

**LA PREVENTION SANITAIRE EN
MILIEU DE TRAVAIL**

Rapport présenté par :

Mme Hayet ZEGGAR, M. Jacques ROUX et M. Pierre de SAINTIGNON

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

*Rapport n° 2003 015
Février 2003*

La mission de l'IGAS sur la prévention des risques sanitaires en milieu de travail s'inscrit dans le cadre, plus large, des travaux de préparation du rapport public 2003, portant sur la prévention sanitaire. Ses membres se sont attachés à rencontrer l'ensemble des interlocuteurs nationaux concernés, puis à approfondir leurs constats dans trois régions avant de confronter à nouveau leurs points de vue avec leurs principaux partenaires.

1. Le dispositif de connaissance des risques sanitaires au travail n'est pas à la hauteur de l'enjeu et compromet l'efficacité des politiques de prévention.

La combinaison de nombreux facteurs renforce l'enjeu de prévention des risques sanitaires en milieu de travail, en particulier des maladies professionnelles.

L'arrivée massive et permanente de nouveaux process, de nouvelles organisations du travail, de nouveaux produits et de la tertiarisation de l'économie modifie en permanence la nature et la gravité des risques auxquels sont exposés les salariés. La mobilité croissante des trajectoires professionnelles, le difficile suivi des salariés en raison du développement des formes précaires d'emploi et d'entreprise compliquent encore la compréhension du risque. Le caractère diffus et différé de certains risques empêche concrètement la mise en œuvre de stratégies de prévention. De nouvelles organisations du travail suscitent des risques nouveaux, en particulier pour la santé mentale des salariés, dont le repérage et la reconnaissance sociale sont difficiles. Face à cela, les acteurs de la prévention se sentent démunis. Enfin, la traditionnelle « invisibilité » du risque sanitaire en milieu de travail rend plus difficile encore la perception des nouvelles formes de risque. Le monde du travail a marqué de tout temps une grande tolérance au risque.

Ces mutations des risques rendent d'autant plus nécessaire leur repérage précoce.

Un certain nombre de lacunes empêche ce repérage des risques émergents.

On manque d'abord de données exhaustives, centralisées et consolidées. La définition d'une politique de santé publique suppose que l'on puisse fixer des priorités en fonction des informations dont on se dote pour analyser l'existant : l'absence au niveau national de statistiques fiables empêche cette « priorisation » des actions de prévention. Pourtant, la santé au travail est animée par d'importants réseaux d'acteurs détenteurs de très larges informations scientifiques de terrain.

Cette contradiction apparente entre la multitude d'intervenants sur la santé au travail et l'insuffisante consolidation des observations de terrain est due à l'absence d'un système de veille scientifique, sanitaire et sociale mobilisant la recherche, les médecins, les salariés, les préventeurs et les employeurs.

Le dispositif de connaissance du risque n'est à l'évidence pas encore à la hauteur de cet enjeu en dépit de progrès récents : les limites de l'INRS, en terme de pilotage et, à tort ou à raison, de crédibilité, l'inertie de l'Etat, l'insuffisance quantitative du potentiel humain de recherche, révèlent la faiblesse historique de l'investissement public dans ce champ.

Cette faiblesse rend d'autant plus nécessaire la mise en réseau des organisations existantes. Or, la déconnexion de la santé au travail des institutions compétentes en

matière de recherche et d'organisation de la médecine ne facilite pas le développement de compétences.

Le développement de l'expertise et de la pluridisciplinarité au sein de l'entreprise et dans l'intervention publique de contrôle

La complexité du risque sanitaire au travail pose avec acuité la question de la qualité de l'expertise, de son autonomie et de sa mission et celle de la formation des acteurs

La compréhension des risques et l'organisation de la prévention supposent de mobiliser des compétences techniques nombreuses et diversifiées au sein de l'entreprise ou dans son environnement. La question de la pluridisciplinarité du contrôle mérite donc d'être explicitement posée en clarifiant les positionnements relatifs au sein des services du travail des inspecteurs, des ingénieurs et des médecins.

Le champ d'intervention de l'inspection du travail est, lui aussi, de plus en plus complexe car il mêle à la fois l'éclatement de la collectivité du travail, la sous-traitance, le travail précaire, la complexité croissante des procédés et techniques mis en œuvres, la segmentation des compétences, le caractère diffus ou différé des risques. Or, les inspecteurs du travail sont des généralistes, dont la formation initiale essentiellement juridique les prédispose peu au contrôle d'entreprises à hauts risques sanitaires.

En définitive, l'enjeu déterminant est de créer les conditions pour que soient apportés aux décideurs (gouvernement - partenaires sociaux), chacun en ce qui les concerne, les connaissances scientifiques nécessaires à la prise de décision ou à la tenue de négociations

2. La mise en œuvre de la prévention des risques, éparpillée entre de nombreux acteurs et centrée sur l'entreprise, laisse peu de place aux préoccupations de santé publique.

La mise en place d'une véritable politique de santé dans l'entreprise implique un changement considérable de culture chez les acteurs de la prévention. La coordination des nombreux acteurs publics pourrait être améliorée.

Au sein des services de l'Etat, la déconnexion entre les politiques de santé au travail et celles de santé publique avait d'ailleurs amené la Cour des comptes, dans son rapport public de février 2002, à recommander une réforme d'ensemble de la prévention des risques professionnels, articulant les conditions de l'intervention de l'Etat, et celles de la sécurité sociale.

La mission a noté les difficultés d'engagements, précis et concrets, des partenaires sociaux et en particulier des syndicats de salariés sur la question de la santé au travail, malgré le rôle important qui leur est donné à tous les niveaux de la gestion du risque. Les syndicats doivent, il est vrai, agir dans ce champ en tentant de concilier deux logiques parfois contradictoires : la performance économique et la santé des salariés. De là, naît un difficile équilibre, parfois ambigu, entre le nécessaire compromis social et l'exigence d'une politique de santé publique.

Les organisations syndicales reconnaissent, d'ailleurs, aujourd'hui ne pas être à la hauteur de l'enjeu, tant pour des raisons culturelles, que par manque de moyens techniques et financiers.

Il semble désormais nécessaire de repenser les politiques de prévention autour de l'idée que la santé au travail ne doit plus être la seule préoccupation de l'entreprise isolée de son contexte, mais une préoccupation plus globale concernant tout un site d'activité.

L'évaluation des risques

L'introduction récente de l'obligation pour les entreprises d'élaborer chaque année un document unique d'évaluation des risques renouvelle l'approche de la santé au travail en contraignant les acteurs à élargir leur réflexion au-delà des seules questions de sécurité.

Les entreprises sont inégalement outillées pour l'analyse et l'évaluation qui leur sont demandées, et tout particulièrement les plus petites d'entre elles. La mission a par ailleurs constaté que chaque organisme de prévention avait établi des brochures particulières pour expliquer et faciliter cette démarche. Il en résulte une diversité d'approches qui laisse une grande liberté aux entreprises dans leur manière d'appréhender la rédaction du document unique et dans l'appui qu'elles peuvent attendre des organismes de prévention. Cette expression éclatée peut conduire à une certaine surenchère et à de la méfiance vis-à-vis des préventeurs.

Or l'évaluation des risques constitue une opportunité unique pour faire avancer la prévention sanitaire dans les entreprises, mais elle exige un positionnement nouveau de la part des acteurs de l'entreprise et des interventions complémentaires.

L'avenir de la médecine du travail

Financée et organisée par les employeurs, exclusivement préventive et contrôlée par les salariés, la médecine du travail est aujourd'hui la seule spécialité médicale qui ne dépend pas du ministère de la santé. Les acteurs qui pilotent l'institution de la santé au travail, c'est à dire les partenaires sociaux et le ministère du travail sont étrangers à la logique de santé publique. La médecine du travail échappe en outre à toute évaluation de ses pratiques médicales.

La médecine du travail se caractérise par l'impératif de présence sur le terrain auprès des salariés afin de connaître leurs conditions réelles de travail et auprès des employeurs afin de les conseiller. La mission a pu constater la grande difficulté d'application d'un tiers temps réel eu égard au temps nécessaire à la conduite des visites annuelles obligatoires.

Par ailleurs, les organisations syndicales militent en faveur de l'abandon du certificat d'aptitude qui contribue selon elles à donner une mauvaise image du médecin du travail auprès des salariés. Ce certificat, qui est l'héritage de la médecine légale, n'a plus de signification réelle aujourd'hui. Elles proposent de substituer le système de déclaration de l'aptitude au poste, par un système d'aptitude du poste.

En tout état de cause, les organisations syndicales souhaitent éviter que la combinaison entre l'exigence positive de pluridisciplinarité et la contrainte de démographie médicale ne conduise à une réduction du volet médical de la prévention.

Les syndicats de médecins du travail sont cependant très inquiets de la « balkanisation » de leur mission. La mise en œuvre de la pluridisciplinarité, telle qu'elle s'annonce, menace selon eux la médecine du travail dans la mesure où l'absence d'articulation organisée entre les professions combinée à la pénurie de médecins peuvent faire craindre qu'à terme elle soit dépossédée de sa fonction d'intervention sur les lieux de travail.

Les constats sont donc relativement clairs et partagés : manque d'information, manque de connaissances, insuffisance de l'effort de recherche. Les risques en matière de santé au travail sont donc considérables et assumés dans les faits par les pouvoirs publics et les partenaires sociaux amenés à décider et négocier en univers aveugle.

3. Pour l'affirmation d'une politique de santé au travail clairement identifiée.

Les propositions d'évolution avancées par la mission, tiennent compte de l'enjeu principal qui est de réussir à sortir le risque professionnel de la seule approche obéissant à la logique de l'entreprise, pour l'ouvrir à la logique de la sécurité sanitaire, et de faire de la santé au travail un objet de politique de santé publique, et non une variable d'ajustement dans les relations sociales.

Le caractère interministériel de la prévention sanitaire en milieu de travail doit être reconnu, tout comme le rôle essentiel que les partenaires sociaux doivent jouer dans la politique de gestion du risque. Le contexte actuel qu'il soit jurisprudentiel, législatif ou réglementaire conduit à placer la santé au travail au centre des préoccupations de tous les acteurs et à apporter une réponse globale, puisque dans le même temps au niveau des entreprises l'évaluation des risques introduit une dynamique de changement.

Cette politique doit garantir la santé au travail de tous les salariés et tout au long de leur vie professionnelle.

Pour cela, l'Etat doit assumer sa responsabilité de maître d'œuvre dans la connaissance, l'évaluation et l'expertise de la santé au travail pour en garantir l'indépendance, le caractère contradictoire et la transparence. Il lui appartient également de fixer les orientations et les priorités de cette politique après un débat public, et tout particulièrement avec les partenaires sociaux. Cela suppose un engagement politique à long terme pour inscrire ce sujet dans la durée. A ce titre, la santé au travail pourrait tout à fait constituer un programme au sens de la loi organique sur les lois de finances.

Par ailleurs, l'établissement d'une convention d'objectifs et de gestion (COG), laissant sa place aux enjeux de santé publique au travail, entre l'Etat et la CATMP constitue une exigence prioritaire. Par ailleurs, le système de tarification est aujourd'hui beaucoup trop complexe et morcelé. Il pourrait être plus attractif d'utiliser un système drastique « de bonus-malus »).

La création d'une agence de santé sanitaire au travail, de préférence autonome plutôt qu'insérée dans un ensemble de caractère plus général permettrait, à cet égard, de mieux

assumer la fonction scientifique préalable au débat public et à la décision politique. Il en est de même du système de veille, l'INVS étant un sérieux atout puisqu'il dispose d'une unité santé au travail en voie de développement et du réseau des cellules interrégionales d'épidémiologie (CIRE).

Le conseil supérieur de la prévention des risques professionnels est l'instance de concertation naturelle pour examiner et arrêter les modalités de mise en œuvre des priorités de la politique de santé au travail fixées par les ministres. Pour exercer cette responsabilité, la représentativité du conseil supérieur doit être élargie.

Au niveau de chaque région et pour assurer la cohésion et l'efficacité de cette politique, deux instances l'une de concertation, l'autre à caractère médical et scientifique, pourraient être mises en place. Les actuels comités régionaux de coordination auraient en charge, au sein du comité régional de concertation, la préparation et l'organisation des débats ainsi que la tenue du secrétariat et l'exploitation des documents d'évaluation des entreprises. En matière de recherches, d'épidémiologie, de veille et probablement de formation, une instance administrative régionale spécialisée et consultative aurait en charge le pilotage scientifique de la médecine du travail.

Les médecins inspecteurs régionaux du travail (MIRT) doivent être confirmés dans leur rôle au sein des DRTEFP.

L'instauration d'une politique de santé au travail, tel que ce rapport la conçoit repose sur une politique de contrôle des conditions de travail qui permettent de s'assurer de son efficacité. La priorité doit d'abord être donnée à la constitution de sections d'inspection du travail spécialisées et pluridisciplinaires. Pour couvrir l'ensemble du territoire régional, un réseau de référents sur les principaux risques permettrait de conforter le travail des sections d'inspection. La politique par objectif fondé sur le diagnostic territorial qui devra accroître sa pertinence sur le risque professionnel constitue un atout supplémentaire.

Deux sujets majeurs restent à évoquer. L'extension de la couverture par un CHSCT à toutes les entreprises d'un site d'une part, la sous-traitance en tant que moyen d'écartier un travail à risque en le confiant à une autre entreprise d'autre part, sont à des titres divers au cœur des préoccupations de tous les interlocuteurs rencontrés par la mission.

Inscrire la santé au travail dans une politique reconnue comme prioritaire oblige à réexaminer l'ensemble du dispositif de la médecine du travail et chacune de ses composantes. A cet égard, le médecin du travail doit être placé au cœur d'une équipe pluridisciplinaire.

Il conviendrait enfin de transformer l'agrément des services médicaux du travail en un contrat objectif d'une durée de trois ans. Il serait conclu entre l'Etat (DRTEFP, MIRT, DRASS et MISP) puisqu'il s'agit d'une délégation de service public et l'association locale de santé au travail gérée selon les formes actuelles par les partenaires sociaux.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	3
1. UN DISPOSITIF DE CONNAISSANCE DU RISQUE SANITAIRE AU TRAVAIL QUI N'EST PAS A LA HAUTEUR DE L'ENJEU ET QUI COMPROMET L'EFFICACITE DES POLITIQUES DE PREVENTION.....	5
1.1 LE RISQUE PROFESSIONNEL EST UN ENJEU IMPORTANT DE SANTÉ PUBLIQUE	5
1.1.1 <i>Le poids des facteurs professionnels dans les déterminants de santé</i>	5
1.1.2 <i>Un risque en évolution permanente, difficile à saisir</i>	7
1.1.2.1 <i>L'activité évolue en permanence, les facteurs du risque également</i>	7
1.1.2.2 <i>Un système de prévention aujourd'hui mis à mal par la montée des risques diffus et différés</i>	8
1.2 LE DISPOSITIF DE CONNAISSANCE DU RISQUE N'EST PAS À LA HAUTEUR DE CET ENJEU	9
1.2.1 <i>L'absence de centralisation des données</i>	9
1.2.2 <i>Les faiblesses de la recherche</i>	10
1.2.2.1 <i>Les limites de l'INRS, inhérentes à sa nature même d'organisme paritaire à vocation essentiellement technique</i>	10
1.2.2.2 <i>La recherche publique en matière de santé au travail</i>	11
1.2.3 <i>Comment mettre en place une discipline de veille ?</i>	13
1.3 EXPERTISE ET PROFESSIONNALISATION DES ACTEURS DE LA SANTÉ AU TRAVAIL	15
1.3.1 <i>L'extrême complexité du risque suppose une pluridisciplinarité au sein et à l'extérieur de l'entreprise</i>	15
1.3.2 <i>La transformation et la formation des acteurs de la prévention</i>	16
1.3.3 <i>L'indépendance de l'expertise</i>	18
2. UNE PREVENTION DU RISQUE SANITAIRE AU TRAVAIL EPARPILLÉE ENTRE DE NOMBREUX ACTEURS, CENTRÉE SUR L'ENTREPRISE, QUI LAISSE PEU DE PLACE AUX PREOCCUPATIONS DE SANTÉ PUBLIQUE.....	21
2.1 UNE COORDINATION INSUFFISANTE DES ACTEURS PUBLICS	21
2.1.1 <i>L'action de l'Etat est marquée par la déconnexion complète entre la logique de santé au travail et celle de santé publique</i>	21
2.1.1.1 <i>Un système de prévention du risque sanitaire au travail en crise</i>	21
2.1.1.2 <i>La déconnexion entre la santé au travail et la santé publique est un anachronisme</i>	22
2.1.2 <i>L'articulation entre l'intervention de l'Etat et celle de la sécurité sociale</i>	24
2.2 UN CONTEXTE DIFFICILE ET UNE NOUVELLE EXIGENCE POUR LA PRÉVENTION EN ENTREPRISE : L'ÉVALUATION DES RISQUES	25
2.2.1 <i>Le faible engagement des partenaires sociaux malgré leur omniprésence</i>	27
2.2.1.1 <i>L'accord santé au travail</i>	28
2.2.1.2 <i>Les limites du dialogue dans l'entreprise : les CHSCT</i>	30
2.2.2 <i>L'évaluation des risques</i>	31
2.2.2.1 <i>Une exigence communautaire, renouvelant profondément l'approche de la prévention mais longtemps retardée</i>	31
2.2.2.2 <i>Une approche globale et multidisciplinaire qui constitue une opportunité de changement à saisir</i>	33
2.2.2.3 <i>Une nécessaire technicité qui demande l'aide de préventeurs externes et qui doit être confrontée à l'expérience des acteurs de l'entreprise</i>	36
2.3 LA CRISE DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL	40
2.3.1 <i>Médecine, médecine du travail, santé publique</i>	40
2.3.2 <i>L'organisation de la médecine du travail doit garantir l'indépendance du médecin du travail et permettre la pluridisciplinarité</i>	43
2.3.2.1 <i>Garantir l'indépendance du médecin du travail</i>	43
2.3.2.2 <i>Permettre la pluridisciplinarité</i>	44
3. POUR L'AFFIRMATION D'UNE POLITIQUE DE SANTÉ AU TRAVAIL CLAIREMENT IDENTIFIÉE	46
3.1 LES ENJEUX, LES CONTRAINTES ET LES ATOUTS POUR LA PROMOTION D'UNE POLITIQUE DE SANTÉ AU TRAVAIL.....	46
3.1.1 <i>Les contraintes</i>	46
3.1.2 <i>Les enjeux : ouverture sur la santé publique, interministérialité, séparation des rôles</i>	47

3.1.3	<i>Les atouts : un contexte jurisprudentiel, législatif, réglementaire concomitant avec la mise en œuvre de l'évaluation des risques.....</i>	48
3.1.4	<i>A titre de comparaison, le programme de maintien de la capacité de travail en Finlande.</i>	50
3.1.4.1	Les fondements institutionnels :	50
3.1.4.2	La politique de maintien de la capacité de travail (maintenance of work ability)	50
3.2	ÉLÉMENTS POUR UNE POLITIQUE QUI GARANTISSE LA SANTÉ AU TRAVAIL DE TOUS LES SALARIÉS ET TOUT AU LONG DE LEUR VIE PROFESSIONNELLE	51
3.2.1	<i>Le niveau politique de définition des priorités de santé au travail</i>	51
3.2.1.1	Définition par l'Etat des grands axes de la politique de santé au travail après un débat national	52
3.2.1.2	La connaissance par la recherche et la veille, préalable essentiel à la décision.....	53
3.2.1.3	Les relations entre l'Etat et la sécurité sociale	54
3.2.2	<i>Mise en œuvre de cette politique par les acteurs.....</i>	55
3.2.2.1	Le conseil supérieur de la prévention des risques professionnels au centre de la mise en œuvre de la politique de santé au travail	55
3.2.2.2	CHSCT et sous-traitance : deux sujets majeurs	56
3.2.2.3	La conduite et l'animation de la politique régionale de santé au travail et ses exigences	57
3.2.3	<i>Valoriser la spécificité du réseau médical de santé au travail.....</i>	59
3.2.3.1	Le médecin du travail au cœur du dispositif et de la pluridisciplinarité.....	59
3.2.3.2	Pour un renforcement des rapports entre l'Etat et les services de santé au travail, de l'agrément au contrat d'objectif	60

ANNEXES

INTRODUCTION

La mission de l'IGAS sur la prévention des risques sanitaires en milieu de travail s'inscrit dans le cadre, plus large, des travaux de préparation du rapport public 2003, portant sur la prévention sanitaire.

Cette mission, composée d'Hayet ZEGGAR, Jacques ROUX et Pierre de SAINTIGNON, membres de l'IGAS, a mené ses investigations de septembre à décembre 2003 en rencontrant l'ensemble des interlocuteurs nationaux concernés (directions d'administration centrale, caisses nationales de sécurité sociale, organismes de recherche, personnalités qualifiées, organisations patronales et syndicats de salariés...) dans un premier temps. Ensuite, elle a approfondi les constats par des déplacements dans trois régions : le Nord Pas-de-Calais (conditions du dialogue social), Provence Côte d'Azur (actions des services de l'Etat), et Lorraine (médecine du travail et recherche). Elle a terminé, enfin, en reprenant contact avec les principaux interlocuteurs nationaux pour confronter les points de vue (Annexe 1).

Le premier constat de la mission, partagé par l'ensemble de ses interlocuteurs, tient à la contradiction entre l'importance capitale de la prévention des risques professionnels dans une logique de santé publique et, singulièrement, l'absence d'une véritable politique dans ce domaine.

La quasi-unanimité des acteurs, publics et privés (Annexe 2), reconnaît les insuffisances de leur intervention et la faiblesse des résultats. Ce constat s'accompagne d'un large consensus sur l'urgence de voir émerger une politique de santé publique en milieu de travail au sein de laquelle l'Etat doit tenir toute sa place. Ils reconnaissent tous également que cet « aggiornamento » de la politique de prévention des risques professionnels supposera une acculturation forte aux préoccupations et aux mécanismes de santé publique.

Au sein même de l'Etat, la dichotomie entre politique de santé au travail et politique de santé publique avait été dénoncée par la Cour des Comptes, dans son rapport public de février 2002. Elle invitait les pouvoirs publics à promouvoir une réforme d'ensemble de la prévention des risques professionnels articulant les conditions de l'intervention de l'Etat et celle de la sécurité sociale.

Le monde syndical est, quant à lui, confronté à la redoutable question du difficile équilibre entre le compromis social sur l'emploi, les salaires et les conditions de travail, et l'exigence d'une véritable politique de santé publique et de protection de l'intégrité physique des salariés. Les organisations nationales reconnaissent, d'ailleurs, aujourd'hui ne pas être à la hauteur de cet enjeu, tant pour des raisons culturelles, que par manque de moyens techniques et financiers. Les employeurs voient leurs responsabilités s'accroître fortement alors qu'ils sont inégalement outillés pour l'analyse et l'évaluation des risques qui leur sont demandées depuis peu, et tout particulièrement pour les plus petits entrepreneurs. L'accord national interprofessionnel sur la santé au travail d'octobre 2000, qui ne fait pas l'unanimité, souhaitait donner une nouvelle vision partenariale de la santé au travail.

Les services de santé au travail, ainsi dénommés par la loi de modernisation sociale, traversent, aujourd'hui, une crise profonde, mais, de leurs capacités à la surmonter, dépend, largement, la réussite d'une politique de santé au travail où l'Etat aura su prendre toute la place qui est la sienne.

La mission s'est donc interrogée dans un premier temps sur le dispositif de connaissance des risques sanitaires, sur la centralisation et la consolidation des données dans ce domaine ainsi que sur le système de veille scientifique, sanitaire et sociale unissant et mobilisant la recherche, les médecins, les salariés, les préventeurs et les employeurs.

Elle s'est ensuite attachée à identifier le rôle des nombreux acteurs de la prévention et à dégager les modalités et l'efficacité de leur coordination. Elle a, de plus, étudié la logique de leurs interventions, ainsi que leurs préoccupations en matière de santé publique.

Pour terminer, elle a proposé les éléments d'une politique de santé au travail avec le souci de repositionner la place et le rôle de chacun des intervenants.

1. UN DISPOSITIF DE CONNAISSANCE DU RISQUE SANITAIRE AU TRAVAIL QUI N'EST PAS A LA HAUTEUR DE L'ENJEU ET QUI COMPROMET L'EFFICACITE DES POLITIQUES DE PREVENTION

1.1 Le risque professionnel est un enjeu important de santé publique

1.1.1 Le poids des facteurs professionnels dans les déterminants de santé

L'évolution récente des statistiques d'accidents du travail et de maladies professionnelles du régime général de sécurité sociale révèle une augmentation régulière du risque professionnel reconnu et indemnisé encore très en deçà de la réalité du risque.

Tableau n° 1 : évolution du nombre de maladies professionnelles reconnues

	1997	1998	1999	2000	2001
Nombre de maladies déclarées, reconnues, constatées	15 554	17 722	24 208	29 971	39 755
Evolution annuelle		+ 13.9 %	+ 36.6 %	+ 23.8 %	+ 32.6 %

Source : statistiques Cnamts, rapport 2002 de la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale

Tableau n° 2 : évolution du nombre des accidents du travail reconnus et indemnisés

	1997	1998	1999	2000
Nombre d'accidents avec arrêt	658 551 + 0.1 %	689 859 + 4.8 %	711 035 + 3.1 %	743 435 + 4.6 %
Nombre d'accidents graves	45 579 - 6.5 %	47 071 + 3.3 %	46 085 - 2.1 %	48 096 + 4.4 %
Nombre de décès	690 -10.7 %	719 + 4.2 %	743 + 3.3 %	730 - 1.7 %

Source : statistiques Cnamts, rapport 2002 de la commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale

Malgré une augmentation récente et significative du nombre de maladies professionnelles reconnues (voir les tableaux n° 1 et 2), de multiples biais¹ empêchent de considérer ces statistiques de déclaration, de reconnaissance et d'indemnisation du risque comme des indicateurs fiables de l'ampleur, ni même de l'évolution du risque sanitaire en milieu de travail. La minoration du risque professionnel prend des formes diverses : la sous-évaluation par le corps médical de l'origine professionnelle des pathologies, la sous-déclaration des accidents du travail par les employeurs et des maladies professionnelles par les victimes elles-mêmes, et leur sous-reconnaissance par les caisses primaires d'assurance maladie.

¹ Rappelés dans de nombreuses études et rapports administratifs ; parmi les plus récents, on retiendra le rapport public de la Cour des comptes, La gestion des accidents du travail et des maladies professionnelles, ainsi que le dernier rapport de la Commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale, présidée par Madame Lévy - Rosenwald.

Si cette déconnexion entre les statistiques de l'assurance sociale et la réalité du risque est certaine, son ampleur est très délicate à évaluer, faute précisément de données disponibles. L'article L 176-2 du code de la sécurité sociale prévoit d'ailleurs la réunion d'une commission ad hoc, instituée pour évaluer l'impact financier de cette sous-évaluation et fixer le montant du reversement de la branche accidents du travail et maladies professionnelles à l'assurance maladie.

Les facteurs professionnels sont une source essentielle d'inégalités sociales¹ pour la survenue de maladies (cancers, troubles musculo-squelettiques, de l'audition, de la reproduction, pathologies respiratoires non tumorales, dermatologiques, neuro-psychiatriques, cardio-vasculaires notamment). Cette conclusion est essentiellement tirée de données internationales, faute d'avoir en France des données et des recherches suffisantes. De nombreuses enquêtes convergent pour estimer qu'environ le tiers des différences sociales de mortalité par cancer dans les pays industrialisés est expliqué par des expositions à des facteurs d'origine professionnelle ; cette estimation s'élève à la moitié pour les cancers du poumon et de la vessie (données IARC, 1997). Au-delà des pathologies mortelles, de très importants problèmes de santé touchent certaines catégories de la population, notamment les plus défavorisées : ainsi au moins 30 % des hommes adultes souffrent de lombalgies en grande partie liées à leur activité professionnelle (expertise collective Inserm 1995). A ces nombreux risques porteurs d'atteintes somatiques, on doit ajouter l'influence considérable de facteurs psychosociaux.

La sous-estimation en France du poids des facteurs professionnels dans les atteintes à la santé est d'autant plus regrettable qu'il s'agit souvent de causes sur lesquelles une action préventive pourrait être efficace.

A contrario, en Finlande, la connaissance de l'état de santé détermine une stratégie de prévention.

6,7 % de la mortalité serait liée au travail soit 1 800 décès prématurés chaque année selon une étude de FIOH : le travail est à l'origine de 10,2 % de la mortalité des hommes et de 2,1 % de celle des femmes². Les accidents du travail (dont trajet) concernent 11 % des hommes et 7% des femmes actives. Sur un total de 200 000 accidents liés au travail, 119 000 ont été indemnisés en 1998.

Les maladies professionnelles sont relativement répandues³, particulièrement dans l'industrie agroalimentaire, l'automobile, l'agriculture, l'industrie du métal et du bois. 30 % des cas d'asthme ont une origine professionnelle.

- les risques traditionnels : essentiellement le bruit. Les risques chimiques (benzene, diesel) ou liés à l'amiante (interdite dans les années 1980) sont contrôlés en Finlande ;
- les nouveaux risques comme le stress (36 % de la population active), la pression du temps sont particulièrement marqués (industries de haute technologie).

¹ Voir les inégalités sociales de santé, collections recherche inserm, éditions la découverte, 2000.

² Les principales causes de décès sont les maladies cardiovasculaires (12 %), les tumeurs (8 %), les maladies respiratoires (4 %), les troubles mentaux (4 %), les maladies du système nerveux (3 %).

³ La sous-déclaration est vraisemblablement moins élevée que dans d'autres pays européens.

En 2000, 63 % de la population active occupée continuait à être exposée à des risques physiques au travail, 42 % à des risques chimiques et 8 à 13 % à des risques biologiques. 70 % des travailleurs ont des problèmes causés par l'inadaptation ergonomique de leur poste.

Accidents du travail et maladies professionnelles en 2000 (ou 1999*) en Europe

	Finlande	France	Royaume-Uni	Allemagne	Suède
Accidents du travail (incapacité d'au moins 3 j)%	4,3	nc	1,5	nc	2
Accidents du travail indemnisés (/10 millions d'h)	298*	244*	35,6	nc	307,2
Maladies professionnelles (/10 000 employés)	2,3	10,1*	2,6	nc	57,2

Source : *Second european working conditions survey, 1997.*

Problèmes de santé liés au travail en Europe

En %	Finlande	France	Royaume-Uni	Allemagne	Suède
Stress	34	24	27	23	38
Mal de dos	33	29	23	30	31
Douleurs musculaires (bras ou jambes)	29	19	11	12	24
Troubles du sommeil	11	7	10	7	9
Absentéisme dû à des problèmes de santé au travail	30	21	16	34	13

Source : *Second european working conditions survey 1997.*

1.1.2 Un risque en évolution permanente, difficile à saisir

1.1.2.1 L'activité évolue en permanence, les facteurs du risque également

Les évolutions économiques, sociales, technologiques remettent en cause des modes de prévention du risque sanitaire au travail adaptés à un modèle de production aujourd'hui dépassé : l'usine pour des salariés en contrat à durée indéterminée à temps plein, avec un fort risque d'accident. Les modes de production évoluent en permanence, les relations de travail sont de plus en plus instables.

L'arrivée massive et permanente de nouveaux process, de nouvelles organisations du travail (durée du travail, cadences, polyvalence, restructurations...), de nouveaux produits, la tertiarisation de l'économie modifient en permanence la nature et la gravité du risque auquel sont exposés les salariés.

Les inspecteurs du travail de la région Nord Pas-de-Calais ont d'ailleurs tenu à signaler une augmentation importante du nombre de substances chimiques dangereuses utilisées dans les entreprises de la région vis-à-vis desquelles leurs moyens d'investigation sont très limités. L'étiquetage relève aujourd'hui du seul fabricant ; la réglementation sur les risques chimiques prévoit pour les inspecteurs du travail la possibilité de faire des prélèvements (L231-7 du code du travail), mais les décrets d'application n'ont jamais été pris et il n'y a pas d'organisme agréé. Les laboratoires de la CRAM ne sont pas dimensionnés pour faire face à des demandes nombreuses.

Les inspecteurs du travail rencontrés par la mission sont inquiets face au développement de la sous-traitance du risque, notamment en direction des petites et moyennes entreprises. Si on ne peut l'interdire, un encadrement plus contraignant leur paraît souhaitable. Il faudrait notamment selon eux professionnaliser davantage certaines activités (désamiantage). Les durées du travail sont ainsi souvent excessives. Il faut accentuer les contrôles vers les plus petites entreprises là où les risques sont moins maîtrisés. On pourrait imaginer une mise en jeu de la responsabilité des donneurs d'ordre, à l'instar de l'intérim, notamment au sein des « villages entreprises », des sites réservés aux sous-traitants inclus ou non dans l'enceinte de l'entreprise (industries chimique, plomb), dans le cadre d'une sous-traitance éthique. En région PACA, un modèle de charte de sous-traitance a été soumis par la DRTEFP aux entreprises du secteur chimique qui n'ont pas encore donné suite. A tout le moins, on pourrait envisager d'exiger l'identification claire des risques dans l'ensemble de la chaîne des contrats de sous-traitance.

La mobilité croissante des trajectoires professionnelles, le difficile suivi des salariés avec le développement de formes précaires d'emploi et d'entreprise (sous-traitance du risque, intérim, CDD...) compliquent encore la compréhension du risque.

1.1.2.2 Un système de prévention aujourd'hui mis à mal par la montée des risques diffus et différés

Elaboré et développé pour limiter le nombre et la gravité des accidents du travail, le système de prévention du risque professionnel doit aujourd'hui faire face à une montée en charge beaucoup plus inquiétante des maladies professionnelles.

La traditionnelle invisibilité du risque sanitaire en milieu de travail complique encore la perception de ces nouvelles formes de risque. Le monde du travail se caractérise en effet par une très grande tolérance au risque, voire une valorisation du risque qui fait partie de la culture du collectif de travail. En "prenant" le risque, les salariés construisent un système de défense psychologique contre la peur. La conséquence peut être une négation du risque ou même un jeu avec la prise de risque. La maladie ou l'accident peuvent même d'une certaine manière être des éléments d'une identité professionnelle (le mineur et sa silicose). Les services de l'Etat rencontrés par la mission en Nord-Pas-de-Calais constatent que la crise économique, le développement du chômage et les très nombreuses fermetures d'usines ont renforcé dans la région la tolérance déjà très grande au risque. On le verra plus loin, cette situation n'est pas sans incidence sur l'attitude des syndicats en la matière.

Plusieurs facteurs se combinent pour expliquer le développement des maladies professionnelles et le recul des accidents. En premier lieu, les progrès considérables sur la prévention technique intégrée dans la conception même des équipements ont permis de réduire les accidents. Ensuite, le progrès médical permet des diagnostics précoces. Enfin, les évolutions de l'appareil de production et le développement d'activités supposant la manipulation de produits nouveaux multiplient les risques d'exposition à des substances dont on ne se rend compte que progressivement qu'elles peuvent constituer un danger pour la santé humaine.

Cette mutation du risque rend d'autant plus nécessaire de repérer très en amont les risques émergents afin de définir au plus juste les mesures correctives appropriées.

Ces nouveaux risques liés aux nouveaux produits mais aussi les risques “psychologiques” (stress, charge mentale et plus largement violence au travail) supposent une veille scientifique, une veille sanitaire et une veille sociale qui reposeraient non seulement sur le monde de la recherche mais aussi sur la mobilisation des acteurs du risque, les salariés, les préventeurs et les employeurs.

Le caractère extrêmement volatil du risque sanitaire au travail rend d’autant plus nécessaire un outil de connaissance performant. La connaissance du risque suppose une appréciation fine à la fois de la situation sanitaire des salariés et des modes de production : c’est là que réside la spécificité de la prévention du risque sanitaire au travail.

1.2 Le dispositif de connaissance du risque n’est pas à la hauteur de cet enjeu

1.2.1 *L’absence de centralisation des données*

La définition d’une politique de santé publique suppose que l’on puisse fixer des priorités en fonction des informations dont on se dote pour analyser l’existant : l’absence au niveau national de statistiques fiables empêche cette « priorisation » des actions de prévention.

La commission Lévy Rosenwald a encore souligné cette année les lacunes énormes de la connaissance statistique et scientifique. Aujourd’hui, l’appareil statistique de la CNAM ne sert qu’à la tarification, les informations sur les prestations aux victimes sont beaucoup moins nombreuses et détaillées. La CNAM a engagé une reconfiguration du réseau et du système d’informations afin de fiabiliser les données et de garantir l’harmonisation des procédures de reconnaissance des maladies professionnelles. Les marges de progrès futurs sont importantes et seront inscrites dans la convention d’objectifs et de gestion de la branche accidents du travail et maladies professionnelles.

Les statistiques de la branche de sécurité sociale sont systématiquement avancées pour illustrer une avancée ou un recul d’un risque professionnel alors même que chacun reconnaît leurs limites. D’abord et par construction, ne figurent dans ces statistiques que les accidents et les maladies *reconnues* d’origine professionnelle. Or, les difficultés de reconnaissance sont nombreuses et rendraient utile une connaissance des accidents et maladies *déclarées*. Ensuite, elles ne révèlent qu’une partie du risque, la part réalisée, ce qui limite leur interprétation pour soutenir une politique de prévention. Enfin, leur mode d’élaboration, récemment critiqué par la Cour des comptes, ne permet pas de garantir leur fiabilité.

Certaines données mériteraient par ailleurs d’être collectées : les registres d’accidents dans les entreprises, les maladies déclarées non reconnues, les plaintes reçues par différentes institutions (inspection du travail), les statistiques d’activité des médecins du travail... Il n’y a en effet pas de système d’information autre que comptable, or cette source est par nature inadaptée pour construire des analyses scientifiques même si elle est utile par ailleurs. D’autres données telles que les déclarations de maladies professionnelles ne sont pas bien collectées et sont donc inutilisables. L’immense majorité des médecins ignorent quelles sont leurs obligations, sans compter que de toute façon ils ne sauraient pas établir d’étiologie professionnelle des pathologies. Théoriquement, les entreprises doivent déclarer les procédés dangereux, l’immense majorité d’entre elles ne le font pas. La fiche d’entreprise élaborée par

les médecins du travail dans les entreprises de plus de 10 salariés est devenue un document quasi-confidentiel.

De nombreux acteurs souhaiteraient disposer facilement du cursus laboris des personnes : les services des CRAM n'en disposent pas alors que les caisses vieillesse disposent par définition de cette information. Des investigations de la mission, il ressort que les organisations de la sécurité sociale peuvent localement procéder à des collectes d'informations sur tel ou tel risque, sur une pathologie, sans cependant disposer ni des outils nécessaires, ni de l'information sur les initiatives prises ailleurs, sans coordination avec les diagnostics territoriaux de l'inspection du travail. Ainsi la CRAM Nord Picardie a-t-elle élaboré une base de données sur les TMS, celle de Strasbourg sur les risques chimiques et celle de Nancy sur les CMR (cancérogènes mutagènes).

En définitive, le peu que l'on sait aujourd'hui provient de travaux ponctuels.

1.2.2 Les faiblesses de la recherche

1.2.2.1 Les limites de l'INRS, inhérentes à sa nature même d'organisme paritaire à vocation essentiellement technique

Plusieurs rapports récents, de l'inspection générale des affaires sociales en 1999, de la Cour des comptes en 2002, ont largement décrit les limites et les défaillances du fonctionnement et de la stratégie de cette institution. La mission n'a pas souhaité revenir sur ces constats qui ont d'ailleurs fait l'objet de mesures correctives : alternance de la présidence, élargissement et recomposition du conseil scientifique, planification à cinq ans du programme de recherche accompagné le cas échéant de conventionnements avec les différents ministères concernés ou des laboratoires de recherche, insertion dans des réseaux européens...

L'INRS reste le principal instrument de connaissance du risque, alors même qu'il ne s'agit pas du cœur de ses missions. Près de la moitié de son activité consiste en effet en l'animation de réseaux de préventeurs, la diffusion large d'informations, la réalisation d'études par ses laboratoires... Les personnels sont reconnus comme étant de grande qualité mais l'épidémiologie demeure le plus petit service (environ 10 personnes).

S'il occupe une place importante dans le paysage de la prévention du risque sanitaire au travail, l'INRS reste l'instrument de connaissance de l'assurance sociale, dont les modalités de gestion interdisent d'envisager en faire le principal acteur de la connaissance du risque, ni a fortiori le lieu d'orientation de la recherche.

Les limites de cette institution révèlent surtout l'inertie de l'Etat. Les pouvoirs publics n'ont pas jusqu'ici développé les moyens d'une tutelle scientifique réelle sur l'INRS. En tout état de cause, le fonctionnement de cette institution qui, par construction, mêle étroitement l'évaluation et la gestion du risque interdit d'imaginer en faire le pivot de la recherche scientifique dans le champ de la santé au travail.

1.2.2.2 *La recherche publique en matière de santé au travail*

Les faiblesses générales de l'épidémiologie et de la recherche fondamentale en France sont particulièrement marquées dans le champ de la santé au travail.

La faiblesse de la formation en santé publique pose des problèmes de recrutement de spécialistes de la santé au travail, en particulier dans les jeunes générations. Cette faiblesse générale de la santé publique en France est d'autant plus grave dans le champ de la santé au travail que les travaux scientifiques doivent être irréprochables pour surmonter les intérêts industriels. Le retard de la France sur l'amiante s'explique en partie par le fait qu'il y avait très peu de chercheurs capables de faire face aux industriels sans bénéficier de surcroît du soutien des syndicats. Il n'y a dans l'université française qu'une dizaine d'équipes sur les sujets de santé au travail et trois unités de l'INSERM. La dizaine de centres de formation de médecins du travail ne peut remplacer un vrai dispositif de recherche. Cette faiblesse de la recherche française apparaît nettement quand on sait que l'Union européenne prévoit l'évaluation de la nocivité d'un millier de produits chimiques d'ici 2004 et que la France n'en a évalué qu'une dizaine.

A cette pauvreté du vivier de chercheurs s'ajoute une exigence particulière de la recherche dans le champ de la santé au travail. En effet, le lien entre la recherche des causes, l'analyse des facteurs de risque et la surveillance des populations est très étroit. Il faut étudier des cohortes, des cas-témoins, ce qui suppose d'être très proche des entreprises. Ce lien entre la recherche fondamentale et la surveillance suppose que les milieux de la recherche puissent s'articuler à des réseaux opérationnels.

L'explosion des arrêts de travail révèle la montée des problématiques liées au stress. Des pans importants du risque biologique restent également ignorés. Malgré l'émergence unanimement constatée de ces dangers, aucune recherche d'envergure n'a été engagée en France.

La déconnexion de la santé au travail des institutions compétentes en matière de recherche et d'organisation de la médecine ne facilite pas le développement de compétences.

L'organisation de la médecine du travail relève en effet entièrement du ministère du travail, ce qui l'isole des autres spécialités médicales ; il n'y a pas de financements ou d'appels d'offres publics réguliers qui permettraient de structurer la recherche. D'ailleurs, on peut s'interroger sur la capacité de la seule direction des relations du travail, dont la vocation est essentiellement juridique, à lever des fonds et à animer la recherche.

Le ministère de la recherche n'a jamais lancé d'appel d'offres sur les maladies professionnelles mais commence, semble-t-il, à se préoccuper de la faiblesse des viviers de chercheurs. Un séminaire organisé en novembre par les ministères de la recherche, de la santé et du travail a ainsi permis de prendre la mesure de l'insuffisance des équipes et des travaux sur la santé au travail.

L'objectif de cette démarche récente est de soutenir la formation d'un milieu scientifique pluridisciplinaire sur cette question, en particulier l'émergence d'équipes reconnues plus nombreuses, le renouvellement des chercheurs proches de la retraite par l'attraction et la

formation de jeunes chercheurs et la sensibilisation de l'ensemble des chercheurs et praticiens de santé à l'étiologie professionnelle des maladies. L'appui de la DREES - MIRE par des possibilités de financements et de la DARES (par l'appui des équipes de recherche à l'élaboration du questionnaire de l'enquête SUMER 2002 par exemple) a été affirmé.

On peut s'interroger sur la responsabilité respective des partenaires sociaux et de l'Etat dans le constat de carence sur la recherche en santé au travail. Il n'existe pas de politique incitative forte, depuis une quinzaine d'années, de mise en place d'un vrai dispositif de recherche en santé au travail à la hauteur des enjeux de santé publique et de risques. Il manque les outils de base essentiels à la conduite de travaux de recherche ; il n'existe pas de grands recueils de données en France. L'enquête Santé, Travail et Vieillesse (ESTEV) est tenue par de bonnes volontés sans moyens. La pluridisciplinarité nécessaire à l'analyse des risques sanitaires en milieu de travail ne facilite pas les choses, de même le désintérêt des facultés de médecine pour une approche santé publique au travail.

Les propositions avancées pour corriger cette situation sont assez classiquement la création d'une institution lourde type agence, la création d'une institution plus légère type GIS (groupement d'intérêt scientifique) ou encore des actions incitatives via la recherche, déconnectées des politiques et des cursus universitaires mais inscrites dans une contractualisation serrée avec des organismes tels que l'INVS ou l'INRS (voir la partie 3).

Sur ces questions, la Finlande constitue là encore un modèle intéressant et performant avec l'Institut finlandais de la santé au travail, une agence de recherche et de formation.

Créé en 1945 et développé dans les années 1970, l'Institut finlandais de la santé au travail mène des recherches, forme les responsables de la santé et sécurité, diffuse des conseils et informations. L'Institut dispose de 880 employés (dont 580 salariés permanents) et de 6 instituts régionaux. Son budget est de 58,8 M€ en 2002 (80 % provient du budget de l'Etat et 20 % des services commercialisés par l'Institut – formation, publications, consultants...). La recherche est financée majoritairement sur les fonds du budget de l'Etat (30 % provient de sources extérieures en 2001) et représente 39 % du budget de l'Institut.

- 40 % du budget recherche est consacré à la santé au travail et à la capacité fonctionnelle : les maladies respiratoires liées au travail, les maladies de peau et les troubles musculo-squelettiques sont les sujets faisant l'objet de plus de recherches ;
- l'amélioration de l'environnement de travail représente 37 % du budget recherche : un programme « work environment 2005 » vise à développer l'évaluation des risques et les méthodes de gestion des risques au sein des entreprises ; il permet également, à partir d'études sur plus d'un millier de lieux de travail et l'analyse biologique de 10 000 échantillons chaque année, d'établir un bilan des conditions de travail en Finlande ; un programme sur les poussières de bois analyse la toxicité des différents bois. L'analyse des risques chimiques a notamment porté sur l'exposition aux isocyanates dans les secteurs qui utilisent du polyuréthane.

Le niveau de formation des employés de l'Institut est relativement élevé dans un pays dont le niveau éducatif général est supérieur à la moyenne européenne : plus de la moitié du personnel a un diplôme académique de haut niveau (master, licence, doctorat). Parmi les 146 personnes titulaires d'un doctorat, 51 sont médecins, 26 chimistes et biochimistes, 21 psychologues et sociologues...

L'Institut central compte neuf départements dont les deux principaux sont le département de toxicologie et d'hygiène industrielle (analyse de l'exposition chimique, toxicologie, risques biologiques) et celui de médecine du travail (diagnostic et traitement¹, recherche et formation). Les autres départements travaillent notamment sur l'épidémiologie, la psychologie, la kinésithérapie, la physique, la sécurité au travail, la recherche sur les services de santé au travail. Les six instituts régionaux sont spécialisés chacun dans un type d'industrie ou d'activité. Ils assurent des missions de formation, d'analyse des risques chimiques et des prélèvements sur les lieux de travail, de conseil en médecine du travail, ergonomie et psychologie du travail.

Relations avec les partenaires sociaux et le ministère : un conseil de direction tripartite (ministère, représentants des employeurs et des salariés) fixe des orientations stratégiques (stratégie 2001-2005) ; il n'intervient pas dans la gestion ou la conduite des programmes de recherche (l'Institut estime avoir une réelle marge de manœuvre, sensiblement supérieure à ce qu'elle était dans les années 1970). Un accord avec le ministère fixe les 10-12 objectifs annuels de l'Institut.

La formation représente 11 % du budget temps : en 2001, l'Institut a formé près de 9 000 personnes en santé et sécurité au travail. Un peu plus de 45 % sont des professionnels de santé : 13,2 % sont des médecins, 25,8 % des infirmières et 6,3 % des kinésithérapeutes. Près de 10 % sont des responsables de sécurité et 7 % des délégués de sécurité. Un Centre de formation a été mis en place en 2002.

Outre cet Institut existe un Fonds finlandais pour l'environnement de travail, géré par les partenaires sociaux, qui finance de la recherche-développement.

1.2.3 Comment mettre en place une discipline de veille ?

La santé au travail est animée par des réseaux d'acteurs importants qui pourraient permettre une collecte très large d'informations scientifiques et de terrain.

On peut distinguer schématiquement un réseau médical (inspection médicale du travail, médecins du travail, médecine générale...), un réseau technique et social centré sur l'analyse des situations de travail (services prévention des CRAM, des organismes des régimes spéciaux, ARACT, OPPBTP, organisations professionnelles, associations, syndicats, bientôt peut-être les observatoires régionaux de la santé au travail) et le réseau généraliste de l'inspection du travail.

Malgré cette multitude d'acteurs, on ne dispose pas de données régulières sur l'évolution du risque, et surtout aucun système d'alerte efficace, c'est-à-dire rapide, ne fonctionne : le temps nécessaire à la prise de conscience d'un risque nouveau est plus long dans le champ professionnel que dans de nombreux autres domaines de la vie sociale.

La faiblesse de la santé au travail est particulièrement remarquable dans les dispositifs de **veille scientifique**. La création du département de santé au travail au sein de l'INVS a montré qu'implicitement la santé au travail était hors champ pour les administrations de la santé.

¹ L'Institut dispose de 16 lits (589 patients en 2001) et propose essentiellement des services de consultation spécialisés (5 202 visites en 2001), de radiologie, kinésithérapie, tests de laboratoires.

Cette unité est de très loin la plus petite de l'INVS et celle qui a connu la plus faible croissance.

Le réseau des médecins du travail permet de couvrir une très grande part de la population adulte, pourtant aucune remontée d'informations médicales n'est organisée par les pouvoirs publics. La **veille médicale** est balbutiante : certaines régions, souvent sous l'impulsion de médecins inspecteurs régionaux de travail et de la main d'œuvre particulièrement dynamiques (Pays-de-la-Loire), se distinguent par la production d'informations nombreuses, détaillées et éloquentes sur la réalité du risque mais ces situations sont exceptionnelles. En Provence Alpes Côte d'Azur, la mission a eu l'occasion de constater les difficultés rencontrées par les services du travail, l'observatoire régional de la santé et le Conseil régional pour mettre en place des outils d'amélioration de la connaissance. En Nord Pas-de-Calais, le fonctionnement en réseau de plusieurs services interentreprises de médecine du travail sous l'impulsion de l'institut de santé au travail du nord de la France a également permis d'améliorer sur certains points le niveau de connaissance partagée des acteurs. D'autres exemples pourraient être cités mais ne permettent pas d'inverser le constat global d'une faiblesse majeure de l'animation de la médecine du travail.

A cet égard, l'intégration des médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main d'œuvre au sein des institutions en charge de la politique du travail et en marge de celles en charge de la santé publique est difficile. Ils semblent en effet souffrir d'une part de leur difficile intégration dans la culture dominante des DRTEFP, fortement marquée par l'inspection du travail, et d'autre part de leur insertion limitée dans les réseaux et institutions de santé publique, faute d'une coordination réelle avec les DRASS.

Si l'on peut expliquer le faible investissement des médecins du travail sur les enquêtes épidémiologiques par l'absence de pilote national et par les fortes contraintes de temps qu'ils connaissent, en revanche leur très faible taux de déclaration de maladies à caractère professionnel tend à démontrer que la détection des maladies professionnelles s'effectue hors de l'entreprise et plutôt en fin de vie professionnelle.

Les syndicats de salariés peinent à exercer une **veille sociale** pourtant indispensable.

Les salariés sont représentés par les organisations syndicales dans de nombreuses instances traitant de la santé au travail, qu'il s'agisse en premier lieu des CHSCT mais également des commissions de contrôle des services médicaux interentreprises. Malgré l'existence de ces lieux d'information et de négociation, les représentants sont relativement peu engagés sur les questions relatives à la santé au travail et, en la matière, ce sont les associations de victimes, en particulier la FNATH qui ont exercé ce rôle d'alerte des pouvoirs publics par les media et la justice. La constitution récente d'un collectif de l'ensemble des syndicats et des associations de victimes au sujet de l'indemnisation des victimes de l'amiante laisse augurer une reconfiguration du jeu d'acteurs.

La création des observatoires régionaux de la santé au travail pourrait être l'occasion d'un réinvestissement des organisations syndicales sur ce point.

Conseillers syndicaux de prévention

Quatre conseillers syndicaux de prévention ont été mis en place par la CFDT à titre expérimental depuis octobre 2002. Ils ont vocation à être les opérationnels des commissions locales paritaires. Leur rôle est de mobiliser les élus du personnel des petites entreprises, pour qu'ils prennent leur responsabilité en matière de prévention, pour les aider à jouer un rôle d'entraînement dans la recherche de solutions en matière de prévention des risques professionnels. Leur rôle est aussi de sensibiliser les salariés aux risques professionnels et d'élaborer une méthodologie pour la prise en charge de la prévention de ces risques par les entreprises. Leur rôle essentiel est donc d'aider les salariés et les élus du personnel et créer une dynamique sociale par l'information, la prise de conscience de ces risques, l'analyse, l'orientation vers des formations adaptées, la recherche de solutions, le soutien et le suivi des actions avec des organismes de santé spécialisés.

L'expérimentation est engagée en Bretagne, Haute Normandie, Nord Pas-de-Calais et Rhône Alpes. Elle sera observée de près par la CFDT, avant que le syndicat n'envisage la généralisation de l'expérience. L'observation portera sur la réalité du recensement des risques professionnels dans ces entreprises, le nombre des questions touchant ce domaine mises à l'ordre du jour des instances représentatives du personnel, l'augmentation des diffusions et des pratiques préventives en direction des salariés, l'augmentation du nombre d'appels aux institutions de prévention.

1.3 Expertise et professionnalisation des acteurs de la santé au travail

La complexité du risque sanitaire au travail pose avec acuité la question de la qualité de l'expertise et plus largement de la formation des acteurs.

1.3.1 L'extrême complexité du risque suppose une pluridisciplinarité au sein et à l'extérieur de l'entreprise

Le risque sanitaire en milieu de travail évolue au rythme des mutations de l'appareil de production. Ces mutations sont schématiquement de deux ordres : les progrès technologiques multiplient les situations à risque en même temps qu'ils permettent de les maîtriser ; les restructurations des entreprises, et plus généralement la fragilisation des relations de travail via le développement de l'intérim, de la sous-traitance, compliquent également la perception du risque et le suivi des populations exposées.

Dans le secteur de la chimie par exemple, les substances utilisées et les combinaisons de produits sont de plus en plus nombreuses et, malgré les réglementations nationales et communautaires qui en régissent l'usage, leur impact à long terme sur la santé humaine selon les degrés d'exposition est mal connu.

Plus généralement, les nouvelles organisations du travail, souvent marquées par une intensification des cadences et une charge mentale plus forte, suscitent des risques nouveaux, en particulier pour la santé mentale des salariés, dont le repérage et la reconnaissance sociale sont difficiles. Ainsi, la mission a été frappée par les discours constants des inspecteurs du travail, des médecins du travail et de l'ensemble des intervenants dans la santé au travail, sur la « souffrance au travail ». Le stress est de plus en plus souvent évoqué par les salariés,

l'augmentation importante des arrêts de travail semble corroborer ce sentiment général d'une violence au travail, plus grande ou à tout le moins plus souvent dénoncée par les salariés.

Les acteurs de la prévention se sentent démunis face à ces phénomènes ; les ARACT sont très sollicités mais peinent à faire face aux demandes. Les services de prévention des CRAM sont mal outillés pour intégrer ce risque dans les contrats de prévention : les profils des intervenants en entreprise ne sont pas adaptés puisqu'il s'agit d'ingénieurs ayant une expérience dans l'industrie.

De même, le champ d'intervention de l'inspection du travail est de plus en plus complexe car il mêle à la fois l'éclatement de la collectivité du travail, la sous-traitance, le travail précaire, la complexité croissante des procédés et techniques mis en œuvre, la segmentation des compétences, le caractère diffus ou différé des risques. Or, les inspecteurs du travail sont des généralistes dont la formation initiale, essentiellement juridique, les prédispose peu au contrôle d'entreprises à hauts risques.

On voit bien que la compréhension et la prévention du risque supposent de mobiliser des compétences techniques nombreuses (médecins, juristes, ergonomes, ingénieurs, psychologues...) et donc la nécessité de reconnaître les limites de sa propre expertise. La médecine du travail, l'inspection du travail qui, sur des registres différents, sont, à l'intérieur et à l'extérieur de l'entreprise, les institutions pivots de la prévention sont confrontées à cette même difficulté. Elle a été résolue en droit pour la médecine du travail par la création des services de santé dans l'entreprise, à vocation pluridisciplinaire. L'inspection du travail quant à elle n'a pas vu remis en cause son monopole de contrôle du respect de la législation dans l'entreprise sur les sujets de santé au travail. Les positionnements relatifs au sein des services du travail des inspecteurs, des ingénieurs et des médecins semblent être un frein au développement de la pluridisciplinarité dans la sphère publique.

La question de la pluridisciplinarité du contrôle des entreprises mérite donc d'être explicitement posée. Il faudrait faire travailler ensemble ou au moins de manière coordonnée l'inspection du travail, les CRAM, les ARACT, les ingénieurs de prévention dans les DRTEFP, les médecins inspecteurs régionaux...

Le contrôle social au sein des entreprises exercé par les CHSCT, quand ils existent, est également compliqué par les mutations permanentes du risque et des formes de l'entreprise. Les CHSCT des entreprises donneurs d'ordre n'ont pas tendance à se préoccuper de la santé des salariés des entreprises sous-traitantes ; sur le plan juridique, leur intervention est limitée par le champ de la propriété de l'employeur ; ils ne peuvent, sauf accord très précis, auditionner un salarié d'une autre entreprise.

1.3.2 La transformation et la formation des acteurs de la prévention

Face à ces enjeux, la question de la formation des acteurs au sein de l'entreprise (membres de CHSCT mais aussi plus largement préventeurs) ou à l'extérieur de l'unité de production est capitale.

Plusieurs intervenants rencontrés par la mission partagent le sentiment que dans les entreprises, la fonction santé sécurité est de moins en moins organisée, de moins en moins bien positionnée sur le plan hiérarchique et ne bénéficie donc pas d'un circuit court dans la prise de décision. Ils partagent également la conviction que sur la santé au travail, la vraie

question est celle de la qualité des professionnels dans les entreprises, les médecins, les infirmiers, les hygiénistes du travail... La professionnalisation des équipes de santé au travail est un préalable pour évoluer vers un modèle d'évaluation et de gestion des risques. Cela suppose notamment une quantification des risques et l'organisation d'un débat dans l'entreprise. Les outils de maîtrise du risque étant assez rarement des outils médicaux, il faut donc être capable de mobiliser des compétences variées. Il faut inciter et aider les entreprises à avoir des professionnels compétents.

On ne peut qu'encourager à ce titre le développement dans les entreprises de fonctions de sécurité reconnues et managées, en orientant les formations vers le management d'organisation.

L'évaluation des risques étant faite dans l'entreprise, les acteurs de l'entreprise (les partenaires sociaux, l'employeur) peuvent alors construire des priorités, qui ont nécessairement une dimension de jugement de valeur, en s'appropriant les résultats de l'évaluation scientifique.

A l'extérieur des entreprises, c'est davantage la complémentarité des expertises qui pourrait être recherchée.

L'action santé au travail de l'inspection du travail est naturellement orientée vers les salariés des entreprises des sites où les risques sont présents. Elle s'inscrit parfois dans une démarche concertée avec la DRIRE dans les « entreprises à risques » soumises aux directives SEVESO ou à la réglementation des établissements classés ou nécessitant un suivi particulier.

La recherche d'une plus grande efficacité et d'une meilleure performance de l'inspection du travail en la matière, passe par l'organisation de son mode d'intervention dans un cadre collectif fondé sur la mise au point d'un diagnostic territorial, sur la détermination d'une politique prioritaire et sur des repères clairs¹ comme cela a été établi en Nord Pas-de-Calais, pour peser avec efficacité sur les modalités de mise en œuvre des actions de correction au regard des risques repérés.

Cette recherche suppose également une approche pluridisciplinaire de l'intervention de l'inspection du travail. Un recours plus simple et plus fréquent à l'expertise permettrait à l'inspection du travail d'appréhender la globalité des risques, de ses conséquences pour la santé au travail, et d'apprécier les modalités d'intervention appropriées. De la même manière, l'inspection doit pouvoir avoir recours de façon opérationnelle à des mesures et vérifications (taux de pollution, présence de produits polluants, taux de concentration dans l'atmosphère...).

L'inspecteur du travail ou le contrôleur doit situer son action en prenant en considération l'avis du médecin du travail, du CHSCT ou des délégués du personnel, de l'ingénieur de la CRAM, éventuellement de l'OPPBTP, de tel ou tel organisme de contrôle tout en s'appuyant

¹Liste des établissements classés « SEVESO » ou classés (source DRIRE), liste des établissements répertoriés au titre d'un taux de fréquence et de gravité en écart significatif ou présentant des risques spécifiques (source CRAM), ciblage d'entreprises connaissant un fonctionnement de leur CHSCT nécessitant un accompagnement particulier, au regard du climat social et du niveau de la politique de prévention.

Une notation de ces établissements retenus est pratiquée de 1 à 3 pour chaque Inspecteur du Travail et Contrôleur du Travail, selon le degré de priorité de suivi par les services par un rapprochement statistique est engagé sur ces points avec la C.R.A.M., ainsi que la définition de méthodes d'évaluation et d'analyse de l'organisation et du management de l'entreprise.

sur l'avis du médecin inspecteur régional du travail comme sur celui de l'ingénieur de prévention de la DRTEFP.

Cette dimension nécessite une organisation en réseau, l'optimisation du rôle d'appui des ingénieurs et médecins inspecteurs régionaux, et la détermination de protocoles d'intervention et de capitalisation des éléments d'observation des difficultés ou des réussites dans l'action conduite.

1.3.3 L'indépendance de l'expertise

Si la qualité des acteurs de premier niveau au sein et autour des entreprises est une condition de la mise en œuvre des politiques de prévention, ces intervenants ont en tout état de cause un besoin important de pouvoir se reposer sur une connaissance et une évaluation scientifique du risque crédibles et reconnues.

Aujourd'hui, les médecins, inspecteurs ou préventeurs de toute sorte disposent de relativement peu de ressources pour appuyer leurs constats et leur action : les laboratoires agréés par l'administration centrale du travail ne sont pas toujours, à tort ou à raison, considérés comme fiables, les laboratoires des CRAM peinent à faire face à des demandes nombreuses et privilégient assez logiquement leurs clients internes, l'INRS est très souvent sollicité mais autant ses interventions techniques ponctuelles sont appréciées, autant on sent une réticence des acteurs à se reposer sur les conclusions d'études générales de cet institut. L'INVS est perçu enfin comme une institution lointaine et disposant de trop peu de moyens humains et financiers pour être un recours habituel. Les réseaux classiques de l'expertise de santé publique enfin sont peu sollicités tant la coupure est grande entre le monde de la santé au travail et celui de la santé publique.

Des entretiens de la mission et de l'analyse d'autres secteurs marqués, comme la santé au travail, par la combinaison d'intérêts économiques et sociaux importants et par une grande complexité scientifique, il ressort que les principes généraux susceptibles de garantir si ce n'est l'indépendance, du moins l'autonomie de l'expertise qui permettra ensuite aux pouvoirs publics, aux employeurs et aux syndicats de salariés de prendre leurs décisions en connaissance de cause sont :

- le caractère collectif et contradictoire des expertises et études menées ;
- le choix d'un mode de financement le plus neutre possible, public le plus souvent ;
- la publicité des conclusions de ces travaux.

Ces conditions ont notamment été réunies lors de la réalisation par l'INSERM de l'expertise collective amiante, qui a d'ailleurs mené à l'interdiction de ce matériau. Cela suppose cependant la réunion de moyens financiers et intellectuels considérables qui, précisément, font défaut dans le champ de la santé au travail.

Les organisations syndicales rencontrées par la mission partagent d'ailleurs cette analyse. Elles marquent un large accord sur la nécessaire séparation de l'accès à la connaissance et à l'expertise et de la gestion du risque lui-même. A cet égard, les partenaires sociaux pourraient assez facilement accepter une organisation nouvelle, par exemple une agence indépendante avec un conseil scientifique nettement distinct du lieu d'instruction, réunissant tous les décideurs (partenaires sociaux et l'Etat). La recherche doit apporter aux décideurs (gouvernement, partenaires sociaux...), les connaissances scientifiques nécessaires à la prise

de décisions. Cela suppose que les éléments de la connaissance soient publics et libres et garantis par l'Etat. L'Etat constitue de ce point de vue, selon les organisations syndicales, le régulateur majeur.

L'insuffisante connaissance du risque sanitaire au travail compromet l'émergence d'une véritable politique de prévention dans la mesure où elle ne permet pas la prise de conscience collective de sa nécessité ; elle empêche ensuite d'en définir les priorités et les conditions de mise en œuvre.

L'éventualité d'une mise en cause de la responsabilité de l'Etat dans l'affaire de l'amiante repose précisément sur ce constat d'une expertise insuffisante et non neutre

Le Tribunal administratif de Marseille¹, suivi par la Cour administrative d'appel², a condamné l'Etat à réparer les conséquences dommageables de maladies liées à l'exposition de salariés d'entreprises privées à des poussières d'amiante sur le fondement de la faute simple. Le retard pris par l'Etat dans la transposition des directives communautaires ainsi que son retard à faire procéder à une expertise indépendante et contradictoire³ sur les dangers de l'amiante sont constitutifs d'une faute de nature à engager sa responsabilité. Ces jugements consacrent d'une part l'obligation pour l'autorité publique d'agir en matière de risque de dommage pour la santé humaine et d'autre part la séparation des pouvoirs en matière de gestion des risques environnementaux.

Dans les affaires de Marseille, la juridiction administrative a condamné l'Etat à réparer les dommages liés à la carence dans l'exercice de son pouvoir de police sanitaire. L'inaction puis le retard mis par l'Etat pour adopter une réglementation et l'adapter à l'évolution des connaissances sont constitutifs d'une faute simple de nature à engager sa responsabilité. Cette faute réside d'une part dans l'abstention d'agir dans un délai raisonnable (avant 1977) et d'autre part dans l'abstention de recourir à une expertise qui pourtant ne revêt pas un caractère obligatoire.

Le retard dans l'adoption de la réglementation

Le décret du 17 août 1977 relatif aux mesures particulières d'hygiène applicables dans les établissements où les personnels sont exposés à l'action des poussières d'amiante a mis en place un régime de prévention fondé sur l'usage contrôlé de l'amiante. Cette notion signifie que l'on ne fait *supporter aux salariés qu'un risque supposé acceptable*.

¹ TA Marseille 30 mai 2000, M et Mme Botella et autres c/ Ministère de l'emploi et de la solidarité, Mme Bourdignon et autres, M et Mme Thomas et autres, M Xueref.

² CAA Marseille, 18 octobre 2001.

³ Depuis 1996, les études épidémiologiques ont montré qu'au moins 80 % des mésothéliomes survenant dans les pays industrialisés sont dus à une exposition professionnelle à l'amiante ainsi que 5 à 10 % des cancers du poumon (Goldberg et alii). Selon l'enquête SUMER (1994), 1,2 million de salariés sont exposés quotidiennement à des agents biologiques, 4 millions à des agents chimiques, 1 million à des cancérogènes et 3 millions à des nuisances sonores.

- *en ce qui concerne les expositions antérieures à 1977*, le juge administratif estime que l'abstention de l'Etat est constitutive d'une carence dans l'exercice de son pouvoir de police : « les pouvoirs publics ne pouvaient plus ignorer (dès les années 1950) que l'exposition professionnelle aux fibres d'amiante présentait des risques sérieux pour la santé des personnes concernées »¹. Cette interprétation est contestée par l'administration.

- *pour les expositions postérieures à 1977*, l'Etat a failli à ses obligations de police sanitaire en adaptant la réglementation à l'évaluation des connaissances avec un retard jugé illégitime. Le juge considère qu'est constitutif d'une faute le fait pour l'administration de ne pas avoir eu recours à une expertise scientifique pour étayer ses décisions.

La faute matérielle consiste en un retard pris par les autorités publiques françaises pour transposer les directives communautaires réduisant les seuils des valeurs limites d'exposition.

La portée de ces arrêts est essentielle, ils contribuent à renforcer la responsabilité de l'Etat dans le champ du lien santé - environnement.

La responsabilité de l'administration pour insuffisance d'expertise

Si la pratique de valeurs-limites d'exposition ne pose pas de problème au juge, leur fixation introduit une dimension éminemment subjective, source de conflits. Le caractère acceptable d'un risque devant peser sur une population déterminée est souvent mesuré à l'aune de données scientifiques, techniques et économiques plus qu'à de réelles considérations sanitaires. Le juge doit donc s'interroger sur les conditions d'exercice de l'expertise scientifique servant à étayer les décisions c'est-à-dire sur des problèmes de transparence, d'indépendance et d'absence de force probante.

Dans l'affaire de l'amiante, le juge estime que « l'inaction des pouvoirs publics pour obtenir (avant 1995) des autorités scientifiques une évaluation précise dudit risque (...) est constitutive d'une faute de nature à engager la responsabilité de l'Etat ».

Il apparaît à la lecture de ces décisions que l'expertise en matière de risques pour la santé est devenue obligatoire, il y a une référence implicite à une obligation d'expertise contradictoire et indépendante.

Cette nouvelle obligation suppose notamment de produire des connaissances agrémentées de la communication des opinions dissidentes, et la possibilité de faire procéder à une expertise contradictoire. La question qui se pose est donc bien celle de la qualité et de l'indépendance de l'expertise.

¹ Voir pour un rapprochement avec l'affaire du sang contaminé, CE 9 avril 1993, M G, M D et Mme B : condamnation de l'Etat pour carence fautive dans l'exercice de son pouvoir régalién de police sanitaire.

2. UNE PREVENTION DU RISQUE SANITAIRE AU TRAVAIL EPARPILLEE ENTRE DE NOMBREUX ACTEURS, CENTREE SUR L'ENTREPRISE, QUI LAISSE PEU DE PLACE AUX PREOCCUPATIONS DE SANTE PUBLIQUE

2.1 Une coordination insuffisante des acteurs publics

2.1.1 L'action de l'Etat est marquée par la déconnexion complète entre la logique de santé au travail et celle de santé publique

2.1.1.1 Un système de prévention du risque sanitaire au travail en crise

Les enquêtes des années 2000 et 2001 qui ont nourri le rapport public de la Cour des comptes concluent de manière assez radicale à la nécessité d'une réforme d'ensemble de la prévention du risque professionnel. La réparation est inégalitaire, désuète. La tarification, censée favoriser la prévention, est d'une complexité inouïe et d'un coût très important.

Les deux fondements du système actuel sont la loi de 1898 et les lois de 1946 qui posent la spécificité du système de responsabilité du risque professionnel, créent l'assurance sociale et généralisent la médecine du travail. Les réformes ont ensuite été ponctuelles, sans réflexion d'ensemble sur un système de prévention et de réparation alors même que le contexte évoluait profondément, aussi bien le système de production et donc le risque lui-même que les connaissances médicales. Le système est aujourd'hui confronté à un risque sérieux d'implosion : par exemple, la réparation du seul risque amiante devrait dans quelques années représenter l'équivalent de la réparation de tous les autres risques.

Le risque professionnel a profondément évolué, or le système a été conçu pour les accidents du travail, en déconnexion des systèmes de santé publique. Alors que les maladies professionnelles constituent à l'évidence l'avenir du risque sanitaire en milieu de travail, l'application des logiques de négociation collective et de relations du travail est devenue complètement obsolète ; ainsi les méthodes d'inscription des maladies au tableau des maladies professionnelles laissent une part très large à la négociation.

Cette greffe insuffisante du système de prévention des risques professionnels sur les logiques de santé publique a empêché ce domaine d'opérer, à l'instar des autres champs de la santé, les mutations nécessaires pour prendre en compte les impératifs de sécurité sanitaire et d'urgence. L'absence de remontée d'informations organisée empêche le repérage de nouveaux risques et donc la définition des mesures de protection appropriée : il faut en effet des années pour qu'un risque nouveau dans le milieu de travail soit identifié alors que dans toutes les autres sphères de la santé publique, les délais de réaction sont considérablement plus courts. La santé au travail ne vit pas au même rythme que la santé publique, mais à l'allure beaucoup plus lente de la négociation sociale.

Les rapports de la Cour des comptes pointent un certain nombre de faiblesses graves du système de prévention du risque :

- la faiblesse des connaissances épidémiologiques : il faudra des années et un engagement politique fort pour que le département santé au travail de l'INVS puisse faire évoluer la situation actuelle,
- la faiblesse des connaissances statistiques dispersées entre régimes, partielles et qui s'apparentent plutôt à des décomptes qu'à de véritables statistiques,
- l'absence de repérage des maladies professionnelles par la médecine de ville et au sein de l'hôpital.

Un certain nombre de fonctions nécessaires ne sont pas assurées : la fonction statistique, la fonction recherche (l'INRS malgré son intitulé ne joue pas ce rôle), la fonction d'alerte (personne ne se sent en responsabilité), la fonction d'impulsion. En définitive, c'est bien la question de la pertinence et de l'efficacité de la politique de prévention qui est posée.

2.1.1.2 La déconnexion entre la santé au travail et la santé publique est un anachronisme

Une analyse santé publique de l'ensemble du droit de la prévention des risques professionnels peut conduire à une conclusion assez radicale selon laquelle l'Etat a délégué la surveillance de la santé des travailleurs aux entreprises via le ministère du travail et les CHSCT dans les entreprises.

La politique de prévention du risque sanitaire en milieu de travail souffre de son isolement au sein des politiques et des institutions du travail : la faible place laissée à l'expertise médicale au sein de la DRT et, au niveau local, les difficultés de positionnement des MIRTMO en témoignent.

A cette première faiblesse, s'ajoute le fait qu'elle se construit et se met en œuvre en marge des politiques et des institutions de santé publique. Cela limite les possibilités de financement de la recherche. Les principales sources de financement relèvent de la CNAM mais celle-ci n'a qu'une capacité d'expertise scientifique limitée des projets. A l'inverse, le ministère de l'environnement envoie chaque année des appels d'offres aux laboratoires compétents. On enregistre cependant des progrès en la matière puisque, depuis deux ans, la DRT et l'INVS ont lancé un appel d'offres conjoint, avec un comité scientifique composé exclusivement de personnes extérieures aux financeurs.

La situation du département de santé au travail de l'INVS est emblématique de cette marginalisation de la politique de santé au travail : au moment même où se créent de nombreuses agences sanitaires dans des domaines variés (alimentation, environnement, produits de santé), on se contente de créer une unité de santé au travail à l'INVS qui réunit une dizaine de personnes. Malgré la modestie de ce service, sa création a suscité dans un premier temps des réticences des institutions « travail » aujourd'hui convaincues de sa pertinence.

Le retrait du ministère de la santé s'explique là aussi par des raisons historiques. Le rattachement de la médecine du travail au ministère du travail est ambigu : on a confondu l'organisation de la médecine du travail et la discipline scientifique. On a pourtant bien vu avec l'affaire de l'amiante les conséquences dramatiques du non-suivi des populations ; en 1996, les médecins du travail des entreprises concernées étaient dans la plupart des cas incapables de recenser les salariés qui avaient été exposés au risque.

La tutelle unique du ministère du travail semble dépassée : la santé au travail concerne de larges populations, fait appel à la médecine, l'épidémiologie, la toxicologie... bref, la santé publique. Dans le même temps, il faut reconnaître que pour répondre efficacement et en pratique aux situations de risque, l'implication des acteurs (industriels, salariés...) est indispensable. A cet égard, l'administration du travail a un rôle irremplaçable, la santé publique, seule, ne saurait pas faire.

Il convient donc d'imaginer une cotutelle avec la DGS sur les questions relatives à la connaissance, l'évaluation des risques, la définition de normes et même certains pouvoirs de police, ainsi que la possibilité pour les institutions de santé publique de donner des instructions à l'inspection du travail. Du champ santé devraient relever la formation, la gestion des compétences, la définition des métiers, l'insertion plus générale dans le système de santé. Il faudrait notamment développer considérablement la place de la médecine du travail au sein de l'hôpital.

Dans de nombreux pays développés, cette déconnexion entre santé publique et santé au travail n'existe pas. L'exemple de la Finlande est à cet égard particulièrement instructif. Le ministère des affaires sociales et de la santé est en charge de la réglementation et du contrôle. Deux directions du ministère sont impliquées dans la santé au travail. La direction générale de la protection du travail est chargée de l'élaboration et du contrôle de la législation en matière de sécurité au travail ; elle s'appuie sur un corps d'inspection de 460 personnes réparties en 11 districts régionaux. 360 personnes font des contrôles sur les lieux de travail : 30 000 inspections de sécurité sont conduites chaque année et la Finlande compte environ 240 000 lieux de travail sujets à inspection régulière. La direction générale de la santé est quant à elle chargée de la promotion de la santé au travail ; elle s'appuie pour cela sur l'institut de santé du travail.

En France, ces fonctions relèvent de la DRT et l'on peut s'interroger sur l'absence de la DGS. Le rôle de la direction de la sécurité sociale se limite à la régulation essentiellement financière de la branche. Quant à l'INRS, son rôle doit être mieux lié à la politique de santé publique, et ses liens avec la DGS renforcés.

Au sein de l'Etat, la fonction santé publique au travail était quasiment inexistante jusqu'à la création récente d'un poste à la DGS. Actuellement occupé par un médecin inspecteur de santé publique, ce poste mériterait d'être mieux positionné. Il est en effet rattaché au bureau bâtiments et bruits, au sein de la sous-direction santé environnement, ce qui ne facilite pas la compréhension par les acteurs externes de la stratégie de la direction générale de la santé.

En région, les rapports sont également peu fréquents mais on note des occasions récentes de rapprochement telles que les états généraux de la santé ou les discussions sur le contrat de plan qui ont été diversement utilisées. En Nord Pas-de-Calais, après la conférence régionale de santé de décembre 2000, les acteurs régionaux ont décidé que tous les PRS comporteraient un volet santé au travail. La préparation du projet de loi sur la santé, à laquelle la DGS n'a que

tardivement associé la DRT, permet un premier travail commun entre DRASS et DRTEFP par l'intermédiaire des MIRT dans plusieurs régions mais sans orientations nationales claires.

A Lille, la coordination de la DRTEFP avec la DRIRE est mise en place mais reste très distendue, le dialogue est ouvert mais on note peu d'engagements formels. La DRIRE souffre d'un manque de personnel et, pour elle, la priorité est à la remise à plat du risque industriel important dans la région. Avec la DRASS, le problème est peut-être plus profond, c'est une situation de non-dialogue : la question du pilotage de certaines actions du plan régional d'éducation à la santé a montré que la santé au travail était à leurs yeux un point parmi d'autres, qui ne supposait pas d'association particulière des services du travail.

A Marseille, les initiatives nombreuses et innovantes de la DRTEFP et du Conseil régional sont entièrement étrangères à la DRASS, qui se contente du rôle de rapporteur en commission de programmation des fonds du Contrat de plan Etat région. Pour autant que la mission a pu en juger, la collaboration avec les services des DRIRE est très inégale malgré la présence de nombreux sites classés Seveso 2. Des initiatives récentes de la DRIRE et de la DRTEFP des Bouches du Rhône laissent cependant augurer des améliorations dans la coordination des actions et, en particulier, des contrôles d'entreprises.

En définitive, si la prévention se fait d'abord et avant tout dans les entreprises, et mobilise des acteurs sociaux spécifiques, cette spécificité ne suffit pas à justifier les cloisonnements entre la politique du travail et la politique de santé publique.

2.1.2 L'articulation entre l'intervention de l'Etat et celle de la sécurité sociale

La négociation en cours de la convention d'objectifs et de gestion de la branche accidents du travail et maladies professionnelles qui devrait aboutir au printemps 2003 permettra sans doute d'améliorer le suivi par l'Etat de ce volet important de l'activité de la sécurité sociale.

Au sein de la branche, la cogestion par les partenaires sociaux et, en particulier, par les employeurs n'est pas exactement organisée dans une optique de santé publique. C'est un domaine dans lequel on voit clairement les limites d'une gestion par les partenaires sociaux, avec, en particulier, le risque de complaisance des syndicats de salariés à l'égard des exigences des employeurs.

L'utilisation de l'outil financier pour la prévention est simple pour les accidents du travail car la sanction est immédiate ; son maniement est en revanche beaucoup plus difficile pour les maladies professionnelles, car cela suppose des efforts d'éducation, de sensibilisation et de formation importants. Aujourd'hui la tarification est d'une extrême complexité sans résultat avéré en matière de prévention. La sous-traitance du risque permet, de surcroît, de faire porter le coût financier à de petites entreprises tarifées au taux collectif.

A cet égard, le développement de la certification des sous-traitants pourrait être encouragé par la tarification, ainsi à titre d'exemple les entreprises certifiées MASE –management de la sécurité- dans l'industrie pétrolière.

La coordination des interventions vis-à-vis de la sécurité sociale des trois directions d'administration centrale semble insuffisante, chacune agissant dans le cadre de ses prérogatives mais sans vision commune et globale sur l'institution.

L'Etat ne peut se poser en seul pilote de la politique de prévention. Reste alors à déterminer le rôle de chacun, l'Etat étant en charge de la définition des grandes priorités de santé publique et de prévention, cette définition ne pouvant faire l'économie d'une concertation préalable avec les acteurs sociaux (sécurité sociale, associations...). Les représentants de la direction des risques professionnels à la CNAM considèrent que si la définition des règles relève de l'Etat (et de l'Union européenne), leurs conditions de mise en œuvre mettent également en scène la sécurité sociale et des organismes divers tels que l'OPPBTP.

Pour donner une plus grande lisibilité et accroître l'efficacité de la prévention, Il faut en revanche veiller à la coordination des acteurs, en supprimant les redondances et en clarifiant les missions et les rôles entre le CSPRP, les CTN, la CATMP. La tutelle de l'INRS mérite une attention particulière, surtout si l'Etat a la volonté de fixer des orientations en matière de recherche sur la santé au travail dans le cadre de la politique qu'il a préalablement fixé.

2.2 Un contexte difficile et une nouvelle exigence pour la prévention en entreprise : l'évaluation des risques

Les organisations syndicales entendent lutter pour la santé au travail en conciliant deux logiques parfois contradictoires : la performance économique et la santé des salariés. Pour elles, la santé au travail est trop souvent la variable d'ajustement entre l'exigence de maintien de l'emploi et des droits qui y sont attachés et la recherche affichée de productivité des entreprises.

Au Québec, le rôle des partenaires sociaux est central

La Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) couvre environ 180 000 entreprises et 2,8 M de travailleurs ; elle dispose de près de 4 000 employés. Son conseil d'administration est composé de 15 membres nommés par le gouvernement avec 7 représentants des employeurs et 7 représentants des travailleurs. La CSST dispose de 250 inspecteurs et d'une centaine de professionnels chargés d'accompagner les programmes de prévention : environ 400 personnes sont ainsi engagées dans la prévention des accidents et maladies professionnelles. Même si les inspecteurs de la CSST disposent de pouvoirs juridiques de contrainte (amendes, suspension, fermeture), ils sont davantage recentrés sur une mission de conseil de l'employeur depuis 1995.

12 associations sectorielles paritaires regroupent les employeurs et salariés d'un même secteur et sont chargées d'organiser des formations, diffuser de l'information.

Sur un budget global de 1,6 Mds €(2,5 Mds \$), le budget de prévention de la CSST est estimé à 65,7 M€(102,9 M\$)¹ en 2002 :

- 36,8 M€pour les services de santé ;
- 11,3 M€pour l'IRSST ;
- 11 M€pour les associations sectorielles paritaires ;
- 6,2 M€pour les associations syndicales et patronales ;
- 0,4 M€autres.

¹ Taux de change retenu : 1\$ = 0,638 €

Six groupes d'activité ou d'industrie ont été déterminés par la CSST en 1980. Les obligations des employeurs varient selon le groupe auquel appartient leur secteur d'activité. Seuls les employeurs des groupes 1, 2 et 3 sont dans l'obligation d'établir un programme de prévention incluant un programme de santé ; au sein de ces groupes, seuls les établissements de plus de 21 salariés doivent transmettre leur programme à la CSST. Un comité santé et sécurité associe des représentants de l'employeur et des salariés dans les entreprises des groupes 1 et 2 ; les salariés bénéficient d'heures de délégation pour y siéger mais le comité n'est pas doté d'un budget spécifique. Les salariés désignent un représentant à la prévention dans les entreprises des groupes prioritaires qui ont un comité de santé et de sécurité.

Seul le programme de prévention « pour une maternité sans danger » doit être appliqué dans l'ensemble des entreprises : il permet notamment aux femmes enceintes ou qui allaitent une affectation à une nouvelle tâche ou un retrait préventif indemnisé (90 % du salaire net).

Plusieurs limites apparaissent dans cette organisation :

- les groupes prioritaires ont été déterminés par la CSST en fonction des risques constatés en 1980 avec l'objectif d'étendre progressivement les obligations liées à la santé au travail aux autres groupes. Il n'y a cependant pas eu d'extension du champ de la réglementation depuis 1980 du fait des réticences des employeurs et du gouvernement ;
- certains secteurs avec pourtant beaucoup d'AT/MP comme l'agriculture ont été classés dans les secteurs non prioritaire (groupe 6) parce que les employeurs ne cotisent pas à la CSST ;
- le Québec n'a pas interdit l'amiante et prône un développement de son usage contrôlé. La CSST doit élaborer une réglementation pour obliger les propriétaires à tenir un registre sur la présence d'amiante dans les bâtiments avant de faire faire des travaux mais ce projet est en débat depuis plusieurs années. Les risques liés au béryllium sont également importants (utilisé pour durcir les alliages).

L'indemnisation des AT/MP représente 0,8 Mds € (1,3 Mds \$). Un tableau des maladies professionnelles permet leur reconnaissance et indemnisation : s'il est difficile d'ouvrir le tableau, la formulation des maladies est suffisamment large pour faciliter la reconnaissance. L'indemnisation est forfaitaire. Le taux moyen de la prime versée par l'employeur à la CSST est de 1,85 \$ par tranche de 100 \$ de masse salariale (1,2 € pour 63,8 €). Le niveau de la prime tient compte du coût des risques constatés ; il ne tient que rarement compte de l'existence ou non d'un programme de prévention. La cotisation à la CSST est modulée en fonction du coût des AT/MP dans les très grandes entreprises qui ont une cotisation annuelle supérieure à 223 300 € (tarification rétrospective). Environ 42 000 entreprises bénéficient d'un taux personnalisé tenant compte des efforts de prévention, de réadaptation et pour faciliter le retour au travail des salariés. La plupart des petites entreprises, qui ont une prime annuelle inférieure à 2 552 €, ont un taux fixé en fonction du risque et du coût des accidents de l'unité à laquelle elles appartiennent. Depuis 1998, la CSST encourage toutefois le regroupement de petites entreprises dans des mutuelles de prévention afin qu'elles puissent bénéficier de la modulation des cotisations en fonction des risques et des efforts menés pour les réduire (le programme de prévention est alors obligatoire).

La sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles serait élevée. Elle n'a pas été estimée ; on peut constater par exemple que la CSST n'indemnise que 20 %

des mésothéliomes alors qu'il est prouvé que l'usage professionnel de l'amiante est à l'origine de 80 à 90 % des mésothéliomes.

Une partie de la recherche et de la surveillance des risques dépend également des partenaires sociaux : l'Institut de recherche en santé et sécurité au travail est rattaché à la CSST. Doté d'un budget de 12,8 M€ il compte 137 personnes dont 90 chercheurs, professionnels et techniciens (ergonomie, hygiène industrielle, chimie, sociologie, anthropologie...). Le conseil scientifique est paritaire et le programme de recherche est fixé par le conseil d'administration de la CSST. Aucune recherche n'est conduite sur les éthers de glycol. Il existe d'autres ressources pour la recherche sur la santé au travail, notamment dans les directions de santé publique des régions régionales et à l'Institut national de santé publique du Québec : la recherche épidémiologique sur l'amiante a notamment été demandée par le ministère de la santé et des services sociaux à ces services.

2.2.1 Le faible engagement des partenaires sociaux malgré leur omniprésence

De manière générale, la mission a noté un faible engagement des partenaires sociaux et en particulier des syndicats de salariés, sur les questions de santé au travail. La sous-estimation de leur évolution a permis à la FNATH et aux diverses associations de défense de se positionner en leaders d'opinions.

Quoiqu'il en soit, il est important de laisser toute leur place aux partenaires sociaux en matière de santé au travail, et en particulier sur le champ de la prévention. Cette question dépassant le cadre de l'entreprise, ils ne peuvent toutefois disposer d'un pouvoir bloquant. Les nombreuses instances auxquelles ils participent au niveau national et au niveau local n'apparaissent pas jouer un rôle premier dans la définition des priorités de prévention.

Dans la région Nord Pas-de-Calais, les comités techniques régionaux sommeillent, ils n'ont de toute façon pas les moyens de fonctionner, ils sont lourds à gérer et le pilotage par les grandes branches professionnelles est déficient. Les commissions de contrôle de la médecine du travail connaissent un déficit important d'audience du fait de l'absence fréquente des représentants syndicaux. La commission régionale de médecine du travail se réunit deux fois par an. Elle est portée à bout de bras par l'inspection médicale du travail et les partenaires sociaux s'y intéressent d'autant moins que l'on traite de questions administratives et très rarement des questions collectives posées par la santé au travail.

Opacité, pilotage aléatoire, manque de données objectives consolidées, manque de clarté dans les compétences, imprécision dans les missions données aux organismes et luttes de pouvoir entre eux, insuffisance des expertises scientifiques, « consanguinité » trop forte entre les processus d'accès à la connaissance, à la recherche et la gestion du risque, rôle ambigu des médecins du travail, ambivalence des organisations syndicales face aux intérêts contradictoires des salariés, de l'emploi et de la santé... tout cela est mêlé dans la réflexion des organisations syndicales, qui considèrent toutes devoir prendre cette question en compte avec plus de méthode et d'expertise.

Or, si la santé au travail est à la fois un sujet travail et un sujet de santé publique, c'est d'abord un capital personnel qui doit être garanti collectivement. C'est donc un sujet syndical. Le principe de la santé au travail n'est pas négociable. Seule sa mise en œuvre peut faire l'objet d'accords de branche ou d'entreprise. La négociation permet de passer progressivement d'une situation décrite comme dangereuse pour la santé, à une situation

acceptable, dans une contrainte forte de sauvegarde de l'emploi. Il s'agit là, sans doute, d'une explication du point d'équilibre entre le nécessaire compromis social décidé entre les organisations sociales et l'exigence d'une politique de santé publique qui préserve résolument la santé des salariés. Or cette tension entre plusieurs aspirations évolue et tend à passer progressivement d'une logique de compensations -par exemple, l'attribution d'une prime d'insalubrité- à l'enclenchement d'un processus qui permette la transformation des situations, la suppression progressive de tous les risques.

Le travail est avant tout une relation sociale. Il est nettement établi qu'à ce titre il constitue un élément majeur de construction ou de déconstruction de la santé. Il faut rendre acteurs tous les salariés autour des processus de santé au travail. La prévention primaire qui vise à empêcher la survenue des maladies est donc une question capitale pour les syndicats. Or ce point, pour être essentiel, reste très largement théorique, en dépit de l'affirmation de cette priorité dans l'accord du 13 septembre 2000 portant sur la prévention des risques professionnels.

Les organisations syndicales reconnaissent aujourd'hui ne pas être à la hauteur de l'enjeu, tant pour des raisons culturelles, que par manque de moyens techniques.

Elles dénoncent la logique des accords minoritaires, les problèmes de représentativité, les difficultés d'intervention pour les acteurs en raison de la complexité des dispositifs, du manque de visibilité de ce qui existe, de l'incohérence fréquente du fonctionnement des divers organismes (ARACT, CRAM, INRS...).

Elles s'inquiètent aussi de leur manque de moyens financiers, et posent la question de leur financement par l'Etat. Les organisations syndicales ne veulent pas non plus s'inscrire dans une logique de coresponsabilité entre les employeurs et les salariés sur les questions de santé au travail.

Les organisations syndicales souhaitent, en revanche, que soit rééquilibrée la subordination légitime des salariés à leurs employeurs, par des dispositions favorables aux organisations syndicales, notamment sur la gestion des services de santé au travail internes ou externes, de l'INRS, de la branche AT-MP... même si, aux propres dires de la CFDT, le renforcement syndical, de nature à améliorer les choses dans le domaine de la santé au travail, n'est pas suffisant pour parvenir à de bons résultats. L'alternance de présidence à l'INRS, assurée aujourd'hui par la CGC, fortement revendiquée par les organisations syndicales et suggérée par les corps de contrôle, n'a semble-t-il pas changé substantiellement les choses en deux ans ni quant au fonctionnement, ni quant aux mécanismes de définition des processus de recherche. L'absence importante des syndicats dans les commissions de contrôle des services interentreprises de médecine du travail ne peut s'expliquer uniquement par le manque de moyens.

2.2.1.1 L'accord santé au travail

L'Accord interprofessionnel du 13 septembre 2000 et sa déclaration interprétative de décembre porte sur des sujets en discussion depuis plusieurs années devant le CSPRP, mais qui n'avaient pas abouti. Il s'inspire du modèle suédois où des préventeurs syndicaux ont été institués dans les entreprises de 1 à 5 salariés et où les CHSCT sont obligatoires à partir de 5 salariés. La prévention doit être intégrée dans tous les projets.

Le SNMPT a très mal ressenti cet accord puisque les médecins du travail n'ont pas été partie prenante aux discussions.

Cet accord signé par le MEDEF, la CGPME, l'UPA d'une part, et la CFDT, la CFE CGC, la CFTC d'autre part, marque, aux dires même de ses signataires, « leur volonté de s'engager au service d'une prévention renouvelée et plus efficace et ainsi d'améliorer ensemble le dispositif de prévention des risques professionnels ». Cet accord répond de surcroît à la réglementation européenne, notamment en matière de pluridisciplinarité et d'évaluation a priori des risques. Cela se traduit dans l'esprit des signataires, par la volonté de mettre en synergie la médecine du travail, l'INRS et la CRAM ainsi que l'ANACT et les ARACT, qui devront développer ensemble une démarche d'évaluation des risques.

Pour les organisations syndicales, c'est l'intervention de compétences diversifiées (ergonomie, hygiène du travail, épidémiologie, secourisme, toxicologie industrielle, psychologie du travail...) pour mieux exercer un contrôle social sur l'ensemble de l'activité de la médecine du travail. Cette pluridisciplinarité permettra aux médecins du travail de s'enrichir des compétences de spécialistes non médicaux et garantira selon le texte un « renforcement de la prévention primaire et une meilleure maîtrise des risques professionnels ».

Les observatoires régionaux de la santé au travail (ORST) sous pilotage des partenaires sociaux, se mettent en place progressivement, et auront pour objectif « de promouvoir au niveau régional, les orientations politiques en matière de santé et de sécurité au travail, d'hygiène et de prévention. Ils prendront en compte les préoccupations et les risques spécifiques définis dans les branches professionnelles ». Les observatoires régionaux santé travail seront des associations paritaires, orientées soit vers les branches soit sur des thèmes. La création des ORST pourrait aussi provoquer une dynamique si l'on parvient à éviter qu'ils ne soient que des organes de redistribution des fonds de la branche ATMP.

Les commissions locales paritaires pour les petites entreprises prévues dans l'accord seraient chargées d'observer les risques et de leur évaluation dans leur circonscription, de relayer dans les PME les préoccupations des branches en matière de santé au travail et de promouvoir les bonnes pratiques. La possibilité de créer une commission locale paritaire constituée pour les organisations signataires une avancée importante vers l'égalité des droits des salariés dans les petites et les grandes entreprises.

Les signataires de l'accord ont éprouvé le besoin de confirmer les termes de l'accord du 13 septembre 2000 par une déclaration, trois mois plus tard le 18 décembre 2000, qui précise les règles de prudence quant à la mise en place de l'article 1.5 relatif à la participation des médecins généralistes aux côtés des médecins du travail pour le suivi médical de certains salariés, pour inciter les branches à agir vite et à engager des négociations sur la mise au point de programme de prévention, et pour rappeler que le temps dégagé par l'espacement des visites médicales, prévu à l'article 1.5, serait consacré entièrement à un renforcement de l'action du médecin du travail sur le lieu de travail.

Cette dernière question est une préoccupation de toutes les organisations syndicales. Celles qui ont signé l'accord du 13 septembre 2000 espèrent une mise en œuvre opérationnelle rapide de cette disposition comme de l'ensemble de l'accord. Mais plus encore, les organisations syndicales qui n'ont pas signé cet accord mettent en doute la volonté des employeurs en la matière, et craignent une exigence d'augmentation proportionnelle de la

productivité des médecins. Ceux-ci pourraient être ainsi amenés à suivre un nombre plus important de salariés, sans pouvoir se consacrer au développement de l'analyse des postes et des conditions de travail.

De manière plus générale, la mission n'a pas senti d'hostilité fondamentale à l'accord, de la part des organisations syndicales non signataires, à propos :

- des équipes pluridisciplinaires : la CGT conditionne son accord à l'affirmation de la place du médecin du travail comme chef de file de cette équipe ; on note une attitude plus nuancée de la CFDT qui n'imagine pas que le médecin du travail ne soit pas à tout moment associé aux processus, sans pour autant être en toute situation le chef de file. Le médecin du travail doit être selon la CFDT, au cœur du dispositif, mais il n'en est pas le cœur. Il est pour FO, en revanche le cœur du système ;
- de la visite médicale dont chacun reconnaît qu'il serait possible de mieux la lier aux situations individuelles et à la nature de l'exposition des postes, pour en déterminer la fréquence, dès lors qu'il serait acquis que le temps dégagé assurerait une présence plus grande du médecin du travail sur le lieu de production ;
- des Observatoires Régionaux de la Santé au Travail (ORST) et de la commission locale paritaire qui rencontrent un large assentiment.

Finalement, les signataires et les non-signataires de l'accord se rejoignent d'une certaine façon. Les uns parce que leurs craintes ne sont pas apaisées, les autres parce que, deux ans après sa signature, la mise en œuvre de l'accord piétine et cela crée quelques doutes, voire un début d'intention prêtée à la partie patronale, de ne pas vouloir concrètement aller plus loin que la seule signature de l'accord.

2.2.1.2 Les limites du dialogue dans l'entreprise : les CHSCT

Les CHSCT sont des institutions ambiguës pour les médecins du travail : au lieu de leur permettre de pénétrer dans l'entreprise, ils en deviennent parfois l'arbitre. Le CHSCT n'est pas un groupe de travail, c'est souvent le lieu de revendications plus générales qui, la plupart du temps, n'ont pas d'existence en dehors des réunions. Les CHSCT ne couvrent pas toutes les entreprises. Quand ils existent, l'exercice de leur mandat est rendu difficile par l'insuffisante formation des membres, la détention de l'information par l'employeur...

Selon les organisations syndicales, les CHSCT ont un rôle essentiel et pourtant souvent trop timide sur ces questions. Le fonctionnement du CHSCT qui devrait être placé au cœur de l'action syndicale est probablement différent d'un site à l'autre sur la question des risques professionnels, et sans doute aussi en fonction de l'histoire et de la nature de l'activité de l'entreprise. Ils n'ont pas les moyens correspondant à leur mission.

Certaines entreprises visitées par la mission (Ricard, Institut Pasteur, Ato Fina...) ont démontré les vertus des mécanismes de prévention à l'œuvre, lorsqu'au cœur du CHSCT, ils sont les résultats du dialogue direct entre les organisations syndicales et les responsables d'entreprises, et que l'implication des médecins du travail est réelle sur le site de production.

C'est bien à l'échelle du site de production que les questions de prévention prennent leur sens. On peut également s'interroger sur les conditions de sous-traitance. A côté de l'externalisation

d'activités à risques à des entreprises expertes, existe en effet une sous-traitance des risques à des entreprises souvent petites et dépourvues de CHSCT. On ne peut que souhaiter dans ce cas que le CHSCT de l'entreprise donneuse d'ordre soit le lieu de débats sur les conditions de travail des salariés des entreprises sous-traitantes. Peut-être faudrait-il aller plus loin en instituant les CHSCT de site et en faisant vivre de manière opérationnelle les délégués de sites, à la manière des délégués de mineurs rattachés à la DRIRE, traditionnellement très présents en Lorraine, véritables inspecteurs de prévention aux pouvoirs très étendus sur un site.

De ce point de vue, l'action au plus près du terrain pourrait être facilitée par la mise en œuvre opérationnelle de commissions locales paritaires prévues par l'accord du 13 septembre 2000.

Le projet de loi sur les risques industriels donne au CHSCT des entreprises classées SEVESO, les plus dangereuses, un pouvoir de consultation des dossiers d'autorisation présentés au titre des établissements classés, qu'ils concernent l'entreprise proprement dite mais aussi son environnement. Il laisse une large place à la négociation collective pour en élargir les modalités. De même, mais sur un plan plus général, la CFDT Lorraine suggère de donner aux CHSCT des compétences sur l'environnement immédiat de l'entreprise et de ramener le seuil d'obligation de 50 salariés à 20 salariés, en particulier dans les entreprises à risques reconnus.

2.2.2 L'évaluation des risques

Dans un système de responsabilité et de gestion du risque qui fait de l'employeur le principal décideur de la prévention, l'évaluation des risques permettra-t-elle la mise en place de véritables politiques de santé dans l'entreprise ? Cette innovation suppose un changement considérable de culture chez les acteurs de la prévention.

2.2.2.1 Une exigence communautaire, renouvelant profondément l'approche de la prévention mais longtemps retardée

Le Bureau International du travail avait fixé le principe de cette évaluation (Recommandation du BIT n° 171 annexe 4), mais c'est la directive cadre 89/391 du 12 décembre 1989 relative à la mise en œuvre des mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs qui en constitue le fondement. Cette directive cadre est un des éléments fondateurs de « l'Europe sociale », puisqu'elle est à l'origine de 35 directives spéciales « santé sécurité ». Sa transposition en droit français a fait l'objet d'une mesure législative, la loi n° 91-1414 du 31 décembre 1991.

L'article L 230-2 nouveau du code du travail, traduit le droit communautaire au regard de trois exigences d'ordre général :

- Obligation pour l'employeur d'assurer la santé et la sécurité des travailleurs (I de l'article L 230-2)
- Mise en œuvre des principes généraux de prévention des risques professionnels (II de l'article L 230-2)
- Obligation de procéder à l'évaluation des risques (III de l'article L 230-2)

En complément, sous l'influence d'autres partenaires européens, l'article L 230-3 inscrit pour les salariés une obligation de prise en charge personnelle de leur sécurité et de leur santé. Le renforcement des informations et des formations à la sécurité et l'effectivité de leurs réalisations en résultent.

Les principes généraux de prévention (II de l'article L 230-2) consistent à éviter les risques, évaluer les risques inévitables, combattre les risques à la source, adapter le travail à l'homme, tenir compte de l'évolution technique, remplacer ce qui est dangereux par ce qui ne l'est pas ou moins, planifier la prévention, donner la priorité aux protections collectives par rapport aux protections individuelles et donner des instructions appropriées.

Si pour le secteur privé, l'essentiel des mesures prévues par la directive cadre préexistait en droit du travail français, la démarche d'évaluation des risques constitue, par contre, la principale novation en ajoutant un nouveau concept à l'approche française classique. Elle conduit surtout à sortir de la logique accident, réparation, prévention et à s'ouvrir sur le champ de la prévention puisque dans le domaine de la santé les effets de la pathologie sont différés et diffus. Pour tenir compte de l'évolution des techniques et de la recherche de l'adaptation du travail à l'homme, elle est fondée sur la connaissance des risques dans une approche globale et sur leur évaluation ainsi que sur l'adaptation permanente des moyens de leur prévention.

Dans la mesure où les démarches préventives reposaient essentiellement, jusque-là, sur la notion de sécurité intégrée, l'évaluation des risques en amont était moins répandue et l'on s'appuyait, le plus souvent, sur les constats de dysfonctionnements déjà survenus en milieu de travail.

La directive cadre permet désormais de passer d'une analyse, risque par risque, à une approche globale de l'organisation et des conditions de travail dans l'entreprise. Elle élargit le cadre strict de l'entreprise car elle concerne également les travailleurs temporaires et les travailleurs de plusieurs entreprises présentes dans un même lieu de travail. Cette démarche d'évaluation consiste à identifier globalement l'ensemble des risques professionnels, qu'ils soient physiques, chimiques, biologiques ou mentaux, induits par l'activité de l'entreprise et auxquels les travailleurs peuvent être exposés. De plus, l'évaluation des risques concerne le choix des procédés de fabrication, des équipements de travail, des substances ou préparations chimiques, l'aménagement ou le réaménagement des lieux de travail ou des installations, et la définition des postes de travail. Ainsi, l'ensemble des risques auxquels les travailleurs peuvent être exposés pourra, « a priori », être identifié. La circulaire précise que l'évaluation des risques ne se réduit pas à un relevé brut de données mais constitue un véritable travail d'analyse des modalités d'exposition des salariés à des dangers ou à des facteurs de risques, en prenant en compte tous les aspects liés au travail.

La loi n° 91-1414 du 31 décembre 1991 a été considérée comme de portée générale et sans effectivité pendant près de dix ans car les obligations pesant sur l'employeur et les comportements attendus, comme la rédaction d'un document évaluant les risques, n'étaient pas décrits. Pourtant, plusieurs textes réglementaires ont, entre temps, précisé cette obligation, notamment pour toutes les activités susceptibles de présenter un risque d'exposition au bruit (R 232-8 et suiv.), à des substances ou des préparations chimiques dangereuses (R 231-54-1), à des agents cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction (R 231-56-1), à un risque biologique (R 231-62)...

Le décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001 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 a fait l'objet de la circulaire n° 6 DRT du 18 avril 2002. Ce décret oblige l'employeur à matérialiser sur un document unique les résultats de l'évaluation des risques professionnels. Ce document doit faire l'objet d'une mise à jour annuelle ou lors de toute modification importante, et doit être tenu à la disposition des représentants des salariés. Le décret précise en outre, que « le fait de ne pas transcrire ou de ne pas mettre à jour les résultats de l'évaluation des risques dans les conditions prévues (par la réglementation), est puni de la peine d'amende prévue par les contraventions de 5^{ème} classe ». Le support matériel et juridique de la prévention dans l'entreprise est donc exigible à compter du 8 novembre 2002.

L'application de cette obligation conduit à mettre en œuvre, dans chaque entreprise, une véritable politique incluant la prévention au même titre que la réparation, et « à affirmer que la santé des salariés est une donnée essentielle de la politique menée dans l'entreprise... L'entreprise doit donc construire une réelle politique coordonnée incluant la prévention des risques tant sur le plan de la sécurité que de la santé des salariés »¹.

Près de dix années de maturation auront été nécessaires pour que la formalisation soit rendue obligatoire, mais ce long délai n'a pas favorisé une mise en place rapide et efficace de la démarche qui n'a débuté pour beaucoup d'entreprises qu'avec la publication de la circulaire et que les préventeurs abordent en ordre dispersé.

Si le principe de la prévention a fait son chemin et sert de socle à l'accord interprofessionnel sur la santé au travail signé à la fin de l'année 2000, sa concrétisation en une obligation, fixée par un texte réglementaire, était encore considérée par le MEDEF, en mai 2002, comme « une nouvelle contrainte imposée aux entreprises », dans la note de présentation du guide d'aide à la rédaction du document unique édité par cette organisation. Bien que son réexamen ait été demandé, le ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité a confirmé l'application de l'intégralité du texte au début du quatrième trimestre 2002.

2.2.2.2 Une approche globale et multidisciplinaire qui constitue une opportunité de changement à saisir.

L'évaluation s'applique dans toutes les entreprises, mais celles-ci sont inégalement outillées pour l'analyse et l'évaluation qui leur sont demandées, et tout particulièrement les plus petites.

Les partenaires sociaux se proposaient à l'article 1.1. de l'accord du 13 septembre 2000 de mettre au point un guide de bonnes pratiques, avec le concours des organismes nationaux de prévention, pour permettre aux entreprises (employeurs et représentants des salariés) « de s'emparer concrètement de l'évaluation a priori des risques », comme l'écrivait la CFDT dans ses commentaires sur l'accord. En fait cet engagement n'a pas abouti pour l'instant.

Par contre, la circulaire DRT du 26 avril 2002 précitée développe dans son point 3 et ses annexes 1 et 2 des repères de méthode sur la démarche de prévention. Elle préconise de la mener en cinq étapes : la préparation de la démarche, l'évaluation des risques, l'établissement d'un programme d'actions, la mise en œuvre des actions, et le cas échéant une nouvelle

¹ MA Moreau, Droit social, septembre-octobre 2002.

évaluation des risques. Mais, aucun modèle type de document n'a été prévu par la réglementation.

Au cours de ses déplacements, la mission a constaté que chaque organisme de prévention, l'INRS mais aussi plusieurs caisses régionales d'assurance maladie, l'ANACT, l'OPPBTP, et certaines directions régionales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle avaient établi des brochures particulières pour expliquer et faciliter partiellement ou totalement cette démarche. Les services de santé au travail, tel celui d'Amiens, se sont mis également de la partie. Les organismes professionnels, MEDEF en tête, ont fait de même.

Il en résulte une diversité d'approches qui laisse une grande liberté aux entreprises dans leur manière d'appréhender la rédaction du document unique et dans l'appui qu'elles peuvent attendre des organismes de prévention. Mais, a contrario cette multiplicité de visions de la situation peut accroître leur perplexité sur l'intérêt d'une démarche dont on sait qu'elle est exigeante, difficile et novatrice. Cette expression éclatée peut conduire à une certaine surenchère et à de la méfiance vis-à-vis des préventeurs. Or l'évaluation des risques constitue une opportunité unique pour faire avancer la prévention sanitaire dans les entreprises, mais elle exige un positionnement nouveau de leur part et des interventions complémentaires.

Couvrant l'ensemble du territoire et en raison de leur proximité géographique, les services de santé au travail ont connu un regain de questionnement de la part de leurs adhérents, en particulier les petites entreprises, qui leur demandaient de rédiger le document à leur place. Derrière cette vaine demande de substitution, l'intérêt a été de les placer pour une fois comme détenteurs d'une compétence et de conseils qui vont au-delà de la délivrance de la fiche d'aptitude, et de reconnaître la place et l'apport du tiers temps qu'ils exercent en entreprise. Leur disponibilité est essentielle pour tirer parti, au mieux, de cette possibilité et réorienter leur action.

Si cette diversité et cette absence de contrainte facilitent le démarrage de la démarche (exemple Institut Pasteur à Lille), elles peuvent conduire à ne la réaliser que partiellement ou imparfaitement, ou même à la réduire à une réponse de type formulaire. Elles reflètent la nouveauté de la démarche mais aussi la diversité des approches. Des désaccords de méthode et d'objectifs entre les partenaires sociaux, entre les tenants de la prévention technique et ceux de la démarche organisationnelle, mais aussi au sein de l'Etat quant à la portée de l'aide à fournir aux entreprises ont également tenu leur place et ne semblent pas résolus à ce jour.

Enfin, la prudence et le pragmatisme des entreprises à risques rencontrées par la mission (Naphchimie à Martignes et ELF en Meurthe et Moselle) conduisent à conforter celles qui se sont lancées dans la démarche, à coordonner les services de prévention et les branches professionnelles pour aller vers le plus grand nombre d'entreprises et inciter les autres à s'y lancer, en particulier les plus petites, à promouvoir une réelle politique de santé au travail et à préconiser un bilan avec les partenaires sociaux et administratifs, dès 2004, pour en tirer les enseignements et préconiser des bonnes pratiques. Il est vrai que les discussions autour de la pluridisciplinarité et de l'application de l'accord interprofessionnel santé au travail pèsent sur les positionnements et ne facilitent pas un déblocage rapide de la situation.

L'objectivation des risques, par leur recensement et leur évaluation, doit constituer la base d'un projet d'entreprise sur la santé de ses salariés débouchant sur des plans d'action. Cette démarche par objectifs rencontrera un terrain favorable dans les entreprises qui l'ont mise en œuvre sur d'autres thèmes (RICARD et ABC).

Une des conditions de la réussite de cette nouvelle approche tient dans le conseil et l'aide qui seront apportés à l'employeur qui a la charge de la réaliser, en particulier dans les petites et très petites entreprises. La publication de guides, élaborés paritairement au sein de chaque branche professionnelle, constitue une des pistes qui devra être adoptée et stimulée au besoin par des aides techniques et financières, parce que, pour l'instant, les initiatives dans ce domaine sont très éparées et limitées.

L'accord interprofessionnel prévoit des observatoires régionaux de santé au travail et des commissions paritaires locales pour assurer la mobilisation des différents acteurs locaux responsables de la prévention sur ce sujet. Seulement un tiers des salariés est couvert par un CHSCT. Pour les deux tiers restants, l'animation et donc la réalité de l'évaluation des risques n'auront d'efficacité qu'au plus près du terrain.

Toutefois l'implication des branches est, pour l'instant, limitée. Deux accords ont été signés à la suite de la parution de la circulaire.

L'Union des Industries Chimiques (UIC), à la suite de la catastrophe de Toulouse, a renégocié avec les organisations nationales l'accord cadre de cette profession. Un accord a été signé, par les partenaires sociaux à l'exception de la CGT, le 10 juillet 2002, sur l'amélioration des conditions de travail. Il a pour objectif de « définir un cadre permettant à chaque entreprise de disposer d'un support adapté pour renforcer son approche et sa maîtrise de la sécurité tant en interne que dans le cas où elle serait amenée à avoir recours à des entreprises extérieures ». L'évaluation a priori des risques professionnels constitue le titre de l'article 2 et le principal apport est constitué par l'ouverture du CHSCT à un représentant du CHSCT d'une entreprise extérieure pour participer à l'élaboration du plan de prévention qui la concerne, cette disposition est élargie et s'impose obligatoirement, à tous les établissements classés « Seveso seuil haut ». La crainte de voir intervenir une restriction ou peut-être une interdiction du recours à des entreprises extérieures a fortement motivé les employeurs dans cette négociation.

Dans les deux établissements du secteur visités par la mission, les rapports avec les entreprises sous-traitantes étaient au centre des débats en particulier pour les accès au site et sur la couverture médicale qui en découle. Les rapports entre les services de santé au travail du site avec ceux compétents pour chaque entreprise sous-traitante semblaient poser de difficiles questions de coordination qui progressivement commençaient à se résoudre. En revanche, l'évaluation des risques que chacun des partenaires doit mener à bien et l'élaboration des plans n'en était qu'à l'étude préalable. Par contre, pour leur compte propre, elles étaient toutes les deux dans une phase préliminaire d'évaluation des risques c'est-à-dire d'élaboration par le seul employeur et selon une méthode fixée par le siège, ce qui les conduit à ne pas en avoir concrètement discuté avec les CHSCT, la première présentation n'étant prévue qu'à partir de janvier 2003.

Un accord sur la santé et la sécurité dans le travail temporaire a été conclu, avec les partenaires sociaux à l'exclusion de la CGT, le 26 septembre 2002. Il s'agit d'un des premiers accords conclus à la suite de l'accord interprofessionnel. Si l'évaluation des risques, en tant que telle, relève de l'entreprise utilisatrice, l'accord prévoit un programme triennal de prévention dans le travail temporaire, ainsi que l'identification des branches et des métiers à risque avec comme finalité la constitution d'un état des lieux permettant ensuite la définition d'actions de prévention ciblées. Les intérimaires peuvent aussi se tourner vers un membre du

CHSCT de l'entreprise utilisatrice pour un déclenchement éventuel du droit d'alerte par ce dernier. En matière de santé au travail, l'accord demande que les entreprises de travail temporaire aient la possibilité, à titre exceptionnel, de s'adresser à plusieurs services de médecine du travail, quelles que soient leurs compétences particulières, pour faire assurer l'examen médical d'embauche. Cette dernière modalité demanderait une réforme législative si elle était acceptée.

2.2.2.3 Une nécessaire technicité qui demande l'aide de préventeurs externes et qui doit être confrontée à l'expérience des acteurs de l'entreprise

L'évaluation des risques est une obligation de l'employeur. Il lui appartient de la réaliser en totalité ou partiellement avec l'aide, tant des préventeurs officiels (Service prévention des CRAM, des agences régionales pour l'amélioration des conditions de travail, de l'OPPBTP) que des associations ou des entreprises spécialisées qu'ils auront conventionnées. L'implication de ces derniers dans la rédaction du guide des bonnes pratiques, qui correspondrait mieux à l'exercice que des normes, est indispensable.

Il appartient à l'inspecteur du travail de coopérer avec ces services pour coordonner leurs interventions, voire éviter leur concurrence, en attendant que l'application des textes sur la pluridisciplinarité détermine leurs prérogatives et les modes de fonctionnement. La réanimation des comités régionaux de coordination sur ce point s'avère nécessaire.

Mais elle conduit aussi à ce que les agents des services de l'inspection du travail reçoivent une formation particulière non seulement pour suivre la démarche mais aussi pour augmenter leurs compétences sur ce sujet en pleine évolution, qu'il s'agisse de la partie scientifique ou psychosociologique. Ce contexte nouveau pose avec acuité l'opportunité de la création de sections d'inspection spécialisées sur certains risques (chimie, biologique...) ou certains types d'établissement, SEVESO par exemple. Le recrutement d'ingénieurs spécialisés ou de médecins du travail, auxquels seraient conférés les droits, les devoirs et les prérogatives complètes (droit d'entrée, PV...) de l'inspecteur du travail, permettrait soit de renforcer les sections spécialisées, soit selon une forme plus spécifique à déterminer, de disposer d'une compétence régionale, interdépartementale ou départementale ou locale (plusieurs sections, des sites...)

La prise en compte des questions de santé au travail ne peut pas se limiter à la seule entreprise, mais doit s'ouvrir progressivement sur l'extérieur en raison du poids pris par l'environnement, surtout pour l'intégrer à la prévention sanitaire au sens large du terme.

Un exemple illustre cette obligation : la fonderie de plomb située en Champagne Ardennes où les risques sanitaires non seulement sont très importants pour les salariés mais aussi pour la population, en particulier les jeunes enfants. L'air et le sol constituent pour l'environnement de proximité des vecteurs permanents de diffusion du risque. Pour faire face à cette situation, une coordination forte à l'initiative et sous l'autorité de la préfecture rassemble la DRIRE, la DASS et la DDTEFP ainsi que la DDAF et la direction des services vétérinaires.

D'une manière plus générale, la coopération des DRTEFP et des DRASS avec les DRIRE sur le volet social de la loi visant à renforcer la prévention des risques, est appelée à se développer. La mission, à partir des constats effectués dans les régions visitées, estime opportune qu'une mission de l'inspection générale des affaires sociales conjointe avec le conseil général des mines puisse faire le point de l'avancée de cette question à la fin de

l'année 2003. Un travail partenarial avec les DRASS devrait s'engager sur le volet sanitaire des études d'impact qui leur sera communiqué ainsi qu'au CHSCT. Ces relations nouvelles demandent de développer au sein des directions départementales du travail les fonctions d'appui aux sections pour organiser et suivre leur mise en œuvre qui doit être collective. Au niveau régional, la présence effective de ces deux directions aux réunions du comité régional de coordination est à rechercher.

En fait la connaissance des risques et leur évaluation ne dépend pas que du document unique dont l'employeur est responsable.

La fiche médicale dans les entreprises et établissements de plus de dix salariés (art R241-41-3), établie par le médecin du travail, est aussi à la disposition de l'employeur et du CHSCT. Toutefois, son existence et encore plus sa mise à jour laissent à désirer. Un service de santé au travail de l'Est de la France estimait, en 2002, couvrir 3 % de l'ensemble de ses adhérents mais sans indiquer le % de salariés couverts qui est certainement plus élevé. La mise en place de la pluridisciplinarité au sein des services de santé au travail devrait renforcer le nombre et la qualité de cet outil. Le temps passé dans l'entreprise à cette évaluation doit être considéré comme la première entrée, indispensable et privilégiée par le médecin et les personnels relevant de la pluridisciplinarité. La seconde est l'écoute des salariés pour compléter et renforcer la visite sur place dans le cadre de la visite médicale fixée selon une périodicité qu'il revient au médecin de déterminer.

Le document unique n'aura de valeur qu'à partir du moment où il reflétera non seulement le prescrit dans et par l'entreprise mais surtout le travail réel des salariés. A cet effet, il demande une confrontation au niveau de chaque unité avec ceux et celles qui pratiquent quotidiennement le poste, manipulent les produits, vivent tel type d'organisation... A ce titre la démarche effectuée par la secrétaire du CHSCT de l'Institut Pasteur de Lille est tout à fait remarquable. Le débat avec le CHSCT vient ensuite pour synthétiser et enrichir les divers documents et établir le plan de prévention de la santé de l'entreprise et ses divers programmes d'action.

L'évaluation au niveau de l'entreprise constitue une parcelle de la connaissance des risques dont l'agrégation à tous les niveaux, qu'ils soient géographiques ou professionnels, devrait permettre d'améliorer non seulement la quantité et la qualité des données mais aussi la veille sanitaire indispensable.

Le document unique n'est pas normalisé, au moins pour l'instant et les règles de conservation et d'archivage ne sont pas définies. Son utilisation va demander aux services administratifs, de prévention ou des branches professionnelles un effort de collecte et d'exploitation informatique qui nécessite non seulement d'y réfléchir dès maintenant mais aussi d'adopter une démarche commune et complémentaire qui ne peut être laissée à la seule initiative des partenaires sociaux au sein des observatoires régionaux, mais qui demande une implication forte de l'Etat en terme de financement et de maîtrise d'œuvre.

La mission a noté quelques expériences très partielles mais fort intéressantes. La CRAM Alsace Lorraine initie une cartographie informatisée des risques chimiques à partir d'un questionnement d'entreprise, mais son recoupement avec les diagnostics locaux de l'inspection du travail n'a pas été envisagé ni son extension à d'autres régions même très voisines. Le service prévention de la CRAM Lorraine Champagne démarre un fichier

analogue et dans les mêmes conditions sur les agents cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction.

Enfin, pour l'instant, l'utilisation à titre individuel du document unique pour faire reconnaître par un salarié ayant travaillé dans l'entreprise l'existence inscrite d'un risque ou son éventuel défaut n'est pas explicitée.

L'évaluation des risques procure une entrée privilégiée de la santé au travail en ce qu'elle élargit la prévention au-delà de l'accident et renouvelle son approche, qu'elle contraint les acteurs à se repositionner et qu'elle ouvre la question du rapport de l'entreprise et de son environnement au sens large du terme.

Les organisations de la prévention opérationnelle varient d'un pays à l'autre laissant aux employeurs une marge plus ou moins grande.

Au Québec, les services de santé au travail sont fournis localement par le réseau de la santé publique (CLSC)

Les régies régionales reçoivent un budget de la CSST (56 M\$ par an soit environ 36 M€) pour financer des services de santé dans les CLSC et une équipe régionale de soutien en santé au travail. La santé au travail repose sur 761,2 professionnels (en ETP) répartis dans les 16 régies et dans 63 des 147 CLSC. Les équipes sont pluridisciplinaires :

- 47 ETP de médecins interviennent pour la santé au travail au Québec. Les médecins ne sont pas spécialisés en médecine du travail : ce sont essentiellement des spécialistes en santé communautaire, des médecins de santé publique ou des généralistes ;
- les infirmières (210) et les techniciens en environnement (200) représentent les principaux acteurs de la santé au travail ;
- s'y ajoutent 44 hygiénistes, 20 agents de recherche ;
- la gestion s'appuie sur 42 coordonnateurs et 115 secrétaires.

Les services de santé ne sont chargés de l'évaluation des risques que dans les entreprises soumises à l'obligation de programme de prévention et de santé (groupe 1, 2 et 3). Le programme de santé est proposé par le médecin et approuvé par le comité de santé et sécurité. Il est mis à jour tous les 3 ou 5 ans.

Les services de santé interviennent sur l'ensemble des entreprises pour le programme « maternité sans danger » (15 % de leur temps).

La mission de ces services de santé des CLSC est de :

- évaluer les risques pour la santé et informer les travailleurs des moyens de protection en élaborant des programmes de prévention dans les entreprises des secteurs prioritaires ;
- surveiller l'environnement des lieux de travail ;
- dépister et prévenir les problèmes de santé qui pourraient être provoqués ou aggravés par les risques professionnels ;
- mettre en place un service de premiers soins et premiers secours ;
- faciliter l'affectation des travailleurs à des tâches qui respectent leur santé en déterminant les caractéristiques physiques du travailleur et celles du travail exécuté.

En Finlande, les employeurs doivent organiser les services de santé au travail

Les employeurs doivent organiser et prendre en charge le coût des services de santé au travail. Trois types d'organisation sont possibles :

- l'employeur acquiert ces services auprès d'un centre de santé municipal qui dispose souvent d'un médecin et d'infirmières spécialisés en santé au travail : ce modèle est utilisé par 65 % des entreprises et couvre 40 % des travailleurs ;
- l'employeur peut mettre en place un service de santé au sein de son entreprise (2 % des entreprises et 28 % des travailleurs) ou en commun avec plusieurs entreprises (4 % des entreprises et 6 % des travailleurs) ;
- les services de santé peuvent être achetés auprès d'un fournisseur privé (29 % des entreprises et 26 % des travailleurs).

Le coût annuel des services de santé au travail est d'environ 0,2 Mds € (1,2 Mds FIM). Les employeurs reçoivent une compensation du système de sécurité sociale correspondant à 50 % des dépenses nécessaires. Les dépenses de médecine du travail par salarié sont plus élevées dans les grandes entreprises (1000 FIM soit 168,1 € dans les entreprises de plus de 1500 salariés contre 650 FIM soit 109,3 € dans celles de moins de 20 salariés). Les services internes aux entreprises sont plus onéreux (1194 FIM soit 200,8 € par salarié) que les services achetés aux municipalités (387 FIM soit 65,1 € par salarié).

L'employeur doit avoir un **plan d'action écrit en faveur de la santé au travail** : depuis la réforme de 2001, ce plan doit être révisé annuellement sur la base des visites réalisées par le fournisseur des services de santé. Le standard minimum des services de santé est défini dans la loi ; l'employeur peut offrir des services additionnels tels que le soin médical (2/3 des salariés bénéficient de cette couverture supplémentaire). A la fin 1999, 75 % des entreprises qui employaient plus de 20 salariés avaient un programme de sécurité.

Environ 88 % des salariés sont couverts par un service de santé au travail (75 % de la population active). La couverture est moindre dans les PME (entre 10 et 30 %), pour les agriculteurs (entre 0 et 50 %), et inexistante pour les travailleurs indépendants.

Les services de santé au travail ont quatre missions :

- 1/ évaluer les risques et examiner les conditions de travail sur place ;
- 2/ assurer la surveillance médicale des salariés ;
- 3/ informer les salariés et les employeurs ;
- 4/ conseiller sur les actions de prévention.

L'évaluation des risques est conduite par le fournisseur de services de santé, en pratique essentiellement les médecins et infirmières des centres de santé municipaux. 5 600 professionnels de santé interviennent. Le ministère des affaires sociales et de la santé a établi un guide des bonnes pratiques en 1997. Environ 2/3 des professionnels de santé (médecins, infirmières, kinésithérapeutes) ont reçu une formation spécialisée en santé au travail. La formation des personnels de sécurité dans les entreprises est encore peu développée : seuls 30 % des représentants du personnel pour la sécurité, 26 % des responsables de sécurité et 11 % des représentants des cadres pour la sécurité avaient reçu, à la fin des années 1990, une formation élémentaire à la sécurité.

Si les tarifs des assurances privées peuvent varier en fonction des risques constatés dans l'entreprise, le système de compensation public ne comporte pas d'incitation financière à la réduction des risques. L'instrument financier ne peut donc être utilisé que dans moins d'un tiers des entreprises.

2.3 La crise de la médecine du travail

Invention française issue de la médecine légale, la médecine du travail est très réglementée (loi de 1946, décrets de 1979, 1986, 1988), financée et organisée par les employeurs, exclusivement préventive et contrôlée par les salariés. Le contrôle de l'Etat passe par la délivrance d'agrément. La force de l'Etat réside donc dans cette fonction de contrôle.

Après-guerre, la généralisation de la médecine du travail leur assigne un rôle limité pour l'essentiel à la prévention tertiaire. A l'époque, les médecins du travail sont les seuls acteurs de la prévention dans l'entreprise. Une première révolution intervient en 1979 avec la mise en place du tiers temps : les médecins du travail ne sont plus seulement en charge du suivi individuel des salariés mais aussi du suivi collectif, ils sont donc investis d'une mission de prévention secondaire. Pourtant, la fonction de prévention tertiaire continue de dominer dans les esprits : les salariés restent attachés à la visite annuelle, les employeurs au certificat d'aptitude c'est-à-dire à un document médico-légal. La loi du 31 décembre 1991 marque la deuxième révolution de la médecine du travail. La mise en place de services de santé et de sécurité correspondait alors à la volonté de conduire une action pluridisciplinaire, collective, afin de répondre aux besoins spécifiques de l'entreprise mais aussi aux besoins de santé. On est donc passé, au moins en théorie, à un modèle de prévention primaire.

2.3.1 Médecine, médecine du travail, santé publique

Les rapports entre médecine du travail et santé publique sont marqués par une tradition de forte ignorance, si ce n'est d'opposition. Aussi cette question ne peut demeurer en l'état et suppose de rechercher les facteurs de convergence avant de confronter les institutions.

Les acteurs qui pilotent l'institution de la médecine du travail, c'est-à-dire les partenaires sociaux et le ministère du travail, sont complètement étrangers à la logique de santé publique. Or, pour toute une série de raisons, et notamment le fait que les conséquences pour la santé humaine de l'exposition à des facteurs de risques professionnels se font sentir de la naissance à la retraite et au-delà, la santé au travail devrait être un champ essentiel d'intervention conjointe avec la santé publique.

La médecine du travail échappe en outre à toute évaluation de ses pratiques médicales, à l'inverse de la médecine de ville et de la médecine hospitalière, elle n'a suscité aucune réflexion sur ce point. Or, le seuil de sensibilité des populations a évolué ; c'est la raison pour laquelle aujourd'hui la « multiprofessionalité » s'impose ; des regards, des formations, des intérêts différents doivent désormais se croiser sur les mêmes situations de risque. En définitive, le problème est que la maintenance de la santé n'est pas la principale préoccupation de ceux qui organisent le travail en France. Ce désintérêt finira par poser des questions sur le recul actuel et à venir, semble-t-il, de l'Etat sur ces sujets. C'est d'autant plus regrettable que l'amiante a suscité une crise de confiance ; il faudrait aujourd'hui redonner aux médecins du travail les moyens de montrer qu'ils méritent la confiance des salariés.

L'intervention des PUPH de médecine du travail se situe en amont, au stade de la formation des médecins spécialistes, et en aval dans les nombreux contacts qu'ils entretiennent avec les médecins qu'ils ont formés. Ils s'interrogent sur les standards très élevés de connaissances exigées qui, en définitive, ne semblent pas indispensables à la très grande majorité des situations que les médecins du travail sont amenés à connaître. Le temps consacré à la santé au travail dans les études de médecine diminue.

La médecine du travail collabore assez naturellement avec la médecine de ville, qu'il faut continuer de former et de sensibiliser à l'étiologie professionnelle.

Les actions coordonnées au niveau des bassins d'emploi peuvent être beaucoup plus efficaces en matière de reclassement : le Nord Pas-de-Calais connaît par exemple une organisation en réseau de la médecine (médecins généralistes, médecins conseils, médecins du travail de services autonomes et 23 services interentreprises) qui a permis la désignation de médecins référents pour chaque secteur d'activité ou thème d'intervention (BTP mais aussi handicap ou plutôt maintien dans l'emploi). Les services interentreprises acceptent de donner du temps aux médecins pour qu'ils conduisent des actions collectives sur un secteur, sous la coordination de l'ISTNF. Le maillage territorial et thématique n'est possible que si du temps médical est libéré pour la collectivité du bassin d'emploi. Par exemple, un médecin connaîtra bien le PDITH, les intervenants de l'AGEFIPH..., un autre se spécialisera dans les conduites addictives. La mise en place de ces réseaux suppose cependant que les employeurs soient prêts à payer des actions de santé publique

Evoluer d'une médecine légale à une véritable médecine collective

Au Québec, les examens médicaux systématiques sont fortement contestés

Deux types d'examen médicaux existent, avant l'embauche et en cours d'emploi. En s'inspirant des travaux d'une commission américaine qui a défini en 1951 six critères pour le dépistage¹, la Commission des droits de la personne du Québec a posé le principe en 1987 qu'aucun dépistage ne devait être organisé avant une embauche formelle. En pratique cette recommandation n'est pas suivie. Le Collège des médecins du Québec a insisté en 1997 sur la nécessité de démontrer la pertinence scientifique et sociale du dépistage : sa valeur prédictive varie en effet selon la prévalence de la maladie dans la population. Le dépistage de maladies rares ou avec des tests indépendants multiplie les risques d'erreur et de « faux positifs ».

Les recommandations de l'OMS sur le dépistage (1969) sont souvent ignorées. Le dépistage dans le cadre de l'activité professionnelle ne peut être justifié que pour protéger la santé publique ou la santé de l'individu et de ses collègues. Le Collège des médecins a notamment proscrit :

- les examens de santé des agents de la Sûreté (police) : les analyses de la glycémie, urine, cholestérol... n'ont aucun lien avec les risques professionnels et sont d'autant moins justifiés que leur capacité à prévenir des maladies dans la population générale n'est absolument pas démontrée ;
- la radiographie pulmonaire et l'examen lombaire : ces examens chez une population asymptomatique s'avèrent inutiles pour un coût élevé.

¹ US Commission on chronic illness : fiabilité, efficacité, coût, efficacité, acceptabilité, possibilité de traitement.

Plusieurs dépistages systématiques s'avèrent pas ailleurs inutiles ou contre-productifs (discrimination de personnes qui en réalité ne sont pas atteintes) :

- l'audiogramme : cet examen ne permet pas de vérifier la capacité de discrimination auditive et donc de prévenir les accidents du travail. Il n'est pas utile de faire cet examen de manière systématique pour décider de prendre des actions de réduction du bruit sur le lieu de travail ;
- le dépistage du cancer de la plèvre ne devrait pas être systématique compte tenu de sa faible prévalence (incidence de 325/100 000 personnes) ;
- les radio devraient dépendre de l'exposition aux risques : si l'exposition à la silice est inférieure à 0,025 mg/m³, la radio n'est pas justifiée pendant 40 ans. La surveillance annuelle de la plombémie n'est justifiée que si l'exposition est supérieure à 1,25 µmol/l.

Cette position critique à l'égard des dépistages systématiques est partagée par la plupart des médecins et notamment des médecins de santé publique au Québec. En revanche, sa traduction dans les textes s'avère délicate : les examens de santé du personnel de police demeurent tout comme les audiogrammes et les radiologies des poumons. Cette analyse des effets pervers et de l'inefficacité des dépistages systématiques pourrait être transposée à la médecine scolaire.

Visites, aptitude et démographie médicale : comment concilier la pénurie de médecins et l'exigence de prévention collective ?

L'aptitude que le médecin évalue s'apparente à l'estimation de la prédisposition à l'indemnisation. Elle est davantage un vestige de la médecine légale qu'un outil de prévention et correspond à la vocation « assurantielle » de la médecine du travail.

La visite d'aptitude systématique peut être contestée pour deux raisons, d'ordre tout à fait différent. En premier lieu, sa pertinence sur le plan de la prévention reste à établir. En second lieu, et de manière plus conjoncturelle, la démographie de la profession laisse peu d'espoir à son maintien.

Il faudrait véritablement **s'interroger sur la pertinence du concept d'aptitude en tant qu'outil de prévention**, a fortiori sur le concept récent de non contre-indication. Tous les « intoxiqués » de l'amiante ont en effet été déclarés aptes. Le certificat d'aptitude est vécu comme un permis de travail pour le salarié, comme un blanc-seing « assurantiel » pour l'employeur. En revanche, cela n'invalide pas le concept d'inaptitude thérapeutique. La « non contre-indication » d'exposition aux produits CMR, validée par le Conseil d'Etat, est perçue par les médecins du travail comme une atteinte aux valeurs fondatrices de la médecine du travail.

Les organisations syndicales sont donc en faveur de la fin du certificat d'aptitude qui contribue à donner une mauvaise image du médecin du travail - abattage, productivité aux effets pervers démontrés. **Elles proposent de substituer le système de déclaration de l'aptitude au poste, par un système de déclaration d'aptitude du poste.**

Le médecin du travail doit être là d'abord pour regarder où sont les risques de santé pour les salariés et faire des propositions d'aménagement pour les diminuer puis les éliminer.

La mobilité des salariés mais aussi la multiplicité des risques conduisent à mettre en place un **carnet d'exposition aux risques** (précarité, dangerosité, traçabilité). De même, il devrait être possible pour le médecin du travail, avec l'accord du salarié, de transmettre au médecin traitant au moment de la retraite un dossier contenant les événements médicaux essentiels du salarié.

Le SNMPT préconise d'évaluer les besoins et de former des médecins en conséquence. Il est conscient du fait que l'augmentation du numerus clausus ne suffira pas et qu'il n'y aura pas d'autre solution que d'augmenter le nombre de salariés suivis par les médecins du travail. En tout état de cause, il faut absolument éviter que la combinaison entre l'exigence positive de pluridisciplinarité et la contrainte de démographie médicale ne conduise à une réduction du volet médical de la prévention. Il faudrait essayer de mesurer véritablement la plus-value de la spécificité française de la prévention médicale.

La démographie de la médecine du travail est alarmante. Cette situation va empirer avec les nombreux départs à la retraite à échéance 2007. L'effectif des médecins du travail spécialisés est de 5933 dont 4147 femmes ; interviennent également, sous certaines conditions, des médecins généralistes et des spécialistes d'autres disciplines.

Si l'on prend en compte l'émergence des nouveaux métiers de la prévention et les besoins des entreprises, on ne peut que conclure à l'urgence de créer ces équipes pluridisciplinaires.

La visite annuelle est certes perçue comme un droit par les salariés et les partenaires sociaux, mais son caractère systématique la vide en grande partie de son sens. L'organisation d'une conférence de consensus pour définir une approche médicale cohérente selon les secteurs d'activités, les métiers et les caractéristiques des individus, permettrait d'améliorer la portée de cet examen. La remise en cause du caractère systématique de la visite à un rythme annuel suppose que l'on laisse aux médecins la possibilité complètement ouverte de prescrire d'autres visites, que la demande du salarié d'une visite s'impose véritablement à l'employeur et que l'alerte des représentants du personnel fonctionne bien.

A contrario, on pourrait examiner l'expérience danoise qui laisse la liberté de choix de sa surveillance médicale au seul salarié.

Le temps libéré, par une périodicité différente des visites, pour les médecins du travail devrait être affecté au travail de terrain, dans les sites de productions rendant effectif le 1/3 temps peu utilisé aujourd'hui. Cette démarche qualitative devrait permettre au médecin du travail, qui relaie les salariés sur le terrain et prend la température de l'entreprise, de formuler des recommandations (évolution des processus industriels, changement des postes de travail et des rythmes...) de nature à diminuer, puis supprimer, les risques et leurs effets pervers.

2.3.2 L'organisation de la médecine du travail doit garantir l'indépendance du médecin du travail et permettre la pluridisciplinarité

2.3.2.1 Garantir l'indépendance du médecin du travail

La loi de modernisation sociale renforce l'indépendance des médecins. Le principe de pluridisciplinarité est explicité (mise en œuvre de compétences médicales, techniques et

organisationnelles). L'élargissement du vivier de médecins du travail est fixé par les procédures de régularisation et de reconversion. Les décrets d'application sont en cours d'élaboration. Ils s'articulent en deux blocs : l'un concerne précisément la médecine du travail, l'autre la pluridisciplinarité. En définitive, ces changements traduisent l'idée que la santé au travail n'est pas le fait des seuls médecins.

L'indépendance du médecin du travail est garantie en premier lieu par l'article 5 du code de déontologie et rappelée dans le code du travail. On observe de nombreuses réticences des employeurs, qui ont tendance par exemple à restreindre les moyens mis à sa disposition ou à l'empêcher par divers moyens de s'exprimer. Dans certains cas même, le secret médical, énoncé dans l'article 4 du code de déontologie, est difficile à protéger. De même, les éléments relatifs au contenu, à l'accès, au partage ou à la transmission du dossier médical mériteraient d'être revus.

Sa protection est assurée par l'inspecteur du travail et par le médecin inspecteur régional sur le plan technique.

Dans les projets de décrets, en cours de discussion, relatifs à la médecine du travail, l'indépendance du médecin est renforcée par des modifications dans l'organisation des services et la plus grande transparence financière ; un deuxième texte revient sur plusieurs points : l'aptitude, le temps médical, la visite, la médecine de site...

2.3.2.2 Permettre la pluridisciplinarité

La directive cadre de 1989 introduit un premier changement d'importance en introduisant la notion de pluridisciplinarité, c'est-à-dire le fait de mêler des compétences diverses faisant appel à la médecine, à la psychologie, l'ergonomie, au génie pour définir une politique de prévention. 10 ans après, la refondation sociale s'en empare dans l'accord santé au travail. Une partie des propositions de cet accord est reprise dans la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002.

Les décrets relatifs à la mise en œuvre de la pluridisciplinarité sont en cours de présentation au CSPRP. Les services médicaux devront établir des conventions avec des institutionnels de la prévention (CRAM, ANACT, OPPBTP) ou procéder au recrutement direct de préventeurs issus d'autres disciplines. Les services médicaux organiseront librement l'articulation entre les médecins et ces autres professions. L'Etat n'a effectivement pas souhaité s'immiscer dans leur fonctionnement. Il se réserve cependant la possibilité d'intervenir ultérieurement si ce dispositif ne convenait pas.

Les syndicats de médecins du travail sont très inquiets de la balkanisation de leur mission qui était déjà à l'œuvre avec la diversité des régimes (secteur privé, fonctions publiques, agriculture...) et qui sera renforcée par la déconnexion résultant du fait de deux projets de décrets au lieu d'un texte unique, ainsi que par la multiplication des situations résultant de la possibilité de recours à des accords de branche.

La mise en œuvre de la pluridisciplinarité, telle qu'elle s'annonce, menace selon eux la médecine du travail dans la mesure où l'absence d'articulation organisée entre les professions combinée à la pénurie de médecins peut faire craindre qu'à terme elle soit dépossédée de sa fonction d'intervention sur les lieux de travail ; dans cette hypothèse, les examens médicaux,

réalisées par des professionnels ne connaissant pas les postes de travail, perdraient, selon eux, tout leur sens.

L'organisation des services de médecine du travail paraît aujourd'hui dépassée : les commissions de contrôle sont bien souvent des organisations fantômes. Les financements sont variables selon les services d'où parfois une concurrence entre eux. L'employeur continue d'identifier le paiement de la cotisation à la visite.

Le relais des médecins inspecteurs est important mais cette institution a du mal à fonctionner. Le corps est en crise et son effectif est très réduit (41 postes théoriques mais 10 vacants en permanence). La culture médicale s'intègre, semble-t-il, difficilement dans l'administration du travail (langage, valeur, rôle et place dans l'administration...) et se traduit par un isolement dont les deux parties se satisfont. Il est nécessaire de modifier cette situation préjudiciable en fixant précisant les attributions du MIRT, en les recentrant notamment sur la veille et l'épidémiologie, et en le rapprochant du réseau de santé publique via les DRASS pour établir le lien avec la médecine du travail.

3. POUR L’AFFIRMATION D’UNE POLITIQUE DE SANTE AU TRAVAIL CLAIREMENT IDENTIFIEE

Pendant longtemps, le rôle de l’Etat dans le champ de la santé au travail a été celui d’un régulateur social auquel on demandait, essentiellement, de la réglementation et du contrôle. L’INSERM assurait la fonction de recherche fondamentale, les partenaires sociaux la gestion du risque et sa connaissance par l’intermédiaire de la CNAM et les fonctions de recherche appliquée, de prévention et d’information au service des entreprises par l’intermédiaire de l’INRS. La fonction veille n’était pas formellement assurée.

Depuis les crises sanitaires, cette situation est profondément contestée par la voie judiciaire. Les associations de défense stigmatisent l’insuffisance de l’intervention de l’Etat et son absence de réaction en matière de santé au travail. A partir de 1998, des organisations lourdes du type Institut ou Agence (INVS, AFSSA...) se sont mises en place dans la plupart des secteurs alors que la santé au travail demeurait à l’écart du mouvement. L’Etat risque, très vite, d’être appelé à prendre ses responsabilités sur la santé au travail, même si les partenaires sociaux n’ont pas manifesté de demande très pressante sur ce sujet par rapport à d’autres enjeux sociaux tels que la réduction du temps de travail ou les retraites.

3.1 Les enjeux, les contraintes et les atouts pour la promotion d’une politique de santé au travail

3.1.1 Les contraintes

La santé au travail pourrait constituer dans les années à venir une question politique majeure. Le contexte institutionnel actuel apparaît complexe en raison de la multitude des acteurs et de leurs stratégies qui se traduit par une confusion extrême des rôles.

La cause principale des réticences au changement provient de la modification du champ d’intervention des partenaires sociaux. Ces derniers doivent se repositionner en reconnaissant à l’Etat ses responsabilités en matière de définition de la politique de santé publique, de rassemblement des données, de recherche, et de veille ; cette séparation doit conduire à renforcer la consultation dans ce domaine et une coopération soutenue dans la gestion et la prévention du risque qui découlent de cette politique. On a pu toutefois observer dans d’autres domaines, tels que l’alimentation ou l’élevage bovin, un gain de maturité des partenaires.

Ensuite, l’ouverture de la santé au travail vers la santé publique suscite des craintes de perte d’identité, de tutelles administratives nouvelles ou de moindre efficacité.

Enfin, contrepartie essentielle, l’Etat doit se doter des moyens humains et financiers, qui lui font actuellement défaut, mais indispensables à l’exercice de son nouveau rôle, ce qui conduit à une augmentation certaine des besoins, notamment sur le plan du budget et des effectifs.

De plus, la compréhension des enjeux globaux et, donc, les arbitrages indispensables à une prise de décision au plus haut niveau pâtissent de l'absence, de l'insuffisance ou du manque de fiabilité des données scientifiques recueillies.

A ce titre, il appartient également à l'Etat de démontrer qu'il est capable d'assurer l'indépendance et le caractère contradictoire de la recherche, la transparence de ses décisions après avoir recueilli l'avis de ses partenaires, la coopération entre les acteurs publics, tout en consolidant la protection de l'indépendance des médecins du travail, et en respectant les droits et devoirs des entrepreneurs. L'ensemble de ces réticences et de leurs conséquences ne peut être surmonté que par une solide volonté politique capable de convaincre et de rassembler les divers partenaires.

3.1.2 Les enjeux : ouverture sur la santé publique, interministérialité, séparation des rôles

L'ouverture du risque professionnel en milieu de travail à la logique de sécurité sanitaire constitue la première condition. Elle est essentielle pour compléter la seule approche en vigueur, celle qui obéit à la logique de l'entreprise, qui constitue la culture commune à tous les acteurs, partenaires sociaux, inspecteurs du travail, médecins du travail ou agents des services prévention des CRAM. La disparition spatiale, temporelle et sociale des frontières du risque y contraint. L'entreprise ne peut plus vivre seule mais doit savoir s'inscrire dans son environnement.

Le second enjeu est de reconnaître le caractère interministériel de la prévention sanitaire en milieu de travail. La prééminence du ministère de la santé ne constitue pas l'objectif à atteindre. Etant donné l'ampleur des domaines susceptibles d'avoir un impact sur la santé publique, il faudrait, dans cette perspective, imaginer un ministère de la santé disproportionné, ce qui est irréaliste. Le ministre en charge du travail agirait dans le cadre de la politique fixée en commun avec le ministre chargé de la santé et celui chargé de la sécurité sociale sous l'égide du premier ministre.

La troisième condition concerne l'Etat et les partenaires sociaux. Faire de la santé au travail un objet de politique publique conduirait à affirmer avec force que la santé ne doit plus être une variable d'ajustement dans les relations sociales, et que ces relations sociales doivent devenir un outil au service de la santé. Les partenaires sociaux doivent être rassurés et valorisés dans ce nouveau rôle, certes moins étendu, mais plus conforme aux nouvelles responsabilités. Pour l'Etat, à titre d'exemple, les déterminants des normes d'interdiction ou de limitation devraient renforcer la place des critères de santé publique.

La politique de santé publique, y compris en milieu de travail, est clairement une prérogative de l'Etat ; la déconnexion entre les phases d'expertise et les phases de dialogue devraient en découler. La définition des objectifs et des priorités lui revient ; par contre la conception et l'organisation des actions de prévention ressortent du domaine de la coopération avec les partenaires sociaux. Si cette politique suppose des prestations délivrées aux individus, la CNAM interviendrait en tant que financeur car elle est un opérateur de la politique de santé publique. On romprait ainsi avec la confusion actuelle qui ne distingue pas l'assureur du risque de celui qui est en charge de la politique de ce risque.

3.1.3 Les atouts : un contexte jurisprudentiel, législatif, réglementaire concomitant avec la mise en œuvre de l'évaluation des risques

Le contexte actuel rend encore plus urgente mais aussi plus aisée l'affirmation d'une politique de santé au travail. Les grandes catastrophes sanitaires, en particulier le sang contaminé et l'amiante, l'intervention croissante des tribunaux, l'implication des partenaires sociaux mais aussi l'apparition des associations de défense, les projets d'origine administrative ou partenariale démontrent que la situation actuelle ne peut demeurer en l'état et doit, sous peine d'implosion, profondément se transformer.

Les décisions du juge administratif font entrer le contentieux de l'amiante dans le nouveau paradigme de la gestion des risques technologiques et environnementaux. L'élaboration des nouveaux principes régissant l'évaluation, la perception et la gestion des risques concerne directement les risques professionnels. Le juge a en effet posé des exigences « objectives » comme la transposition des directives européennes dans un délai raisonnable, et des exigences « subjectives » comme prendre toutes les mesures « utiles ». Désormais, il pourrait s'agir pour l'Etat de définir une démarche, assez proche de l'étude d'impact en environnement, de type « ergologique »¹. Elle conjuguerait, peu ou prou, une évaluation pluridisciplinaire² des risques et une régulation juridique préventive. Au titre du contrat de plan état-région en Provence Alpes Côte d'Azur, une formation des acteurs sociaux, dans le cadre de cette discipline, est conduite pour élaborer une stratégie d'approche des facteurs sociaux liés au travail.

Les décisions des juges consacrent en fait la nécessaire séparation, fonctionnelle et organique, entre l'évaluation et la gestion des risques ; elles marquent l'entrée de la gestion des risques professionnels dans la sphère de la santé publique.

Ces évolutions jurisprudentielles décloisonnent les champs de l'action publique, la santé au travail sortant du strict champ professionnel et de la sphère de l'entreprise pour s'ouvrir au champ de la santé publique.

D'autres facteurs d'évolution sont en cours. Ainsi la loi de modernisation sociale a donné un contenu légal à certaines dispositions de l'accord interprofessionnel sur la santé au travail mais les premiers décrets d'application sont toujours en discussion. Ce peut être l'occasion de réorienter le dispositif de santé au travail. En tout état de cause, le bilan, qui sera établi au terme de trois années d'application des nouveaux textes, rendra ce changement encore plus inéluctable.

Dans le même temps, le ministère de la santé lance une concertation publique pour préparer la loi de programmation de santé publique. Il s'agit, essentiellement, de fournir au Parlement des éléments de connaissance pour nourrir le débat. La vraie difficulté sera alors de choisir quelques priorités d'actions et de les financer. 22 débats régionaux sont en cours et le haut comité de santé publique est également mobilisé. Pour l'essentiel, les questions sont interministérielles, qu'il s'agisse de la santé au travail ou de la santé environnementale. Cette loi pourrait être l'occasion de clarifier les compétences en précisant qui est responsable de la politique de prévention au sein de l'Etat.

¹ L'ergologie est une science qui envisage le travail dans sa dimension humaine et environnementale, et non seulement comme une activité économique créant un rapport de subordination.

² Epidémiologie, ergonomie, toxicologie, psychologie du travail, sociologie des organisations et permettant d'introduire les dimensions scientifiques de l'analyse coût - avantages développée par les économistes.

Au titre de la future loi sur la décentralisation, des acteurs du Nord Pas-de-Calais et de la Picardie demandent d'expérimenter sur le champ de la santé au travail et de pouvoir disposer d'un éventail de possibilités plus large que la loi ne le permet actuellement. De même, au titre du contrat de plan état-région en Provence Alpes Côte d'Azur, les élus régionaux très sensibilisés par la question de l'amiante ont participé activement à la mise sur pied d'un réseau de veille et de prévention des risques professionnelles et d'actions cofinancées avec la DRTEFP, sur des crédits relevant de la politique de l'emploi puisque la DRT n'en disposait pas. La santé au travail ne peut rester étrangère aux initiatives prises en matière de décentralisation et doit conforter sa dimension régionale ou interrégionale, en se donnant les moyens, notamment financiers, nécessaires à sa réalisation.

Mais de nouveaux enjeux pour la prévention en entreprise se mettent en place et permettent de confirmer le rôle des chefs d'entreprises en matière de santé au travail, en tant que responsables de l'évaluation des risques mais aussi d'acteurs de la prévention.

Depuis le mois de novembre 2002, l'obligation pour toutes les entreprises d'établir un document d'évaluation des risques est un atout considérable dans la perspective des évolutions préconisées. On demande aux chefs d'entreprise de procéder à cette évaluation dans une optique de connaissance précise du risque, avec l'ambition qu'ils prennent ensuite les mesures nécessaires à l'amélioration de la situation constatée.

L'évaluation des risques est l'occasion de réorienter les réseaux institutionnels (médecins du travail, CRAM, inspection, consultants, experts...), d'améliorer leur coopération et de mettre en œuvre concrètement la pluridisciplinarité. Elle devrait s'accompagner d'une fonction d'appui du type de celle qui a été mise en œuvre pour les 35 heures, qui permettrait en outre de rapprocher les divers préventeurs. Pour le médecin du travail en particulier, la connaissance du milieu de travail, concrétisée par ce que l'on appelle le « tiers temps », devient l'élément central de son activité qui se décline ensuite par une surveillance médicale individuelle des salariés en fonction des risques ainsi évalués. C'est un tournant capital à ne pas manquer puisqu'il permettrait de rétablir le médecin du travail dans son rôle de prescripteur de la périodicité des visites médicales du travail et des mesures d'adaptation des postes de travail, au terme d'une connaissance des risques de l'entreprise résultant de ses propres observations mais aussi de celles de l'équipe pluridisciplinaire fondée sur un travail pluridisciplinaire.

De plus, les textes sur l'évaluation des risques laissent, par leur généralité, une réelle marge d'initiatives aux entreprises, tant sur le plan méthodologique que sur les conditions de sa mise en œuvre. Cette exigence de document unique est révélatrice de l'exception française de la formalisation mais elle permet aussi de cristalliser une réflexion. L'employeur est clairement en charge non seulement de la sécurité mais aussi de la prévention, A partir de cette année, il devra, au moins une fois par an et en concertation avec les partenaires sociaux, organiser une démarche d'identification des risques La véritable valeur ajoutée de cette démarche résidera dans la définition et la mise en œuvre de plans d'actions. Elle suppose donc la combinaison d'actions techniques, d'actions de santé collectives et d'actions de santé individuelles. Chaque évaluation doit mener à la définition d'un programme, qui lorsqu'il sera terminé donnera lieu à une nouvelle évaluation.

3.1.4 A titre de comparaison, le programme de maintien de la capacité de travail en Finlande.

Une des huit missions de l'IGAS, préparatoires au rapport annuel 2003, a étudié les politiques de prévention sanitaire, y compris sous l'angle de la santé au travail. L'exemple ci-dessous décrit le programme de maintien de la capacité de travail en Finlande, lancé en 1992, et traduit, par comparaison, le retard pris par la France.

3.1.4.1 Les fondements institutionnels :

une **politique publique globale de santé au travail** mise en place de manière concertée avec les partenaires sociaux et plusieurs ministères. Cette stratégie est très liée au vieillissement de la population : améliorer la santé de la population active est une condition du recul de l'âge de départ à la retraite, fixé comme objectif ;

un **institut de la santé au travail financé par l'Etat** et chargé de conduire des recherches et assurer des formations : si les partenaires sociaux sont associés au sein d'un conseil d'orientation, la recherche bénéficie de fonds publics et d'une marge de manœuvre importante dans la détermination des priorités et la conduite des travaux. Cette recherche porte à la fois sur la santé de l'individu au travail et sur l'environnement. Elle s'appuie sur un personnel hautement qualifié et pluridisciplinaire (médecins, biochimistes, psychologues et sociologues) ;

des **services de santé qui conduisent des évaluations des risques** dans le milieu de travail, passant d'une approche individuelle à une approche plus collective, liée à l'environnement de travail. La pluridisciplinarité des services de santé est encore relativement limitée (quelques psychologues, kinésithérapeutes...) mais leur présence majoritaire au sein des centres de santé municipaux, qui associent des professionnels de la santé et du social, favorise une certaine multidisciplinarité ;

3.1.4.2 La politique de maintien de la capacité de travail (maintenance of work ability)

En **1992**, le comité consultatif sur les services de santé au travail (partenaires sociaux et Etat) a défini le concept de maintien de la capacité de travail comme l'objectif de la politique de promotion de la santé en milieu de travail. Cette politique, définie avec le comité consultatif sur la recherche en sécurité sociale, a de nouveau été confirmée en 1999. Entre 1995 et 1998, l'institution d'assurance vieillesse (TELA) a organisé des programmes de formation pour développer les concepts de maintien de la capacité de travail dans les entreprises et les services de santé : environ 23 000 personnes ont participé à ce programme dont 13 400 représentants des entreprises, 5 000 médecins des services de santé et 4 900 professionnels de la santé au travail (médecins, infirmières, kinésithérapeutes, psychologues). Près de 85 programmes dans les PME ont été cofinancés par le Fonds social européen sur la période 1995-1999. Le ministère des affaires sociales et de la santé a organisé, en lien avec le ministère du travail et celui de l'éducation, un programme national pour les travailleurs vieillissants, sur la période 1998-2002.

Le concept de maintien de la capacité de travail s'est élargi à la promotion de la santé au-delà de la prévention ; il inclut l'environnement et l'organisation du travail, la formation au-delà de la dimension médicale. Selon le comité consultatif sur les services de santé au

travail, cette stratégie a permis de passer d'une promotion de la santé axée sur l'individu, la surveillance et la réadaptation vers une politique globale fondée sur la coopération de plusieurs acteurs sur le lieu de travail.

Afin d'évaluer les facteurs de risques pour la santé et la capacité au travail, l'Institut finlandais de santé au travail effectue un suivi d'une cohorte de 12 231 enfants nés en 1966, aux âges de 1, 14 et 31 ans. Le projet vise notamment à analyser les risques liés à l'environnement en incluant la perception subjective des salariés sur leur travail.

L'évaluation de cette politique en 2001-2002.

Une évaluation de cette politique de santé au travail a été conduite conjointement par les deux comités consultatifs concernés, l'institution d'assurance sociale et l'institut de santé au travail. Six groupes ont été formés sur différents aspects de cette politique et ont associé des représentants d'autres ministères (travail, éducation), des organisations professionnelles, des associations du centre finlandais pour la promotion de la santé, des universités...

Cette politique aurait permis, au cours des années 1990, une diminution du nombre de maladies professionnelles et d'accidents du travail, ainsi qu'un recul de l'âge de départ anticipé à la retraite de 58 à 59 ans (les dépenses de préretraite dans les entreprises de plus de 50 salariés sont passées de 5 % de la masse salariale en 1994 à 3,4 % en 1998). Elle s'avère financièrement rentable : le ministère des affaires sociales et de la santé estime que l'investissement de 1 milliard de FIM (0,2 milliards d'€) supplémentaire chaque année dans la prévention et la réadaptation a conduit à une réduction globale des coûts de 6 milliards de FIM (1 milliard d'€) par an. Le rapport d'évaluation montre que les entreprises sont peu conscientes des coûts liés à la mauvaise santé de leurs salariés : l'Institut de santé au travail estime que dans les PME qu'il a suivies, les bénéfices potentiels en termes de productivité et absentéisme sont 10 à 20 fois plus élevés que leurs dépenses dans les services de santé au travail.

L'évaluation déplore cependant que la recherche et les actions soient restées séparées : il n'y a pas eu d'outils ou de modèles pour l'action élaborés par la recherche ; la recherche est moins orientée vers les acteurs de terrain que vers l'administration centrale.

La stratégie de santé publique définie par le ministère des affaires sociales et de la santé pour 2015 inclut la santé au travail : promouvoir l'aptitude au travail et l'attractivité de la vie active. L'objectif est de reculer l'âge de départ effectif à la retraite de 3 ans entre 2000 et 2015.

3.2 Eléments pour une politique qui garantisse la santé au travail de tous les salariés et tout au long de leur vie professionnelle

3.2.1 Le niveau politique de définition des priorités de santé au travail

La séparation de l'évaluation du risque de sa gestion constitue le fondement des propositions. Lutter contre la confusion des pouvoirs, et la confusion des intérêts économiques et sanitaires, suppose de définir un certain nombre de principes propres à guider

la décision sanitaire, notamment le respect du principe de la transparence et du principe de contradiction en matière d'expertise.

L'élaboration et la restitution des éléments d'appréciation sanitaire résultant de la consolidation des données, de la recherche et de la veille, en quelque sorte la fonction de dire la science, supposent l'indépendance des personnes et des organismes qui en ont la charge, tant vis-à-vis du monde de l'entreprise que du pouvoir politique, et imposent son caractère contradictoire. La restitution des travaux est elle-même transparente au sens où les conclusions, les évaluations et les avis sont rendus publics. **Ensuite, les décideurs, qui travaillent en toute connaissance de cause, ont la charge de prendre en compte l'ensemble des implications, et pas uniquement sanitaires, pour trancher.** Le risque sanitaire n'est en effet pas le seul paramètre de la décision publique.

La mise en œuvre d'une telle répartition dans le domaine de la santé au travail et des risques professionnels demande le courage politique d'une explication claire et ouverte, mais très ferme quant aux objectifs à tenir.

3.2.1.1 Définition par l'Etat des grands axes de la politique de santé au travail après un débat national

L'affirmation, sous l'autorité du Premier ministre, de l'obligation d'une politique de santé au travail consacrerait son caractère nécessairement interministériel. Les ministres chargés du travail, de la santé et de la sécurité sociale bénéficieraient de l'appui des trois directions centrales que sont la DRT, la DGS et la DSS, toutes trois convaincues de la pertinence d'une telle évolution. L'association des ministres et des administrations en charge de l'industrie et de l'environnement semble inéluctable à terme. Si le ministre chargé du travail demeurerait le chef de file, les modalités de coopération aux niveaux ministériels et administratifs seraient à institutionnaliser sous forme de contacts permanents, de réunions décisionnelles périodiques, et de coordination étroite pour le conseil supérieur des risques professionnels ainsi que pour les conseils d'administration de la CAT-MP et de l'INRS.

Le comité de liaison DGS-DRT, installé en janvier 2003, n'en constitue pour l'instant qu'un très modeste point de départ, compte tenu de l'ambition ainsi assignée. Cette instance informelle, au-delà de la loi quinquennale, assurera un suivi permanent des questions communes et en particulier du département santé au travail de l'INVS. La coopération avec le ministère de l'environnement doit également être stabilisée à l'issue de la discussion du projet de loi sur les risques industriels. La loi de programmation de santé publique doit comprendre un volet « santé au travail ». Ceci constitue une innovation opportune et devrait être l'occasion publique de l'annonce et du lancement de cette politique de long terme, en insistant sur les garanties apportées et la volonté d'associer les acteurs à sa mise en œuvre, quelque en soit le niveau.

L'Etat devrait assumer sa responsabilité de maître d'ouvrage dans la connaissance, l'évaluation et l'expertise de la santé au travail pour en garantir l'indépendance, le caractère contradictoire et la transparence. Il lui appartient également de fixer les orientations et les priorités de cette politique, après un débat public, et tout particulièrement, avec les partenaires sociaux. Cette politique interministérielle pourrait conduire dans un premier temps à affirmer la volonté de protéger la santé des travailleurs tout au long de leur vie professionnelle, puis à jeter les bases de la création d'une agence de santé au travail, outil public de connaissance du risque.

Elle pourrait ensuite être à l'origine d'un large débat sur ces questions sous forme de conférences régionales de santé suivies d'une rencontre nationale en association étroite avec le Haut comité de santé publique ainsi que le Conseil Supérieur de la Prévention et des Risques Professionnels (CSPRP).

La toile de fond de cette politique nouvelle serait constituée par le cadre européen contraignant en raison des engagements qui s'imposent, mais pourvoyeur de connaissances, d'expérimentations et porteur de constructions communes.

La création d'une véritable politique de santé au travail supposerait un engagement politique à long terme pour inscrire ce sujet dans la durée. A ce titre, la santé au travail pourrait tout à fait constituer un **programme au sens de la loi organique du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances (LOLF)**. Il afficherait la volonté politique d'un programme autonome fondé sur une allocation de moyens spécifiques et l'intervention croisée de la DRT, de la DGS et de la DSS.

3.2.1.2 La connaissance par la recherche et la veille, préalable essentiel à la décision

La constitution d'un outil public de connaissance du risque est indispensable. On peut envisager de multiples hypothèses : la création ex-nihilo d'une agence indépendante, le renforcement de la tutelle de l'Etat sur l'INRS, l'intégration de la santé au travail dans l'AFSSE ou encore l'intégration de l'INRS dans l'INVS. Ainsi, lors de la création de l'agence de sécurité sanitaire environnementale, le principe de l'intégration de l'INRS en son sein n'a pas été retenu. L'étude préalable pourrait utilement faire un bilan de l'organisation mise en place dans le champ des rayonnements ionisants puisque le SCPRI, devenu l'OPRI, puis l'IRSN, est sous une double tutelle des ministres en charge du travail et de la santé.

Les ministères, quant à eux, ne sont pas adaptés pour jouer un rôle technique de pointe et pour recruter des scientifiques compétents. De ce seul point de vue, l'"externalisation" des fonctions d'expertise dans les agences est un atout. Les organisations syndicales s'investissent peu sur ce champ qui ne correspond pas à leur vocation principale. Les employeurs, pour leur part, mettent plus l'accent sur la recherche appliquée que sur la recherche fondamentale ; un accroissement du potentiel de recherche ne peut que bénéficier aux besoins de connaissances que leurs responsabilités requièrent au niveau de l'entreprise.

La mission estime que la création d'une agence de santé au travail, de préférence autonome plutôt qu'insérée dans un ensemble de caractère plus général, permettrait d'assumer, au mieux, la fonction scientifique préalable au débat public et à la décision politique. Sa dimension européenne pourrait conduire à une duplication de l'agence européenne de Bilbao Elle garantirait la qualité et l'indépendance de l'information, de la recherche, de la formation et de l'évaluation, critères indispensables pour l'adhésion des partenaires sociaux.

Dans le champ de la santé au travail, elle associerait et fédérerait les grands réseaux de santé publique qui gèrent eux-mêmes des réseaux de recherche au sein desquels on peut trouver aussi bien des entreprises privées, des laboratoires du CNRS, de l'INSERM, le CEA... et au sein desquels on peut mobiliser la multiplicité des compétences nécessaires à une évaluation du risque en milieu de travail (épidémiologie, droit, biostatistique, hygiène industrielle, ergonomie...). De même pour la formation initiale et continue des professionnels, elle

pourrait coordonner l'université, les organismes rattachés aux pouvoirs publics (ENSP, INTEFP, CNESS) et les organismes publics et privés compétents sur ce thème.

Dans cette hypothèse, l'INRS conserverait ses attributions mais devrait ajuster sa fonction de recherche aux objectifs fixés avec l'agence. Pour l'ANACT, le même principe serait retenu ; la préparation en cours du troisième contrat de Progrès donne la possibilité de resituer cette agence sur le champ de la santé au travail.

Pour le système de veille, l'INVS constitue un sérieux atout puisqu'il dispose d'une unité santé au travail en voie de développement, et du réseau des Cellules Interrégionales d'Epidémiologie (CIRE) qui sont hébergées dans les DRASS et pourraient élargir leurs compétences et leurs réseaux à la santé au travail.

L'évaluation demande de classer les risques les uns par rapport aux autres et de la manière la plus indépendante possible, mais selon quels critères ? Faut-il se dégager de cette pratique qui peut engendrer la confusion ou, appréhender la pluralité d'expertises contradictoires, collectives et pluridisciplinaires, éventuellement européennes. C'est dans ce cadre que l'on peut penser à la création d'un conseil scientifique avec trois parties prenantes : le travail, la santé et l'environnement ; c'est ce qui constituerait son particularisme. Il permettrait aussi de rapprocher le consommateur et le voisin du salarié, sans les confondre. Ce conseil serait adossé au conseil supérieur de la prévention des risques professionnels (CSPRP), qui devrait être rénové et faire une large place aux associations.

Sur l'évaluation du risque, il faudrait procéder à des calculs de probabilité qui ne font pas seulement appel à l'épidémiologie. On l'a imposée dans le champ de l'environnement puisque les entreprises doivent procéder à des évaluations de l'impact sanitaire de leurs installations sur les populations riveraines. Rien n'interdit de le faire dans le champ de la santé au travail, mais dans ce cas, l'agence pourrait proposer « une doctrine » pour sortir de la confusion actuelle et offrir des outils aux entreprises.

Si le principe de la création d'une agence sanitaire, préconisée par la mission, n'était pas retenu, il est toujours possible de mettre en réseau et de renforcer les institutions existantes en confiant le pilotage de cette opération à l'INVS et en ménageant, dans le cadre d'une contractualisation, la complémentarité entre les structures du réseau. Le conseil scientifique, auprès d'un CSPRP rénové, aurait alors un rôle encore plus accru.

3.2.1.3 Les relations entre l'Etat et la sécurité sociale

L'établissement d'une convention d'objectif et de gestion (COG), laissant toute sa place aux enjeux de santé publique au travail, entre l'Etat et la CATMP constitue une exigence prioritaire. Des discussions sont en cours, mais elles ne concernent pas directement la santé au travail. Pourtant, aux côtés des prescriptions propres à ce type d'organisme, la prise en compte des priorités ministérielles, les modalités de tutelle de l'INRS, les dispositifs nationaux et régionaux de coordination, le rôle et les missions des services Prévention des CRAM, le fonds de prévention ou le financement particulier de la CATMP sur les risques chimiques, hors de la dotation de l'INRS, pourraient, entre autres, y être précisés. La connaissance et le suivi en temps réel des déclarations de maladies professionnelles constituent un élément indispensable à la veille sanitaire.

Au-delà de considérations d'équité et de justice sociale, l'amélioration de la réparation, par une meilleure connaissance du risque, est l'une des conditions de la définition d'une politique efficace de prévention.

Le développement des risques « longs » rallonge les délais d'imputation sur **la tarification** et lui fait, en partie, perdre son sens. Les ristournes et les majorations sont effectivement peu utilisées, mais il faut reconnaître que leur maniement est difficile. Il n'est donc pas démontré que le système actuel de tarification incite à la prévention ; son premier objectif, qu'il remplit correctement, est de couvrir les dépenses. Aujourd'hui, le système est beaucoup trop complexe et morcelé. Il pourrait être plus attractif d'utiliser un système drastique, de « **bonus malus** ». L'outil financier ne semble pas, de toute façon, pertinent pour les très petites entreprises.

Les contrats de prévention ne paraissent pas déterminants en raison de leur faible nombre, mais surtout en raison de la diversité de leur contenu qui ne favorise pas la valorisation de la prévention par l'exemplarité. L'intervention des CRAM est surtout une action de conseil, d'expertise, de diffusion de bonnes pratiques.

Si on veut inciter à la prévention, la tarification ne peut pas se contenter d'une compensation stricte des coûts occasionnés par une entreprise, il faut aller au-delà en la pénalisant. En fait, il faudrait abandonner la mutualisation tout en simplifiant la tarification. Les CRAM passeraient moins de temps à élaborer des réglementations complexes et un peu plus à soutenir les efforts de prévention des entreprises.

3.2.2 Mise en œuvre de cette politique par les acteurs

3.2.2.1 Le conseil supérieur de la prévention des risques professionnels au centre de la mise en œuvre de la politique de santé au travail

Une fois les orientations et les priorités de la politique de santé au travail fixées par les ministres, **le Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels serait l'instance de concertation naturelle pour examiner et arrêter les modalités de leur mise en œuvre.** L'articulation avec les dispositions de la COG, vis-à-vis de laquelle les conseils d'administration de la branche ATMP et de l'INRS se sont engagés, constitue un enjeu fort. Pour assumer cette responsabilité, **l'élargissement de la représentativité du conseil supérieur** doit donc s'opérer à la fois vers les associations de défense, vers les représentants des diverses instances de la sécurité sociale et des organismes professionnels de prévention, vers les représentants des services médicaux du travail et de la pluridisciplinarité, mais aussi vers les représentants des conseils régionaux et généraux.

En effet, dans la mise en œuvre de la prévention du risque, les partenaires sociaux doivent tenir complètement leur rôle avec l'ensemble des institutions publiques ou professionnelles et en coopération avec les services de contrôle. A cette occasion, le rôle essentiel des chefs d'entreprise dans la réalisation de cette politique mérite d'être valorisé. Il en va ainsi de l'évaluation des risques et des plans de prévention dont ils ont la responsabilité et qu'ils réalisent en association étroite avec les organisations syndicales, les médecins du travail et les nouveaux acteurs que sont les experts regroupés au titre de la pluridisciplinarité.

Les acteurs pourront aussi disposer du conseil scientifique pour éclairer leurs choix, et d'une instance unique de concertation, de coordination et des institutions nationales, régionales et locales.

3.2.2.2 CHSCT et sous-traitance : deux sujets majeurs

L'extension de la couverture par un CHSCT à toutes les entreprises d'une part, la sous-traitance en tant que moyen d'écartier un travail à risque en le confiant à une autre entreprise d'autre part, sont, à des titres divers, au cœur des préoccupations de tous les interlocuteurs que la mission a rencontrés. Elles témoignent de leur volonté d'inscrire dans les faits le droit à l'égalité de traitement de tous les salariés, dans le domaine de la santé au travail. Elles devraient rapidement être placées au cœur du débat public en vue de propositions et de décisions susceptibles de leurs apporter des réponses appropriées. L'une et l'autre font d'ailleurs l'objet de préconisations dans le projet de loi sur les risques industriels, ce qui est de bon augure, mais d'une portée encore trop restreinte.

L'institution des délégués mineurs de fond, depuis plus d'un siècle, a ouvert la voie à un moyen de contrôle de l'ensemble d'un site minier par un représentant, élu par les salariés, disposant d'obligations et de prérogatives étendues. Cette institution est demeurée unique parce que, le plus souvent, l'unité de lieu n'entraîne pas l'unité économique et sociale qui constitue l'entreprise au sens du droit du travail, et que les élections des représentants du personnel sont soumises à des règles strictes d'organisation. Les dispositions législatives (article L 421-1 du code du travail) prises sur la question n'ont rencontré que très peu d'applications concrètes. Par contre, l'accord interprofessionnel sur la santé au travail introduit des commissions locales paritaires dont l'objet est d'aider les entreprises, surtout les plus petites, à préserver la santé de leurs salariés. A la faveur de la mise en œuvre de cette nouvelle instance paritaire, l'abaissement ou la suppression du seuil minimum d'effectifs pour créer un CHSCT, la création de représentants salariés compétents en matière de santé au travail, sur une zone donnée dans une ou des branches professionnelles, ou à vocation interprofessionnelle devraient être examinés. L'extension de la compétence d'un CHSCT à d'autres entreprises pour certaines dispositions propres à une zone déterminée, ou la constitution de CHSCT interentreprises devraient également être étudiées avec la plus grande attention pour qu'à terme chaque salarié bénéficie de cette institution représentative du personnel.

A propos de la sous-traitance, la protection de la santé des travailleurs devrait être prise en compte, quelle que soit la situation, par les CHSCT de l'entreprise donneuse d'ordre sur son site, même si l'entreprise sous-traitante a la capacité d'en constituer un compte tenu de son effectif. La question concerne plutôt les chaînes de sous-traitance ou la sous-traitance en cascade qui, à partir du troisième chaînon, peut perdre, involontairement ou à dessein, toute trace de lisibilité et donc de transparence. Plusieurs solutions méritent d'être examinées allant de l'éradication pure et simple pour les travaux à risque, à la limitation du nombre de sous-traitants successifs dans des cas précis, ou à l'obligation d'inscription des mesures de sécurité à respecter dans les contrats.

3.2.2.3 *La conduite et l'animation de la politique régionale de santé au travail et ses exigences*

Les orientations et les priorités nationales communes adressées aux services déconcentrés de l'Etat (DRTEFP, DRASS, DRIRE...), aux Caisses Régionales d'Assurance Maladie et aux organismes de prévention (ARACT, OPPBTP...) conduisent à mettre en place des plans régionaux de prévention et d'actions de santé au travail.

Au niveau de chaque région, pour assurer la cohésion et l'efficacité de cette politique, deux instances, l'une de concertation, l'autre à caractère médical et scientifique pourraient être mises en place.

L'adoption, le suivi et le bilan de ces plans reviendraient à **un comité régional de la prévention des risques professionnels (CRPRP)** présidé par le préfet. Sa composition et ses attributions seraient comparables à celles du conseil supérieur de la prévention des risques professionnels rénové (CSPRP). Les observatoires régionaux de santé quand ils existent, et les observatoires paritaires régionaux de santé au travail seraient membres à part entière de ce comité. L'exploitation des documents d'évaluation des risques établis par les entreprises devrait permettre de dresser un état des lieux, qui donnerait aux plans une réelle dimension régionale.

Les actuels comités régionaux de coordination composés de la DRTEPP, des services régionaux de l'inspection du travail des transports et de l'inspection du travail de l'agriculture, du service prévention de la CRAM, de l'ARACT, de l'OPPBTP seraient systématiquement élargis aux DRASS et aux DRIRE, à l'inspection du travail des mines et à la MSA. Ils **auraient en charge, au sein du comité régional, la préparation et l'organisation des débats ainsi que la tenue du secrétariat et l'exploitation des documents d'évaluation des entreprises.**

En matière de recherche, d'épidémiologie et de veille mais probablement aussi de formation, une instance administrative régionale spécialisée et consultative aurait en charge le pilotage scientifique de la médecine du travail. Présidée soit par une personnalité médicale impliquée dans le champ travail, soit par le directeur de l'éventuelle et future agence régionale de santé (ARS) ou par un représentant du directeur de l'INVS, elle serait destinée à aborder les questions médicales liées aux quatre domaines cités plus haut, et à assurer les liaisons avec la politique de santé publique et la médecine de ville. Elle devrait être composée majoritairement de personnalités scientifiques et médicales, des médecins inspecteurs régionaux du travail, de médecins inspecteurs de santé publique, de représentants des médecins du travail ainsi que du DRTEFP, du DRASS et du DRIRE.

Cette instance aura une importance encore accrue si le système de veille s'organise autour du médecin du travail et, en particulier, si les entreprises participent à un système de surveillance épidémiologique. Cette éventualité n'est pas réalisable immédiatement et sur tout le territoire, mais envisageable de manière expérimentale, et en nombre limité dans chaque région. Son extension est liée aux conditions de la formation continue des médecins du travail à la démarche de santé publique, et à l'élaboration des protocoles. L'entrée en vigueur de ce système constituerait une évolution majeure pour la santé au travail, avant que la politique de recherche ne produise ses premiers fruits.

Les services déconcentrés du travail seraient soumis aux mêmes exigences d'évolution dans le cadre de la nouvelle politique mise en place.

Les Médecins Inspecteurs Régionaux du Travail (MIRT) sont investis de missions de deux d'ordres différents, ce qui complique la question de leur positionnement :

- leurs missions de base en ce qui concerne la protection de l'indépendance des médecins du travail, l'organisation et le fonctionnement des services de santé au travail ainsi que la fonction de conseil de l'inspection du travail confortent l'organisation actuelle qui prévoit leur rattachement au DRTEFP,
- la fonction de veille médicale et l'animation de la médecine du travail demandent en revanche un cadre de réflexion et de pratiques ainsi qu'une ouverture vers la santé publique que ne peuvent procurer les DRTEFP.

Aussi, dans un premier temps, **des échanges et des travaux communs sur la veille médicale et l'animation de la médecine du travail avec la DRASS et dans la mesure du possible avec les CIRE devraient être lancés**, sur initiative de la DRT et de la DGS au niveau national, du DRTEFP et du DRASS au niveau régional. L'articulation de ce travail avec celui de l'instance médicale régionale, dont la création a été préconisée plus haut, permettrait de faire évoluer ces relations dont on peut penser qu'à terme, elles permettraient de dégager une culture commune en matière de veille et de santé au travail.

L'instauration d'une politique de santé au travail, telle que ce rapport la conçoit, repose sur une politique de contrôle des conditions de travail qui permette de s'assurer de son effectivité. Le caractère pluridisciplinaire des interventions et, par voie de conséquence, leur technicité **posent la question du caractère généraliste de l'inspection du travail**, à la fois en terme de formation et en terme de connaissances techniques, en particulier sur cette question précise de la prévention du risque sanitaire au travail.

Dans un premier temps, la réponse ne peut être que pragmatique, sans préjuger d'évolutions à plus long terme en fonction des résultats obtenus. Dans le cadre de son organisation régionale, **la priorité doit être donnée à la constitution de sections spécialisées et pluridisciplinaires sur certaines zones ou certains types de risque.** Elles seraient composées d'un inspecteur, d'un ingénieur et pourquoi pas, même si le déficit médical rend cette possibilité peu crédible, d'un médecin, ces agents seraient tous trois dotés des mêmes pouvoirs d'investigation et de sanction ainsi que d'indépendance ; pour couvrir l'ensemble du territoire régional, **un réseau de référents** sur les principaux risques permettrait de conforter le travail des sections d'inspection. **La politique par objectif fondée sur le diagnostic territorial, qui devra accroître sa pertinence sur les risques professionnels, constitue un atout supplémentaire pour intégrer les DDTEFP dans la politique de santé au travail.**

Le développement d'un réseau fort entre la DRT, les ingénieurs de prévention, mais aussi les MIRT est essentiel pour l'avenir.

Les actions conjointes menées entre l'inspection du travail et les services des DRIRE depuis l'année dernière sur les sites SEVESO 2 ont toute leur pertinence, et pourraient être évaluées, à la fin 2003, par une inspection de l'IGAS et du Conseil général des mines. Elles constituent

une première initiative de rapprochement des deux services sur les risques internes et externes des entreprises ou des sites industriels, qui mérite d'être valorisée.

3.2.3 Valoriser la spécificité du réseau médical de santé au travail

Inscrire la santé au travail dans une politique reconnue comme prioritaire oblige à réexaminer l'ensemble du dispositif de médecine du travail et chacune de ses composantes.

3.2.3.1 Le médecin du travail au cœur du dispositif et de la pluridisciplinarité

Le médecin du travail constitue la pierre angulaire du système de veille et de prévention de la santé au travail en liant les dimensions scientifiques, médicales et sociales. Il est également à la croisée des dimensions individuelles auprès des salariés, et collectives auprès des entreprises. Par contre, son insertion dans le bassin d'emploi mérite d'être développée, que ce soit dans la liaison avec la médecine générale, l'hôpital... ou dans la connaissance des caractéristiques des risques professionnels. L'absence de liaison avec les caisses de sécurité sociale et les médecins conseils, les débats autour de l'accès à la « carte VITALE » illustrent à la fois la méconnaissance réciproque mais aussi les atouts qui ne sont pas valorisés, en particulier dans le suivi de l'exposition des salariés tout au long de leur parcours professionnel.

La priorité donnée à l'évaluation des risques repose la question de la présence effective du médecin du travail en entreprise, la fameuse proportion de temps qu'il doit, en vertu de l'article R 241-7, consacrer à sa mission en milieu de travail. Pour que cette présence soit effective, elle exige une inversion par rapport à la logique en vigueur. La priorité est actuellement donnée à la visite médicale annuelle. Celle-ci, au contraire, devrait avoir une périodicité fixée en fonction des conditions de travail et des risques particuliers à l'entreprise dans laquelle le salarié travaille et à l'activité de laquelle il participe. Cette option a une double conséquence. D'une part, elle permet d'inscrire le médecin et, avec lui, l'équipe pluridisciplinaire au centre de l'évaluation des risques, reconnue comme essentielle. D'autre part, elle confère au médecin une fonction de prescripteur en terme de périodicité de visites et de conditions de travail. La visite annuelle était justifiée en 1946, compte tenu du tissu industriel et de l'état sanitaire général. Les conditions sont maintenant très différentes, y compris au niveau de la démographie médicale, ce qui conduit à se concentrer sur les risques actuels, et à venir, et pour le reste, à travailler avec la médecine de ville.

En contre partie, les protocoles de visite seraient homogénéisés et pourraient ainsi servir de base à des enquêtes épidémiologiques mais aussi au système de veille sanitaire. Sur ces deux fonctions, une ouverture et un travail commun avec le dispositif de santé publique sont indispensables. Elles sous-tendent la proposition d'une instance médicale régionale.

Les partenaires sociaux ont, en fait, une lecture qui pourrait s'avérer contradictoire. Pour les médecins du travail et les syndicats de salariés, le caractère essentiel de l'évaluation des risques conduit à donner la priorité au tiers temps passé en entreprise, en lui affectant la totalité du temps gagné en raison de la suppression du caractère obligatoire de la visite annuelle ; pour les employeurs, le temps ainsi gagné devrait conduire essentiellement à améliorer le nombre et la qualité des visites médicales. Des garanties données par l'Etat, sur ce point, aux organisations de salariés permettraient de débloquer le débat sur l'annualité de la

visite. Le conflit autour du certificat d'aptitude devrait se conclure par sa suppression, puisqu'il n'a jamais garanti autre chose que l'accomplissement d'une formalité administrative, et que les dispositions propres à certains aménagements de postes relèveraient de la prescription directe du médecin du travail.

Les mesures en cours pour remédier à la pénurie de médecins n'auront d'effet qu'à long terme et, de toute manière, ne permettront pas de maintenir l'effectif actuel. Aussi **la formation d'infirmiers et de secrétaires médicales en capacité de répondre aux exigences d'une connaissance des risques en entreprise est une obligation aussi forte que celle qui concerne les médecins du travail.** La mission a noté l'écllosion de ce type de formations. Elles mériteraient d'être encouragées et mises en réseau pour accroître l'efficacité. **La mise en œuvre de la pluridisciplinarité exige des actions de même nature.**

Au Canada et dans de nombreux pays, on devient médecin du travail après une formation en santé publique. En France, il avait été envisagé, en 1981, de faire de la médecine du travail une spécialité de santé publique, mais la profession s'y est opposée. Par ailleurs, au Canada, les médecins du travail sont nommés sur une liste arrêtée par les autorités sanitaires, ce qui permet sûrement de renforcer leur indépendance, de s'assurer de leur formation et d'organiser des liens entre ces réseaux de santé et l'administration qui facilitent les actions collectives.

3.2.3.2 Pour un renforcement des rapports entre l'Etat et les services de santé au travail, de l'agrément au contrat d'objectif

Cette série de propositions conduit à examiner l'organisation, déjà en cours de modification, de la santé au travail. La politique actuelle est de mettre en œuvre rapidement les dispositions de la loi de modernisation sociale, notamment en publiant avant la fin du premier semestre 2003, les décrets d'application. Ces textes portent sur trois groupes de questions, d'abord la régularisation et la conversion pour accroître le nombre et la qualification des médecins du travail, ensuite la pluridisciplinarité pour placer le médecin au cœur du dispositif tout en répondant aux directives européennes et, enfin, le renforcement de l'indépendance des médecins et de l'organisation des services de médecine du travail. Ils devraient laisser la possibilité aux accords de branche d'en préciser les contenus. Au terme d'un délai de trois ans, un bilan serait dressé pour évaluer l'état du système et y apporter les correctifs ou les inflexions nécessaires après concertation, notamment avec les signataires de l'accord interprofessionnel d'octobre 2000.

Pour la mission, l'ordonnancement de l'ensemble du dispositif mérite d'être revu plus profondément et, en particulier, le dispositif d'agrément des services médicaux du travail. L'agrément reste dans les faits très formel, ce qui explique, en contrepartie, l'inexistence des refus, compte tenu de l'impossibilité, ou à tout le moins de la complexité, de mettre en place, très rapidement, les solutions de remplacement. **Il conviendrait plutôt de prendre en considération cette situation qui découle de la loi de 1946 et de transformer l'agrément, assez formel, en un contrat d'objectif entre l'Etat et les services. D'une durée de trois ans, il serait conclu entre l'Etat (DRTEFP, MIRT et DRASS, MISP), puisqu'il s'agit d'une délégation de service public, et l'association locale de médecine du travail gérée selon les formes actuelles par les partenaires sociaux.** Cette association aurait compétence pour une zone déterminée, qui pourrait correspondre à tout ou partie du secteur géographique que se donneront les commissions paritaires locales prévues par l'accord interprofessionnel, pour supprimer la concurrence actuelle entre les services et renforcer la cohérence du dispositif.

Les engagements, qui pourraient porter sur l'ensemble des domaines d'interventions, seraient suivis à périodicité régulière, chaque année par exemple. Cette formule, adaptée à chaque situation locale, serait, en outre, de nature à développer le débat paritaire dans un cadre qui est déjà le sien et à améliorer la transparence du système. Une partie serait consacrée à l'activité médicale, l'autre à l'organisation administrative. A l'issue d'un diagnostic partagé, les problèmes récurrents de tarification, de maintien de la ressource financière si la périodicité de la visite annuelle se diversifie, de tiers temps, d'effectifs médicaux, d'auxiliaires médicaux, de pluridisciplinarité, de rapport annuel administratif et des rapports médicaux d'activité mais aussi de la connaissance de l'état de santé des salariés de la zone de compétence seraient concrètement abordés. Les engagements réciproques seraient ainsi concertés, publics et suivis à périodicité régulière. Ces contrats d'objectif donneraient lieu à évaluation.

Le choix de cette voie intermédiaire n'interdit pas de penser à des réformes plus radicales, qui demandent réflexion et concertation. Il en va ainsi de l'indépendance du médecin du travail dont l'autorité hiérarchique et la rémunération devraient être transférées hors de l'entreprise ou de l'association support dans laquelle il exerce ses fonctions, du financement des services de santé au travail à partir d'une tarification nationale et uniforme ou du moins fixée par catégorie au niveau national, ou encore de l'extension du dispositif au secteur agricole ou aux fonctions publiques et certainement aussi des conséquences de l'entrée de la santé publique dans le dispositif de santé au travail. Cet énoncé n'est pas limitatif. Il a pour seul objectif de montrer que les transformations indispensables sont nombreuses et que la fermeté et le pragmatisme sont indissolublement liés pour les conduire.

L'ensemble de ces perspectives encore inabouties suppose que les partenaires sociaux acceptent un recul de leurs prérogatives dans le champ de la santé au travail. Après l'amiante, le « sens de l'histoire » est bien un réinvestissement par l'Etat de sa compétence dans le champ de la santé au travail, accompagné d'un dialogue renforcé sur les conditions de mise en œuvre. Les partenaires sociaux ne seraient sûrement pas réfractaires à un retour de l'Etat sur ses compétences régaliennes, pour peu que celui-ci mette en ligne les moyens d'une intervention de qualité et qu'il laisse une place à la négociation sur ce qui est négociable.

Hayet ZEGGAR

Jacques ROUX

Pierre de SAINTIGNON

LISTE DES ANNEXES

- Annexe n° 1** : Liste des personnes rencontrées..... **p. 1 à 5**
- Annexe n° 2** : Présentation du système de prévention et de réparation du risque professionnel..... **p. 1 à 9**
- Annexe n° 3** : Liste des sigles utilisés..... **p. 1**

ANNEXES

ANNEXE N° 1 :
Liste des personnes rencontrées.

ANNEXE 1

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

Cabinets.

Ministre des Affaires Sociales, du Travail et de la Solidarité,

M. Eric AUBRY, conseiller chargé du travail et des relations,
M. Pierre MORDANT, conseiller technique,

Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapés

M. William DAB, conseiller technique,

Directions d'administrations centrales

Direction des relations du travail

M. Jean-Denis COMBEXELLE, directeur,
Marc BOISNEL, sous-directeur des conditions de travail et de la prévention des risques du travail,
Madame le Dr LANCHE-MOCHEL, chef de l'inspection médicale du travail,
Mad. Marie Claude RIEUBERNET, chef du bureau médecine du travail C.T. 3,
Mad. Catherine d'HERVE, chef de la mission d'animation des services déconcentrés,

Direction Générale de la Santé

M. Lucien ABENHAIM, directeur général,
Mad. Armelle GEORGE-GUITON,

Direction de la Sécurité Sociale

M. Pierre-Louis BRAS, directeur,
M. Laurent HABERT,
Mme Josette GUIGEN,

Direction de la Prévention des Pollutions et des Risques,

M. Philippe VESSERON, directeur, délégué aux risques majeurs
M. A. PAQUOT, chef du bureau de la pollution des sols et des pollutions radioactives

Sécurité Sociale

CNAMTS

M. Daniel LENOIR, directeur,
M. Pierre-Jean LANCRY directeur délégué,
M. Christian CHAURD,

Direction des risques professionnels (CNAMTS)

M. Gilles EVRARD directeur des risques professionnels,
M. Jean Pierre CAZENEUVE direction des risques professionnels,

INRS

M.J.L. MARIE, directeur général,
 M. MONCELON, directeur Centre Lorraine
 M. J.C. ANDRE, directeur scientifique
 M. le Dr LEPRINCE, chef du département risques biologiques,

Organismes Nationaux*Institut National de Veille Sanitaire*

M. le Pr Gilles BRUCKER, directeur général,
 Mme Ellen IMBERNOT, directrice du département santé au travail,

Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail

M. Henri ROUILLEAULT, directeur,

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM)

M. Marcel GOLDBERG

PARTENAIRES SOCIAUX ET ASSOCIATIONS,

MEDEF : Mme Véronique CAZALS chef du service Santé au Travail,

C.G.T. : M. DUFOUR, M. Jean-Marie PERRAUT,

C.G.T.-F.O. : M. Jean Claude MALLET,

C.F.D.T. : M. JOUHAN, M. OLIVIER, M. THILLET,

C.F.T.C. : M. OGNE, M.DEROUSSEN,

S.N.M.P.T : Dr Lionel DORE, Dr Gilles ARNAUD, Dr Eric VELET, Dr Emile BURGRER,

F.N.A.T.H. : M. Marcel ROYEZ secrétaire général,

REGION NORD PAS DE CALAIS

M. Rémy PAUTRAT, préfet de région

DRTEFP : M. P. DOLE, assurant l'intérim du DRTEFP, Mme le Dr. BRILLET MIRTMO,
 M. HEDIN DRD, M. LEMAIRE, M. MERCIER, M. FOVEZ,

DDTEFP : M. DOLE directeur départemental, M. NOWACZYK DD adjoint, M. DUPLAY,
 M. DROLEZ, M. DESSAUW, Mme LANCE, M. LEBON, Mme QUINTART,
 Mme MIRAMOND-SCARDIA, M. KUSPER,

DRASS : Mme M. WILLAUME directrice régionale, Mme le docteur PONS médecin inspecteur régional, M. le Dr LAHOUTRE médecin inspecteur, M. DEMARQUETTE inspecteur principal,

DRIRE : M. F-P CHEVET, directeur régional,

MEDEF (UPR NPDC) : M. H FEILZ, président, M.B. LEFORT secrétaire général,

Services de Santé au travail : M. DECHERF délégué général et directeur des services médicaux et sociaux des entreprises du Douaisis, M. BLANC président du comité pour le développement de la médecine du Travail, Mme HODIESNE secrétaire générale de l'ACORE, M. DUBORPER, président de la commission d'hygiène et de sécurité de la fédération régional du Bâtiment NPDC), M. PETIT secrétaire général du service médico-social interprofessionnel du travail du Pas de Calais Ouest,

CFDT : M Y. DURTESTE, M. E. ROGER, M. PERRAULT, M. BENOIST (conseiller en prévention),

CFTC : M. LEGRIS, secrétaire régional, M. BONTICK, Mme HULIN, M. BERNARD,

CFE-CGC : M. F. MASSA, secrétaire régional,

CGT : M. WACQUET, M. BEZIN,

CGT-FO : M. SOHET secrétaire général, M. DERYTER,

CRAM Nord-Picardie : M. VAN AERDE, ingénieur conseil régional,

ARACT : M. B. JANSSENS, directeur,

OPPBTB : M. LEJEUNE secrétaire régional,

Institut de Santé au Travail du Nord de la France (ISTNF) : M. le Pr FRIMAT,

Institut PASTEUR : M. GEUZE DRH, membres du CHSCT : Mme BLAINPAIN, M. CARPENTIER, M. DHENNIN, Mme FOURMEAUX secrétaire du CHSCT, Mme IRDEL, M. LAINE ingénieur de sécurité, Mme MEURILLON, Mme POISSONNIER, Mme le docteur SENECHAL médecin du travail, M. SMAGGHE, M. VANGASBECQ, Mme VENDEVILLE, M. GONGE ingénieur CRAM et madame l'inspectrice du travail,

Société RICARD : M. SENAUD directeur, M. LAMBERT coordinateur qualité sécurité environnement, M. BAVIERE inspecteur du travail, M. ROUTARD contrôleur de la CRAM, M. SCHWARTZ secrétaire du CHSCT, Messieurs DIALOOO SEKOU et DEMAN membres du CHSCT,

REGION PROVENCE ALPES COTE D'AZUR

M. Yvon OLLIVIER préfet de région,

Conseil Régional P.A.C.A : M. René GIORGETTI, conseiller régional, président de la commission solidarités, santé, prévention,

Observatoire Régional de la Santé (ORS) : Mme OBADIA directrice,

D.R.T.E.F.P. : M. Yves CHAMBARLHAC directeur régional, M. Daniel TISSOT directeur délégué, Dr Michèle SIGNOURET MIRTMO, Dr FUMERY MIRTMO, M. Philippe SOTTY ingénieur, Mme Sandrine MOCAER ingénieur,

DRASS : M. FILATRIAU secrétaire Général, Dr RIFF MIR, M. AVRIL chef du service santé et offre de soins, Mme THOMAS chef du service organisme de sécurité sociale, M. A. ARMENGAUD MISP/CIRE md Marseille, M. J. WEICHERDING Ingénieur Régional du Génie Sanitaire, M. MALFAIT coordinateur / CIRE sud Marseille, Mme A. STAGLIANO responsable du Service Formations et Politiques Sociales,

DRIRE : Mr LEDENVIC directeur régional, M. Gilbert SANDON responsable du département 13

DDTEFP 13 : Mme M. GAUTIER directeur adjoint, M. Max NICOLAÏDES I.T., Mme C. COULANGE I.T., M. MIGLIORE I.T., Mr FEYEUX I.T.,

CRAM du SUD-EST : M. GRIPPI ingénieur conseil régional,

ARACT : M. Y-M NALBANIAN délégué régional,

Médecins du travail : Dr BOULAMERY AIME 13, Dr HUGUET AIME 13, Dr MICHEL PU-PH, Dr ROUSTAN AIME 13, Dr TRANI ASMTBTP, Dr VIARD EDF,

Service Régional de l'Inspection du Travail et de la Politique Sociale Agricoles

M. A. CAVASINO directeur régional, M. R. CROUZET directeur adjoint,

Caisse de Mutualité Sociale Agricole des Bouches du Rhône :

Mlle M-T TORRES directrice adjointe, Dr Garlone ROUX chef du service de médecine du travail, M. P. STOCK conseiller prévention des risques professionnels

Caisse de Mutualité Sociale Agricole du Vaucluse :

M. C. VAILLE sous-directeur, Dr Jean-Yves ROUILLARD chef du service de médecine du travail,

Union des Industries Chimiques (UIC PACA) : M. G. RUMEAU, président, M. A. ESPAGNACH, délégué général,

Société ABC : M. F. BARRAL P.D.G., Dr KUENEMANN médecin du travail, M. BARBRY directeur de production, Mme MARUET secrétaire du CHSCT, M. MALLAN membre du CHSCT, M. MENGUY responsable sécurité et environnement Groupe Aoste, ingénieur et contrôleur de la CRAMSE, Mme COULANGE et M. FEYEUX inspecteurs du travail,

NAPHTACHIMIE : M. LECOMTE, secrétaire général, CHS-CT, organisations syndicales (CFDT, CGT...), médecins du travail, ingénieur de la CRAM, service sécurité, M. NICOLAIDES inspecteur du travail,

REGION LORRAINE

D.R.T.E.F.P. : M. Yves POIRIER directeur régional, Mme. le Dr B. POUPEL M.I.R.T.M.O, M.F. KIFFER directeur adjoint,

DRASS : M. Jean CHAPPELET directeur régional, Mme le Dr C. GRAVELAT médecin inspecteur régional,

CRAM Alsace Moselle : M. PACHOD ingénieur conseil régional, M. DREUIL ingénieur circonscription de METZ,

CRAM Nord-Est : M. KNISPEL ingénieur conseil régional,

Union Régionale CFDT : M. BRUSCONT chimie-Energie, M. ANGELE S.G. du syndicat des mineurs, M. SCHOMSKI délégué central Sollac, Mme N. Marion Santé au travail TME/TPE,

Service de santé au travail d'EPINAL et de sa région : Mr le président, M. TURPIN directeur, Dr MONNAIS, médecin coordonnateur, Dr SURAN médecin du travail, Dr SCHEUR médecin du travail, les deux ergonomes et les deux auxiliaires de santé au travail,

Service Santé au travail de REMIREMONT : Mr. le président, Mme la directrice, Dr DIDELOT médecin du travail,

Médecins du travail : Mme le Dr LEONARD ALSMT, M. le dr. RADEL médecin du travail à l'Hôpital de Verdun, Mme le Dr SIEGFRIED médecin du travail BTP 72, Mme le Dr GLOC médecin de la mairie de Nancy,

ATOFINA : Direction, M. MOUCHARD responsable QHESEI, Dr GUENZI médecin du travail, M. GERIN chef du service sécurité et gardiennage ainsi que M. PIDOUX, M. HAHN secrétaire CHSCT, membres du CHSCT, organisations syndicales (CFDT, CGT, FO...),

ARDENNES.

M. LEMAIRE, préfet,

DASS : Mme S. DUBOIS directrice départementale, Mlle COQUET, ingénieur de génie sanitaire, Mr HUMBERT, ingénieur d'études, Mme le Dr BRUN,

DRIRE : M. Jean Marie GIROD-ROUX chef du groupe de subdivisions des Ardennes,

DDTEFP : M. VALETTE directeur, M. G. PARISEL contrôleur du travail,

Direction des Services vétérinaires : Monsieur QUINTARD directeur,

DDAF : Mme STEVENIN,

Dr JULLIARD médecin du travail à Bourg Fidèle,

C.I.R.E.I. : Mme SCHMITT,

ANNEXE N° 2 :
**Présentation du système de prévention et de
réparation du risque professionnel.**

ANNEXE N° 2

Présentation du système de prévention et de réparation du risque professionnel

Le système français de prise en charge du risque professionnel mêle étroitement la logique de prévention du risque et celle de réparation des conséquences de la réalisation du risque. La commission accidents du travail et maladies professionnelles au sein de la Caisse nationale d'assurance maladie constitue une branche autonome de la sécurité sociale en dépit de cette unité de gestion. Elle se distingue cependant des autres branches à plusieurs titres.

En premier lieu, elle s'apparente davantage à une assurance des employeurs contre le risque de mise en cause de leur responsabilité civile qu'à une assurance des salariés. D'ailleurs, la branche ATMP est financée par des cotisations exclusivement patronales, dont le niveau dépend en partie, à l'instar de primes d'assurance, de différents facteurs liés à la sinistralité de l'entreprise ou du secteur d'activité.

En second lieu, la réparation du risque professionnel repose encore essentiellement sur une logique de compromis social entre partenaires sociaux au sein de l'entreprise ou au niveau interprofessionnel. La logique de « réparation », les principes de la sécurité sociale, restent subordonnés à une approche du risque professionnel comme un élément des conditions de travail et de production.

La gestion du risque professionnel est hétérogène :

- la majorité des salariés du secteur privé relèvent du contrôle de l'inspection du travail et est couverte par le régime général de sécurité sociale (14 millions de personnes) ;
- la fonction publique est dotée de règles spécifiques ;
- les salariés du secteur agricole relèvent d'une architecture comparable à celle du régime général mais néanmoins distincte (inspecteurs du ministère de l'agriculture, gestion de l'assurance par la MSA) ;
- enfin une nébuleuse de secteurs (mines, transports, EDF...) se distinguent soit par l'autonomie des caisses d'assurance soit par des corps d'inspection spécifiques.

Une répartition des compétences qui laisse une large part aux partenaires sociaux et à l'administration du travail

Le système français, comme le système allemand, repose sur une logique duale : la réglementation et le contrôle sont assurés conjointement par deux réseaux parallèles, le ministère du travail et les caisses de sécurité sociale.

Cette dualité institutionnelle se retrouve dans l'édifice juridique qui mêle les prescriptions du code du travail (livre II) et celles du code de la sécurité sociale (livre IV).

L'élaboration de la réglementation par le ministère du travail laisse une très large part à la concertation avec les partenaires sociaux, dont l'expérience technique, la connaissance des conditions de travail, des contraintes de production sont indispensables pour la définition de normes techniques opérationnelles.

Le Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels (CSPRP créé en 1978) associe ainsi des représentants de l'Etat, des employeurs, des salariés, des experts (médecins, psychologues, ergonomes, ingénieurs...). Ce conseil émet un avis sur tous les projets de lois ou de règlements relatifs à l'hygiène et à la sécurité au travail. Cette compétence consultative s'étend aussi bien aux textes portant sur la prévention des risques professionnels qu'à la définition des maladies professionnelles et aux conditions de leur reconnaissance. (6 commissions spécialisées).

La **branche ATMP** constitue une branche autonome au sein de l'assurance maladie. Elle est gérée sur le principe d'un équilibre entre les dépenses et les recettes constituées des seules cotisations des employeurs. Fondé sur une solidarité aménagée, le système tente de concilier les fonctions d'assurance par la mutualisation du risque et d'incitation à la réduction du risque par l'individualisation de la cotisation.

La tarification est élaborée par la commission ATMP et par les 15 comités techniques nationaux (CTN) à compétence sectorielle qui assistent la CNAM ; elle est ensuite validée dans un arrêté ministériel.

Il existe trois modes de tarification selon la taille de l'entreprise :

Entreprises	Mode de tarification	Taux applicable	% d'entreprises concernées	% de salariés concernés
+ de 200 salariés	Individuel	Calculé en fonction du coût des ATMP de l'entreprise	0.3 %	26.7 %
De 10 à 199 salariés	Mixte	Une part de taux collectif + une part de taux réel	6.7 %	41 %
- de 10 salariés	Collectif	Taux national par profession	93 %	32.3 %

Source : CNAMTS.

Les cotisations intègrent également à la marge les efforts de prévention déployés par l'entreprise. Celles cotisant au taux collectif ou mixte peuvent se voir infliger des sanctions financières en cas d'inobservation des prescriptions de sécurité ou au contraire bénéficier de ristournes récompensant des mesures de prévention ou de soins (art L.242-7 du CSS). Ces ristournes restent cependant limitées à 1 % des cotisations.

En 2000, les recettes de la branche ATMP du régime général se sont élevées à 7.5 Md€ (49.2 MdF), les dépenses à 7.2 Md€(47.2 MdF).

La commission ATMP de la CNAMTS (paritaire) propose le budget de la branche mais les trois coefficients nationaux de chargement sont fixés par arrêté ministériel et reflètent le souci des pouvoirs publics de reverser un excédent à la branche assurance maladie. Ainsi sur la période 1983-1993, ce sont plus de 26 milliards de francs qui ont été transférés de la branche ATMP à la branche maladie du régime général. D'ailleurs le LFSS pour 1997 confirme cette orientation en instituant un versement annuel de la branche ATMP au profit de la branche maladie au titre des affections professionnelles non prises en charge en tant que telles. Les commissions Deniel (1997) et Lévy-Rosenwald (1999) ont estimé à au moins un milliard de francs les charges indûment supportées par l'assurance maladie. En effet, de très nombreuses pathologies ne sont pas reconnues comme des maladies professionnelles (voir infra) si bien qu'elles ne donnent pas lieu à une indemnisation des victimes au titre de la branche ATMP. Ces deux commissions se sont ralliées à cette estimation faute de pouvoir mesurer avec certitude le nombre, la gravité des

maladies non reconnues – en particulier les cancers qui occasionnent des traitements très coûteux - . Leurs conclusions convergeaient cependant sur la vraisemblable sous-estimation.

La LFSS 1998 dispose enfin que la branche ATMP doit participer aux conditions générales de l'équilibre de la sécurité sociale.

LE CONTROLE

En marge du contrôle de l'inspection du travail, le suivi des entreprises s'effectue à travers le réseau des CRAM. Les 250 ingénieurs et 500 techniciens de prévention ne sont pas habilités à prendre des sanctions contre l'employeur, à l'inverse de l'inspection du travail, ils ont toutefois le pouvoir, important en pratique, de moduler le taux des cotisations versées par l'employeur.

Malgré l'existence de plusieurs réseaux de contrôle (inspecteurs du travail, ingénieurs des CRAM et médecins du travail), le système français souffre d'une certaine « sous-administration » dans ce domaine.

Les 430 sections de l'inspection du travail ne sont pas dotées d'un effectif suffisant pour contrôler les entreprises à risque avec la fréquence nécessaire. Cette insuffisance des effectifs de contrôle concerne tous les pays développés mais en France, les inspecteurs du travail sont des généralistes du contrôle, chargés de faire respecter l'ensemble des prescriptions du code du travail.

Pour la médecine du travail, outre que diverses estimations convergent pour considérer que seuls 10 % des médecins peuvent respecter l'obligation de tiers temps, il manquerait entre 250 et 700 praticiens. Ainsi, dans les services interentreprises, chaque médecin suit en moyenne 450 entreprises.

LA RECHERCHE

La CNAM finance intégralement l'INRS (institut national de recherche et de sécurité), principal outil de recherche appliquée dans le domaine de l'hygiène et de la sécurité. Il est notamment chargé du contrôle des substances chimiques nouvelles ainsi que de la délivrance des attestations qualité, dont les conditions sont définies au niveau communautaire.

Des activités de recherche sont également menées par l'INSERM, les instituts de médecine du travail des CHU, les services autonomes de médecine du travail des grandes entreprises et l'ANACT (agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail, établissement public créé en 1973, chargé essentiellement de diffuser les techniques de prévention).

L'IMPORTANCE DE L'INTERVENTION COMMUNAUTAIRE

L'harmonisation des normes relatives aux conditions de travail est une compétence des institutions communautaires qui l'ont d'ailleurs utilisée comme une occasion d'asseoir leur intervention dans le domaine de la santé.

L'amélioration des conditions de travail figure parmi les objectifs définis par l'article 117 du traité CEE du 25 mars 1957.

Depuis le début des années 1980, une véritable dynamique communautaire du risque professionnel s'est développée autour de trois axes :

L'introduction du vote à la majorité qualifiée dans l'Acte Unique s'est traduite par un accroissement considérable de la législation communautaire en la matière si bien que l'Europe sociale concerne essentiellement la réglementation des conditions de travail. En moins de cinq ans, une quarantaine de directives ont été adoptées (contre cinq entre 1957 et 1987). L'élément central de ce dispositif est la directive du 12 juin 1989 relative à l'amélioration de la santé et de la sécurité au travail, transposée par la loi du 31 décembre 1991. L'article 7 de cette directive prévoit notamment la mise en place dans les entreprises et dans les administrations de services de prévention, internes ou externes, pluridisciplinaires.

Dès 1985, une résolution du Conseil dite "nouvelle approche" avait jeté les bases du mouvement de normalisation qui a considérablement accru la sécurité des équipements.

Enfin, le dernier axe de cette intervention communautaire consiste en la promotion de l'amélioration des conditions de travail comme un élément de la compétitivité des entreprises sur le marché unique.

La prévention au sein de l'entreprise

L'employeur est tenu de respecter d'une part une **obligation générale de sécurité** et d'autre part un corpus développé de règles techniques, assorties d'éventuelles sanctions pénales en cas de délit.

En revanche, et à l'inverse des modèles anglais et américain, il dispose d'une liberté presque totale sur l'organisation matérielle de la prévention dans le cadre de deux principes généraux : l'installation d'une commission représentative des salariés compétente en matière d'hygiène et de sécurité et la mise à la disposition des salariés d'un service de prévention.

Dans toutes les entreprises de plus de 50 salariés, l'employeur est tenu de réunir trimestriellement un **comité d'hygiène et de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)** qui joue un rôle important de consultation et de contrôle en matière de prévention. En deçà du seuil de 50 salariés, les fonctions du CHSCT sont assurées par le délégué du personnel. Du fait des seuils réglementaires pour la désignation des délégués et de l'imparfaite application de la législation, on estime cependant que 3.6 millions de salariés soit 20 % des effectifs du régime général ne bénéficient d'aucune représentation en matière de sécurité (25 000 CHSCT).

UNE PREVENTION EN FRANCE ESSENTIELLEMENT CENTREE SUR LE CONTROLE MEDICAL DE L'APTITUDE AU TRAVAIL DU SALARIE.

Alors que d'autres pays européens favorisent une démarche pluridisciplinaire axée sur le contrôle technique et ergonomique des lieux et conditions de travail, le système français est centré sur la médecine du travail.

Or, les médecins du travail consacrent l'essentiel de leur temps aux visites obligatoires en vertu de la réglementation : visite à l'embauche, visite de reprise après un arrêt de travail et visite annuelle au terme desquelles le praticien délivre un certificat d'aptitude ou le cas échéant propose le reclassement du salarié.

En marge des visites, le médecin du travail est également chargé de conseiller l'employeur et les salariés et il doit en principe consacrer un tiers de son temps à l'étude des actions correctrices à mener en milieu de travail. Malgré les efforts entrepris depuis un décret du 28 décembre 1998 pour développer cet aspect important de son activité, l'obligation de tiers temps est encore mal respectée.

Depuis 1946, l'obligation de recourir à la médecine du travail pèse sur tous les employeurs sans considération relative à la taille de l'entreprise ce qui se traduit par un taux de couverture inégalé dans le monde.

Dans la grande majorité des cas, le médecin du travail appartient à un service interentreprises (450) organisé sous la forme d'une association. Lorsque la taille de l'établissement le permet, le médecin est directement employé par l'entreprise dans le cadre d'un service autonome de médecine du travail (900 entreprises regroupant environ un million de salariés).

Une indemnisation du risque professionnel qui privilégie l'automatisme de la réparation

Dès 1898, la France a mis en place un système de responsabilité sans faute. D'abord limité aux accidents du travail, ce système a été étendu aux maladies professionnelles par la loi du 25 octobre 1919.

La loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail, enrichie par la loi du 25 octobre 1919 sur les maladies professionnelles, introduit une responsabilité sans faute de l'employeur qui permet d'échapper au droit commun de la responsabilité et de délivrer une réparation forfaitaire et non plus intégrale. Tout accident intervenu au lieu et au temps de travail est présumé d'origine professionnelle sans que la victime ait à en apporter la preuve. Toute maladie inscrite aux tableaux est reconnue d'origine professionnelle dans la mesure où la victime remplit des conditions relatives à l'exposition à des facteurs de risques et où la maladie s'est déclarée dans un délai précis.

La loi du 30 octobre 1946 a transféré aux organismes de sécurité sociale l'indemnisation forfaitaire des victimes, à des niveaux plus avantageux que celle servie par l'assurance maladie et invalidité. Les salariés voient donc leurs dommages indemnisés automatiquement par les organismes de sécurité sociale, tandis que les employeurs bénéficient d'une immunité civile (art L.451-1-1 du Code de la sécurité sociale) sauf en cas de faute inexcusable, ou intentionnelle.

Le salarié bénéficie d'une indemnisation dès lors que l'accident ou la maladie sont en relation avec l'exercice de sa profession, sans avoir à prouver la faute de son employeur. Ce régime forfaitaire exclut en principe le recours de droit commun contre l'employeur dont la responsabilité civile ne peut être recherchée qu'en cas de faute intentionnelle.

Depuis la loi du 6 décembre 1976, le salarié peut toutefois obtenir une majoration de l'indemnité ainsi que la réparation de certains préjudices extra-patrimoniaux (souffrance morale, préjudice esthétique... normalement exclus du champ de la réparation forfaitaire) en cas de faute inexcusable de l'employeur, laquelle sera généralement acquise s'il a enfreint une prescription de sécurité.

Au-delà des litiges qu'il évite, ce système présente deux avantages : assurer au salarié une réparation automatique qui le protège immédiatement en cas de perte accidentelle de sa capacité de travail, responsabiliser l'employeur et l'inciter à la prévention en le forçant à internaliser le coût du risque suscité par son activité.

L'accident du travail (art L 411-1 CSS) est une lésion de l'organisme par une action violente et une cause extérieure. Le caractère professionnel de l'accident a donné lieu à une interprétation extensive de la jurisprudence de l'accident survenu au temps et au lieu de travail, les critères de l'autorité patronale et de la subordination de la victime ayant été établis dès 1962.

L'accident de trajet (art L 411-2 CSS) est entré dans le champ de la réparation par les lois du 30 octobre 1946 et du 23 juillet 1957. Cela apparaissait justifié à l'époque par l'absence de protection spécifique des accidents de la circulation. Avec l'obligation d'assurance en 1958 et la loi Badinter de 1985, on aurait pu imaginer la disparition de cette catégorie qui donne lieu à de nombreux contentieux entre victimes et organismes de sécurité sociale et à une jurisprudence complexe.

Les maladies professionnelles ont vu leur système de reconnaissance élargi par la loi du 27 janvier 1993 qui crée la possibilité d'établir l'origine professionnelle d'une maladie hors tableau (art L 461-1 CSS al 4) ou quand les conditions d'exposition ou de délai ne sont pas remplies (al 3). Avant cette réforme, seules étaient reconnues professionnelles et donc réparées les maladies inscrites sur une liste, une fois remplies des conditions relatives à l'exposition au risque et au délai entre la fin de cette exposition et la constatation de la maladie.

L'alinéa 3 permet à la victime, si une ou plusieurs conditions d'exposition ou de délai ne sont pas remplies, d'établir la preuve du caractère professionnel de l'affection. L'alinéa 4 permet à la victime d'une maladie hors liste de prouver que cette affection est essentiellement et directement causée par son travail habituel ; la reconnaissance sera établie si son incapacité permanente est au moins égale à 66.66 %.

Le dommage corporel donne lieu à une constatation médicale. Le taux d'incapacité physique permanente (IPP) est déterminé par le médecin conseil de la caisse primaire d'assurance maladie sur la base d'un barème indicatif de l'inaptitude physique au travail. Périodiquement révisé, ce barème est complété en vertu de l'art L 443-1 du CSS par l'appréciation par le médecin-conseil de la nature de l'infirmité, de l'état général de santé de l'individu, de son âge, de son aptitude et de ses qualifications professionnelles.

Trois modalités d'indemnisation coexistent : des prestations en nature, des indemnités journalières, le versement d'une rente.

- Jusqu'à la guérison ou la stabilisation de son état, le salarié victime d'un accident du travail ou atteint d'une maladie professionnelle bénéficie de prestations en nature (pharmacie, honoraires médicaux, hospitalisation, prothèses, cures, transports et... frais funéraires) ;
- Une indemnité journalière pour perte de salaire lui est versée dès le lendemain de l'accident et jusqu'à guérison ou stabilisation de son état de santé. Elle est égale à : 60 % du dernier salaire pendant les 28 premiers jours, 80 % ensuite dans la limite du plafonnement. En fait, les

conventions collectives prévoient souvent le maintien du salaire, la différence étant à la charge de l'employeur ;

- En cas d'invalidité partielle permanente (IPP), le mode d'indemnisation dépend du taux d'invalidité. Avec un taux d'IPP supérieur à 10 %, le salarié reçoit une rente ; pour un taux d'IPP inférieur à 10 % (cas de 70 % des AT), la rente est remplacée par une indemnité forfaitaire en capital (ce capital, non revalorisé depuis 1986 est très bas : 2 000 francs par % d'IPP). La rente est le produit du salaire de la victime (plancher et plafond) par une fraction du taux d'invalidité.

En cas de décès, une rente réduite est versée au conjoint ou aux enfants. D'un faible niveau, elle peut être majorée s'il est établi que l'accident est dû à une négligence grave de l'employeur (faute inexcusable).

Les soins couverts par la branche ATMP bénéficient d'une couverture supérieure à celle assurée par la branche maladie : les soins sont en principe remboursés à 100 % et les prestations en espèces plus élevées.

Le prestations sont plus favorables pour les incapacités graves et temporaires que pour les affections légères et prolongées. Contrairement au système allemand, aucune indemnité de reclassement n'est prévue. Les caisses ainsi que l'employeur ne sont donc pas incitées à se préoccuper de l'avenir professionnel de la victime.

L'automatisme de la réparation est encore plus prononcée pour les maladies professionnelles. Les tableaux de maladies professionnelles offrent en effet aux salariés la garantie d'une véritable présomption d'imputabilité. Arrêtés par décret après avis du conseil supérieur de prévention des risques professionnels, ces tableaux répertorient les conditions médicales, techniques et administratives qui dès lors qu'elles sont remplies, suffisent à emporter le caractère professionnel de la maladie considérée.

A priori favorable aux salariés, la présomption qu'autorise le dispositif français semble toutefois avoir été acquise aux dépens de la définition de conditions d'accès aux tableaux ouvertes. C'est la raison pour laquelle la loi du 27 janvier 1993 a instauré une procédure complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles proche du système mixte (liste de maladies et passage devant une commission de spécialistes) qui prévaut dans de nombreux pays. Cette possibilité n'a encore été que faiblement utilisée (voir infra).

La commission DENIEL, instituée par la loi de financement de la sécurité sociale 1998, constatait et déplorait un phénomène important en France de sous-reconnaissance de maladies professionnelles.

La reconnaissance du caractère professionnel d'une maladie peut être obtenue par deux voies :

- le système des tableaux de maladies professionnelles : c'est le plus ancien et le plus important. La maladie d'un salarié est « présumée » d'origine professionnelle dès lors que les critères d'un « tableau » fixés par décret sont réunies (nature de la maladie, durée d'exposition au facteur de risque, nature des travaux effectués).

- Le système complémentaire, créé en 1994, permet après étude du dossier par un comité régional de reconnaître au vu des circonstances l'origine professionnelle de la maladie même si tous les critères du tableau ne sont pas réunis ou si la maladie ne fait pas encore l'objet d'un tableau. Malgré sa progression, le système complémentaire ne représente que 5 % des indemnisations.

La victime doit d'abord déclarer sa maladie à la CRAM et demander cette reconnaissance, or, aussi bien la faible propension du corps médical à rechercher la nature professionnelle d'une pathologie, que l'insuffisance des informations sur une procédure lourde et complexe qui dissuade les plus fragilisés d'entre eux, ne facilitent pas cette démarche.

Ensuite, la maladie doit figurer dans un tableau de maladie professionnelle reconnue pour engager la procédure de droit commun. Le résultat de cette dualité de procédures est paradoxal : on reconnaît certaines maladies qui en fait n'ont pas d'origine professionnelle tandis que des pathologies hors tableau mais dont l'origine professionnelle semble évidente sont renvoyées à la procédure complémentaire.

La victime doit alors réunir les conditions figurant au tableau (symptômes, secteur d'activité et fonction, durée et fréquence de l'exposition au facteur de risque). La charge de la preuve pèse sur le salarié, tâche d'autant plus difficile quand l'entreprise ne la reconnaît pas – ce qui est le cas le plus fréquent - voire quand elle a disparu.

Théoriquement, le délai entre le constat de la maladie et celui de son caractère professionnel doit être inférieur à deux ans.

A l'inverse de la procédure de droit commun fondée sur la présomption (quand le tableau existe et que toutes les conditions vues plus haut sont remplies), la procédure complémentaire est fondée sur la démonstration du caractère professionnel d'une maladie qui n'est pas répertoriée dans les tableaux.

Soit il s'agit d'une maladie inscrite dans un tableau mais toutes les conditions ne sont pas remplies, soit il s'agit d'une maladie qui ne figure dans aucun tableau, alors le taux d'IPP doit être supérieur à 66.6% (article L. 461-1).

Conçue comme le complément indispensable d'un système par tableau rigide et souvent trop restrictif, la procédure complémentaire, qui ne concerne aujourd'hui que 3 % des reconnaissances avec de très fortes disparités régionales, ne remplit pas cette fonction.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, prenant acte du caractère trop marginal de la procédure complémentaire, a réduit le seuil d'IPP à 25 %. Cet élargissement important du champ des personnes susceptibles d'engager cette procédure complémentaire devrait permettre d'améliorer l'indemnisation du risque.

Des progrès indéniables ont été accomplis depuis 30 ans pour les accidents du travail :

- de 1950 à 1974, les accidents du travail progressent (+ 25 %) mais à un rythme trois fois moins rapide que celui du nombre de salariés (+ 65 %) ;
- de 1974 à 1987, les accidents du travail reculent d'un tiers (- 32 %) malgré une légère augmentation du nombre de salariés (+ 5 %).

L'évolution des maladies professionnelles doit plutôt être appréciée en termes qualitatifs : de 1950 à 1987, le nombre de maladies professionnelles reconnues, indicateur par ailleurs soumis à de vives polémiques, reste stable entre 4 000 et 5 000 par an. La nature des affections reconnues s'est toutefois considérablement modifiée, témoignant des transformations de l'outil de production et du recul des anciennes pathologies professionnelles à forte morbidité. En 1970, les silicoses et les pathologies liées à l'usage du ciment représentaient 60 % des MP. En 1999, ce sont les affections périarticulaires (ou troubles musculo-squelettiques) qui constituent à elles seules 75 % des maladies reconnues. Les maladies liées à l'amiante ne représentent que 13 % des maladies reconnues mais 57 % des indemnités totales versées par la commission ATMP en 1999.

	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Nb d'accidents	672 234	658 083	658 551	689 859	711 035	743 435
Nb d'accidents graves	60 250	48 762	45 579	47 071	46 085	48 096
Nb de décès	712	773	690	719	743	730

Source : CSPRP.

Les AT avec arrêt ont donc augmenté de 10 % entre 1995 et 2000, les accidents graves, ayant entraîné une incapacité permanente ont diminué de 20 %, les décès ont augmenté de 2,5 %. Précisons cependant que sur cette période la population active occupée a augmenté. La mesure de la fréquence des accidents de travail révèle en revanche un recul du risque. Elle diminue constamment : on est passé de 51,9 accidents pour 1 000 salariés en 1992, à 46,4 accidents pour mille salariés en 1995 et à 44,1 accidents pour mille salariés en 2000.

Cette évolution favorable est diversifiée selon les secteurs d'activité : les résultats positifs concernent les secteurs de la métallurgie, du BTP et du commerce tandis que le secteur de l'alimentation a vu le nombre d'accidents augmenter de 37 % sur la période.

Pour les maladies professionnelles, le seul indicateur disponible concerne la réparation des MP reconnues. En fait, une augmentation du nombre des pathologies reconnues traduit moins une détérioration de l'état de santé des salariés qu'une meilleure reconnaissance juridique de leurs droits. 15 430 pathologies ont été indemnisées en 1997 dans le cadre du régime général soit une augmentation de 16,2 % par rapport à 1996.

	1995	1996	1997	1998	1999
Nb de maladies déclarées, constatées, reconnues	11 367	13 658	15 554	17 722	24 177
Nb d'IP reconnues	8 189	10 120	11 588	13 127	17 601
Nb de décès	67	96	95	104	160

Le risque varie également considérablement en fonction de la taille de l'entreprise : la fréquence des AT diminue de moitié au-delà du seuil de 500 salariés, les fréquences les plus élevées s'observant dans les établissements comprenant entre 20 et 50 salariés.

Depuis 1987, le risque professionnel s'oriente de nouveau à la hausse : le système français bute sur une limite. Si les efforts de sécurité ont permis de réduire considérablement le nombre d'accidents du travail, les maladies professionnelles, mieux repérées, augmentent.

ANNEXE N° 3 :
Liste des sigles utilisés (bientôt disponible).