évidemment pas à bloquer les

(1) Table ronde de représentants de structure de recherche dans le domaine de la santé au travail, 24 mai 2018, compte rendu n° 15.

(2) Table ronde de représentants de structure de recherche dans le domaine de la santé au travail, 24 mai 2018, compte rendu n° 15.

évolutions positives nécessaires de la « jurisprudence » des CRRMP : il s'agit bien d'essayer de leur donner des repères profitables aux salariés lorsqu'ils examinent chacun des cas individuels qui leur sont soumis.

Proposition n° 25 Créer une base de données nationale publique permettant de recenser les cas présentés devant les CRRMP et les jurisprudences pertinentes, à des fins d'études et d'harmonisation des décisions des CRRMP ainsi que de production d'indications susceptibles de faire avancer les tableaux de maladies professionnelles.

f. En associant les représentants du personnel (membres du CSE ou de la CSSCT) à la procédure de reconnaissance

Les associations de victimes et les acteurs de terrains auditionnés par la commission d'enquête – Groupement d'intérêt scientifique sur les cancers d'origine professionnelle en Seine-Saint-Denis (Giscop93), Association médicale pour la prise en charge des maladies éliminables (APCME) – ont montré que beaucoup d'affections pouvaient être imputées à une origine professionnelle à la suite d'un lent et patient travail d'investigation sur les causes probables.

Il apparaît nécessaire que ce travail remarquable soit généralisé à tout le territoire national. Les représentants du personnel dans l'entreprise, membres de la CSSCT ou du CSE, pourraient utilement être formés pour assister les salariés à monter un dossier de reconnaissance de maladie professionnelle et aller au bout de la procédure administrative.

Proposition n° 26 Prévoir des formations des membres de la CSSCT et du CSE à l'information et à l'assistance des salariés à la procédure de reconnaissance des maladies professionnelles.

Par ailleurs, l'expertise acquise par les membres des institutions représentatives du personnel (CSE ou CSSCT) devrait être pouvoir mise à profit au cours de la procédure de reconnaissance. Cette intervention devrait être positionnée à deux niveaux :

- d'une part, au cours de l'instruction du dossier constitué par la caisse primaire en application de l'article D. 461-29 du code de la sécurité sociale, dont le dernier alinéa prévoit que « *La victime, ses ayants droit et son employeur peuvent déposer des observations qui sont annexées au dossier.* » Le CSE devrait avoir la possibilité d'être sollicité pour déposer des observations annexées au dossier ;
- d'autre part, au cours de l'examen du dossier par le CRRMP, dans les conditions prévues par l'article D. 461-30 du même code. Celui-ci prévoit que le comité entend obligatoirement l'ingénieur-conseil

chef du service de prévention de la CARSAT et qu'il peut entendre la victime et l'employeur, s'il l'estime nécessaire. Il conviendrait d'ouvrir au CRRMP la possibilité de solliciter l'avis du CSE ou de la CSSCT sur le cas individuel dont il a à connaître.

Proposition n° 27 Ouvrir la possibilité au CSE ou à la CSSCT d'être sollicité dans le cadre de la procédure de reconnaissance, pour annexer des observations au dossier constitué par la caisse primaire ou directement par le CRRMP.

3. Surtout, une priorité s'impose : mieux articuler la reconnaissance et la prévention

a. Toute reconnaissance du caractère professionnel d'une maladie doit déboucher sur une action de prévention

Ayant décrit le mécanisme de prévention et de prise en charge des maladies professionnelles, le rapporteur ne peut que constater le fossé qui sépare ces deux faces d'une même politique.

Il faut combler ce fossé et rénover le dispositif afin qu'un cercle vertueux soit mis en place, qui fasse que chaque maladie professionnelle constatée soit imputée à l'entreprise responsable et débouche sur un examen du poste de travail concerné et des risques qu'il présente, ainsi que sur des mesures d'adaptation ou de prévention adaptées visant à ce que les salariés occupant ce poste ou un poste similaire ne soient pas exposés au risque de connaître la même pathologie.

Cela passe par l'adoption d'une position de principe : chaque cas de maladie professionnelle reconnue par la caisse primaire ou le CRRMP devra faire l'objet d'une investigation fine et les acteurs de la prévention dans l'entreprise devront disposer des moyens d'apporter une solution pour les cas avérés de maladie professionnelle.

Afin que la cause de la maladie professionnelle soit imputée non au seul employeur, mais au responsable de l'environnement de travail, il faudra que les demandes de reconnaissance de maladie professionnelle mentionnent de manière systématique le nom de l'employeur, le poste de travail concerné et le responsable de l'environnement de travail, lorsque le salarié ne travaillait pas dans les locaux de son employeur.

Chaque dossier de maladie professionnelle et le poste de travail concerné devront faire l'objet d'un signalement systématique au CSE ou, lorsqu'elle est constituée, à la commission santé, sécurité et conditions de travail compétente.

Chaque dossier de maladie professionnelle devra également faire l'objet d'un rapport de l'employeur et, le cas échéant, du responsable de l'environnement de travail, à la CSSCT ou au CSE et au service de prévention rattaché à la

CARSAT, sur l'évaluation des risques existants sur le poste, les changements intervenus depuis l'exposition du salarié concerné et les modifications à entreprendre sur le poste de travail pour éliminer le risque avéré.

En application de l'article L. 2315-38 du code du travail, la CSSCT se voit confier, par délégation du comité social et économique, tout ou partie des attributions du comité relatives à la santé, à la sécurité et aux conditions de travail, à l'exception du recours à un expert et des attributions consultatives du comité. Elle peut notamment lancer des actions de prévention en matière de maladies professionnelles, mais comme elle n'est pas une personne civile, elle ne peut organiser seule la mise en place d'une expertise. Elle doit donc soumettre ses analyses et sa demande d'expertise au CSE, seul capable de prendre une décision.

Si l'employeur ne peut garantir qu'il a éliminé le risque, notamment en limitant l'exposition, une majoration devrait être imputée par la CARSAT sur son taux de cotisation AT-MP.

Ainsi, chaque cas avéré de maladie professionnelle pourra déboucher sur un signalement, une enquête et une action pratique sur le poste de travail en cause.

Proposition n° 28 Mettre en place un cercle vertueux entre la reconnaissance et la prévention des maladies professionnelles, reposant sur :

- l'identification et l'imputation de chaque cas avéré de maladies professionnelles à un poste de travail et à un responsable de l'environnement de travail ;**
- le signalement aux institutions représentatives du personnel de chaque cas et des mesures d'évaluation et de réduction du risque avéré ;**
- l'imposition d'un malus pour les entreprises n'ayant pas pris les mesures nécessaires pour éliminer un risque avéré de maladie professionnelle.**

Les efforts en matière de lutte contre les maladies professionnelles et les accidents de travail pourraient également figurer dans le bilan social, par des indicateurs standardisés pour la qualité, hygiène, sécurité, environnement (QHSE).

La réglementation fixe une liste de documents établis par l'employeur qui participent à la prévention du risque professionnel. Ces documents visent à présenter les risques et les moyens de prévention mis en œuvre. Certains de ces documents font appel à un élément notionnel récurrent, le poste de travail. Or, comme le rapporteur l'a déjà signalé, la réglementation ne tire pas les conséquences de cette récurrence notionnelle pour renforcer la prévention du risque professionnel.

Le bilan social est un instrument de mesure du domaine social dans l'entreprise, défini par les articles L. 2323-68 à L. 2323-77 du code du travail.

L'article R. 2323-17, détaillant son contenu, impose à l'employeur de plus de 300 salariés d'indiquer le nombre et dénomination des maladies professionnelles déclarées à la sécurité sociale au cours de l'année, le nombre de salariés atteints par des affections pathologiques à caractère professionnel et caractérisation de celles-ci, et le nombre de déclarations par l'employeur de procédés de travail susceptibles de provoquer des maladies professionnelles. Il doit également indiquer le « *montant des dépenses consacrées à l'amélioration des conditions de travail dans l'entreprise* ».

Afin de pouvoir juger de l'effort des employeurs en matière de prévention et de lutte contre les maladies professionnelles, des critères pourraient être insérés dans le bilan social.

Proposition n° 29 Prévoir des indicateurs standardisés pour les efforts en matière de lutte contre les maladies professionnelles et la qualité, hygiène, sécurité, environnement (QHSE) à faire figurer dans le bilan social de l'entreprise.

Le bilan social devra déboucher sur un plan d'action pour la santé au travail qui ne pourra se contenter d'être un plan de communication utile sur les consignes de sécurité élémentaires du type « tenir la rampe en descendant l'escalier ». Ce plan ne pourra pas non plus se contenter d'être un indispensable plan de prévention des risques physiques ou chimiques, mais devra s'attacher à promouvoir le travail, intégré dans une œuvre collective, comme un facteur de santé, dimension essentielle pour la performance même d'une entreprise.

b. La faute inexcusable ou intentionnelle de l'employeur doit obliger à présenter un plan de rétablissement des conditions normales de santé et sécurité au travail

L'article L. 4741-11 du code du travail prévoit que « *Lorsqu'un accident du travail survient dans une entreprise où ont été relevés des manquements graves ou répétés aux règles de santé et sécurité au travail, la juridiction saisie, qui relaxe la ou les personnes physiques poursuivies sur le fondement des articles 221-6, 221-19 et 221-20 du code pénal, fait obligation à l'entreprise de prendre toutes mesures pour rétablir des conditions normales de santé et sécurité au travail.*

« *À cet effet, la juridiction enjoint à l'entreprise de présenter, dans un délai qu'elle fixe, un plan de réalisation de ces mesures, accompagné de l'avis motivé du comité social et économique.*

« *La juridiction adopte le plan présenté après avis du directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi. À défaut de présentation ou d'adoption d'un tel plan, elle condamne l'entreprise à exécuter, pendant une période qui ne peut excéder cinq ans, un plan de nature à faire disparaître les manquements mentionnés au premier alinéa.*

« Dans ce dernier cas, les dépenses mises à la charge de l'entreprise ne peuvent annuellement dépasser le montant annuel moyen des cotisations d'accidents du travail prélevé au cours des cinq années antérieures à celle du jugement, dans le ou les établissements où ont été relevés les manquements. »

« Le contrôle de l'exécution des mesures prescrites est exercé par l'inspecteur du travail. S'il y a lieu, celui-ci saisit le juge des référés, qui peut ordonner la fermeture totale ou partielle de l'établissement pendant le temps nécessaire pour assurer cette exécution. »

« L'employeur qui, dans les délais prévus, n'a pas présenté le plan mentionné au deuxième alinéa ou n'a pas pris les mesures nécessaires à la réalisation du plan arrêté par la juridiction en vertu du troisième alinéa, est puni d'une amende de 18 000 euros ainsi que des peines prévues à l'article L. 4741-14. »

Ce dispositif, particulièrement propice à la mise en place d'actions visant à remédier à des problèmes aigus, doit être élargi, au-delà du cas des accidents du travail, à toute situation relevant de « *manquements graves ou répétés aux règles de santé et sécurité au travail* », notamment celles qui peuvent être caractérisées par la survenue de maladies d'origine professionnelles répétées, et ne pas être limité aux cas où la juridiction saisie relaxe les personnes physiques poursuivies sur le fondement des articles 221-6, 221-19 et 221-20 du code pénal. Lorsque les menaces sur la santé et la sécurité au travail sont suffisamment graves, la puissance publique, par l'intermédiaire du service public unifié de prévention placé auprès de la CARSAT, doit intervenir pour exiger le rétablissement de conditions normales de travail.

Concrètement, il apparaît nécessaire de prévoir que la caisse primaire imputant la faute inexcusable (avec l'accord des parties), l'inspecteur du travail constatant des manquements graves et répétés aux règles de santé ou de sécurité ou le tribunal de grande instance (appelé à remplacer le tribunal des affaires de sécurité sociale à compter du 1^{er} janvier 2019), relevant la faute inexcusable ou les mêmes manquements, puissent transmettre le dossier au service public de prévention et de santé au travail de la CARSAT.

Celui-ci pourrait alors ordonner à l'entreprise de prendre toutes mesures pour rétablir des conditions normales de santé et sécurité au travail. À cet effet, il pourrait enjoindre à l'entreprise de présenter, dans un délai qu'il fixe, un plan de rétablissement des conditions normales de travail, après avis du CSE et du directeur de la DIRECCTE, d'un coût total plafonné à l'équivalent des cotisations AT-MP versées les cinq dernières années. Cette injonction prendrait la forme d'une sanction administrative pour l'entreprise en cause. L'inspecteur du travail aurait la charge de constater la bonne exécution des mesures comprises dans le plan.

Le défaut de présentation de ce plan ou d'application de ces mesures serait constitutif d'une infraction pénale.

Proposition n° 30 **Prévoir qu'en cas de faute inexcusable de l'employeur ou de manquements graves et répétés aux règles de santé et de sécurité au travail, l'employeur se voie contraint de présenter et d'exécuter un plan de rétablissement des conditions normales de travail.**

C. CONSTRUIRE DES OUTILS POUR CRÉER UNE VÉRITABLE CULTURE ET UNE VÉRITABLE POLITIQUE DE PRÉVENTION

Les auditions de la commission d'enquête ont montré que le système de lutte contre les maladies professionnelles, fondé sur leur réparation assurantielle, ne pouvait fonder à lui seul une politique d'amélioration des conditions de travail.

Le rapporteur est bien conscient du décalage entre l'accumulation des prescriptions et des sanctions et les attentes des entreprises et des salariés en terme de qualité de vie au travail. Plutôt que de subir des normes, les acteurs appellent à inciter à la prévention des risques. C'est pourquoi il faut créer de véritables outils à même de mettre en place une culture et une politique de la prévention au sein des entreprises, notamment industrielles.

1. Les mécanismes financiers doivent devenir plus incitatifs

a. Améliorer la portée du mécanisme d'imputation à la branche AT-MP du coût des risques sous-déclarés

Aujourd'hui, la non-couverture par la branche AT-MP des dépenses (frais médicaux et indemnités journalières) liées à certaines maladies causées par l'activité professionnelle a pour conséquence de reporter leur prise en charge sur la branche maladie.

Certes, la déclaration d'une maladie professionnelle incombe au salarié (article L. 461-5 du code de la sécurité sociale), alors que la déclaration d'un accident du travail est une obligation de l'employeur (article L. 441-2).

Or, pour des raisons multiples, liées par exemple à la méconnaissance de l'origine professionnelle d'une affection, à la complexité de la procédure de déclaration, à la formation et à l'information insuffisantes des professionnels de santé ou encore à des pressions de certains employeurs pour se soustraire à leur obligation, certaines dépenses engendrées par des pathologies d'origine professionnelle ou des accidents subis sur le lieu de travail sont prises en charge par l'assurance maladie et non par la branche AT-MP.

En d'autres termes, la collectivité nationale tout entière supporte des dépenses imputables à certains modes de travail et à certaines entreprises, alors

que ces dépenses devraient être directement supportées par les entreprises qui en sont la cause. Par exemple, une enquête menée conjointement par l'INRS, Arts et Métiers ParisTech et le Groupe de recherche sur le risque, l'information et la décision (unité de recherche commune Arts et Métiers ParisTech – ESTP – IAE de Paris) indique que le stress au travail aurait coûté, en 2007, entre 1,9 et 3 milliards d'euros au minimum, se décomposant en :

- 200 millions d'euros de soins de santé ;
- 1 283 millions d'euros liés à l'arrêt de l'activité ⁽¹⁾.

Il n'est pas légitime que la solidarité nationale supporte ces dépenses lorsque leur lien direct avec l'activité professionnelle peut être démontré.

En conséquence, l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale, issu de l'article 30 de la loi n° 96-1160 du 27 décembre 1996 de financement de la sécurité sociale pour 1997, instaure le principe d'un « versement annuel » de la branche AT-MP à la branche maladie du régime général. Ce versement a pour objet de compenser les dépenses engagées par cette dernière au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles non déclarés comme tels. L'article L. 176-2 du même code précise que le montant du versement est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale.

Une commission présidée par un magistrat de la Cour des Comptes est chargée de remettre au Parlement et au Gouvernement, tous les trois ans, un rapport évaluant le coût réel, pour la branche maladie, de la sous-déclaration des AT-MP. Le dernier rapport de cette commission a été présenté en juillet 2017 ⁽²⁾. Il évalue la sous-déclaration « à une fourchette allant de 800 millions d'euros et 1,5 milliard d'euros ». Les accidents du travail représentant un coût de « 95 à 108 millions », la commission évalue donc le coût des maladies professionnelles sous-déclarées entre 700 et 1 400 millions d'euros.

Pour déterminer cette fourchette, la commission réalise une estimation de l'écart entre le nombre de cas d'accidents ou de maladies théoriquement imputables à l'activité professionnelle et le nombre de cas effectivement reconnus par la branche AT-MP. Outre les accidents du travail, cinq grands groupes de pathologies, inchangés depuis 2011, regroupant 10 pathologies, ont été examinés par la commission : les cancers professionnels, les principales affections périarticulaires et du rachis lombaire, l'asthme et les broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO), les dermatoses et la surdité. La commission s'appuie principalement sur des données  pidemiologiques pour établir une estimation du nombre de cas sous-déclarés, qu'elle rapporte aux données de coût moyen par pathologie fournies par la branche AT-MP.

(1) Christian Trontin, Marc Lassagne, Stéphanie Boini, Saliha Rinal, « Le coût du stress professionnel en France en 2007 », INRS, 2010.

(2) Rapport de la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale, présidée par M. Jean-Pierre Bonin, conseiller-mètre honoraire de la Cour des Comptes, juin 2017.

La loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 fixe à un milliard d'euros le montant du versement de la branche AT-MP vers la branche maladie du régime général pour l'année 2018, montant stable depuis 2015.

Proposition n° 31 Élargir, notamment dans le domaine des affections psychiques, le champ des pathologies d'origine professionnelle sous-déclarées devant faire l'objet d'une prise en charge par la branche AT-MP.

b. Affecter les excédents de la branche AT-MP à une politique de prévention plus ambitieuse

Selon le rapport préparé pour la commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2018, l'excédent de la branche AT-MP est en hausse de près de 400 millions d'euros en 2017 et s'établit à 1,1 milliard. En 2018, il serait de 800 millions d'euros.

Selon la CFTC ⁽¹⁾, l'ensemble des organisations syndicales et patronales souhaitent consacrer une partie des moyens de la branche à un investissement sans précédent pour la prévention des risques professionnels, afin d'accompagner le plus grand nombre d'entreprises dans une démarche pérenne et durable de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles.

En effet, chaque année, la branche AT-MP, seule branche excédentaire de la sécurité sociale, verse une somme très importante à la branche maladie au titre de la sous déclaration des maladies professionnelles. La branche AT-MP entend conserver une partie de ses excédents, dans l'optique de faire baisser le nombre de maladies professionnelles dans l'industrie, ainsi que dans l'ensemble des entreprises françaises. Selon les statistiques de la branche AT-MP de 2016, seuls 4 % de ses crédits sont affectés à la prévention.

Or, selon des informations parues dans la presse, la convention d'objectifs et de gestion (COG) 2018-2022 de la branche AT-MP de l'assurance maladie, qui devait être signée en janvier 2018, a donné lieu à un bras de fer sur les moyens avec la tutelle. Le ministère des comptes publics aurait exigé de la branche une réduction de son budget de fonctionnement de 15% et une réduction de ses effectifs de 10%.

L'Institut national de recherche et de sécurité (INRS) verrait une baisse de 20% du budget de fonctionnement (soit une coupe de 18 millions d'euros) et de 10% des effectifs (environ 60 postes de chercheurs), alors que son périmètre d'intervention va s'élargir avec l'accueil au sein du régime général des trois millions d'indépendants du RSI. Intégré à la branche AT-MP depuis 2014, alors

(1) Contribution écrite adressée au rapporteur.

qu'il était auparavant lié à la CNAMTS par une convention, l'institut a déjà enregistré 60 suppressions de postes depuis 2011.

Alors que le 3^{ème} plan Santé au travail, pour la période 2016-2020 marque un infléchissement majeur en faveur d'une politique de prévention qui anticipe les risques professionnels et garantisse la bonne santé des salariés plutôt que de s'en tenir à une vision exclusivement réparatrice, le rapporteur juge indispensable que tous les excédents liés à la bonne gestion de la branche AT-MP soient affectés exclusivement au renforcement des actions de prévention menées.

Proposition n° 32 Prévoir l'affectation des excédents de la branche AT-MP au financement d'une politique de prévention renouvelée.

2. Créer un service public – réseau national unifié de prévention des risques professionnels

Comme détaillé dans la première partie, le rapporteur constate que les moyens au service de la prévention des risques professionnels sont actuellement éclatés entre les CARSAT, les associations régionales pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT), les services de santé au travail, ainsi que certains organismes paritaires comme l'Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics.

En outre, plusieurs organismes cumulent cette expertise en prévention avec d'autres missions :

- de contrôle médical, pour les SST,
- de gestion et de tarification des risques, pour les CARSAT.

Il apparaît que la confusion entre le contrôle et le conseil n'est pas en mesure de garantir la mise en place d'une véritable culture de prévention.

Cependant, pour qu'un préventeur puisse cibler ses interventions et connaître la sinistralité du territoire où il exerce, il apparaît nécessaire qu'il puisse s'appuyer sur les données actuellement à la disposition des CARSAT.

Aussi, afin de faciliter cette incitation à la prévention, les moyens actuellement dévolus à la prévention des risques professionnels au sein des entreprises (CARSAT, ARACT, etc.) devraient être regroupés dans un service public unique de la santé au travail et de la prévention professionnelle.

Un réseau unique de prévention pourrait disposer d'un nombre suffisant de préventeurs pour connaître à la fois les secteurs d'activité économique, les acteurs des territoires et leurs problématiques propres.

Cet acteur devrait être adossé aux CARSAT, afin que les efforts des employeurs ou leur absence d'effort dans la limitation des risques se traduisent financièrement dans les taux de cotisation qui sont appliqués.

Le service public de la prévention des risques professionnels serait installé de manière décentralisée dans les territoires, avec des antennes dans chaque bassin d'emploi.

Les statuts et les conditions d'emploi des salariés et agents amenés à rejoindre ses structures seraient harmonisés sur la base la plus favorable existante dans leurs anciennes structures de rattachement.

Dans le cadre de ses interventions de conseil, le réseau national de prévention pourrait orienter les entreprises vers des prestataires ayant reçu un label de qualité dans la prévention des risques professionnels.

Les intervenants en prévention des risques professionnels seraient saisis :

- directement par les entreprises,
- par signalement systématique des maladies professionnelles avérées ou saisine du CSE ou de la CSSCT,
- de manière ciblée, à partir d'indicateurs (en termes de prévention primaire, secondaire, tertiaire) expérimentés afin de comparer les efforts des entreprises travaillant dans le même secteur et présentant les mêmes risques.

Lorsque leur intervention serait suivie d'effets avérés, ils pourraient recommander à la CARSAT de les prendre en compte dans le calcul du taux de cotisation AT-MP de l'entreprise.

Cette incitation à développer une culture de prévention permettrait de sortir de la contradiction entre la nécessité de fixer des valeurs limites d'exposition professionnelle et l'absence d'efforts dès lors que les résultats sont en deçà de ces limites, et l'absence d'incitation à la substitution des produits potentiellement dangereux.

Proposition n° 33 Mettre en place un service public – réseau national unifié de prévention des risques professionnels, adossé aux CARSAT et doter ce service public – réseau national des outils permettant de favoriser une culture de prévention.

Cette proposition ne peut s'inscrire dans une démarche de réduction des moyens affectés à la santé au travail. Au contraire, au regard des enjeux, il convient de développer la capacité d'intervention de la puissance publique en la matière. La complexité des enjeux nécessite non seulement des dispositifs efficaces mais aussi du travail humain permettant l'intelligence des situations réelles et concrètes. Or, aujourd'hui, les moyens dont disposent les CARSAT ou

l'inspection du travail semblent insuffisants pour mener les actions de prévention nécessaires. L'évolution des technologies et de l'organisation du travail qui se développent particulièrement dans l'industrie, d'un côté, le nombre de maladies professionnelles reconnues auxquelles il faut ajouter celles qui ne le sont pas, de l'autre, sont autant de réalités qui doivent conduire à faire de cet enjeu une grande cause au sein de la santé publique.

3. Renforcer les services de santé au travail en valorisant le rôle de l'infirmier et en organisant les services en réseau

Les services de santé au travail sont en première ligne pour veiller à la préservation de la santé des travailleurs et à la protection contre les risques professionnels. Longtemps organisés autour du médecin du travail, ils se sont enrichis de compétences variées mais souffrent encore d'une dispersion excessive.

a. Valoriser le rôle des infirmiers en médecine du travail

Depuis la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, le médecin du travail évoluant au sein du service de santé au travail interentreprises a vocation à animer et à coordonner une équipe pluridisciplinaire. Cette équipe comprend des intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) et des infirmiers et peut être complétée par des assistants de service de santé au travail et des professionnels recrutés après avis du médecin du travail. Cette évolution, née de la pénurie de praticiens, a fait suite à l'émergence de nouvelles formes d'organisation du travail et ouvert sur des recours à une diversité de compétences.

- L'infirmier recruté par un service de santé au travail doit nécessairement être diplômé d'État. Il doit suivre une formation en santé au travail dans l'année qui suit son embauche, mais l'article R. 4623-29 du code du travail n'en précise pas les modalités. Or le besoin d'une formation de haut niveau est aujourd'hui encore plus impérieux qu'auparavant.

Depuis le 1^{er} juillet 2012, en effet, le médecin du travail peut confier certaines activités aux infirmiers, sous sa responsabilité, dans le cadre de protocoles écrits prévus à l'article R. 4623-14 du code du travail. L'infirmier peut par exemple réaliser des entretiens, effectuer des examens complémentaires et participer à des actions d'information collectives. Mais ces tâches évoluent : Mme Nadine Rauch, présidente du Groupement des infirmiers de santé au travail (GIT), a indiqué à la commission que « *par le biais des visites d'information et de prévention, nous faisons désormais ce que font les médecins : de la visite.* »⁽¹⁾

Après avoir rappelé que, « *tout au début, les infirmiers n'exerçaient que dans les entreprises. Ce n'est que vers 2008 que les services interentreprises ont commencé à en recruter massivement* », Mme Rauch a attiré l'attention de la commission sur le fait qu'« *aujourd'hui, beaucoup d'infirmiers sont souvent seuls*

(1) Audition de Mme Mélissa Ménétrier, secrétaire générale adjointe du SNPST et de Mme Nadine Rauch, présidente GIT France, 12 avril 2018, compte rendu n° 11.

dans les entreprises et ne voient le médecin du travail qu'une ou deux fois par mois. Il est donc important que celui-ci puisse s'appuyer sur les compétences de cet infirmier, pour suivre les salariés, évaluer les risques chimiques, faire de la traçabilité ou participer à des enquêtes. Cela suppose que les infirmiers aient les compétences requises. »

Des initiatives ont été prises, notamment sous l'impulsion du GIT. elles ont notamment débouché sur la création d'une licence professionnelle à Lille et à Paris et sur la création d'un « *parcours particulier pour les infirmiers* » au sein d'un master de Paris XIII. Il faut aujourd'hui franchir une nouvelle étape, prévoir d'homogénéiser les formations pour que leur contenu soit analogue dans les différentes universités et prévoir que les infirmiers au travail bénéficient de formations positionnées au niveau licence, voire master.

Proposition n° 34 Prévoir des formations de niveau licence ou master pour les infirmiers en santé au travail.

• L'indépendance du médecin du travail dans l'exercice de son activité a été consacrée par l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale et divers articles du code de la santé publique. Le principe en est réaffirmé à l'article L. 4623-8 du code du travail, qui prévoit que « *dans les conditions d'indépendance professionnelle définies et garanties par la loi, le médecin du travail assure les missions qui lui sont dévolues par le présent code* ».

Le médecin du travail bénéficie à ce titre d'un statut de salarié protégé en cas de changement et de rupture de son contrat de travail. La loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail a étendu cette protection aux cas de rupture anticipée du contrat à durée déterminée, de non-renouvellement du contrat à durée déterminée lorsqu'il comporte une clause de renouvellement, de rupture conventionnelle du contrat et de transfert partiel d'entreprise. Ainsi, le licenciement d'un médecin du travail ne peut intervenir qu'après autorisation de l'inspecteur du travail dont dépend le service de santé au travail, après avis du médecin inspecteur du travail ⁽¹⁾.

Toutefois, aucune des réformes relatives aux services de santé au travail n'est venu garantir l'indépendance des infirmiers du travail : ils restent recrutés par les entreprises et mis à disposition des médecins du travail, dans une situation de subordination vis-à-vis de l'employeur.

Cette situation est d'autant plus regrettable que les réformes récentes de la médecine du travail ont ouvert aux infirmiers la possibilité d'intervenir de façon habituelle – fût-ce sous l'autorité du médecin – pour la visite d'information et de prévention ou pour le suivi individuel de l'état de santé des travailleurs et la constitution du dossier médical.

(1) *Articles L. 4623-1 à L. 4623-8 du code du travail.*

Ces professionnels de santé vont ainsi être amenés à prendre position sur l'état de santé des salariés, voire à devoir signaler des cas de souffrance au travail comme des cas d'épuisement professionnel, sans que leur statut les protège, compromettant l'exercice impartial des missions confiées par le législateur. Ils vont pouvoir connaître de données personnelles de santé sans être protégés des pressions de l'employeur. Or, rappelait Mme Rauch, « *déjà les médecins ont des difficultés, malgré leur statut de salariés protégés, alors imaginez la situation complexe dans laquelle peuvent se trouver certains infirmiers, subissant la pression de l'employeur qui veut obtenir des données médicales confidentielles sur les salariés...* »

Il est donc légitime de doter d'un statut de salarié protégé les infirmiers chargés de la surveillance de l'état de santé des salariés, afin de garantir l'indépendance de leur office au sein de l'entreprise.

Proposition n° 35 Doter d'un statut de salarié protégé les infirmiers chargés de la surveillance de l'état de santé des salariés.

b. Mettre en réseau les services de santé au travail et faciliter les approches croisées entre médecine du travail, médecine de soins et approche environnementale de la santé publique

Les auditions de la commission d'enquête ont montré le double isolement du médecin de travail, communiquant peu avec les médecins de soins et avec ses collègues. Or la protection de la santé des salariés ne peut s'arrêter au périmètre de l'entreprise. Il faut dépasser cette approche cloisonnée de la santé au travail.

Les questions de conditions de travail et de santé au travail ont été marquées par la mise en œuvre de réformes structurantes dont celle de la médecine du travail et des services de santé au travail issue d'une réflexion approfondie sur l'aptitude dans le cadre d'une mission dirigée par M. Michel Issindou, député ⁽¹⁾, ainsi que d'une concertation avec les partenaires sociaux.

Cette réforme s'inscrit dans la continuité de réformes menées en 2004, puis en 2011, qui avaient mis en place la pluridisciplinarité au sein des services de santé au travail, dans le cadre d'un suivi individuel de l'état de santé des travailleurs profondément renouvelé et allégé.

En mettant fin à la vérification systématique, lors de toute visite avec le médecin du travail, de l'aptitude dont l'efficacité était contestée – puisque moins de 2% des visites donnaient lieu à une inaptitude – et en permettant d'adapter le type et la fréquence des visites médicales aux risques effectivement encourus par

(1) *Rapport sur la notion d'aptitude et les enjeux qui s'y attachent pour les salariés et les employeurs, d'une part, les médecins du travail, d'autre part, et pour le système français de protection de la santé au travail, confié le 7 novembre 2014 au député Michel Issindou, à M. Christian Ploton, membre de la Direction des Ressources humaines (DRH) de Renault et au Professeur Sophie Fantoni-Quinton, et Anne-Carole Bensadon et Hervé Gosselin de l'IGAS, mai 2015.*

les salariés, cette réforme vise à permettre d'assurer l'effectivité et l'universalité de leur suivi, tout en permettant au médecin du travail de rééquilibrer son activité et celle de l'équipe pluridisciplinaire au bénéfice de ses autres missions : la prévention en entreprise, le conseil à l'employeur, l'épidémiologie, la traçabilité et le maintien en emploi.

Cependant, ces réformes n'ont pas pris en compte le nécessaire décloisonnement de la médecine du travail, dont l'activité reste concentrée sur la visite médicale.

Le dossier médical personnel de santé au travail proposé par le rapporteur permettra de fluidifier le lien entre médecine de ville et médecine du travail, le médecin traitant pouvant, avec l'accord du salarié, consulter les informations relatives à son suivi d'exposition professionnelle. Par ailleurs, l'existence d'un dossier médical attaché à la personne et non plus à l'activité professionnelle devrait permettre aux médecins du travail successifs d'un salarié de communiquer et de confronter leurs expertises.

Cependant, il manque une instance qui permette non de régenter, mais de favoriser la mise en réseau des SST, afin de pouvoir mettre en place des référentiels, des études et prendre des décisions relatives à la mise en place et à l'accès au dossier médical personnel de santé au travail.

Au demeurant, les pénuries de personnel médical ont singulièrement désorganisé les services de santé au travail. Aujourd'hui, les services interentreprises couvrent un nombre important de salariés et souvent d'entreprises diverses et variées. L'indépendance de la médecine du travail, son intégration dans un projet de santé global, la nécessité pour la puissance publique de disposer de leviers afin d'agir pour la santé au travail sont autant d'enjeux qui appellent une autre organisation. Une réflexion large doit s'engager sur cette question. À terme, la mise en réseau des SST pourrait préfigurer l'organisation, sous l'égide de l'Assurance-maladie, d'un service public unifié de santé au travail.

Proposition n° 36 **Créer une instance destinée à favoriser le décloisonnement et la mise en réseau des services de santé au travail, comprenant représentants des médecins du travail et des autres salariés des SST, et représentants des partenaires sociaux.**
Cette instance pourrait préfigurer un service public unifié de santé au travail, à placer sous l'égide de l'assurance maladie

Par ailleurs, afin de faciliter les approches croisées entre médecine du travail, médecine de soins et approche environnementale de la santé publique, il serait utile de financer des expériences de terrain visant à analyser les facteurs d'exposition de manière coordonnée, par exemple en développant l'approche

cartographique des risques avérés sur un territoire, que développe l'Association médicale pour la prise en charge des maladies éliminables (APCME).

Au demeurant, la Charte de l'environnement proclame que « *chacun a le droit de vivre dans un environnement équilibré et favorable à sa santé* ». Pour donner de la substance à cet idéal, il convient de s'appuyer sur l'expertise des premiers concernés comme sur la connaissance médicale et scientifique. Partant de là, les expériences de cadastres ou de cartographie des risques avérés ont révélé leur utilité en matière de connaissance, d'information, de recherche et de prévention des maladies professionnelles dans l'industrie. Ce sont des processus démocratiques qui rendent les salariés pleinement acteurs d'une démarche d'élimination des maladies à la source. De la connaissance naît l'action. Le professeur Ivar Oddone appelait à dessiner une « *mappemonde brute* » et à trouver ainsi les moyens de « *relier le poste de travail singulier à des archives dans lesquelles tous les hommes du monde aient la possibilité d'échanger des informations sur la façon de travailler* », sur ce qui « *augmente le nombre de maladies dues au milieu de travail ou au contraire les élimine* ». Un tel projet conduit à l'échelle européenne ou mondiale, sous l'égide de l'OIT, croisant les expériences et les savoirs en santé au travail dans l'industrie serait une entreprise salutaire. Car la bataille à mener est mondiale. Dans l'attente, à l'échelle d'un bassin industriel, l'existence de cadastres du risque avéré pourrait devenir un instrument efficace de lutte pour la santé au travail. Des expérimentations pourraient être menées par les CARSAT associant les acteurs en ce sens.

Le travail conduit sur les projets de cadastre aurait une tout autre portée s'il pouvait prendre appui sur les comités de suivi citoyens évoqués précédemment dans le présent rapport (voir p. 70). Ceux-ci enrichiraient le processus d'une expertise citoyenne qui viendrait compléter utilement l'expertise des travailleurs placée au cœur de ce processus.

Proposition n° 37 Financer des expérimentations de terrain, prenant en compte une approche décloisonnée des facteurs d'exposition, afin d'étudier les approches combinées entre santé au travail et santé publique dans la situation sanitaire d'un territoire.
Favoriser à cette occasion la création de comités de suivi citoyens visant à intégrer à ces démarches l'expertise sociale des populations locales.
Encourager sur cette base les démarches de cartographie du risque dans les grandes zones industrielles

4. Développer la culture de la prévention dans l'entreprise

a. En développant l'information et la formation

Les membres des CHSCT et demain des CSE et des CSSCT peuvent disposer de formations relatives à la prévention des risques professionnels.

En application de l'article L. 2315-40 du code du travail, les membres de la CSSCT doivent bénéficier d'une formation nécessaire à l'exercice de leurs missions en matière de santé, de sécurité et conditions de travail, dont le financement est pris en charge par l'employeur conformément aux articles R. 2315-20 à R. 2315-22. Cette formation est organisée sur une durée minimale de 5 jours dans les entreprises d'au moins 300 salariés, et de 3 jours dans les entreprises de moins de 300 salariés.

Cependant, pour le reste des salariés, il n'y a aucune obligation systématique de formation à la sécurité. Il apparaît ainsi que tous les salariés ne sont pas forcément pleinement conscients des risques qu'ils prennent. Avant même leur entrée dans la vie active, il serait nécessaire que l'ensemble des formations professionnelles initiales comportent systématiquement un volet relatif aux risques rencontrés et aux méthodes pour les prévenir.

Une étude épidémiologique réalisée par l'INRS ⁽¹⁾ révèle que les jeunes de moins de 25 ans formés en santé et sécurité au travail pendant leur scolarité ont deux fois moins d'accidents du travail que les autres. Réalisée sur 5 ans dans 7 régions de France, cette étude montre la pertinence d'intégrer un enseignement en santé au travail dans l'ensemble des formations initiales.

Proposition n° 38 **Rendre obligatoire un enseignement en santé au travail dans l'ensemble des formations professionnelles initiales.**

Par ailleurs, l'information des salariés sur les risques qu'ils subissent et les moyens de protection devrait être systématisée.

Le rapporteur considère qu'il revient à la fiche de risques évoquée précédemment (voir page 77), établie systématiquement pour chaque poste de travail exposant à un risque, d'assurer cette information.

Proposition n° 39 **Instaurer l'obligation de transmettre systématiquement au travailleur la fiche de risques établie pour chaque poste exposant à des risques de maladies professionnelles et récapitulant l'ensemble des risques, expositions et mesures de prévention et de protection propres à ce poste.**

(1) <http://www.inrs.fr/header/presse/cp-accidentologie-jeunes.html>

b. En créant une journée de prévention des risques au niveau national et dans l'entreprise

Alors que les moments d'échanges et de réflexion sur le travail accompli sont de plus en plus rares en raison de la dissolution progressive des collectifs de travail, il apparaît nécessaire de consacrer du temps dans l'entreprise pour conduire les salariés à prendre conscience des risques professionnels de manière individuelle et collective.

À l'initiative de l'Organisation internationale du travail (OIT), la Journée mondiale de la sécurité et de la santé au travail est célébrée chaque 28 avril. C'est une journée de sensibilisation visant à attirer l'attention sur l'ampleur du problème et à démontrer en quoi la création et la promotion d'une culture de la sécurité et de la santé peuvent contribuer à réduire le nombre de décès et de blessures d'origine professionnelle.

Le 28 avril est également la Journée internationale de commémoration des travailleuses et des travailleurs morts ou blessés au travail, célébrée à l'échelle mondiale depuis 1996 à l'initiative du mouvement syndical. Le but de cette journée est de rendre hommage aux victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles en organisant à cette date des mobilisations et campagnes de sensibilisation aux quatre coins de la planète.

Cette date propice à la sensibilisation à la culture de la prévention devrait être adoptée au niveau national et donner lieu à une grande campagne publique et à une mobilisation de l'ensemble des entreprises, invitées à mettre en place une action spécifique, afin de placer cette exigence sur le devant de la scène et de faire grandir la conscience sociale de ces enjeux de sécurité et de santé professionnelles.

Reprenant des initiatives existantes dans certaines entreprises, comme ArcelorMittal, le rapporteur propose qu'une journée nationale, déclinée en journée d'entreprise, soit consacrée exclusivement à des échanges entre salariés, des formations continues, des sensibilisations aux risques professionnels.

<p>Proposition n° 40 Assurer, au plan national, le plus large écho à la journée mondiale pour la sécurité et la santé au travail initiée par l'OIT et mobiliser les services de l'État pour en faire, dans les entreprises, une journée dédiée à des échanges consacrés à la prévention des risques professionnels.</p>
--

c. En favorisant l'implantation des CSSCT dans les petites entreprises industrielles

En application de l'article L. 2315-36 du code du travail, une commission santé, sécurité et conditions de travail (CSSCT) est obligatoirement mise en place au sein du comité social et économique dans :

- les entreprises ou les établissements distincts d'au moins 300 salariés ;

– les établissements classés Seveso, les installations nucléaires de base (INB) et certains gisements miniers.

Dans les entreprises ou les établissements de moins de 300 salariés, l'inspecteur du travail peut toutefois imposer la création d'une CSSCT, lorsque cette mesure est nécessaire, notamment en raison de la nature des activités, de l'agencement ou de l'équipement des locaux. Cette décision peut être contestée devant le directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi.

Dans tous les autres cas, la décision d'instaurer ou non une CSSCT se prendra au sein de l'entreprise, soit par accord d'entreprise, soit en l'absence de délégués syndicaux, d'un commun accord entre l'employeur et le CSE. L'accord fixe alors les modalités de mise en place de la CSSCT en définissant :

- le nombre de représentant au sein de la CSSCT ;
- les missions déléguées aux CSSCT par le CSE et leurs modalités d'exercice ;
- leurs modalités de fonctionnement, notamment le nombre d'heures de délégation dont bénéficient les membres ;
- les modalités de leur formation ;
- les moyens qui leur sont alloués ;
- les conditions et modalités dans lesquelles une formation spécifique correspondant aux risques ou facteurs de risques particuliers, en rapport avec l'activité de l'entreprise peut être dispensée aux membres de la commission.

Le rapporteur considère qu'il conviendrait de généraliser la création de CSSCT dans toutes les entreprises industrielles d'au moins 11 salariés, devant d'ores et déjà être dotées d'un CSE. Cette instance sera à même d'impulser une culture de prévention en poussant les salariés à réfléchir collectivement à leur travail et aux risques et expositions rencontrés.

Proposition n° 41 Envisager la possibilité de créer une commission santé, sécurité et conditions de travail (CSSCT) dans toute entreprise industrielle d'au moins 50 salariés à risque statistique élevé d'AT-MP.

d. En associant les représentants des salariés à la politique de prévention en les impliquant dans la mise à jour du document unique

Le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) a été créé par le décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001 transposant la directive 89/391/CEE du Conseil, du 12 juin 1989, concernant la mise en œuvre de mesures

visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail.

Il est la transposition par écrit de l'évaluation des risques, imposée à tout employeur par le code du travail. Le DUERP est obligatoire pour toutes les entreprises, administrations et associations ayant au moins un salarié. L'absence de document unique, en cas de contrôle de l'inspection du travail, peut être sanctionnée de 1 500 euros d'amende et de 3 000 euros en cas de récidive.

Le décret n° 2001-1016 définit trois exigences pour le document unique :

– il établit un inventaire des risques identifiés dans chaque unité de travail de l'entreprise. En ce sens, c'est un diagnostic exhaustif et structuré des risques ;

– l'identification et le classement des risques doivent déboucher ensuite sur un plan annuel de prévention visant à améliorer les conditions de travail par la formation, par des travaux ou des modifications de comportement et d'usage. En ce sens, c'est un plan d'action ;

– il doit faire l'objet de réévaluations régulières (au moins une fois par an), et à chaque fois qu'une unité de travail a été modifiée. Il doit également être revu après chaque accident du travail.

Or selon une étude de la DARES ⁽¹⁾, si près de 60% des employeurs publics et privés ont pris des mesures de prévention des risques professionnels en 2013, ces mesures n'ont pas toujours fait suite à une démarche formalisée d'évaluation des risques pour la santé et la sécurité de leurs salariés puisque seuls 46% des employeurs ont élaboré ou mis à jour un document unique d'évaluation des risques professionnels, pourtant obligatoire pour toutes les entreprises depuis 2001. Par ailleurs, 34% des très petites entreprises (TPE) françaises considèrent que leur activité ne présente pas de risques pour leurs salariés et ne voient pas l'intérêt du DUERP.

Aujourd'hui, le constat et l'analyse des risques, les préconisations et les mesures du document unique relèvent uniquement de l'employeur et non du CSE ou de la CSSCT. L'article R. 4121-3 du code du travail prévoit uniquement que *« dans les établissements dotés d'un comité social et économique, le document unique d'évaluation des risques est utilisé pour l'établissement du rapport et du programme de prévention des risques professionnels annuels »*.

Dans le même temps, l'article L. 2312-9 prévoit que le CSE ou sa CSSCT *« procède à l'analyse des risques professionnels auxquels peuvent être exposés les travailleurs, notamment les femmes enceintes, ainsi que des effets de l'exposition aux facteurs de risques professionnels. »*

(1) Dares Analyses 2016-013, « La prévention des risques professionnels. Les mesures mises en œuvre par les employeurs publics et privés », mars 2016.

Cette démarche, qui est la traduction directe de la responsabilité juridique de l'employeur, n'est pas à même de favoriser le développement d'une culture de prévention. En effet, rien n'oblige l'employeur à associer le CSE ou la CSSCT à l'élaboration du document unique.

Dans un premier temps, il conviendrait que les évolutions des analyses de risques, les mesures envisagées et leur mise en œuvre soient à la disposition des salariés concernés. Il conviendrait aussi que les évolutions du document unique soient consignées auprès du service public de prévention des risques professionnels, de manière historicisée, de façon à être tenues à la disposition des salariés, des membres du CSE, du médecin du travail, de l'inspecteur du travail et des agents des services de prévention des organismes de sécurité sociale ainsi que des inspecteurs publics.

Proposition n° 42 Faire du service public de prévention des risques professionnels le gestionnaire des versions archivées du document unique d'évaluation des risques professionnels avec mission de garantir leur disponibilité aux salariés et aux instances intervenant en prévention des risques, y compris les institutions représentatives du personnel.

Surtout, le processus d'élaboration du document unique pourrait servir de base à une vraie concertation relative à la prévention des risques dans l'entreprise, en associant à son évolution et au contrôle de son application les membres du CSE et de la CSSCT – sans pour autant aboutir à une atténuation de la responsabilité juridique de l'employeur au regard de ses obligations de sécurité.

Ainsi, pourrait être prévue une mise à jour périodique plus adaptée à la taille de l'établissement (actuellement chaque année pour toutes les entreprises), pour les entreprises n'étant pas exposées à des risques particuliers. Dans la même perspective, des fiches de poste type pourraient être produites pour aider les salariés à procéder à leur propre évaluation des risques de leur poste à partir du travail réel.

Mais il semble surtout très opportun d'organiser une consultation obligatoire des institutions représentatives du personnel, voire des salariés directement en cas d'absence de CSE, à la fois sur le diagnostic, sur les mesures de protection envisagées, et sur leur application *a posteriori*. Actuellement, une telle association relève du registre des « bonnes pratiques » et n'est donc pas encadrée par des textes normatifs. Ainsi, la circulaire de la direction des relations du travail du 18 avril 2002 souligne l'intérêt d'associer les acteurs internes à l'entreprise : « *Les acteurs internes à l'entreprise contribuent à la démarche de prévention. En s'appuyant sur ces apports internes, l'employeur peut assurer la qualité de l'évaluation des risques et développer une culture de la prévention dans son entreprise.* » Cette même circulaire incite l'employeur à mobiliser les institutions représentatives du personnel : « *Les instances représentatives du personnel (CHSCT et délégués du personnel) sont associées au processus de mise*

en œuvre de la démarche de prévention, tant au regard de l'évaluation des risques que de la préparation des actions de prévention. Il est rappelé que ces instances procèdent elles-mêmes à une analyse de risques qui contribue à la réalisation par l'employeur du programme annuel de prévention, pour lequel les représentants du personnel sont consultés. »⁽¹⁾

Le rapporteur propose d'aller plus loin en faisant des salariés et de leurs représentants des partenaires obligés du document unique.

Proposition n° 43 Associer les représentants des salariés et les salariés eux-mêmes à la démarche de prévention des risques prévue par le document unique.

(1) Direction des relations du travail, circulaire n° 6 DRT du 18 avril 2002 prise pour l'application du décret n° 2001-1016 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, prévue par l'article L. 230-2 du code du travail et modifiant le code du travail.

LISTE DES PROPOSITIONS

Proposition n° 1	Réactiver l'obligation existante faite à tout médecin de signaler toute maladie pouvant avoir un caractère professionnel et confier à l'Agence Santé publique France la collecte et l'exploitation de ces données épidémiologiques.
Proposition n° 2	Mettre en place des études épidémiologiques portant sur des populations de salariés à risque.
Proposition n° 3	Achever la couverture de la population française par le réseau des registres de cancers départementaux
Proposition n° 4	À partir du réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (rnv3p), créer une école nationale de santé au travail, fédérant et finançant les recherches sur les conséquences de l'exposition aux risques professionnels, pour accroître la visibilité de la recherche en santé au travail et faciliter la diffusion des connaissances.
Proposition n° 5	Créer un service public commun de mesure et de toxicologie auprès des DREAL pour objectiver les données, disposant du droit d'entrer sur les sites de production industriels afin d'effectuer des mesures.
Proposition n° 6	Prendre des initiatives européennes pour œuvrer à l'abaissement des valeurs limites d'exposition professionnelle à des niveaux assurant une protection sanitaire renforcée des travailleuses et travailleurs.
Proposition n° 7	Mieux exploiter les données issues de l'assurance-maladie et des futurs dossiers médicaux personnels de santé au travail.
Proposition n° 8	Réorganiser la réglementation de la santé au travail autour de la notion de « poste de travail », en veillant à la cohérence des documents exigés de l'employeur.
Proposition n° 9	Imposer, pour chaque poste exposant à des risques de maladies professionnelles, l'élaboration d'une fiche de risques récapitulant l'ensemble des risques professionnels, expositions et mesures de prévention et de protection propres à ce poste.

Proposition n° 10	Prévoir un dispositif public pour l'archivage des documents uniques de prévention des risques, en vue de faciliter la traçabilité des risques au niveau individuel sur l'intégralité d'un parcours professionnel.
Proposition n° 11	Mettre en place un dossier médical personnel de santé au travail, identifié par le NIR, appuyé sur le DMP et alimenté par les informations permettant de connaître le parcours professionnel, les expositions passées et les actes de suivi de la santé du salarié par la médecine du travail.
Proposition n° 12	Approfondir la dématérialisation du dispositif de déclaration des accidents de travail et des maladies professionnelles et le rapprocher du système d'information de la branche maladie.
Proposition n° 13	Prévoir dans la formation initiale des médecins généralistes et spécialistes des modules de formation aux pathologies, aux risques et aux facteurs d'exposition professionnels.
Proposition n° 14	Organiser régulièrement des campagnes de sensibilisation des médecins – généralistes et spécialistes – sur la nécessité de s'interroger sur la potentielle origine professionnelle des pathologies auxquelles ils sont confrontés.
Proposition n° 15	Se donner les moyens de former suffisamment de médecins du travail pour en doubler l'effectif total à un horizon de 10 ans.
Proposition n° 16	Sensibiliser les médecins de soins à la faculté de saisir le médecin du travail compétent dès lors que leur diagnostic présente des informations utiles pour la prévention des risques professionnels et le suivi médico-social du patient.
Proposition n° 17	Prévoir, lors de la cessation définitive d'activité, que le médecin du travail alors compétent prescrive le suivi post-professionnel lorsqu'il est prévu par la réglementation et organiser la rémunération des actes correspondants par la branche accidents du travail et maladies professionnelles.
Proposition n° 18	Faire de l'entreprise qui recourt au travail intérimaire ou à la sous-traitance sur site le responsable de l'environnement de travail. Faire du responsable de l'environnement de travail : – soit le titulaire d'un devoir de vigilance, avec obligation de produire périodiquement des rapports sur les actions entreprises, – soit un responsable de second rang de la santé des travailleurs.

Proposition n° 19	Dès lors que coexistent une entreprise responsable de l'environnement de travail et des salariés extérieurs, prévoir dans le droit commun : – la mise en place d'une commission santé, sécurité et conditions de travail (CSSCT) de site ; – la compétence d'une médecine de travail de site.
Proposition n° 20	Rapprocher les critères, voire les modes d'instruction, des régimes de l'invalidité et de la maladie professionnelle pour amorcer leur convergence vers le haut.
Proposition n° 21	En cas de dépression médicalement avérée, renverser la charge de la preuve du lien essentiel et direct avec l'activité professionnelle.
Proposition n° 22	Expérimenter, pour une durée limitée, l'abaissement à 10% ou la suppression du taux minimal d'incapacité professionnelle permanente nécessaire à la reconnaissance de pathologies comme maladies professionnelles.
Proposition n° 23	En cas de maladie professionnelle résultant d'expositions subies chez plusieurs employeurs, permettre que la caisse primaire puisse effectuer un partage des responsabilités entre les employeurs successifs et, le cas échéant, les responsables de l'environnement de travail.
Proposition n° 24	Introduire dans le code de la sécurité sociale une disposition expérimentale prévoyant la possibilité d'intégrer dans les tableaux, un critère additionnel concernant les conditions de diagnostic susceptibles de provoquer la reconnaissance d'une maladie professionnelle.
Proposition n° 25	Créer une base de données nationale publique permettant de recenser les cas présentés devant les CRRMP et les jurisprudences pertinentes, à des fins d'études et d'harmonisation des décisions des CRRMP ainsi que de production d'indications susceptibles de faire avancer les tableaux de maladies professionnelles.
Proposition n° 26	Prévoir des formations des membres de la CSSCT et du CSE à l'information et à l'assistance des salariés à la procédure de reconnaissance des maladies professionnelles.
Proposition n° 27	Ouvrir la possibilité au CSE ou à la CSSCT d'être sollicité dans le cadre de la procédure de reconnaissance, pour annexer des observations au dossier constitué par la caisse primaire ou directement par le CRRMP.

Proposition n° 28	Mettre en place un cercle vertueux entre la reconnaissance et la prévention des maladies professionnelles, reposant sur : – l’identification et l’imputation de chaque cas avéré de maladies professionnelles à un poste de travail et à un responsable de l’environnement de travail ; – le signalement aux institutions représentatives du personnel de chaque cas et des mesures d’évaluation et de réduction du risque avéré ; – l’imposition d’un malus pour les entreprises n’ayant pas pris les mesures nécessaires pour éliminer un risque avéré de maladie professionnelle.
Proposition n° 29	Prévoir des indicateurs standardisés pour les efforts en matière de lutte contre les maladies professionnelles et la qualité, hygiène, sécurité, environnement (QHSE) à faire figurer dans le bilan social de l’entreprise.
Proposition n° 30	Prévoir qu’en cas de faute inexcusable de l’employeur ou de manquements graves et répétés aux règles de santé et de sécurité au travail, l’employeur se voie contraint de présenter et d’exécuter un plan de rétablissement des conditions normales de travail.
Proposition n° 31	Élargir, notamment dans le domaine des affections psychiques, le champ des pathologies d’origine professionnelle sous-déclarées devant faire l’objet d’une prise en charge par la branche AT-MP.
Proposition n° 32	Prévoir l’affectation des excédents de la branche AT-MP au financement d’une politique de prévention renouvelée.
Proposition n° 33	Mettre en place un service public – réseau national unifié de prévention des risques professionnels, adossé aux CARSAT et doter ce service public – réseau national des outils permettant de favoriser une culture de prévention.
Proposition n° 34	Prévoir des formations de niveau licence ou master pour les infirmiers en santé au travail.
Proposition n° 35	Doter d’un statut de salarié protégé les infirmiers chargés de la surveillance de l’état de santé des salariés.
Proposition n° 36	Créer une instance destinée à favoriser le décroisement et la mise en réseau des services de santé au travail, comprenant représentants des médecins du travail et des autres salariés des SST, et représentants des partenaires sociaux. Cette instance pourrait préfigurer un service public unifié de santé au travail, à placer sous l’égide de l’assurance maladie

Proposition n° 37	<p>Financer des expérimentations de terrain, prenant en compte une approche décloisonnée des facteurs d'exposition, afin d'étudier les approches combinées entre santé au travail et santé publique dans la situation sanitaire d'un territoire.</p> <p>Favoriser à cette occasion la création de comités de suivi citoyens visant à intégrer à ces démarches l'expertise sociale des populations locales.</p> <p>Encourager sur cette base les démarches de cartographie du risque dans les grandes zones industrielles</p>
Proposition n° 38	<p>Rendre obligatoire un enseignement en santé au travail dans l'ensemble des formations professionnelles initiales.</p>
Proposition n° 39	<p>Instaurer l'obligation de transmettre systématiquement au travailleur la fiche de risques établie pour chaque poste exposant à des risques de maladies professionnelles et récapitulant l'ensemble des risques, expositions et mesures de prévention et de protection propres à ce poste.</p>
Proposition n° 40	<p>Assurer, au plan national, le plus large écho à la journée mondiale pour la sécurité et la santé au travail initiée par l'OIT et mobiliser les services de l'État pour en faire, dans les entreprises, une journée dédiée à des échanges consacrés à la prévention des risques professionnels.</p>
Proposition n° 41	<p>Envisager la possibilité de créer une commission santé, sécurité et conditions de travail (CSSCT) dans toute entreprise industrielle d'au moins 50 salariés à risque statistique élevé d'AT-MP.</p>
Proposition n° 42	<p>Faire du service public de prévention des risques professionnels le gestionnaire des versions archivées du document unique d'évaluation des risques professionnels avec mission de garantir leur disponibilité aux salariés et aux instances intervenant en prévention des risques, y compris les institutions représentatives du personnel.</p>
Proposition n° 43	<p>Associer les représentants des salariés et les salariés eux-mêmes à la démarche de prévention des risques prévue par le document unique.</p>

EXAMEN DU RAPPORT

Au cours de sa réunion du jeudi 19 juillet 2018, la commission d'enquête a procédé à l'examen du rapport.

M. le président Julien Borowczyk. Mes chers collègues, je suis très heureux d'être ici aujourd'hui pour examiner avec vous le projet de rapport élaboré par notre rapporteur.

En quatre mois, nous avons procédé à de nombreuses auditions qui nous ont permis d'avoir une vision complète de la santé au travail, de ses enjeux et de ses évolutions. Les déplacements que nous avons effectués nous ont conduits à mieux prendre la mesure des risques. Je pense en particulier au bassin de Fos-sur-Mer où nous avons été témoins de conditions de travail parfois délicates. Tout cela nous a confortés dans notre volonté de promouvoir des mesures de prévention des risques au travail.

Je tiens à dire le plaisir que j'ai eu à travailler avec les membres de la commission d'enquête et plus particulièrement avec son rapporteur, Pierre Dharréville. Nous avons réussi à nous entendre sur le choix des personnes auditionnées, sur le travail en commun à accomplir et sur les propositions.

Les travaux de notre commission ont montré tout l'intérêt qu'il y avait à se saisir de la question de la santé au travail. Notre rapport, je le crois, mènera à des avancées et contribuera à approfondir la prise de conscience de certaines réalités.

M. Pierre Dharréville, rapporteur. Pour cette dernière réunion de notre commission d'enquête, je tiens à remercier celles et ceux qui se sont investis dans ses travaux ainsi que son président, Julien Borowczyk, pour le travail précieux que nous avons réussi à mener ensemble. En quatre mois, nous avons pris le temps d'étudier, d'écouter et de réfléchir aux problématiques que posent les maladies et pathologies professionnelles dans l'industrie.

Notre travail n'a pas seulement été théorique : nous avons tenu à nous rendre sur le terrain pour l'enraciner dans le réel. L'industrie, si elle évolue, reste une activité particulière : l'utilisation de la force de travail requiert un engagement singulier de la part de celles et ceux qu'elle mobilise.

Nous nous sommes rendus à Gonfreville-l'Orcher, près du Havre, sur le site pétrochimique de Total, dans le bassin de Fos-sur-Mer et près Montbrison, dans le Forez, à Savigneux. Nous avons pu échanger avec différents acteurs de ces sites industriels, en particulier avec ceux de la santé au travail qui sont confrontés

au quotidien aux maladies professionnelles et qui utilisent au niveau local les outils mis à leur disposition par la puissance publique.

Nous avons essayé dans nos auditions d'avoir une vision complète des différentes approches et de prendre en compte une pluralité de points de vue. Le temps nous a manqué mais elles auraient pu se poursuivre car nous avons été sollicités par des acteurs qui souhaitaient être entendus.

Avant d'entrer dans le vif du sujet, j'aimerais revenir sur les raisons qui ont motivé la création de cette commission d'enquête.

Tout d'abord, il y a eu les préoccupations que nous nourrissons en tant qu'élus puisque nous sommes tous confrontés dans nos circonscriptions aux réalités industrielles, même si l'activité industrielle a fortement diminué ces dernières décennies. Certains territoires connaissent des concentrations de sites industriels plus importantes que d'autres. C'est le cas de ma circonscription, avec le golfe de Fos-sur-Mer où se côtoient depuis cinquante ans activités chimiques, pétrochimiques et sidérurgiques.

Il y a eu aussi les évolutions législatives récentes. Lors des débats sur le projet de loi de ratification des ordonnances « travail », la santé au travail a occupé une place particulière. Cela a donné lieu à une commande de rapports de la part du Gouvernement.

Mon objectif n'est pas de tirer à vue sur l'industrie – notre pays en a assurément besoin – mais de m'attacher à ce que doit être l'industrie du XXI^e siècle : une industrie respectueuse de la santé de celles et ceux qu'elle emploie ainsi que de l'environnement, une industrie animée de nouvelles aspirations, une industrie qui évolue vers des pratiques et des modes de production repensés.

Il est évident que l'amiante a occupé nos esprits pendant nos travaux, même si les enquêtes en cours nous interdisaient d'en faire le cœur de nos auditions. La mise au jour de ce risque dans les dernières décennies a joué un rôle majeur dans l'émergence des problématiques de la santé au travail. Nous devons éviter que des drames analogues se reproduisent.

Nous avons entendu la colère des salariés face au risque de devenir malades de travailler, voire de mourir. C'est ce qui nous a conduits à formuler des propositions concrètes en vue d'améliorer les conditions de travail.

J'aimerais insister sur deux aspects importants.

D'une part, nous sommes bien conscients qu'il y a des gens qui agissent sur le terrain et que leur mobilisation a conduit à des avancées en termes de droits nouveaux.

D'autre part, je tiens à préciser que nos travaux renvoient à une conception de la santé qui n'est pas simplement fondée sur les soins mais aussi sur le bien-être dans toutes ses dimensions, au sens de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Nous considérons par conséquent que le travail doit être autant que possible un lieu d'épanouissement, ce qui suppose d'élargir notre propos.

Venons-en aux constats.

Certaines maladies professionnelles perdurent et d'autres se révèlent – j'allais dire « apparaissent » mais ce n'est sans doute pas le terme approprié. Dans le secteur industriel, les risques physiques occupent une place prépondérante. Cela se traduit par une forte déclaration de troubles musculo-squelettiques (TMS) qui constituent 87 % des maladies professionnelles reconnues. Les procédés de production sont à la source de plusieurs types de risques : aux risques traditionnels, liés par exemple à l'émission de polluants dans l'industrie chimique, sont venus s'ajouter de nouveaux risques, notamment avec les nanotechnologies. Enfin, il ne faut pas oublier les troubles psycho-sociaux, qui sont présents dans tous les milieux de travail mais qui sont accentués par les restructurations successives du secteur industriel et l'organisation du travail propre à l'industrie.

Les travailleurs de l'industrie sont particulièrement affectés par les cancers dont le nombre est largement sous-estimé, comme l'ont souligné plusieurs personnes auditionnées. Il y a en effet un temps de latence de vingt ou trente ans entre l'exposition aux risques et les premiers symptômes. L'origine professionnelle de ces pathologies est donc difficile à établir.

La sous-évaluation des maladies professionnelles est un phénomène massif, aux causes multiples.

Il y a d'abord la crainte du salarié de perdre son emploi. Une crainte fondée car la déclaration d'inaptitude débouche trop souvent sur des licenciements. Le cas qui nous a été cité d'une entreprise vertueuse ayant reclassé deux salariés déclarés inaptes est sans doute isolé.

Il y a ensuite la méconnaissance par les salariés de leurs droits à réparation.

Il y a aussi la complexité des procédures qui freine les démarches de déclaration.

Il y a en outre le fait que les personnes malades donnent la priorité à leur guérison, ce que l'on peut aisément comprendre.

La méconnaissance des maladies a des conséquences directes sur la prévention. Si les causes ne sont pas suffisamment identifiées, l'apparition des pathologies ne peut être évitée.

Notre préoccupation majeure, tout au long des travaux de la commission, a été de réfléchir aux moyens de renforcer la prévention alors que le système actuel est avant tout centré sur la réparation.

La médecine du travail souffre d'une pénurie de praticiens et la formation initiale des médecins généralistes et spécialistes n'intègre pas suffisamment la santé au travail. Celle-ci est restée dans l'ombre et cela nous a empêchés de disposer d'un outil de santé publique à la hauteur des enjeux. Nous devons réussir à lui donner une place plus centrale dans l'agenda politique.

Les nouvelles instances créées par les ordonnances sont dans leur phase d'installation. Elles donnent lieu à des avis divergents. Du côté des salariés, des objections ont été exprimées. Certains acteurs ont souligné l'intérêt qu'il y avait à s'appuyer sur le travail de ces structures réunissant salariés et employeurs pour améliorer les conditions de travail et mieux prendre en compte les problématiques de santé au travail. Il est trop tôt pour se lancer dans une démarche d'évaluation mais nous tenons à ce que l'acquis des dispositifs précédents ne soit pas perdu.

J'en viens aux quarante-trois propositions que nous avons formulées. Je n'entrerai pas dans le détail mais vous indiquerai les grandes orientations que nous avons choisies.

Il s'agit d'abord d'approfondir la connaissance des risques.

Pour cela, il convient de mettre en place des études épidémiologiques portant sur les populations de salariés à risque. Une meilleure connaissance des pathologies permettra d'établir plus sûrement leurs causes et de cerner leur origine professionnelle.

Il nous paraît important par ailleurs de créer un service public commun de toxicologie auprès des directions régionales de l'environnement, de l'aménagement et du logement (DREAL) : il aurait pour mission d'objectiver les données qui servent à contrôler et disposerait d'un droit d'accès aux sites industriels afin d'effectuer des mesures et de les mettre à la disposition du public.

Nous avons pu constater un affaiblissement des structures de recherche qui se consacrent à la santé au travail ces dernières années. Les efforts doivent s'intensifier en ce domaine. Nous proposons la création d'une école nationale de la santé au travail, qui fédérerait les recherches.

La nécessité de mieux exploiter les données existantes, notamment celles de l'assurance maladie, me paraît être incontestable. Nombre de personnes auditionnées ont souligné qu'il existait une multitude de données mais qu'elles n'étaient pas suffisamment exploitées pour se traduire dans des actions de prévention.

Il serait bon également d'encourager les démarches visant à cartographier les risques à l'échelon d'un territoire donné afin d'identifier finement les situations de travail qui posent problème.

Enfin, il nous paraît indispensable de renforcer les effectifs de médecins du travail en en formant davantage. Nous pourrions envisager aussi de faire des infirmiers et des infirmières au travail des salariés protégés afin de les libérer de certaines pesanteurs qu'ils pourraient ressentir.

Il s'agit ensuite d'améliorer la reconnaissance des maladies professionnelles.

Dans cette perspective, nous préconisons de systématiser l'archivage des documents uniques d'évaluation des risques professionnels (DUERP), y compris par un service public, afin de tracer les expositions dans la durée et de fournir aux salariés des éléments de preuve pour la reconnaissance d'une maladie professionnelle.

Notre président a particulièrement à cœur de voir mis en place un dossier médical personnel de santé au travail qui s'appuierait sur le dossier médical partagé. Cela permettrait de porter à la connaissance du médecin généraliste des éléments concernant les expositions aux risques subies par les salariés.

Nous proposons par ailleurs d'organiser régulièrement des campagnes de sensibilisation aux maladies professionnelles à destination des médecins généralistes et spécialistes.

Il faudrait également rendre systématique la prescription par le médecin du travail compétent d'un suivi post-professionnel au moment de la cessation d'activité du salarié.

Il faut en outre que les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (C2RMP) puissent solliciter l'expertise des instances représentatives du personnel (IRP) – comité social et économique (CSE) ou commission santé, sécurité et conditions de travail (CSSCT) lorsqu'elle existe – concernant les conditions réelles de travail.

Enfin, en cas de sous-traitance ou d'intérim, le donneur d'ordres doit malgré tout être responsable de l'environnement de travail. En effet, souvent, les risques les plus importants sont sous-traités.

Dernier axe du rapport, il faut mieux prévenir les maladies professionnelles : en premier lieu, chaque cas de maladie professionnelle doit induire des actions concrètes de prévention au sein de l'entreprise, afin de modifier les processus de production ou le poste de travail concerné.

En deuxième lieu, dans les entreprises industrielles de plus de cinquante salariés à risque statistique élevé d'accidents du travail et de maladies

professionnelles, il faut mettre en place des CSSCT. Les CSSCT ne sont actuellement obligatoires qu'au-delà de 300 salariés. J'ai rencontré des industriels dans ma circonscription ; il s'agit d'une attente partagée.

En troisième lieu, les maladies professionnelles reconnues devraient obligatoirement être signalées aux CSE et CSSCT de l'entreprise, afin que ces instances puissent s'en saisir et intervenir, si besoin, sur l'outil de production et l'organisation du travail.

En quatrième lieu, les valeurs limites d'exposition professionnelle (VLEP) doivent évoluer de manière plus dynamique. Actuellement, ces valeurs sont des compromis sociaux. Or, elles ne doivent pas constituer des limites à atteindre. Au contraire, il s'agit d'enclencher un processus de diminution des expositions, notamment pour les produits chimiques. Dans une dynamique européenne, il conviendrait que ces VLEP baissent progressivement dans tous les pays.

En cinquième lieu, il faudrait créer un service public – réseau national de prévention adossé aux caisses d'assurance retraite et de santé au travail (CARSAT), afin que les différents acteurs travaillent plus efficacement et en réseau.

En sixième lieu, nous proposons une instance de décloisonnement des services de santé au travail (SST), préfigurant un service public unifié de santé au travail. La couverture territoriale actuelle pose question, entre services intégrés et services interentreprises. De même, l'indépendance des services de santé au travail est parfois mise en cause. Cela interroge le statut de la médecine du travail, d'où notre proposition.

Enfin, sous l'égide de l'Organisation internationale du travail (OIT), une journée internationale de la santé au travail est célébrée chaque année. Nous devons l'investir et la transformer en journée nationale dans toutes les entreprises, par le biais d'une communication institutionnelle publique forte. Il serait utile de remettre cette question au cœur du débat public.

Les auditions ont permis d'identifier quatre axes forts qui pourraient servir de lignes directrices à une politique renouvelée de prévention des risques professionnels dans l'industrie, que le rapport mis à votre disposition vous permet de consulter. En résumé, il s'agit de mieux organiser la traçabilité des expositions, d'améliorer l'imputabilité des risques et leur suivi sur les sites, de relier la prise en charge des victimes à une politique de prévention automatique et renouvelée et de créer les outils nécessaires à la mise en place d'une surveillance et d'une culture de la prévention, qui s'appuieraient sur un service public – réseau national unifié de prévention des risques professionnels.

En conclusion, je renouvelle mes remerciements et j'émet le souhait que ce rapport puisse être adopté par notre commission d'enquête et que nous le fassions nôtre, afin de nourrir nos travaux et les initiatives parlementaires, ainsi que les décisions publiques.

Si tel est le cas, nous aurons été utiles à cette cause essentielle pour la santé, pour la qualité du travail et pour un nombre conséquent de femmes et d'hommes qui souffrent ou ont eu à souffrir. Il y a urgence à prendre de nouvelles dispositions.

M. le président Julien Borowczyk. Je vous remercie pour cet exposé complet. Le rapport comporte de nombreuses propositions pratiques, concrètes et pragmatiques, que je fais miennes. Il convient désormais de les mettre en œuvre rapidement.

M. Pierre Dharréville, rapporteur. Je précise que deux autres rapports, bientôt publiés, contribueront à faire utilement avancer la cause : celui du professeur Paul Frimat sur l'exposition aux agents chimiques dangereux – issu d'un amendement que j'avais déposé lors de la discussion du projet de loi relatif aux ordonnances « travail » –, et celui de notre collègue Charlotte Lecocq et de MM. Henri Forest et Bruno Dupuis sur la santé au travail. Nous avons échangé à huis clos avec les rapporteurs.

Mme Delphine Bagarry. Je partage en grande partie les conclusions de ce rapport, qui reflètent nos auditions.

La santé au travail, qui résulte d'abord de la prévention, doit être réinscrite dans la politique générale de santé, qui est tournée vers le même objectif. Les ministères du travail et de la santé ont intérêt à travailler ensemble. Je prendrai un exemple : il faudrait recouper les cartographies des maladies professionnelles avec celles des cancers. Dans la région de Fos, où il y a beaucoup de cancers, un lien pourrait sans doute être fait. Les agences régionales de santé (ARS) devraient se pencher sur le sujet, dans l'intérêt de l'ensemble de la population et pas uniquement des salariés de l'industrie.

En tant que médecin traitant, on nous demande de faire de la pharmacovigilance et, face à un symptôme, de nous interroger : « et si c'était le médicament ? ». Nous devrions également apprendre à faire de la « maladie-provigilance » et à nous demander « et si c'était le travail ? ». Cela passe par la formation.

Vous souhaitez que le nombre de médecins du travail soit multiplié par deux : je pense que c'est un vœu pieux ! Il ne faut pas seulement s'appuyer sur les médecins, mais aussi sur d'autres personnes formées en santé au travail – techniciens en santé au travail ou kinésithérapeutes par exemple, qu'on sous-utilise dans les TMS. J'ai été médecin en crèche et j'ai grandement soulagé les maux de dos des personnels et amélioré leur information – et donc la prévention – en faisant venir un kinésithérapeute une fois par an ! Les bonnes pratiques peuvent être apprises par le biais d'autres professionnels.

Je suis d'accord avec vous concernant la traçabilité car nous avons très souvent de gros soucis au moment des déclarations. Il nous faudrait disposer à la fois du parcours professionnel et du parcours des expositions du salarié concerné.

Vous avez raison, cela passe par le dossier médical partagé (DMP) et par l'archivage.

Dans quelque temps, il nous faudra évaluer les conséquences de la disparition des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), notamment au regard du nombre d'accidents du travail et de maladies professionnelles...

En conclusion, j'aime beaucoup votre concept de « cercle vertueux » : les mesures de correction du poste de travail doivent devenir un réflexe. Malheureusement, la situation est plus complexe quand il s'agit de cancers, qui se déclenchent en général plusieurs années plus tard – les postes de travail, voire les entreprises, ont alors souvent disparu.

Ce cercle vertueux doit aussi concerner les suites de notre rapport, et des autres ! Je souhaite qu'ils débouchent sur des propositions gouvernementales concrètes, afin que tout ce travail ne soit pas vain.

M. Frédéric Reiss. Le travail réalisé par notre binôme président-rapporteur est remarquable. Les auditions ont été particulièrement intéressantes, d'autant plus que j'avais l'expérience de la mission d'information sur l'amiante, présidée par Jean Le Garrec, au cours de la XII^e législature. Dans ma proche famille et mon cercle d'amis, j'ai été confronté à des maladies professionnelles, parfois pour des raisons évidentes, mais parfois pour d'autres qui l'étaient beaucoup moins... Il y a souvent un décalage de plusieurs années entre le diagnostic initial et la certitude qu'il s'agit d'une maladie professionnelle. Pour l'amiante, il a fallu plus de trente ans ! Vous en avez bien tenu compte.

Je partage votre souci de traiter cette problématique au niveau européen. Vous avez raison : l'initiative doit être européenne. Ma circonscription est frontalière avec l'Allemagne. Je suis donc bien placé pour savoir que, s'il y a des usines des deux côtés du Rhin qui travaillent de la même façon, les valeurs limites d'exposition professionnelle sont différentes d'un pays à l'autre, et ce qui est considéré comme de l'invalidité d'un côté du Rhin, ne l'est pas forcément de l'autre...

Pour conclure, je souscris à l'ensemble de vos propositions.

Mme Delphine Bagarry. Un dernier point : je m'interroge sur la signification de la proposition n° 19 concernant les salariés extérieurs.

M. Pierre Dharréville, rapporteur. Il s'agit que des représentants des sous-traitants et des intérimaires, intervenant régulièrement sur un site industriel, puissent participer aux commissions de l'entreprise donneuse d'ordres, et qu'elles ne soient pas réservées aux seuls salariés de cette dernière. Une commission de site permettrait d'inclure les entreprises sous-traitantes.

M. Frédéric Reiss. Dans ma circonscription, des sous-traitants se sont installés sur le site d'Alstom.

M. Pierre Dharréville, rapporteur. Effectivement, les sous-traitants disposent parfois même de locaux sur place.

M. le président Julien Borowczyk. Ce ne serait plus l'origine et l'employeur qui permettraient aux salariés d'assister à ces commissions, mais plutôt le critère d'exposition à un risque commun et de « résidence sur site ». Si les sous-traitants ou les intérimaires réalisent des missions permanentes sur le site, ils auraient le droit d'y participer.

M. Pierre Dharréville, rapporteur. Actuellement, les dispositions applicables sont éparées. Il conviendrait de les renforcer.

Pour conclure cette réunion, je réagirai à vos propos. Dans mon propos liminaire, je n'ai pas évoqué une proposition importante : la nécessité de généraliser les registres des cancers. Vous avez raison, madame Bagarry : nous devons croiser les données et nous avons besoin des ARS pour lancer des alertes lorsque la situation devient anormale. La proposition n° 1 du rapport – revivifier l'obligation légale de signaler toute maladie dont on suspecte l'origine professionnelle – s'inscrit dans ce contexte. C'est déjà une obligation mais il faudrait créer le cadre qui la rendrait efficace...

Je suis également d'accord avec vous : il faut lier santé environnementale et santé au travail. Mais cela ne doit pas occulter les problématiques particulières de la santé au travail. Les approches doivent être croisées. Il est donc nécessaire que tant le ministère du travail que celui de la santé soient compétents sur ces questions.

S'agissant du nombre de médecins du travail, il faut fixer un objectif ambitieux, notamment au regard de l'évolution inquiétante du *numerus clausus*. Il faut porter une attention particulière à la formation de médecins du travail. Actuellement, les infirmiers font de plus en plus souvent le travail de ces médecins, sans en avoir ni toutes les compétences, ni surtout la reconnaissance.

Pour autant, vous avez raison, d'autres praticiens développent d'autres approches, dont nous avons besoin. C'est le cas des préventeurs ou des ergonomes. Demain, dans un réseau national devenu service public, ils seront encore plus efficaces.

Monsieur Reiss, je vous remercie d'avoir soulevé le cas particulier des travailleurs transfrontaliers. Les valeurs limites d'exposition doivent être harmonisées par le haut, au niveau européen. Nous devons éviter toute régression, qui serait catastrophique.

M. le président Julien Borowczyk. Je mets aux voix le projet de rapport.

Le rapport est adopté à l'unanimité.

M. le président Julien Borowczyk. Je vous remercie tous pour votre participation et je remercie en particulier Pierre Dharréville, notre rapporteur, pour le travail considérable qu'il a réalisé, avec la volonté de faire bouger des lignes, pour le bien des travailleurs. C'est avec nostalgie que je lève cette réunion.

*La commission d'enquête a **adopté** le rapport à l'unanimité.*

ANNEXE 1 :

LISTE DES PERSONNES ENTENDUES DANS LE CADRE DE LA COMMISSION D'ENQUÊTE

1. Personnes auditionnées par la commission

- 14 mars 2018 M. Stéphane Pimbert, directeur général de l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des risques professionnels (INRS)
- 15 mars 2018 Table ronde « Organismes nationaux relatifs à la médecine du travail » :
- Pr Jean-Dominique Dewitte, professeur de médecine du travail au CHU de Brest et président de la Société française de Médecine du travail
 - Dr Alain Carré, vice-président délégué de l'Association Santé et Médecine du travail (a-SMT)
 - Dr Gérard Lucas, médecin du travail senior et président de la Fédération des spécialités médicales – conseil national professionnel de médecine du travail
 - Pr Michel Debout, professeur de médecine légale et de droit de la santé et chef du service de médecine légale au C.H.U de Saint-Étienne
- 21 mars 2018 M. Richard Abadie, directeur général, et M. Olivier Mériaux, directeur général adjoint et directeur technique et scientifique de l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT)
- 22 mars 2018 Mme Marine Jeantet, directrice des risques professionnels, et M. Hervé Laubertie, responsable du département prévention des risques professionnels à la Commission des accidents du travail et maladies professionnelles de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CAT-CNAMTS)
- 22 mars 2018 Audition conjointe :
- M. Nicolas Le Bellec, directeur général, et Dr Nicolas Bohin de l'Association interprofessionnelle des Centres Médicaux et Sociaux de santé au travail de la région Île-de-France (ACMS)
 - M. Martial Brun, directeur général, et Dr Corinne Letheux, médecin conseil de Présanse (Prévention, Santé, Services, Entreprises), anciennement Centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise (CISME)

- 28 mars 2018 M. Jean-Pierre Bonin, conseiller maître honoraire de la Cour des comptes, président de la Commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale chargée d'évaluer le coût réel pour la branche maladie de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles
- 4 avril 2018 M. Gérard Lasfargues, directeur général délégué, Pôle Sciences pour l'expertise, M. Henri Bastos, directeur adjoint à la direction de l'évaluation des risques, volet santé-travail, et Mme Alima Marie, directrice de cabinet de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES)
- 5 avril 2018 Table ronde :
- Mme France Henry-Labordère, secrétaire générale, et M. Olivier Boutinaud, directeur Prévention du groupe Adecco
 - M. Laurent Morestain, secrétaire général, et Mme Florence Ducom, responsable Département gestion des risques professionnels du Groupe Randstad France
 - Mme Jeanine Couval, responsable nationale QSE, et M. Luís Filipe Pinhancos, responsable Département politiques du groupe Centre de Recherches Industrielles et Techniques (CRIT)
 - Mme Laurence Pottier-Caudron, présidente, et Mme Isabelle Myard, responsable juridique de Valoris Développement
 - Mme Laëtitia Charbonnier, responsable de mission prévention sécurité intérimaires, et M. Thierry Vaudelin, directeur formation parcours et prévention sécurité de Manpower
- 5 avril 2018 M. François Bourdillon, directeur général, M. Pascal Empereur-Bissonnet, directeur adjoint au sein de la direction santé travail, et Mme Mounia El Yamani, responsable de l'unité évaluation expositions professionnelles au sein de la direction santé travail, Santé publique France
- 11 avril 2018 M. Michel Pradel, Mme Perle Pradel-Boureaux, M. Camille Pradel, avocats au Barreau de Paris et membres du cabinet Pradel et avocats
- 12 avril 2018 Audition conjointe :
- Dr MéliSSa Ménétrier, secrétaire générale adjointe du Syndicat national des professionnels de la santé au travail (SNPST)
 - Mme Nadine Rauch, présidente du Groupement des Infirmiers de Santé au Travail (GIT France)
- 18 avril 2018 M. David Clair, directeur général, et M. François Blanchard, ingénieur conseil régional de la Caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France (CRAMIF)

- 19 avril 2018 Table ronde « Organismes d'expertise pour les comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) » :
- M. Jean-Vincent Koster, responsable du pôle CHSCT, et M. Jérôme Szlifke, directeur de Progexa
 - M. François Cochet, directeur des activités santé au travail, Mme Maria Le Calvez, ingénieure sécurité, et M. Vincent Jacquemond, expert en santé au travail de Secafi
 - M. Dominique Lanoë, directeur associé Apex-Isast
- 23 mai 2018 M. Patrick Levy, médecin conseil, Mme Marie-Hélène Leroy, responsable santé et sécurité au travail, et Mme Marion Bouissou-Thomas, directrice des affaires publiques de l'Union des Industries Chimiques (UIC)
- 24 mai 2018 Table ronde « Recherche sur les risques professionnels » :
- Pr Alain Bergeret, directeur de l'Unité Mixte de Recherche Épidémiologique et de Surveillance Transport Travail Environnement (UMRESTTE) de l'Institut universitaire de médecine du travail de Lyon
 - Pr William Dab, Titulaire de la chaire d'Hygiène et Sécurité, Laboratoire Modélisation, épidémiologie et surveillance des risques pour la sécurité sanitaire (MESuRS), Conservatoire national des arts et métiers
 - Groupement d'intérêt scientifique sur les cancers d'origine professionnelle en Seine-Saint-Denis (Giscop93) – Mme Emilie Counil, enseignante-chercheuse en épidémiologie et biostatistiques à l'EHESP, M. Christophe Coutanceau, directeur du GISCOP93, ingénieur-sociologue, M. Benjamin Lysaniuk, géographe, chargé de recherche au CNRS affecté à l'UMR 8586 PRODIG et Mme Anne Marchand, sociologue et historienne, docteure de l'Université Paris Saclay, post doctorante au Giscop93, Mme Annie Thébaud-Mony, sociologue, directrice de recherche Inserm
 - M. François Cochet, président de la Fédération des Intervenants en Risques Psychosociaux (FIRPS)
- 31 mai 2018 Audition commune « Syndicats Inspection du travail » :
- M. Gérard Le Corre de la Confédération générale du travail – Travail emploi formation professionnelle (CGT-TEFP)
 - M. Yves Sinigaglia, Mme Marie Pascual et M. Michel Vergez de l'Union syndicale Solidaires (SUD) Travail-Affaires sociales

- 31 mai 2018 Audition commune « Syndicats Inspection du travail » :
- M. Gérald Le Corre, Confédération générale du travail – Travail emploi formation professionnelle (CGT-TEFP)
 - M. Yves Sinigaglia, Mme Marie Pascual et M. Michel Vergez, e l'Union syndicale Solidaires (SUD) Travail-Affaires sociales
 - Contribution écrite : M. Franck Dolle, ingénieur de prévention à la Direccte Hauts de France, et M. Patrick Anselme, inspecteur du travail en unité départementale de la Loire, Syndicat National Travail Emploi Formation – Confédération française démocratique du travail (SYNTEF – CFDT)
- 31 mai 2018 Table ronde « Organisations patronales » :
- Dr Pierre Thillaud, membre de la commission sociale, M. Philippe Chognard, responsable du pôle conditions de travail, et Mme Sabrina Benmouhoub, chargée de mission Affaires publiques à la Confédération des petites et moyennes entreprises (CPME) (*)
 - M. Philippe Prudhon, membre du comité permanent santé et sécurité en entreprises (CPSSE), Mme Nathalie Buet, directrice adjointe à la direction de la protection sociale, M. Armand Suicmez, chargé de mission à la direction des Affaires publiques au Mouvement des entreprises de France (MEDEF) (*)
- 6 juin 2018 M. Marc Andéol, coordinateur de l'Association médicale pour la prise en charge des maladies éliminables (APCME)
- 7 juin 2018 M. Jean-Charles Doublet, directeur général d'Ingenitec
- 7 juin 2018 Table ronde « organisations syndicales » :
- Confédération générale des travailleurs (CGT) – Mme Catherine Perret, membre de la direction confédérale, et M. Jean-François Naton, conseiller confédéral en charge du travail, de la santé et de la protection sociale
 - Force ouvrière (FO) – M. Francis Berrocal, membre du Comité National Fédéral de la Fédération FO Chimie et Responsable Hygiène Santé, Environnement chez BASF France
 - Confédération française de l'encadrement-Confédération générale des cadres (CFE-CGC) – M. Jean François Hild, animateur Sécurité, Secrétaire du C.H.S.C.T des Grands Bureaux ArcelorMittal Atlantique et Lorraine
 - Contribution écrite : M. Sébastien Garoutte, conseiller technique santé sécurité conditions de travail, Confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC)

- 13 juin 2018 M. Jean-Luc Denis, porte parole du collectif, M. Joseph Garet, trésorier, M. Alain Roffet, membre actif, M. Émile Denis, membre actif du « Collectif Vérité et Justice pour Jacques et Damien »
- 20 juin 2018 Table ronde « associations de victimes de maladies professionnelles » :
- M. Gérard Le Corre, membre actif, et M. Pierre Pézerat, membre actif de l'Association Henri Pézerat et réalisateur du film Les Sentinelles
 - M. Alain Bobbio, secrétaire national de l'Association nationale de défense des victimes de l'amiante (ANDEVA)
- 20 juin 2018 M. Yves Struillou, directeur général, Mme Stéphanie Cours, adjointe au chef de bureau du pilotage du système d'inspection du travail, et M. Frédéric Teze, adjoint au sous-directeur des conditions de travail, de la santé et de la sécurité au travail, Direction générale du Travail, Ministère du Travail

2. Personnes entendues par le rapporteur

- 21 juin 2018 Échange de vues, à huis clos :
- Pr Paul Frimat, professeur de médecine du travail, chargé par la ministre du Travail et la ministre des Solidarités et de la santé, d'une mission sur l'exposition aux agents chimiques dangereux
 - M. Bruno Dupuis, membre de la mission sur la qualité de vie au travail et la prévention des risques professionnels créée auprès de la ministre du Travail et de la ministre des Solidarités et de la santé

3. Personnes entendues lors des déplacements de la commission d'enquête

a. Déplacement en Seine-Maritime (19 mars 2018)

Inspection du travail (Le Havre) :

- M. Stéphane Coro, directeur adjoint du travail et responsable de l'unité de contrôle n° 76-4, et Mme Élodie Leborgne, inspectrice du travail chargée de la section 76-4-9

Plateforme Normandie de Total (Gonfreville-l'Orcher) :

- M. Tom Schockaert, directeur de la plateforme Total Normandie, M. Nicolas Letellier, directeur général adjoint de la plateforme, M. Régis Althoffer, directeur des relations institutionnelles de Total Raffinage-Chimie
- MM. Jean-Michel Berthelin, Gilles Costils, Philippe Couette, Pierre Yves Hauguel, Erick Briand, Mme Lysiane Hamelet, MM. Nicolas Vasse, Éric Barbier, Mme Albane Duchemin, MM. Mickael Cortino, Cédric Page, Éric Sanson, Emmanuel Real, David Fleury, Baptiste

Naud, Mme Catherine Seghers, membres des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) de la plateforme Total Normandie

- Mme Claire Montagner, médecin du travail de la plateforme Total Normandie
- M. Guillaume Bessec, responsable prévention et hygiène de la plateforme Total Normandie

b. Déplacement dans les Bouches-du-Rhône (4 juin 2018)

Arcelor-Mittal Méditerranée (Fos-sur-Mer) :

- M. Stéphane Delpeyroux, *Chief Executive Officer* ArcelorMittal France
- M. Bernard Dehut, *Chief Executive Officer*, M. François Sgro, *Chief Operating Officer* Primary, M. Bruno Marcy, *Chief Executive Officer Support & Head of Reliability*, Mme Christine Le Quéré, *Support Manager AMAL* Qualité-Santé-Sécurité-Environnement (QSSE), M. Richard Pagnon, directeur des ressources humaines, M. Frédéric Balbi, futur directeur des Ressources humaines, M. David Aubry, responsable du département Santé & Sécurité, Mme Céline Arnould, hygiéniste du département Santé & sécurité, ArcelorMittal Méditerranée
- MM. Thoraval, Botella et Poletto, membres du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) d'ArcelorMittal Méditerranée
- M. Philippe Surgis, médecin du travail du site ArcelorMittal Fos-sur-Mer et M. Jean-Loup Godron, médecin du travail référent cokerie et coordinateur ArcelorMittal Dunkerque, Mardyck et Desvres
- M. H Morel, directeur général adjoint, et Mme C. Jaubert, responsable QHSE, Sodi Sud
- Mme J. Bruel, secrétaire du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) de Sodi Sud, et M. H. Hebecquet, membre du CHSCT de Sodi Sud

CARSAT Sud-Est (Marseille) :

- M. Vincent Verlhac, directeur général, Mme Sophie de Nicolai, directrice déléguée et directrice accompagnement social et risques professionnels, M. Jean-François Adam, ingénieur conseil régional, M. Didier Dozas, ingénieur conseil régional adjoint, et M. Jacques Catani, ingénieur conseil de la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) Sud-Est
- Dr Gaetano Saba, médecin-conseil régional, Dr André Dubois, médecin inspecteur régional du travail, Pr Gilles Bouvenot,

Pr Daniel Vervloet, Pr Roger Favre et Dr Françoise Martin, membres du comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) de Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse

c. Déplacement dans la Loire (4 juillet 2018)

Conseil départemental de l'ordre des médecins (Saint-Priest-en-Jarez) :

- Dr Jean-François Janowiak, président du conseil départemental de la Loire de l'ordre des médecins, et Dr Yves Patrat, secrétaire général

Becker Industrie (Montbrison / Savigneux-en-Forez) :

- M. Christophe Bretton, maire de Savigneux-en-Forez
- M. Ahmed Mastari, président de Becker Industrie
- Mme Catherine Mourier, responsable Ressources humaines
- M. Michael Lonca, directeur Production et logistique
- M. Jean-Philippe Liaigre, directeur QHSEE

(*) Ce représentant d'intérêts a procédé à son inscription sur le répertoire de la Haute Autorité de transparence pour la vie publique s'engageant ainsi dans une démarche de transparence et de respect du code de conduite établi par le Bureau de l'Assemblée nationale.

ANNEXE 2 :

LISTE DES SIGLES

ANACT	Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail
ANDEVA	Association nationale de défense des victimes de l'amiante
ANSES	Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
APCME	Association pour la prise en charge des maladies éliminables
ARACT	agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail
AT-MP	Accidents du travail – Maladies professionnelles
CARSAT	caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CCPP	centre de consultation de pathologie professionnelle
CHSCT	comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CMR	cancérogène, mutagène ou toxique pour la reproduction
CNAM	Caisse nationale de l'assurance maladie
CNAM	Conservatoire national des arts et métiers
COCT	Conseil d'orientation des conditions de travail
COG	convention d'objectifs et de gestion
CPAM	caisse primaire d'assurance maladie
CRAMIF	Caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France
CRRMP	comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles
CSE	comité social et économique
CSSCT	commission santé, sécurité et conditions de travail
DARES	Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques
DGT	Direction générale du travail
DIRECCTE	direction régionale des entreprises, de la concurrence et de la consommation, du travail et de l'emploi
DMP	dossier médical partagé (depuis 2015) / personnel (jusqu'en 2015)
DMPST	dossier médical personnel de santé au travail
DMST	dossier médical en santé au travail
DRASS	direction régionale d'action sanitaire et sociale
DUERP	document unique d'évaluation des risques professionnels
Giscop 93	Groupement d'intérêt scientifique sur les cancers d'origine professionnelle en Seine Saint-Denis
GIT	Groupement des infirmiers de santé au travail
HAS	Haute autorité de santé
IMT	Inspection médicale du travail
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de santé et de recherche médicale
IPP	incapacité permanente partielle
IPRP	intervenant en prévention des risques professionnels
IRM	imagerie par résonance magnétique
IRSN	Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire
NIR	numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques
rnv3p	Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles
OIT	Organisation internationale du travail

RPS	risques psychosociaux
SST	service de santé au travail
SUMER	surveillance médicale des expositions aux risques professionnels
TASS	tribunal des affaires de sécurité sociale
TMS	troubles musculo-squelettiques