le secrétaire général

cabsg@cgt.fr
01 55 82 83 06

Madame Myriam EL KHOMRI
Ministre du Travail, de l'Emploi,de la Formation professionnelle et du Dialogue social.

127 rue de Grenelle

75700 Paris SP 07

Montreuil, le 4 avril 2016

Objet : Médecine du travail

Madame la Ministre,

A deux reprises lors de nos récentes rencontres, Monsieur ALPHON-LAYRE, Responsable de l'Activité Travail-Santé pour la Confédération, vous a interpellée pour que vous engagiez une mission IGAS pour une vraie réforme de la médecine du travail intégrée dans la sécurité sociale.

Vous trouverez ci-joint un texte précisant le contenu sur lequel pourrait porter cette mission.

Monsieur ALPHON-LAYRE et les responsables CGT qui travaillent avec lui sur ces questions sont bien sûr disponibles pour d'éventuelles précisions.

Je souhaite vivement que cette demande soit prise en compte, elle témoigne une fois de plus que la CGT n'est pas sur la défense de statu-quo mais souhaite que des réformes efficaces pour l'intérêt général puissent voir le jour.

Dans l'attente d'une réponse favorable de votre part,

Veuillez agréer, Madame la Ministre, mes salutations distinguées.

Philippe MARTINEZ
Secrétaire général de la CGT

La santé au travail est un concept puissant associant deux notions anthropologiques majeures : Le Travail et la Santé

04 04 2016

En Europe, au lendemain de la deuxième guerre mondiale, c'est-à-dire depuis la consolidation de systèmes de sécurité sociale, la santé a acquis un nouveau statut : d'un vœu fait ardemment pour soi-même et rituellement formé pour les autres, elle est devenue un droit, même si la limite de cette revendication est inexorablement celle de notre condition. Le travail, quant à lui, en dépit ou en raison de ses transformations, n'est pas près de perdre son caractère déterminant dans la réalité de l'organisation des sociétés humaines et de la socialisation des individus.

A ce constat est venu s'ajouter un fait nouveau. L'activité des êtres humains a atteint un ordre de grandeur tel qu'il influe directement sur des paramètres essentiels de la biosphère. La triade « santé-travail-environnement » est devenue indissociable. Elle est le cœur de la notion de développement durable, car elle appelle à redéfinir le niveau et le statut des solidarités nécessaires à la vie en société :

- en les étendant à l'ensemble de la communauté humaine ;
- en ouvrant l'horizon et les perspectives des solidarités intergénérationnelles ;
- en faisant prévaloir, effectivement et stratégiquement, le primat de la prévention sur la gestion du risque « accepté » et la réparation du tort constaté.

Pour être prise en compte de façon intégrée, systémique, la triade « santé-travail-environnement » doit bénéficier de formes adaptées de gouvernance institutionnelle et d'approche démocratique de la santé publique dans toutes ses dimensions. S'agissant de la santé au travail, quelques évolutions positives ont eu lieu en ce sens. Les orientations défendues par l'ensemble des organisations syndicales de travailleurs et d'employeurs pour le nouveau PST en témoignent, mais beaucoup reste à faire pour matérialiser et accomplir les réformes préconisées, il y a 8 ans déjà, par l'avis du CESE de février 2008. Pour y parvenir de façon décisive, l'essentiel réside toujours dans le renouvellement complet de la gouvernance du système. Comme le stipulait l'avis : *« Sont directement concernés (...), les salariés et leurs représentants, qui en sont les bénéficiaires (...), les employeurs qui en sont responsables (...) et les financeurs, l'Etat qui doit poser les exigences collectives de santé publique, la Sécurité sociale, (...) par les enjeux de la prévention »* et parce qu'elle dispose *« d'une large antériorité dans le développement d'une culture de la prévention en milieu de travail et de sa transmission dans les réseaux de santé au travail. »*[1]. Il concluait sur ce point en affirmant que *« la Sécurité sociale a à la fois l'intérêt à agir et la légitimité pour le faire : l'intérêt car la prévention des risques professionnels doit permettre une baisse des accidents du travail et*

---

[1] édition JO 2008 page 31

des maladies professionnelles (et plus largement des maladies pour lesquelles les conditions de travail sont un facteur potentiel) et des coûts qui y sont liés ; la légitimité car elle repose sur une gestion paritaire, notamment dans la branche AT-MP ». Pour autant, l'avis ne passait pas sous silence que si *« les CRAM (CARSAT) sont déjà des partenaires actifs des services de santé au travail en finançant un certain nombre d'initiatives importantes », (...) au sein de la Sécurité sociale, les enjeux de la santé au travail, sont insuffisamment mis en exergue »*[2]. Il précisait que cette carence *« trouve sa source profonde dans le caractère subalterne, particulièrement accusé en France, du statut de la médecine de prévention par rapport à celui de la médecine de soins »,* qu'elle *« est entretenue par une sous-estimation de l'impact de la médecine de prévention sur la santé et sur son coût »,* laquelle *« imprègne tant l'ensemble du milieu médical (...) que la société elle-même »* et contamine *« la sphère du système de la Sécurité sociale, là où la médecine de prévention devrait pourtant rapidement trouver les raisons de sa promotion et les bases de son changement d'échelle »*[3].

Rappelons ici un extrait du discours prononcé le 23 mars 1945 par Pierre LAROQUE, principal artisan de la Sécurité sociale française : *« Pour conserver aux travailleurs un emploi rémunérateur, il faut aussi leur conserver leur capacité de travail, et c'est par là que le problème de la sécurité sociale se relie au problème de l'organisation médicale. Il faut faire l'effort nécessaire pour conserver, dans toute la mesure du possible, à chaque travailleur sa pleine intégrité physique et intellectuelle (...). Car le problème de l'organisation médicale n'est pas seulement un problème de soins, c'est aussi et peut-être surtout un problème de prévention de la maladie et de l'invalidité. Prévention de la maladie et de l'invalidité sur le plan général, mais aussi sur le plan professionnel, comportant une politique systématique d'hygiène et de sécurité du travail, car ce n'est là au fond qu'un aspect de la protection de l'intégrité physique des travailleurs. Et même, si l'on veut élargir le débat, l'on peut dire que toute la législation protectrice des travailleurs, dans la mesure où elle vise à organiser le travail dans de meilleures conditions matérielles et intellectuelles, dans la mesure où elle vise à donner à l'existence des travailleurs plus de bien-être contribue à cet effort de sécurité sociale »*[4]. Il n'y a rien à ajouter à ce plaidoyer sinon le constat que, 70 ans plus tard, l'organisation de la médecine du travail puis de la santé au travail dans notre pays n'en a toujours pas tiré la leçon essentielle : la santé et la sécurité au travail sont un des aspects majeurs et une des déterminations essentielles de la « sécurité sociale ».

L'avis du CESE de 2008 affirmait aussi que *« dans sa mission de santé publique, le médecin du travail ne peut pas être limité par le lien à l'entreprise, quelles que soient sa nature et ses modalités. Il doit en particulier pouvoir participer à un travail de recherche et à des enquêtes en épidémiologie, en réseau avec le secteur des soins.* L'avis préconisait donc *« un fonctionnement en réseau des services de santé au travail »* qu'il considérait *« indispensable pour optimiser les connaissances et le recueil de données sanitaires en liaison avec les risques professionnels, (...) seul moyen d'identifier l'apparition de nouveaux risques pour la santé des travailleurs.* Il constatait *« qu'il n'existe aujourd'hui aucun système permettant la mise en commun des données de chacun des services de santé au travail et leur exploitation aux niveaux régional et national ».*

Rien n'a pratiquement évolué sur ce point, et la raison en est simple : une telle conception et une telle organisation sont incompatibles avec l'éclatement actuel des Services de santé au travail interentreprises, conglomération disparate d'associations sans cohérence

---

[2] ibidem

[3] ibidem page 40

[4] discours prononcé le 23 mars 1945 à l'École nationale d'organisation économique et sociale à l'occasion de l'inauguration de la section assurances sociales.

institutionnelle ni organisationnelle, en juxtaposition avec des services dits « autonomes », généralement mieux pourvus en moyens, mais tout comme les autres, sans référence et sans lien avec une politique globale de santé publique. Dans les deux cas, le rattachement exclusif à « l'entreprise » est tout particulièrement inadapté aux évolutions modernes du salariat avec la multiplication des ruptures professionnelles et des contrats précaires touchant particulièrement les « jeunes » et les « séniors », jointe à la pratique de la sous-traitance en cascade, dans l'indifférence assumée des services de santé autonomes des « donneurs d'ordres ». Pourtant, c'est bien dans le très large halo de la précarité que se conjuguent les risques les plus élevés, les salaires les moins rémunérateurs et la difficulté du suivi des salariés et de la traçabilité de leurs expositions : cette situation constitue un véritable déni des principes fondateurs de la sécurité sociale tels qu'avait pu les définir Pierre LAROQUE, à la faveur de la configuration politique exceptionnelle résultant de la Libération. Elle n'est pas la seule à résulter des multiples « trahisons » qui ont émaillé l'histoire de la Sécurité sociale, de ses rafistolages et cafouillages institutionnels. Mais elle est « exemplaire » de la désormais célèbre « double peine » du monde du travail, mettant en accusation les dérives et les angles morts des politiques du travail et de la santé suivies depuis plus de 30 années : « plus d'années d'incapacités au sein d'une vie plus courte ».

Dans son rapport intitulé *La gestion du risque accidents du travail et maladies professionnelles* la Cour des Comptes affirmait déjà en 2002 que « *l'évolution de la nature des risques professionnels et l'accroissement de la sensibilité aux risques sanitaires a mieux fait percevoir que la santé et la sécurité au travail constituent un problème de santé publique ce qui pose notamment deux questions : celle de la coordination et de manière plus globale, celle de l'articulation entre ce qui s'inscrit dans le cadre général de la politique des relations du travail et ce qui s'inscrit dans l'action générale en faveur de la santé publique* Rien n'a changé non plus ! Le système de santé au travail actuel subit ou assume les ambiguïtés entre les exigences de la prévention primaire et les compromis de la gestion des risques, dans un marché du travail segmenté, plombé par le chômage de masse. Son déficit d'efficacité est amplifié par son isolement au moment où la prévention des risques professionnels est devenue un enjeu majeur de santé publique : on ne fait pas de la santé publique par la juxtaposition d'actions au contenu et à la portée hétérogènes, sans cohérence d'ensemble et sans coordination institutionnelle.

Le bilan de « l'application » de la loi de 2011 établi par la DGT est malheureusement très clair. Qu'il s'agisse de l'agrément, de la consistance des projets de service, de l'inscription d'actions de prévention dans des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, des obstacles importants subsistent, ou plutôt résistent. Ils se situent dans l'absence ou l'insuffisance d'un diagnostic territorial régional des besoins en santé au travail et en prévention des entreprises, des employeurs et des salariés, comme d'une cartographie des services de santé au travail interentreprises et autonomes dont dépend une couverture équilibrée du territoire régional ; dans l'absence ou l'insuffisance de cohérence des moyens humains de chaque service pour assurer le suivi des effectifs salariés, y compris par rapport aux autres services de la région ; dans l'absence ou l'insuffisance d'un système d'information combinant les données recueillies par la clinique, les actions sur le terrain, les statistiques et enquêtes des CARSAT et des institutions régionales. La DGT a également constaté que *« peu de décisions d'agrément comportent une modification des secteurs géographiques professionnels ou interprofessionnels ce qui témoigne de la volonté des DIRECCTE de laisser l'initiative des fusions ou rapprochements de services aux présidents et directeurs de service ainsi qu'aux administrateurs, conformément au principe de liberté d'association ».* Devant un tel constat, n'est-il pas temps de s'interroger sur l'adéquation d'un système associatif hérité du passé, perpétuant la religion de l'aptitude « certifiée » qui structure son organisation et mine son

efficacité, totalement incompatible avec les nouvelles missions de santé publique conférées par la loi au système de santé au travail ? Il ne saurait suffire, pour reprendre les termes de la DGT de *« plaider pour des échanges entre services de santé au travail interentreprises, avec le cas échéant les autres acteurs institutionnels régionaux (DIRECCTE, CARSAT) pour identifier des bonnes pratiques et ouvrir des perspectives à l'ensemble des services »*. Comme nous ne cessons de le répéter depuis 2008, les trois obstacles majeurs, organiquement liés dans le système actuel, doivent maintenant être déblayés pour pouvoir enfin engager une dynamique positive : les impasses médicale et juridique de la notion d'aptitude ; les incohérences, les insuffisances et les dérives de la « gouvernance », les incohérences et les injustices des niveaux et des modes de cotisation. Aujourd'hui, une maturité des différents intervenants institutionnels, syndicaux voir professionnels, vérifiée durant les débats sur le PST et la nouvelle gouvernance du COCT avec sa déclinaison en territoires augure d'une possible sortie de la seule défense d'intérêts particulier pour tendre à l'intérêt général.

Il y a urgence, car l'organisation éclatée de la surveillance médicale et la relation clientéliste (ou de subordination) entre les services de santé au travail et les entreprises qui les financent, parce qu'elles constituent une entrave à une démarche de santé publique efficace et qu'elles stérilisent plus d'un milliard et demi d'euros doivent maintenant laisser la place. Une gouvernance de la santé au travail assurée par la Sécurité sociale peut opérer la relève d'un système qui a démontré son incapacité statutaire, organisationnelle et culturelle à s'engager résolument et « preuves à l'appui » sur la voie d'une prévention efficace. Pour les cotisations on n'a jamais inventé plus efficace dans le monde que les URSSAF et il est bon de rappeler qu'en 2009 cette réforme avait été proposée par le Ministre du Travail[5], même s'il a finalement reculé ! Seule la branche AT-MP de la Sécurité sociale est en mesure de relever le défi d'atteindre l'objectif si bien défini par nos collègues de la CFDT et que nous partageons totalement : *rationalisation de l'implantation et de la mutualisation des actions des SSTI sur les territoires, mise en place d'une cotisation fondée sur des critères harmonisés, mise en place d'une structure paritaire nationale déclinée territorialement, fédérant les SSTI, ayant pour objectif d'harmoniser leurs pratiques et de relayer les orientations en matière de politique de santé au travail définies par les pouvoirs publics en lien avec les « partenaires sociaux »*. La France, dans le contexte difficile de crise récurrente et de défiance vis-à-vis d'un grand nombre de ses institutions, se montrerait pourtant et enfin prête à rejoindre les pays signataires de la Convention 161 de 1985 sur les services de santé au travail, en s'appuyant sur celle de ses institutions qui demeure durablement et unanimement perçue comme le cœur de son système social. Une mission de l'IGAS sur l'opportunité et les modalités d'une telle réforme est devenue une urgence.

---

[5] Xavier BERTRAND