

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

X V ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Commission d'enquête sur les maladies et pathologies professionnelles dans l'industrie (risques chimiques, psychosociaux ou physiques) et les moyens à déployer pour leur élimination

jeudi 31 mai 2018
Séance de 14 heures 20

Compte rendu n° 17

SESSION ORDINAIRE DE 2017-2018

– Audition, ouverte à la presse, des organisations patronales représentatives :

• Mouvement des entreprises de France (MEDEF) : M. Philippe Prudhon, membre du comité permanent santé et sécurité en entreprises, Mme Nathalie Buet, directrice adjointe à la direction de la protection sociale, M. Arnaud Suicmez, chargé de mission de la direction des affaires publiques

• Confédération des petites et moyennes entreprises (CPME) : M. Pierre Thillaud, membre de la commission sociale, M. Philippe Chognard, responsable du pôle conditions de travail, et Mme Sabrina Benmouhoub, chargée de mission des affaires publique..... 2

– Présences en réunion 14

**Présidence de
M. Pierre Dharréville,
*Rapporteur,***



L'audition débute à 14 heures 20.

M. Pierre Dharréville, rapporteur, président. Mesdames, Messieurs, j'assumerai aujourd'hui les fonctions de rapporteur et de président, les travaux de l'Assemblée accaparant l'ensemble des parlementaires membres de cette commission.

Nous recevons les représentants des organisations patronales représentatives : pour le Mouvement des entreprises en France (MEDEF), M. Philippe Prudhon, membre du comité permanent Santé et sécurité en entreprises, Mme Nathalie Buet, directrice adjointe à la direction de la protection sociale, M. Arnaud Suicmez, chargé de mission de la direction des affaires publiques ; pour la Confédération des petites et moyennes entreprises (CPME), le docteur Pierre Thillaud, membre de la commission sociale, M. Philippe Chognard, responsable du pôle Conditions de travail, et Mme Sabrina Benmouhoub, chargée de mission Affaires publiques.

L'Union des entreprises de proximité (U2P), représentant notamment les artisans, nous a fait savoir qu'elle ne pourrait pas être représentée et qu'elle enverra une contribution écrite.

En tant que représentants des employeurs, vous êtes directement concernés par la prévention et par la réparation des maladies professionnelles. Dans ce cadre, vous participez notamment à la gestion paritaire de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) du régime général de la sécurité sociale.

Conformément aux dispositions de l'article 6 de l'ordonnance du 17 novembre 1958, les personnes entendues déposent sous serment. Je vous demande donc de prêter le serment de dire la vérité, toute la vérité, rien que la vérité.

(M. Philippe Prudhon, Mme Nathalie Buet, M. Arnaud Suicmez, M. Pierre Thillaud, M. Philippe Chognard et Mme Sabrina Benmouhoub prêtent serment.)

M. Pierre Dharréville, rapporteur, président. Je vous remercie et je donne maintenant la parole à chacun d'entre vous, si vous le souhaitez, pour un exposé de quelques minutes, qui se poursuivra par un échange de questions et de réponses.

Mme Nathalie Buet, directrice adjointe à la direction de la protection sociale du MEDEF. Monsieur le rapporteur, je vous remercie de votre invitation. Le MEDEF est une organisation représentative interprofessionnelle, ce qui lui permet de disposer d'une vision d'ensemble. Si nous représentons les grandes entreprises, nous représentons également les petites et moyennes entreprises, qui représentent 95 % des sociétés en France.

Le MEDEF est fortement impliqué dans la gestion paritaire de la branche AT-MP et dans d'autres institutions, telles que le Conseil d'orientation des conditions de travail (COCT) et l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT), la santé publique étant, pour lui, un sujet prioritaire. D'ailleurs, des progrès indéniables ont été réalisés en matière de santé au travail depuis quelques années.

Il est vrai, cependant, et je l'avais noté lorsque j'étais présidente de la branche AT-MP, que les actions positives réalisées par les entreprises ne sont pas suffisamment relayées ; c'est un point sur lequel nous continuons de travailler.

Chaque année, la branche AT-MP publie ses statistiques de sinistralité pour les accidents du travail. Nous pouvons constater la baisse qui s'opère depuis ces quinze dernières années, et qui démontre l'effort constant des entreprises en matière de prévention.

M. Philippe Prudhon, membre du comité permanent Santé et sécurité en entreprises, MEDEF. La prévention, pour le MEDEF, consiste tout d'abord à procéder à l'analyse des risques au poste de travail, qui permettra de définir les ateliers, les laboratoires, les protections collectives et individuelles, et de minimiser, voire de supprimer, tout risque pour les salariés.

Ensuite, les dispositifs du code du travail relatifs à la fois à la substitution des cancérogènes, mutagènes et reprotoxiques (CMR), et au confinement technique des installations – pour éviter les émanations – sont clairs et appliqués.

Par ailleurs, depuis dix ans, un effort considérable a été réalisé sur l'amélioration des connaissances, grâce notamment au règlement visant le volet « classification, étiquetage et emballage des substances et mélanges » (CLP), et en conformité avec le règlement REACH. Ce soir, d'ailleurs, sera clôturée la troisième vague d'enregistrement des substances toxiques dans le cadre de ce règlement, ce qui donnera à l'Europe la plus grande base mondiale de données toxicologiques des substances.

Enfin, des initiatives volontaires ont été prises, telles que le développement du logiciel SEIRICH par l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS), pour lequel nous étions très demandeurs, et la mise au point du référentiel MASE-UIC, lorsque les entreprises font appel à la sous-traitance.

Mme Nathalie Buet. La prévention est pour nous un enjeu majeur et consensuel. Nous avons, par exemple, contribué, avec les partenaires sociaux, à l'élaboration du troisième plan « Santé au travail » (PST 3) et défini la prévention comme une priorité majeure.

Nous souhaitons aller jusqu'au bout de cette logique, et c'est le débat que nous avons en ce moment dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion (COG) en cours de négociation pour la branche AT-MP. Cette convention n'est pas encore signée : nous sommes toujours en pourparlers avec l'État. La branche AT-MP est actuellement en excédent, grâce à une gestion rigoureuse depuis dix ans. Nous souhaitons qu'une partie des excédents soit affectée à la prévention, afin d'aller dans le sens des orientations que nous avons décidées avec tous les partenaires sociaux.

M. Pierre Thillaud, membre de la commission sociale de la CPME. Étant donné le nombre de moyennes et de petites entreprises en France, je ne vous présenterai pas la CPME : vous connaissez sa représentativité et son utilité.

Je suis médecin du travail, je dirige un service de médecine du travail en Île-de-France depuis plus de trente-cinq ans. À ce titre, la CPME m'a confié la plupart des mandats relatifs à l'hygiène, la sécurité et la santé au travail.

J'ai cru comprendre, par le document que vous nous avez envoyé, que les questions susceptibles d'être posées relèvent essentiellement de la réparation et de la prévention – et, par conséquent, de la médecine du travail.

Je commencerai par la question de la réparation, qui fait l'objet des enjeux les plus importants. Le PST 3, comme cela vient d'être dit, a su rétablir la primauté de la prévention sur la réparation.

La réparation est une juste mesure, fondée, en France, sur un compromis social qui associe une réparation forfaitaire à une présomption d'origine. La réparation est cependant un double échec : d'une part, elle acte un défaut de prévention ; d'autre part, il s'agit d'un échec masqué qui résulte des grandes difficultés rencontrées dans l'élaboration des tableaux des maladies professionnelles, de sorte que cette réparation est quelque peu dévoyée.

Le compromis social n'ouvre pas un droit à un complément de revenus : c'est une juste réparation. Ce n'est pas non plus un droit dérogatoire à l'accès à la retraite ; c'est une juste réparation. Depuis maintenant plusieurs années, nous nous heurtons à une déviance de ce système, qui relève de la difficulté d'élaborer des tableaux de maladies professionnelles.

En matière de pathologies professionnelles, deux cas de figure se présentent. Lorsque le lien entre le travail et la maladie est évident, il est très simple, pour les partenaires sociaux, avec des éléments statistiques convaincants, de rédiger un tableau de maladies professionnelles. Il en va tout autrement depuis vingt-cinq ans, avec l'émergence d'une volonté de réparation pour un certain nombre de maladies, relevant de trois catégories.

La première concerne les néoplasies, qui regroupent les cancers malins et les tumeurs bénignes. La deuxième résulte de la sphère psychopathologique. Enfin, la troisième se réfère au groupe de maladies qui tiennent à la dégénérescence du corps humain – maladies ostéo-articulaires, troubles musculo-squelettiques (TMS), lombalgies, etc.

Je siège depuis 1982 à la commission des maladies professionnelles et, dès 1990, nous nous sommes questionnés sur cette dernière catégorie – des maladies dont la relation avec le travail n'est pas évidente et qui peuvent être caractérisées par leur caractère ubiquitaire, c'est-à-dire qui relève tout autant de la personne que de son milieu et de son travail. De sorte que nous étions démunis pour établir un tableau de maladies professionnelles qui soit juste.

Les solutions, nous les connaissons. Mais aucune démarche politique, depuis vingt-cinq ans, n'a été entreprise pour mettre en place ces mesures.

Un tableau de maladies professionnelles contient trois colonnes : la désignation de maladie, le délai de prise en charge et la liste des activités concernées qui est, soit limitative, soit indicative. Il suffirait d'ajouter deux colonnes : une pour les examens complémentaires nécessaires pour établir le diagnostic, et une pour établir la liste des diagnostics différentiels – risques d'erreur d'attribution – qui pourraient permettre d'accéder à cette juste réparation.

Il se trouve que, depuis quinze ans, le Conseil d'État retoque systématiquement cette proposition, au motif que ces deux indicateurs ne relèvent pas de la construction d'un tableau de maladies professionnelles. Il vous sera aisé de retrouver les arrêts du Conseil d'État rejetant des tableaux établis de façon consensuelle par les partenaires sociaux au sein de la commission spécialisée n° 4 du COCT, au motif que nous n'aurions pas le droit de préciser les conditions de réparation au titre d'une maladie professionnelle particulière.

C'est un vrai problème. Car dans le même temps, nous avons vu émerger des systèmes dérogatoires pour certains risques professionnels, l'amiante en étant un exemple patent. L'amiante est un vrai problème de santé publique. Pour autant, les conditions de sa réparation posent elles aussi des problèmes.

Le premier, c'est le fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA). Nous avons réussi là à construire un dispositif qui établit l'exposition à un risque sur la seule adresse de la raison sociale de l'entreprise ; c'est exorbitant et ne correspond à aucune mesure de juste réparation. Cela nous ayant été imposé dans des conditions assez rocambolesques, nous avons proposé, une dizaine d'années après la création de ce fonds, de faire procéder à une analyse de mortalité pour déterminer si les décès des salariés qui avaient bénéficié de ce fonds, au titre de l'exposition « topographique » au risque amiante, pouvaient effectivement être attribués à l'amiante. Cette analyse épidémiologique nous a toujours été refusée, au motif que nous ne pouvions connaître le suivi des gens qui, une fois passés de la retraite anticipée à la retraite normale, étaient perdus de vue – ce qui est incompréhensible, puisque si ces gens ont été exposés à l'amiante, ils doivent bénéficier d'un suivi post-professionnel. Au contraire, ils ont été lâchés dans la nature sans suivi. Donc deux choses l'une : soit c'est de la désinvolture, soit c'est de la négligence.

Le second point concerne le tableau 30 des maladies professionnelles, qui corrige les effets morbides de l'amiante. Nous sommes les seuls, dans le monde, à accepter qu'une seule plaque pleurale permette d'accéder au tableau des maladies professionnelles. Dans tous les autres pays, seules les plaques pleurales bilatérales ouvrent l'accès à la réparation. Or nous savons bien qu'une unique plaque pleurale peut résulter d'autres événements morbides qui n'ont rien à avoir avec l'amiante.

Très récemment, la direction générale du travail (DGT) a sollicité le groupe permanent d'orientation (GPO) du COCT, qui associe les partenaires sociaux, pour mener une réflexion portant sur la confection des tableaux de maladies professionnelles, en rejetant d'emblée notre proposition de colonnes supplémentaires. Il a finalement été décidé, avec bien des difficultés, et parfois des sueurs froides pour les partenaires sociaux quant à leur autonomie au sein du GPO – inquiétudes qui ont, depuis, été apaisées après de nombreuses interventions –, de confier à l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES), sinon l'exclusivité, du moins la normalisation des enquêtes préliminaires à l'élaboration d'un tableau de maladies professionnelles. Il lui a été confié dernièrement l'analyse des effets des pesticides au regard des maladies professionnelles. Or l'ANSES va devenir l'enquêteur principal pour l'évaluation du risque professionnel des pesticides, alors même qu'elle a pour mission de délivrer des autorisations de mises sur le marché de ces mêmes pesticides. Ce conflit d'intérêts – ou cette situation dialectique compliquée – n'a effleuré personne.

Il faut donc pousser plus avant la régularisation du mode de confection des tableaux de maladies professionnelles.

M. Philippe Chognard, responsable du pôle conditions de travail de la CPME. Le docteur Thillaud est notre spécialiste sur ce sujet, il s'agit donc de la position de la CPME.

M. Pierre Dharréville, rapporteur, président. Je vous remercie.

Je suis élu d'un territoire où le sujet de l'amiante a un écho tout à fait particulier, de nombreuses victimes ayant souvent bien du mal à faire reconnaître leur maladie. Or c'est

justement parce que c'est la raison sociale des entreprises sous-traitantes qui est prise en compte, qu'il n'est pas toujours facile pour les salariés de faire reconnaître qu'ils ont été exposés à des risques lors d'une mission chez un donneur d'ordres.

J'aimerais justement connaître votre sentiment concernant la sous-traitance. Nous avons été interpellés sur la manière dont un certain nombre de grands donneurs d'ordres externalisent des risques – parfois les plus importants.

Bien entendu, la question de la réparation fait partie des sujets que nous aborderons, mais notre fil conducteur est bien la prévention – et donc l'élimination des maladies qui peuvent l'être par des mesures de prévention. Car il existe, dans l'industrie, des postes de travail qui sont producteurs de maladies – potentiellement ou par expérience. Comment agir sur ces postes ? Comment établir une traçabilité qui permette, non seulement la réparation, mais également d'intervenir sur les postes ?

M. Philippe Prudhon. La sous-traitance s'est développée parce que les métiers se sont complexifiés et qu'une entreprise ne peut prétendre les maîtriser tous ; elle est donc contrainte de faire appel à des experts pour assurer la qualité de ses tâches.

Dans le cas de la sous-traitance, un plan de prévention est signé par les deux parties, celles-ci devant évaluer les risques qui existent de part et d'autre, mais également les risques générés par la coactivité. Le plan de prévention doit intégrer toutes les mesures de prévention pour protéger les salariés dans la phase opératoire. Un processus bien maîtrisé aujourd'hui, même si l'on peut toujours progresser en termes de sécurité. Il s'agit d'un sujet qui fait partie de nos préoccupations quotidiennes ; rien n'est jamais gagné en matière de sécurité.

Concernant la traçabilité, nous disposons du document unique qui permet de rassembler l'intégralité des informations.

M. Pierre Dharréville, rapporteur, président. Ce document unique est-il selon vous un outil efficace ?

M. Philippe Prudhon. Oui, tout à fait. Je peux juger de son efficacité, puisque j'ai connu la situation avant et après ce document unique. J'ai donc eu l'occasion de le réaliser. C'est un peu compliqué au départ, il existe plusieurs types de documents suivant les risques, et nous devons faire une synthèse de l'intégralité des informations relatives aux analyses de risques et aux mesures de prévention qui ont été mises en place pour que les conditions de travail soient bonnes.

En ce qui concerne la traçabilité, le second acteur majeur est le médecin du travail, qui a connaissance de l'ensemble des informations et des postes de chaque salarié. Il lui est donc relativement aisé de faire le lien entre les risques et les postes de travail.

Pour les substances CMR, il existe une obligation de donner au salarié qui quitte l'entreprise une fiche d'exposition qui lui permettra de bénéficier d'un suivi particulier. Il est vrai cependant que tous les salariés ne cherchent pas à bénéficier de ce suivi. Une action de sensibilisation doit donc être menée, de façon récurrente, afin que les salariés concernés gardent bien présent à l'esprit ce service qui peut leur être rendu.

M. Philippe Chognard. En matière de prévention, ne l'oublions pas, le chef d'entreprise est investi d'une obligation de résultat en ce qui concerne la sécurité. Il a tout à fait conscience qu'il est responsable de la sécurité et de la santé de ses salariés au travail ; et

ce, dans tous les domaines. C'est pourquoi nous proposons aux chefs d'entreprise de se former à la prévention des risques et à leurs obligations en matière de santé et sécurité.

En cas de sous-traitance – cette réglementation existe depuis 1992 –, les deux parties élaborent un plan de prévention. Des dispositions spécifiques existent pour le bâtiment et les travaux publics (BTP). Les représentants des entreprises réalisent donc, sur le chantier, des inspections communes préalables qui conduisent à délimiter les risques. Ils prennent ainsi conscience des risques liés à la coactivité et sont en mesure d'assurer la sécurité de leurs salariés. Le dispositif réglementaire est efficace, même si certains exemples montrent le contraire.

Par ailleurs, le document unique est partagé par tous les employeurs. Bien évidemment, le document unique d'une grande entreprise n'a rien à voir avec celui d'une PME. Nous travaillons avec les institutions – dont l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS) – qui ont rédigé des guides à destination des chefs d'entreprise pour les aider à élaborer leur document unique. Le document unique doit prendre en compte tous les risques auxquels peuvent être exposés les salariés, y compris les risques psychosociaux (RPS).

Nous disposons donc de tout un corpus de réglementations permettant de prévenir les accidents du travail et les maladies professionnelles susceptibles d'intervenir, notamment dans le cas de la sous-traitance.

M. Philippe Prudhon. Nous sommes conscients, au MEDEF, de la difficulté du sujet : la coactivité est une question très sensible.

Les pétroliers avaient mis en place le référentiel MASE et l'industrie chimique un autre référentiel. En vue d'une simplification, les entreprises ont décidé de disposer du même référentiel, le MASE-UIC. Ce référentiel couvre désormais près de 5 000 entreprises, de tous les secteurs, de toutes les tailles – plus de 50 % d'entre elles ont moins de 10 salariés.

La sinistralité des entreprises – accidents avec arrêt de travail et accidents sans arrêt – est un très bon indicateur d'efficacité. Et nous additionnons les chiffres des donneurs d'ordres et des sous-traitants de façon à avoir une vision intégrée du risque. Une entreprise qui a été habilitée quatre fois trois ans par une société d'audit, dans le cadre du référentiel MASE-UIC, a un taux de fréquence des accidents avec arrêt deux fois moindre que celui d'une entreprise qui commence la démarche. La tendance est identique pour les accidents sans arrêt et pour le taux de gravité.

Nous suivons tout cela de très près, puisque 4 000 entreprises, soit 400 000 salariés, sont concernées.

M. Pierre Thillaud. Sur ce sujet, l'obligation de résultat et la notion de « faute inexcusable de l'employeur », intégrées il y a trente ou trente-cinq ans, ont marqué les indicateurs et les résultats. Il y a un avant et un après.

Dans le même temps, trois mesures ont été prises en faveur de la prévention des risques professionnels. D'abord, la prise en compte de la sécurité dès la conception des machines – une révolution. Ensuite, le document unique, qui a obligé les entreprises à prendre le temps d'une introspection sur leurs risques professionnels. Enfin, la pluridisciplinarité : alors que la prévention a longtemps été fondée sur une approche médicale, on lui a associé une approche technique des risques professionnels.

Ces trois éléments ont conduit à l'effondrement des statistiques en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles, si l'on exclut les deux ou trois maladies qui représentent 85 % de la réparation et qui résultent du phénomène ubiquitaire que j'évoquais précédemment : affections dégénératives, cancers, etc.

Aujourd'hui, tout est fondé sur la prévention, grâce aux partenaires sociaux qui ont changé le paradigme dans le PST 3. Ce sont en effet les partenaires sociaux, au sein du GPO du COCT, qui l'ont proposé au Gouvernement ; celui-ci l'a accepté et a introduit la prévention dans le PST 3. Qu'en est-il de cette prévention ? Le régime AT-MP, exclusivement financé par les entrepreneurs, n'y consacre que 400 millions d'euros sur 13 milliards d'euros de budget total. Est-ce bien raisonnable ? Dans ces conditions, la question de la légitimité de la branche AT-MP à régir seule la prévention des risques professionnels se pose. N'est-il pas temps d'y associer – le GPO y réfléchit – des organismes complémentaires, tels que les mutuelles de prévoyance, les assurances, etc. ? Et n'est-il pas temps aussi d'engager une grande réflexion sur le régime AT-MP qui ne dégage que 400 millions d'euros pour la prévention ?

Cette année, le régime AT-MP a dégagé un excédent de 600 millions d'euros. Et, alors même que les partenaires sociaux ont décidé de dégager cet excédent pour la prévention, le retard de la signature de la COG semble résulter du cosignataire – je ne le citerai pas – qui rechigne à ce sacrifice. Mais s'agit-il vraiment d'un sacrifice ou plutôt d'un investissement ?

Il est malheureux de se heurter à des difficultés aussi triviales en matière de capacité de prévention, alors que nous essayons de porter un PST 3 qui lui donne la primauté. Nous devrions réfléchir à la façon de rassembler toutes les énergies en faveur de la prévention. Lorsqu'on évoque le risque routier, comment ne pas associer les assurances ?

M. Pierre Dharréville, rapporteur, président. La traçabilité est tout de même plus facile pour les salariés qui relèvent de la responsabilité des entreprises donneurs d'ordres que pour ceux qui n'en relèvent pas – je pense aux salariés des entreprises sous-traitantes et aux intérimaires. Nous avons reçu les représentants des employeurs du travail temporaire, nous avons échangé sur le sujet, mais j'aimerais connaître votre sentiment sur cette question.

Je voudrais rappeler que l'objet de la commission d'enquête est bien les pathologies et les maladies professionnelles et non les accidents du travail – même s'ils font aussi partie de nos préoccupations.

Quel est votre sentiment sur le phénomène de sous-déclaration des maladies professionnelles ? Et peut-être de sous-évaluation d'un certain nombre de maladies professionnelles ? Les quatre cinquièmes de ces maladies sont des TMS ; ce chiffre est-il conforme à la réalité ?

Quel regard portez-vous sur un certain nombre de risques émergents, avec les évolutions technologiques ? J'aimerais que vous évoquiez aussi les effets cocktails, les poly-expositions.

Vous avez évoqué les RPS. Il n'existe pas de tableau de maladies professionnelles pour ces risques ; c'est donc un sujet qui continue de faire débat, avec des interrogations sur les nouvelles techniques de management et leurs effets sur les individus au travail. Quel est votre avis sur cette question ?

Un certain nombre d'interlocuteurs nous ont interpellés sur la modification des institutions représentatives du personnel, avec la mise en place du comité social et

économique (CSE). Ils nous ont fait part de leur inquiétude de voir les questions de santé et de sécurité au travail reléguées au deuxième, voire au troisième plan, des préoccupations du CSE. Comment voyez-vous les choses pour que ces questions restent prioritaires dans les entreprises et les instances représentatives du personnel ?

Par ailleurs, les effets différés d'un certain nombre d'expositions conduisent parfois à ce qu'il y ait des angles morts dans la réflexion collective et dans l'action à mener pour prévenir un grand nombre de maladies.

M. Philippe Prudhon. Nous devons être clairs : le travailleur intérimaire est, pour nous, un salarié comme un autre. Nous n'effectuons pas une analyse différenciée des risques selon le statut du salarié. Je ne peux pas être plus clair sur cette question.

S'agissant de la sous-traitance, je le répète, une analyse des risques est réalisée de part et d'autre, ainsi qu'une analyse des risques relevant de la coactivité. L'entreprise qui assure une mission de sous-traitance connaît parfaitement les risques liés à son métier. Je l'ai dit, les métiers se sont spécialisés et une entreprise ne peut réunir tous les corps de métier ; c'est la raison pour laquelle elle fait appel à la sous-traitance.

M. Pierre Dharréville, rapporteur, président. L'organisation de la santé au travail permet-elle réellement de faire face aux questions qui peuvent se poser entre les différentes entreprises intervenantes ?

M. Philippe Prudhon. L'entreprise utilisatrice a son propre médecin du travail, attitré ou en interentreprises. Les sous-traitants, eux, doivent fournir leur analyse des risques qui sera reportée dans le document unique ; or le médecin du travail a accès à ce document. Je ne vois donc pas en quoi, le statut d'un salarié change quoi que ce soit.

M. Philippe Thillaud. Les choses sont simples : c'est le poste de travail qui fait la prévention, et non la nature du contrat. Un patron de PME met en place une prévention – risque machine, risque de chute de plain-pied, etc. – qui résulte du poste. Nous ne devons pas stigmatiser la nature du contrat au regard du risque. Il serait impossible pour un patron de PME de distinguer le niveau de prévention par rapport à la nature du contrat. Cela peut sembler évident, mais nous devons le répéter.

Lors de la réforme de la médecine du travail, en 2016, un fichier a été mis en place, qui constitue une première forme de traçabilité pour les contrats courts et les intérimaires. Une loi a été promulguée en août 2016, mais son décret d'application, prenant effet au 1^{er} janvier 2017, n'est paru que le 27 décembre 2016. En outre, des arrêtés fondamentaux, notamment sur les fiches de visite, n'ont été publiés qu'en octobre 2017. Et nous attendons toujours la publication des arrêtés relatifs à ce fameux fichier intérimaires qui est d'autant plus important que, depuis quelques jours, l'entrée en vigueur du règlement général sur la protection des données (RGPD) complique singulièrement le problème. Nous attendons également l'arrêté relatif aux rapports annuels qui concrétisent les actions de prévention.

Nous sommes en 2018, nous attendons de pouvoir appliquer une réforme de 2016, et les services interentreprises de santé au travail travaillent toujours, sachez-le, à partir de modèles de rapports qui datent de 1971 ! Il y a eu neuf réformes depuis 1971, et à chaque fois il était précisé que les arrêtés relatifs aux rapports annuels seraient actualisés. Or ce n'est toujours pas fait.

La norme n'est pas uniquement un message politique ; c'est un outil qui accompagne les actions de prévention. Et il ne faut pas séparer ceux qui ont une vertu d'annonce de ceux qui ont une vertu utilitaire.

M. Philippe Prudhon. Monsieur le rapporteur, vous avez parlé des risques émergents. Évoquez-vous également les valeurs limite d'exposition professionnelle (VLEP) ?

M. Pierre Dharréville, rapporteur, président. Nous pouvons en parler.

M. Philippe Prudhon. Les fruits que nous collectons sont le résultat du travail de nos aînés. Nous espérons que les efforts que nous faisons aujourd'hui donneront des fruits dans dix ou vingt ans.

Concernant les VLEP, la France a une grande tradition en termes de droit du travail et a œuvré pendant des décennies pour définir des valeurs. Le MEDEF, par définition, ne donne pas d'avis sur les décisions de l'agence qui définit les VLEP. En revanche, le MEDEF demande, dès lors que les autorités françaises sont convaincues du bien-fondé d'une VLEP, qu'elles la portent au niveau européen pour la faire adopter.

S'agissant des risques émergents, tels que les nanomatériaux, la base REACH est la plus grande base mondiale de données toxicologiques, éco-toxicologiques et d'application. Les « nanos » ont peut-être été moins enregistrés que d'autres substances, puisque la première vague concernait les substances produites en quantité supérieure à 1 000 tonnes – il n'y en a pas beaucoup –, la deuxième abaissait le plancher à 100 tonnes, et ce soir, à minuit, sera clôturée la troisième vague d'enregistrement, pour toutes les substances produites en quantité supérieure à une tonne ; un nombre bien plus important de « nanos » sera donc enregistré.

Il a été dit que la forme « nano » n'était pas totalement prise en compte. Les autorités européennes ont modifié les annexes pour mieux intégrer les « nanos ». Mais dès ce soir, ils seront enregistrés. Ce qui ne doit pas nous empêcher de continuer à progresser et d'améliorer nos connaissances, bien entendu.

Mme Nathalie Buét. En ce qui concerne la sous-déclaration, vous faites référence au transfert qui est effectué chaque année, de la branche AT-MP à la branche maladie, qui a atteint une somme très excessive. L'évaluation est faite par la Cour des comptes tous les trois ans. Au fil du temps, la fourchette d'évaluation devient de plus en plus large, ce qui nous fait penser que l'approximation est de plus en plus importante. Cette approximation nous gêne et nous souhaitons que la méthode soit désormais plus cadrée.

Par ailleurs, selon l'institut européen Eurogip, la France est le pays qui reconnaît le plus de maladies professionnelles, du fait de son système fondé sur une présomption d'origine professionnelle.

Enfin, des progrès ont été réalisés depuis quinze ans, puisque dans chaque rapport consacré à cette question, des mesures sont proposées pour, justement, réduire le nombre de sous-déclarations : formation des médecins, suivi et aide apportée aux victimes, etc. La branche AT-MP a toujours suivi ce type de recommandations.

Malheureusement, malgré tous les progrès réalisés depuis quinze ans, le nombre de sous-déclarations reste important. Il s'agit d'un sujet qui nous crispe un peu.

M. Pierre Dharréville, rapporteur, président. Que se passe-t-il pour vous, une fois qu'une maladie a été reconnue – je ne parle pas de la réparation ? Le système actuel fait-il quelque chose de cette information, notamment pour agir pour la prévention ?

Mme Nathalie Buet. L'analyse de la sinistralité de la branche AT-MP nous permet de définir des actions prioritaires.

M. Pierre Dharréville, rapporteur, président. Concrètement, comment cela se passe-t-il ?

Mme Nathalie Buet. L'entreprise, j'imagine, va procéder à des actions correctives. Elle va également se tourner vers la médecine du travail. Nous avons besoin des services de santé au travail pour aider notamment les PME dans les mesures à prendre – une modification du poste de travail, par exemple. C'est là tout l'intérêt des ingénieurs de prévention.

Au niveau de la branche AT-MP, les indicateurs de sinistralité nous contraignent à adopter des mesures prioritaires. Aujourd'hui, ces actions concernent les chutes de hauteur, les chutes de plain-pied et le risque chimique – en particulier les CMR.

M. Philippe Thillaud. Je vous ai préparé des documents, que vous devez avoir, et qui nous donnent des chiffres intéressants. En 2015, la France dépensait 18,33 euros pour la prévention par salarié, l'Allemagne 27,04 euros en 2014, l'Italie 30,47 euros en 2016.

Par ailleurs, en matière de déclaration de maladies professionnelles, nous sommes loin d'être à la traîne, puisqu'en 2015, pour 100 000 assurés, la France a reconnu 352 maladies, contre 105 en Italie, 133 au Danemark et 94 en Allemagne.

La réponse à la sous-déclaration est peut-être là. Il y a deux façons d'aborder ce sujet, qui est un problème de santé au travail en même temps qu'un problème sociologique. D'abord, l'injustice au regard de la reconnaissance d'une morbidité résultant d'un risque professionnel. Ensuite, les conditions d'accès aux tableaux de maladies professionnelles. En effet, un certain nombre de maladies professionnelles ouvrent des champs qui sont en dehors de la réparation de la morbidité résultant d'un risque professionnel. C'est la raison pour laquelle j'ai évoqué la plaque pleurale unilatérale ou bilatérale. Dans la même perspective, vous avez pu constater l'émotion qu'a suscitée la révision du tableau 57 qui, finalement, se rapprochait d'une réalité médicale, mais s'éloignait d'une disposition sociale. Je le rappelle, un tableau de maladies professionnelles est un outil, non pas sanitaire, mais sociologique. Par conséquent, nous pouvons prétendre opposer à la notion de sous-déclaration la notion de sur-reconnaissance, qui tire son origine d'un élargissement de l'accès au tableau qui n'est pas justifié par les réalités médicales.

M. Philippe Prudhon. Que fait l'entreprise après la reconnaissance d'une maladie professionnelle ? Elle se doit de corriger la faille. La question qui se pose est donc la suivante : peut-elle substituer des produits ou modifier les conditions opératoires ? Ce n'est pas toujours possible, d'autant que la substitution ne peut consister à déplacer un risque vers un autre. Il s'agit toujours de processus assez longs en termes de validation.

Par ailleurs, il convient de procéder à des mesurages. Un seuil a été défini ; où en est-on par rapport à ce seuil ? Statistiquement, nous savons bien qu'il faut être à un dixième de la VLEP définie pour être sûr d'être dans la zone verte.

Enfin, en termes d'organisation, le CSE dispose des mêmes prérogatives que le CHSCT.

M. Pierre Dharréville, rapporteur, président. Je précise, pour que ce soit porté au compte rendu, que j'ai hoché la tête dans un sens plutôt négatif...

M. Philippe Prudhon. Nous devons expérimenter le CSE et nous ferons un bilan dans cinq ans. Si des manquements sont constatés, je suis sûr que des modifications seront apportées.

M. Pierre Dharréville, rapporteur, président. Je vous poserai une dernière question, car nous sommes obligés de nous interrompre.

Faut-il remettre en place un dispositif de suivi de l'exposition des salariés ? Le suivi devrait-il être rattaché au dossier médical partagé (DMP) et sous quelle forme ? Je rappelle que nous avons eu beaucoup d'observations sur le fait qu'un certain nombre de dispositifs prévus dans la loi El Khomri ont été supprimés par les ordonnances Macron.

M. Philippe Prudhon. J'interviendrai sur la partie opérationnelle, ayant passé plus de quinze ans sur des sites Seveso. En termes de traçabilité, le document unique, qui doit être mis à jour à chaque analyse de risque, est extrêmement riche. Par ailleurs, le suivi médical est assuré par un médecin qui connaît l'affectation des salariés sur les différents postes de travail. À partir de ces deux éléments, il est possible de construire la traçabilité des salariés tout au long de leur carrière.

Concernant les CMR, l'employeur a l'obligation, lors du départ du salarié, de lui fournir une fiche d'exposition qui lui permettra d'être suivi. Une action de sensibilisation doit être menée, aussi bien auprès des médecins que des salariés, pour que ces derniers fassent bon usage de cette attestation.

Mme Nathalie Buet. Nous avons souhaité appuyer tout ce qui touche à la surveillance médicale. Nous avons notamment poussé pour que la surveillance médicale renforcée soit maintenue sur les postes à risque. Le médecin du travail est censé suivre le salarié par une surveillance médicale périodique, ce qui assure une traçabilité.

Je n'ai pas bien compris votre question concernant le dossier médical partagé.

M. Pierre Dharréville, rapporteur, président. Il s'agit de donner au médecin de ville un accès à des informations qui seraient versées au DMP par la médecine du travail.

M. Philippe Thillaud. C'est une vraie question, car une telle évolution serait une rupture conceptuelle profonde. Jusqu'à présent, on a privilégié une approche collective de la prévention et de la traçabilité des risques professionnels. Aujourd'hui, sans vraiment le formuler, nous sommes en train de demander un suivi individuel. Ce qui est tout à fait justifié et justifiable, le problème n'est pas là.

Le problème est qu'il s'agit d'une rupture conceptuelle dans les rapports sociaux au sein de l'entreprise. La primauté de la prévention collective sur la prévention individuelle est depuis toujours le dogme. Cette évolution est en partie justifiée par la modification de la nature des contrats de travail. Le fichier des contrats courts et des intérimaires participent de cette révolution culturelle.

Le seul moyen d'assurer une traçabilité personnelle est d'affecter le support d'information à la personne. Actuellement, nous ne disposons que d'un support individuel : la carte Vitale, avec le dossier médical dit « partagé » – je vous rappelle que le conseil de l'ordre a interdit au médecin du travail l'accès au DMP...

Par ailleurs, il n'est pas possible de transmettre des informations dans un seul sens. Donner au seul médecin traitant les informations liées au travail ne servirait que la réparation, alors qu'un échange équitable aiderait l'entrepreneur dans sa prévention. Je ne sais pas qui prendrait la responsabilité politique de privilégier résolument la réparation tout en empêchant l'entrepreneur de se doter de l'outil nécessaire pour développer la prévention, dans son obligation de résultat et au regard de la faute inexcusable. Ce serait coupable et nous le dénoncerions.

On touche là à la question du fameux carnet de santé du travailleur qui, il faut bien le reconnaître, connaît quelques désavantages. Vous pensiez l'éviter en n'instaurant qu'un transfert à sens unique, mais n'oubliez pas qu'il existe, de l'autre côté, une responsabilité pénale.

M. Pierre Dharréville, rapporteur, président. Je vous remercie.

L'audition s'achève à 15 heures 35.

Membres présents ou excusés

**Commission d'enquête sur les maladies et pathologies professionnelles dans l'industrie
(risques chimiques, psychosociaux ou physiques)
et les moyens à déployer pour leur élimination**

Réunion du jeudi 31 mai 2018 à 14 h 20

Présents. – Mme Delphine Bagarry, M. Pierre Dharréville

Excusés. – M. Julien Borowczyk, M. Bertrand Bouyx, Mme Agnès Firmin Le Bodo,
M. Régis Juanico, Mme Stéphanie Rist, Mme Hélène Vainqueur-Christophe