

LE BILAN DE LA LÉGISLATURE 2017-2022 EN MATIÈRE DE LA SANTÉ AU TRAVAIL⁽¹⁾ EN FINIR AVEC LE DROIT CONSTITUTIONNEL DE PROTECTION DE LA SANTÉ AU TRAVAIL RENDRE INVISIBLES LES RISQUES ET LEURS EFFETS

Alain CARRÉ

.....
1– *Cet article traite uniquement de la situation du secteur privé, le secteur public mériterait une contribution spécifique.*

INTRODUCTION

La mission d'ordre public social de la médecine du travail « *d'empêcher toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail* », issue du 11^e alinéa au préambule de la Constitution de la République, a toujours, depuis sa mise en place, été un obstacle à une conception de la prévention des risques professionnels limitée par son coût économique.

Cette conception a notamment utilisé des concepts d'évitement tels que celui de RPS(1) (risques psychosociaux) ou de QVT (qualité de vie au travail), toiles peintes pour dissimuler les risques les plus redoutables.

Nous ne reviendrons pas ici sur la longue série de capitulations du législateur pour accompagner les stratégies d'entrave et de manipulation. Avant même la mise en place de la globalisation néolibérale et de sa gouvernance par les nombres, la longue marche contre le camouflage des effets de l'amiante et les manœuvres de minimisation de ses risques sur la santé est là pour en témoigner. C'est au passage la parfaite démonstration que risques pour la santé au travail et pour l'environnement sont étroitement liés.

.....
1– On lira avec intérêt à ce sujet : *Responsabilités en souffrance. Les conflits autour de la souffrance psychique des salariés d'EDF-GDF (1985-2008)*, Marlène BENQUET, Pascal MARICHALAR, Emmanuel MARTIN dans *Sociétés contemporaines* 2010/3 (n° 79), pp.121 à 143

Toutefois, depuis le déploiement de la globalisation, le sabotage de la prévention et de la réparation est devenu majeur.

En effet, les deux postes de dépense résultant de la prévention des risques sont : le coût de la prévention elle-même et celui la réparation quand la prévention est insuffisante. Les deux moyens de les réduire consistent à rendre invisible la réalité des risques et de leurs effets. À noter que la visibilité de la réparation implique un coût supplémentaire lié à la possible récurrence de la réparation sur la prévention.

Du côté de la prévention, les témoins gênants doivent être mis hors d'état d'agir. Mieux encore, cela permet d'en faire de parfaits fusibles en responsabilité.

Du côté de la réparation qui apporte la preuve de l'échec de la prévention il faut rendre difficile, voire impossible, son accès et allumer des contrefeux pour transformer les victimes en responsables de leur malheur ou en profiteurs du système.

C'est ainsi que sombrent les engagements de la République sociale de protection de la santé au travail et de compensation loyale des préjudices qu'elle subit.

Nous avons précédemment démontré comment la médecine du travail a été rendue impuissante et pourquoi la baisse constante des effectifs de médecins se consa-

crant à cette spécialité est le résultat de la guerre constante contre celles et ceux qui prétendent faire le lien entre le travail et la santé : il s'agit de rendre impossible leur exercice. La complicité active de l'Ordre des médecins est ici un fait acquis, rendue possible par le législateur ayant ouvert les vannes des plaintes d'employeurs.

Nous avons choisi de mettre en lumière comment les décisions réglementaires en matière de santé au travail et de réparation de la législation précédente (2017-2022) s'inscrivent dans ces stratégies destructrices.

Il faut dire ici que les deux législatures précédant cette dernière (et d'autres avant elles) ont parfaitement préparé le terrain notamment en effaçant une très grande partie de la traçabilité individuelle en particulier celle des risques des agents chimiques dangereux (décret n°2012-134 du 30 janvier 2012[2]) et, sous prétexte de pénurie de praticiens, en entravant à l'extrême les moyens de la médecine du travail (loi travail) (ce qui dissuade accessoirement d'éventuel futurs praticiens) et en introduisant l'inaptitude « à tout emploi dans l'entreprise » permettant ainsi le moyen d'une sélection de la main d'œuvre sur des prétendues raisons médicales, tout en rendant plus complexe la contestation des avis du médecin du travail.

Faut-il rappeler également le tournant néo libéral des grandes institutions judiciaires ou de surveillance que sont : la Cour de Cassation (jurisprudences détruisant l'obligation de sécurité de résultat), le Conseil d'État (compliance aux décisions du Conseil de l'Ordre des médecins), la Cour des Comptes (gestion néolibérale des finances de l'État et demande de réforme de la réparation « à coût constant »).

Nous démontrerons ici que la précédente législature a, non seulement, suivi ses prédécesseurs dans ce domaine, mais qu'elle a consciemment et puissamment mis en place des conditions qui entraînent la fin de toute prévention des risques pour la santé au travail.

**CONSTRUIRE L'INVISIBILITÉ DES RISQUES
DISSIMULER LA RÉALITÉ DU TRAVAIL**

Ordonnance n°2017-1386 du 22 septembre 2017(3) relative à la nouvelle organisation du dialogue social et économique dans l'entreprise et favorisant l'exercice et la valorisation des responsabilités syndicales : La suppression des CHSCT et leur substitution par les CSE)

LA FIN DE LA VISIBILITÉ DU TRAVAIL RÉEL

L'une des premières décisions de la précédente législature a été de supprimer les CHSCT, organisme compé-

- 2- <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000025241565/>
- 3- <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000035607348/>

tent et ayant les moyens d'agir, du point de vue des intérêts de la santé des travailleuses et des travailleurs. Le CSE empêtré dans plusieurs missions et privé du temps, de la formation et des moyens d'investigation du CHSCT ne peut plus identifier la réalité des risques et peut être plus facilement manipulé par l'employeur.

Le document unique d'évaluation des risques s'exempte ainsi d'une critique construite sur le travail réel et peut s'en tenir au prescrit et à la fuite de la réalité qu'il représente.

La prévention devient alors purement formelle.

*LA FIN D'UN POSSIBLE RELAIS DES SIGNALEMENTS
DE RISQUE DU MÉDECIN DU TRAVAIL
ET LA POSSIBILITÉ D'INJONCTION PARADOXALE*

Le signalement de risque par le médecin du travail (L.4624-9 du CDT) concernant le constat d'un nouveau risque transmis à l'employeur est un exercice dangereux puisqu'il implique pour l'employeur soit une réfutation argumentée du risque, soit sa reconnaissance atteignant ainsi directement à l'invisibilité de ce risque.

Le danger pour le médecin était jusqu'alors contenu par la transmission du signalement au CHSCT lequel pouvait le confirmer ou engager des investigations pour l'explorer. Le CSE ne pouvant plus jouer ce rôle de relais, le médecin du travail est à la merci de la négation du risque voire de représailles de l'employeur. Il est ainsi mis en situation d'injonction paradoxale, entre la peur de le faire et la honte de ne pas l'avoir fait. Bénéfice secondaire : l'absence de signalement du risque permet à l'employeur de rejeter la responsabilité de l'invisibilité sur le médecin du travail « qui ne l'avait pas prévenu ».

**CONSTRUIRE L'INVISIBILITÉ DES RISQUES
LA FIN DE LA TRACABILITÉ INDIVIDUELLE
DES RISQUES PAR L'EMPLOYEUR
LA MISSION IMPOSSIBLE DU MÉDECIN DU TRAVAIL**

Décret n° 2021-1065 du 9 août 2021(4) relatif à la visite médicale des travailleurs avant leur départ à la retraite modifié par le décret n°2022-372 du 16 mars 2022(5) relatif à la surveillance post-exposition, aux visites de préreprise et de reprise des travailleurs ainsi qu'à la convention de rééducation professionnelle en entreprise, Décret n° 2022-696 du 26 avril 2022(6) relatif à la surveillance médicale post professionnelle des salariés ayant été exposés à certains facteurs de risques professionnels

-
- 4- <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043927208>
- 5- <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045365883>
- 6- <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045668659>

LA FIN DE TOUTE TRAÇABILITÉ INDIVIDUELLE
PAR L'EMPLOYEUR NOTAMMENT EN MATIÈRE D'AGENTS
CHIMIQUES DANGEREUX À EFFET DIFFÉRÉ

Nous avons tracé dans l'introduction les allègements des obligations des employeurs mis en place depuis quinze ans en matière de traçabilité individuelle.

Notamment, a été supprimée la traçabilité individuelle concernant les agents chimiques dangereux (ACD) incluant les cancérogènes. Pour ces derniers, l'état des lieux avant le 26 avril 2022 était le suivant : la traçabilité individuelle des expositions par l'employeur en matière de risque chimique reposait sur :

- ◆ La délivrance d'une attestation aux agents chimiques dangereux (ACD ce qui inclue les CMR) pour les expositions situées entre 2004 et janvier 2012 (décret n° 2012-134 du 30 janvier 2012, article 4[7]) ;
- ◆ L'attestation d'exposition aux cancérogènes prévue à l'article D 461-25 du Code de la sécurité sociale.
- ◆ Pour l'amiante, les fiches d'exposition dont on sait que la délivrance est plus formelle que réelle et réservée aux expositions de nature strictement professionnelle.

Il est rarissime, pour ne pas dire inexistant, que ces attestations soient spontanément remises par un employeur à un salarié concerné.

Une autre traçabilité du domaine de compétence de l'employeur, qu'on peut définir dans ce domaine comme « collective-individuelle », **la notice de poste collective** (article R.4412-39 du CDT) remise individuellement aux salariés occupant le poste et traçant les risques et leur prévention, n'est que très exceptionnellement remise.

Depuis le 26 avril 2022, seule demeure la première attestation, qui n'est jamais spontanément fournie, car un décret supprime « opportunément » l'article D.461-25 du CSS(8) organisant la prévention secondaire des cancers professionnels (diagnostic précoce augmentant les possibilités de rémission), en modifiant et y substituant l'article D.461-23 du même code(9).

L'arrêté du 28 février 1995(10), lié à l'article D 461-25, qui fixait la liste des examens complémentaires de suivi

.....

- 7– https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000025241582
- 8– https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032672170
- 9– https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045680765
- 10– <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000005618087/>

pour chaque cancérogènes est, *de facto*, abrogé et c'est dorénavant le médecin-conseil des CPAM qui valide la nature des examens de surveillance.

Alors que l'article D.461-25, prévoyait l'existence de l'attestation d'employeur aux cancérogènes rendue obligatoire dans le cadre de l'arrêté qui l'accompagnait, ainsi qu'une attestation du médecin du travail, **son abrogation exempte dorénavant l'employeur de cette obligation.**

Bien évidemment s'agissant de risques différés, la survenue de leur éventuelle conséquence qui devrait donner lieu à réparation échappe dorénavant à cette possibilité du fait de la difficulté de faire la preuve des expositions. Le cycle prévention-réparation-prévention est ainsi rompu.

LA MISSION IMPOSSIBLE DU MÉDECIN DU TRAVAIL

Le médecin du travail est dorénavant seul en charge de la surveillance post-exposition et post-professionnelle c'est-à-dire de la traçabilité individuelle des risques.

La seconde surveillance, déjà inscrite à l'article L.4624-8 du Code du travail(11), est dorénavant formalisée.

Ces surveillances sont concrétisées lors de la visite de fin de carrière ou lorsque le salarié quitte l'entreprise (notamment par le truchement du dossier médical). Le médecin se doit de rédiger un « état des lieux » des expositions et de conseiller sur les conditions du suivi nécessaire, notamment à l'attention du médecin référent.

La nature des expositions, objets de cet état des lieux, a été définie comme répondant aux dispositions de l'article L.4161-1 du CDT(12) cela comporte notamment outre les ACD, les contraintes physiques et les contraintes de rythme. Bien que tout à fait légitime, cette liste majeure notablement la nécessité de tracer individuellement le risque par le médecin du travail.

Ces dispositions substituent une obligation de l'employeur de traçabilité individuelle (qui avait les moyens de l'accomplir) par une obligation du médecin du travail de même nature.

Or, la plupart du temps, celui-ci privé des moyens (dont le détournement des spécialistes du champ du travail que nous décrivons plus loin), submergé par les effectifs en inflation constante du fait de la pénurie de praticiens, confronté à la précarité des emplois, c'est-à-dire au turn-over des salariés, ne pourra, sauf exception, accomplir cette obligation.

Cela signifie que l'État met en place les moyens d'une invisibilité non seulement des risques professionnels

- 11– https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043894110
- 12– https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000035640694/

individuels mais une occultation de leurs effets, l'absence de traçabilité engendrant un défaut de reconnaissance d'éventuels effets, déclarables en maladies professionnelles.

Là encore, en injonction paradoxale, entre la peur d'attester et la honte de ne pas le faire, le médecin du travail devient ainsi un parfait fusible en responsabilité.

Cette nouvelle obligation des médecins du travail fait l'objet d'une très contestable recommandation de la SFMT. Nous émettons, comme l'a fait l'association *a-SMT(13)*, les plus extrêmes réserves sur l'argumentaire développé dans cette recommandation qui pourrait avoir pour effet de dissuader les médecins du travail d'établir cet état des lieux.

En effet, cette recommandation propose un « calcul de risque juridique », entre celui qu'un travailleur pourrait constituer en cas d'absence d'attestation, et celui qu'un employeur pourrait présenter en cas d'attestation de risque. Le rappel « opportun » de la stratégie des employeurs, consistant à porter plainte au Conseil de l'Ordre des médecins, contre celles et ceux qui tracent le lien santé-travail, pourrait dissuader d'attester.

Il faut ici rappeler, tout au contraire, que c'est le devoir professionnel du médecin du travail d'attester le plus loyalement possible des expositions professionnelles de celles et ceux qui sont ses patientes et ses patients. Ne pas le faire c'est faire obstacle à la fois à la possibilité de prévention secondaire du risque différé et à la possibilité de reconnaissance si ce risque a eu des effets. Perte de chance, non-assistance à personne en danger, refus d'assurer la possibilité de droits sociaux légitimes de ses patients, l'implication pourrait être civile, pénale et déontologique.

Là encore, dès lors qu'il n'attesterait pas d'expositions existantes, le médecin devient un fusible en responsabilité pour celle de l'employeur. Là encore, le cycle prévention-réparation-prévention est rompu.

**CONSTRUIRE L'INVISIBILITÉ DES RISQUES
IMPLIQUER LA RESPONSABILITÉ DU TRAVAILLEUR
EN MATIÈRE D'HYGIÈNE ET DE SECURITÉ
ET DÉTOURNER LA MÉDECINE DU TRAVAIL
VERS LA PRÉVENTION DES RISQUES SANITAIRES
ET LA SÉLECTION MÉDICALE DE LA MAIN-D'ŒUVRE**

Loi n° 2021-1018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail(14)

REJETER LA RESPONSABILITÉ DU RISQUE SUR LE TRAVAILLEUR
Art. L.4141-5 du CDT(15)

.....

13– <http://www.a-smt.org/2022/2022-04-SPP.Critique.recommandation.SFMT.pdf>

14– <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043884445>

15– https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043907990/2022-

Cette loi, pilier de la stratégie de destruction de la médecine du travail, institue également la responsabilité du travailleur dans un éventuel échec de prévention.

En effet, dorénavant, chaque professionnel peut (doit ?) constituer un passeport de prévention attestant des formations à la prévention mises en place par son employeur ou suivies à sa propre initiative.

Il est à craindre que cette possibilité ne devienne rapidement un élément conditionnant une éventuelle embauche ou constitue un facteur de progression dans l'entreprise.

En cas « d'échec de la prévention » la responsabilité du ou de la salariée, dument estampillée comme compétente en prévention, viendra minimiser la responsabilité préventive de l'employeur.

*LA DÉNATURATION DES MISSIONS DU MÉDECIN DU TRAVAIL
LA PERTE DE MOYENS, DES OBLIGATIONS IMPOSSIBLES
LA DÉVALORISATION DU MÉTIER*

Le basculement des services de santé au travail d'appui aux obligations d'employeurs en matière de prévention du risque, que révèle leur nouvelle appellation de « services de **prévention** et de santé au travail » (SPST), déjà bien engagé par les législatures précédentes est ici devenu exclusif.

Il s'agit ici d'en finir avec la mission unique d'ordre public social de prévention médicale primaire qui constituait à l'origine le seul objectif des « services médicaux du travail »(16).

Des diversions pour faire oublier la mission d'ordre public social sont portées par le texte :

- ♦ Celle de la prévention de la désinsertion professionnelle (PDP) que nous examinons ci-dessous et qui, rendue quasi obsessionnelle dans l'exercice clinique individuel du médecin du travail, dirige la profession vers la sélection médicale de la main d'œuvre ;

- ♦ Dorénavant (article 7 de la loi) les SPST « *contribuent à la réalisation d'objectifs de santé publique afin de préserver, au cours de la vie professionnelle, un état de santé du travailleur compatible avec son maintien en emploi* » et « *Participent à des actions de promotion de la santé sur le lieu de travail, dont des campagnes de vaccination et de dépistage, des actions de sensibilisation aux bénéfices de la pratique sportive et des actions d'information et de sensibilisation aux situations de handicap au travail,*

.....

10-01/

16– « *Les services médicaux du travail sont assurés par un ou plusieurs médecins qui prennent le nom de "médecins du travail" »*

dans le cadre de la stratégie nationale de santé prévue à l'article L.1411-1-1 du Code de la santé publique ». L'exclusivité d'intervention en santé au travail est ici oubliée au profit d'une prévention de risques généraux.

♦ Notamment le médecin du travail peut dorénavant prescrire des arrêts de travail et des soins (article 32 de la loi) « *Cette prescription est subordonnée à la détention d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires ou à la validation d'une formation spécialisée transversale en addictologie, en allergologie, en médecine du sport, en nutrition ou dans le domaine de la douleur.* »

Cela a deux finalités :

- ♦ Tout d'abord, ramener les risques pour la santé du côté de la responsabilité individuelle de chaque salarié.
- ♦ Mais aussi, permettre au médecin du travail en souffrance une échappatoire vers des actions moins risquées que celles de la prévention primaire des risques du travail.

Ces diversions s'accompagnent d'une perte des moyens d'investigation sur les risques du travail dans la mesure où les intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) seront détournés de l'appui au médecin du travail par leur positionnement quasi exclusif vers l'appui à la prévention du point de vue des responsabilités d'employeur dans le cadre de « *l'offre de service* ».

C'est sans doute pourquoi, alors qu'il avait disparu des radars, revient réglementairement le « *tiers temps* » d'activité en milieu de travail du médecin du travail (article 33 de la loi) qui, dans les conditions d'inflation des effectifs par équivalent temps plein, devient une mission impossible, créant ainsi une nouvelle injonction paradoxale pour ce praticien.

Cela s'accompagne d'une dévalorisation de la spécialité dans la mesure où peut se substituer en partie au médecin du travail (article 31 de la loi), « *un médecin praticien correspondant, disposant d'une formation en médecine du travail, (qui) peut contribuer, en lien avec le médecin du travail, au suivi médical du travailleur prévu à l'article L.4624-1, à l'exception du suivi médical renforcé prévu à l'article L.4624-2* ». Alors que l'exercice de la médecine du travail exige un internat de spécialité, il est maintenant partiellement ouvert à tout praticien.

LA TÉLÉMÉDECINE DU TRAVAIL

Article 21 de la loi

C'est dans le même article que se met en place une médecine du travail « à distance » : la télémédecine et la suppression du rapport annuel du médecin du travail.

Mise en place dans le secteur de soin au prétexte de pandémie, mais en fait destinée à gérer la pénurie de praticiens (notamment résultat de l'institution d'un numerus clausus) mais aussi facteur de profit pour les entreprises d'informatique, la télémédecine n'est pas de la médecine car détruisant ce qui fait la pertinence de la clinique médicale(17). Le consentement requis du travailleur ou de la travailleuse est ici, encore, de pure forme dans la situation de subordination contractuelle. Comment, à distance, explorer le travail réel et le travailler du ou de la salariée, hors de la confiance déjà difficile à construire dans le cabinet de consultation ? Comment évoquer la souffrance au travail alors que la télémédecine ne s'applique pas en psychiatrie ? Comment gérer à distance la détresse psychologique ? C'est à une parodie de médecine du travail que conduit cette disposition.

LA SUPPRESSION PROGRAMMÉE
DU RAPPORT ANNUEL DU MÉDECIN DU TRAVAIL

Article 21 de la loi

C'est subrepticement que la dernière ligne de l'article 21 supprime de la loi le rapport annuel du médecin. Un projet de décret est actuellement en discussion ce qui présage sa publication, car en général aucun avis ne décourage les complices des employeurs dans la destruction de la médecine du travail.

Ce projet de décret supprime les paragraphes qui traitent du rapport annuel au prétexte de sa disparition de la loi. Or, cela n'a rien d'automatique. **Ainsi, la fiche d'entreprise n'est pas inscrite dans la loi mais définie par décret.**

La suppression du rapport annuel :

- ♦ Serait une entrave au mandat représentatif des délégués du personnel. Comment en effet accomplir sa tâche de contrôle social du SPST si aucun rapport indépendant émanant du médecin du travail n'est disponible ; le rapport annuel du SPST ne saurait se substituer au rapport personnel du médecin.
- ♦ Ne permettrait plus aux représentants et représentantes des travailleuses et des travailleurs d'évaluer le travail du médecin du travail. Or, dans la mesure où ils et elles représentent ces derniers, ils et elles doivent pouvoir vérifier que certaines dispositions sont respectées. Ainsi, notamment, les articles 49, 50, 71 et 95 du Code de déontologie impliquent un certain nombre d'obligations qui méritent examen.

.....
17- <http://www.a-smt.org/cahiers/cahiers/cahier-38/1.5%20Cahier%2038-telemedecine.pdf>
<http://www.a-smt.org/cahiers/cahiers/cahier-38/2.4%20Cahier%2038-Questionnaire-senat.pdf>

- ♦ Compromettrait l'accès de l'administration, responsable de l'agrément, à des éléments dont dépend l'agrément du SPST ; sa décision perdant ainsi une partie de sa pertinence.
- ♦ Compromettrait, alors qu'on vient de rétablir le tiers temps du médecin du travail, tout bilan de l'action en milieu de travail.
- ♦ Empêcherait le médecin de faire part de ses résultats notamment en matière de prévention primaire, de l'existence et de l'évaluation de risques, mais aussi de moyens de toute nature nécessaires à son exercice et le laisserait sans contrepoids aux éventuelles décisions, voire pression, des employeurs.
- ♦ Empêcherait les infirmier(e)s de donner leurs appréciations sur leur activité à travers le chapitre du rapport annuel qui leur est consacré.
- ♦ Atteindrait directement à l'indépendance du médecin du travail, devoir déontologique du praticien exigé par l'article R.4127-95 du Code de la santé publique, mais précisément défini par un rapport adopté par le Conseil National de l'Ordre des médecins (*Rapport adopté lors de la session d'octobre 1999, D^r François-Xavier Mercat : « L'indépendance technique des médecins salariés »*) qui définit les trois conditions de l'indépendance des médecins salariés : « *la fixation personnelle de leur programme de travail ; l'administration de leurs moyens de production ; la liberté d'expression de leurs avis et de la mise en œuvre de leurs décisions* ». Ainsi, entraver la présentation de ses actions et leurs résultats par la suppression du rapport annuel d'activité atteindrait donc directement à l'indépendance du médecin du travail.

Pour ces raisons, la suppression du rapport annuel du médecin relèverait d'un recours devant le Conseil d'État.

*LA PRÉVENTION DE LA DÉSINSERTION PROFESSIONNELLE
RENDANT POSSIBLE UNE SÉLECTION MÉDICALE
DE LA MAIN D'ŒUVRE, ET UN RETOUR VERS UNE MÉDECINE
EUGÉNISTE D'ENTREPRISE*

Il faut rappeler ici que des pratiques de cette nature ont perduré après la mise en place de la médecine du travail. Ainsi, le manuel, référence en matière de formation, jusqu'au milieu des années 1970, préconisait d'utiliser en matière de technique, lors de l'embauche, un profil de poste permettant de jauger l'aptitude au poste en le comparant au « *profil* » du ou de la salariée. Sous couvert de prise en charge et de prévention, dans un climat où la bienveillance des entreprises reste une exception, les nuages noirs de l'exclusion pour raison de santé surplombent la présente législation.

Ainsi, dans ce retour vers le passé que constitue la loi du 2 août 2021, plusieurs dispositions s'entrelacent et concourent au possible repérage des salariés considérés comme inemployables ou irresponsables et présentant un nouveau risque, le « *risque d'inaptitude* » (article 28 de la loi) :

- ♦ L'accès du médecin du travail au dossier médical partagé (article 15 de la loi modifiant l'article L 1111-17 du Code de la santé publique), le possible refus du salarié de cette accès est de pure forme car il pourrait avoir pour effet de rendre le médecin du travail suspicieux quant à l'état de santé du ou de la salariée et de l'inciter à différer l'aptitude ;
- ♦ Transmission du dossier médical en santé au travail d'un SPST à un autre SPST (article 16 de la loi) cela constitue une continuité de surveillance permettant le repérage d'éventuelles « vulnérabilités ». Là encore l'accord du salarié pour cette transmission est de pure forme tout refus entraînant suspicion.
- ♦ Animation et coordination par un médecin du travail du SPST d'une cellule de prévention de la désinsertion professionnelle (PDP) (article 18 de la loi) chargée notamment « *d'identifier les situations individuelles* » en collaboration, notamment, avec les médecins de soins, le contrôle médical de la CPAM, les spécialistes de Pôle Emploi et de la Maison du handicap. Cela est l'aboutissement d'un processus d'exclusion pour des motifs de santé qui sécurise l'employeur en matière de licenciement.
- ♦ Transmission par le contrôle médical des CPAM des « *informations relatives aux arrêts de travail* » au SPST (article 19 de la loi) sous certaines conditions de durée ou de répétition des arrêts de travail, ce signalement, soumis à l'accord théorique du ou de la salariée, permet un repérage d'une éventuelle in-employabilité. À titre de réciprocité, le SPST transmet au service de contrôle médical « *des informations relatives au poste et aux conditions de travail de l'intéressé* ».
- ♦ Une visite médicale de mi-carrière est organisée par le SPST au plus tard à 45 ans (article 22 de la loi). Elle a notamment pour objet : d'« *Évaluer les risques de désinsertion professionnelle, en prenant en compte l'évolution des capacités du travailleur en fonction de son parcours professionnel, de son âge et de son état de santé* ». Là encore le repérage peut se transformer en exclusion par exemple *via* la cellule de PDP ;
- ♦ Enfin, lorsque l'arrêt de travail dépasse une certaine durée, l'employeur peut, avec l'aide du SPST, organiser un rendez-vous de liaison (article 27 de la loi). Cet entretien, auquel le salarié peut refuser de

se soumettre, vise notamment à l’informer des possibilités de PDP.

Cet arsenal impressionnant n’augure rien de bon en matière de maintien dans l’emploi. La collusion entre employeur, médecin du travail, médecin du contrôle médical, organismes sociaux divers, au mépris du secret médical et du libre consentement à l’acte, constamment en potentiel péril, pose la question du basculement de l’institution vers une médecine de sélection médicale de la main d’œuvre.

RENDRE INVISIBLE LES EFFETS DES RISQUES : COMPLIQUER LA DECLARATION DES MALADIES PROFESSIONNELLES POUR LES VICTIMES ET LEURS AYANT DROITS

Ce sont des procédures, de la responsabilité de la CPAM, qui ont pour effet de dissuader la déclaration des maladies professionnelles par les victimes ou leurs ayants droit. Il est difficile de démêler dans ces manquements ce qui relève de l’influence des employeurs sur les CPAM et ce qui serait dû à un manque de moyens ou de compétences.

La liste n’est pas close mais parmi les procédures dilatoires certaines sont répétées, par exemple :

- ◆ Refus de prendre en compte une déclaration d’un retraité en le renvoyant à la CPAM de son dernier employeur.
- ◆ Demande itérative de pièces déjà envoyées par la victime.
- ◆ Absence de toute réponse (laissant la possibilité d’une reconnaissance implicite).
- ◆ Requalification en alinéa 6 ou 7 d’une demande relevant de la présomption d’imputabilité (alinéa 5).

Il faut ajouter également la numérisation des procédures devenue obligatoire sous la précédente législature (déclaration et enquête questionnaire) qui laisse sur le bas-côté les victimes qui ne maîtrisent pas l’informatique.

RENDRE INVISIBLE LES EFFETS DES RISQUES EN FINIR AVEC LA PRÉSUMPTION D’IMPUTABILITÉ DES MALADIES PROFESSIONNELLES (sabotage des tableaux, arbitrage factice, inégalité de traitement au CRRMP, chantage au barème, difficulté à l’accès à la réparation complémentaire)

LE SABOTAGE INSTITUTIONNEL

DES TABLEAUX DE MALADIES PROFESSIONNELLES (MP)

Ces tableaux reposent sur le principe de la présomption d’imputabilité : est déclarée imputable au travail, la maladie dont le diagnostic, le délai entre la fin du travail

et son apparition et les tâches effectuées répondent aux conditions fixées par un tableau (alinéa 5 de l’article L. 461-1 du Code de la sécurité sociale).

Faute de répondre strictement aux conditions d’un tableau c’est au ou à la salariée de faire la preuve soit du lien direct (alinéa 6), soit du lien direct et essentiel (alinéa 7) devant un comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles.

◆ **LES DIFFICULTÉS DANS L’ÉLABORATION DES TABLEAUX DE MP**

Rappelons que les tableaux de MP sont élaborés ou modifiés dans le cadre d’une commission du conseil d’orientation des conditions de travail du ministère du Travail qui comprend notamment des représentants de l’administration, des employeurs, et des travailleurs et travailleuses.

Le fonctionnement de cette commission est problématique ainsi, en 2017, la procédure contradictoire dans le cadre de groupes de travail pour chaque élaboration ou modification a été supprimée et remplacée par un rapport de l’ANSES qui est présenté en plénière ce qui restreint le temps de critique et la possibilité de véritable contradictoire.

◆ **MINIMISER LA RÉPARATION POUR DIMINUER LES COÛTS**

Il faut ajouter la volonté de l’administration de réduire les couts de la réparation. Ainsi en 2010 a été compliqué, autoritairement et sans concertation, le tableau réparant les troubles musculo squelettiques de l’épaule qui est un exemple du scandale de la gestion de la réparation par les couts.

◆ **RETARDER LA PUBLICATION DU TABLEAU**

Un autre procédé dans ce cadre est le retard mis à la publication d’un nouveau tableau. Ainsi le tableau 101 réparant le cancer du rein lié au trichloréthylène a mis quatre ans à être promulgué.

◆ **RÉDUIRE L’ACCÈS AU TABLEAU PAR SA RÉDACTION**

Entrepris depuis des années ce sabotage repose aussi sur plusieurs procédés de rédaction et est destiné à restreindre le nombre de reconnaissances et par conséquent l’ampleur des effets des risques, leur coût direct et le coût d’une éventuelle prévention.

Ces procédés sont parfaitement à l’œuvre dans le cadre du tableau 100 des MP(18), publié par la précédente législature, et concernant les « Affections respiratoires aiguës liées à une infection au SARS-Cov2 » devenu le parfait exemple de la duplicité de l’État et de son administration dans ce domaine :

.....
18– <https://www.inrs.fr/publications/bdd/mp/tableau.html?refINRS=RG%20100>

- ❖ Limiter les maladies relevant du tableau par le titre de celui-ci : ici seules les manifestations respiratoires (à l'exception de tout autre organe) et les affections aiguës (ce qui exclut les suites chroniques de l'infection) relèvent du tableau ;
- ❖ Complicquer le diagnostic pour rétrécir le champ des maladies susceptibles d'être reconnues et/ou en contraignant les preuves du diagnostic : ici le diagnostic restreint aux formes graves ;
- ❖ Diminuer le délai de prise en charge (temps écoulé entre la fin de l'exposition aux risques et l'apparition de la maladie) : ici 14 jours, dans un contexte d'incertitude entre exposition et apparition des symptômes ;
- ❖ Instituer une liste limitative des travaux alors qu'il est possible de mettre en place une liste indicative qui laisse l'opportunité de reconnaître dans d'autres circonstances d'exposition : ici seuls les métiers de nature médicale sont pris en charge, les autres professions particulièrement exposées (en contact avec le public, éboueurs, égoutiers...) n'ont pas accès au tableau.

Ainsi, tout est fait pour ne pas reconnaître les MP dans chaque maillon de la chaîne du processus : retard à la publication de tableaux de MP, sabotage des tableaux existants et nouveaux, fin du contradictoire à l'intérieur de groupes de travail de l'instance du ministère chargée des MP.

LITIGES MÉDICAUX : FIN DE L'EXPERTISE INDÉPENDANTE, LA COMMISSION MÉDICALE DE RECOURS AMIABLE (CMRA)

Décret n° 2019-1506 du 30 décembre 2019 relatif à la simplification du contentieux de la sécurité sociale(19), Code de la sécurité sociale modifié(20)

Les litiges d'ordre médical étaient jusqu'alors arbitrés soit, pour les contestations de prescription, par un expert choisi par le médecin conseil et le médecin prescripteur soit, pour les litiges concernant l'incapacité, par le tribunal du contentieux de l'incapacité (TCI).

Dorénavant, tous les litiges d'ordre médical sont du domaine d'une commission médicale de recours amiable. Cette commission régionale est composée d'un médecin conseil et d'un expert désigné par le contrôle médical. Ainsi, l'expert n'a plus l'aval du médecin traitant de l'assuré dont la prescription est contestée. La proximité de l'expert et du contrôle médical fait craindre un déficit d'indépendance. Les conclusions de l'expert sont transmises à un médecin désigné par l'employeur.

.....
19– <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000039696739>
20– https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006073189/LEGISCTA000006156517/

Les appels des décisions de la CMRA sont dorénavant du domaine du pôle social du tribunal d'instance.

LES INÉGALITÉS DE TRAITEMENT DES COMITÉS RÉGIONAUX DE RECONNAISSANCE DES MP

Ils sont composés de trois membres : un médecin conseil, un universitaire en pathologie professionnelle, un médecin inspecteur régional du travail. Ce dernier peut pour diverses raisons être absent et parfois les décisions ne sont prises que par deux membres présents dont la connaissance du milieu de travail est moins fréquente.

Le décret 2022-374 du 16 mars 2022(21) permet de remplacer le médecin inspecteur par un médecin du travail ou collaborateur médecin ou interne en médecine du travail et l'universitaire actif par un homologue retraité. Là encore la qualification des membres est problématique et cette substitution vise plutôt à boucher les carences qu'à assurer une loyauté de reconnaissance.

Les différences de reconnaissance en alinéa 6 et 7 et notamment celles concernant les effets des RPS sont importantes d'une région à l'autre. Les différences entre les extrêmes peuvent atteindre voire dépasser 50 %. Les effets des RPS traités en alinéa 7 doivent pour avoir pour conséquence une incapacité prévisible de 25 %. Cela limite drastiquement leur reconnaissance.

Cette inégalité est caractéristique de la loterie que constitue ce mode de reconnaissance hors présomption d'imputabilité et augure mal d'une éventuelle disparition de celle-ci.

LES DIFFICULTÉS DE L'INDEMNISATION COMPLÉMENTAIRE DÉFINITION DE LA FAUTE INEXCUSABLE DE L'EMPLOYEUR (FIE) ET DIFFICULTÉS D'ACCÈS AU FOND D'INDEMNISATION DES VICTIMES DE L'AMIANTE

Nous avons évoqué dans l'introduction les aléas de la définition juridique de la faute inexcusable de l'employeur rendue plus difficile d'accès par la cour de cassation.

La fin du tribunal du contentieux de l'incapacité et des tribunaux des affaires de sécurité sociale (décret n°2018-772 du 4 septembre 2018[22]) a été décidée et a renvoyé, en appel, tous les processus de reconnaissance spécialisés de contentieux des MP aux pôles sociaux des tribunaux de grande instance.

Concernant l'indemnisation des victimes de l'amiante par le FIVA, la précédente législature a tenté de l'amal-

.....
21– <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045365965>
22– <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037367894>

gamer avec un autre fond d'indemnisation (ONIAM) et a dû reculer devant la réaction des victimes et de leurs associations. La tentative destinée, non seulement encore une fois à réduire les coûts, mais à rendre moins visible l'impact de l'amiante et la responsabilité de l'État n'augure rien de bon dans ce domaine.

Parallèlement, a été mise en place au FIVA une « expertise médicale » qui a pour effet de diminuer les bénéficiaires des indemnisations par la contestation de l'existence des lésions dont certaines sont, pourtant, reconnues par les CPAM.

*LE CHANTAGE AU BARÈME D'INDEMNISATION
MEILLEURE INDEMNISATION CONTRE PART ATTRIBUABLE*

La Cour des comptes minimise, depuis la nuit des temps, la réversion annuelle de la caisse AT-MP vers la caisse maladie(23). Cette réversion est le constat que les MP sont dramatiquement sous évaluées et sous reconnues en France. Or, la Cour conseille une réforme du barème d'indemnisation à « coût constant ». Or « l'iniquité » du système d'indemnisation, est le cœur de la question dès lors qu'on s'intéresse aux barèmes et à leur évolution.

En fait, la réforme du barème est l'occasion d'un chantage des employeurs : « meilleure indemnisation » contre « réforme du système de reconnaissance ».

Il s'agit d'un chantage inacceptable, car contre une meilleure indemnisation sombrerait la présomption d'imputabilité, seule digue contre la submersion de la reconnaissance du préjudice subi par les victimes du travail.

Il faut en finir avec cette confusion entretenue entre barème et système de reconnaissance.

- ♦ D'une part, il y a des barèmes inéquitables dont l'imperfection doit être réglée dans le cadre du système actuel, du seul point de vue de l'équité de réparation du préjudice subi par les victimes. Car souffrir ou perdre la vie du fait du travail est inacceptable dans la soi-disant « patrie des droits de l'Homme » dans laquelle le 11^e alinéa du préambule de la Constitution de la République garantit « à tous » la « protection de la santé ». Cela signifie que celles et ceux qui profitent économiquement de ce malheur doivent en assumer le prix.
- ♦ D'autre part, existe un sabotage des processus de reconnaissance des maladies professionnelles (MP) mis en place, notamment, à partir de 2009 par les

.....
23- 1 milliards d'euros alors que l'évaluation scientifique pour les seuls cancers professionnels estime la malversation à environ 6 milliards d'euros indument pris en charge par la caisse maladie, sans tenir compte des TMS et des effets des RPS !

exécutifs successifs, tous fervents partisans de « la gouvernance par les nombres » et par leur bras armé (de mauvaises intentions ?) de la Direction générale du travail qui s'attaquent avant tout à la reconnaissance du caractère professionnel des atteintes à la santé au travail.

Il faut « en même temps », mais séparément, d'une part rendre le barème plus équitable, et d'autre part réformer les procédures de reconnaissance sans atteindre aux principes fondamentaux du système actuel, notamment à la présomption d'imputabilité.

TENTATIVE D'AUTONOMISATION DE LA BRANCHE AT/MP

Le 11 juillet 2022 s'est ouverte une négociation sur l'avenir de la branche AT/MP à l'initiative des associations patronales. Celles-ci ont pour projet d'autonomiser la branche par rapport à la Caisse nationale d'assurance maladie en créant une instance paritaire. On peut craindre que :

- ♦ Cette initiative ait pour objectif d'empêcher les réversions annuelles d'une branche à l'autre.
- ♦ Mais surtout de faire jouer à plein le chantage indemnisation meilleure contre abandon de la présomption d'imputabilité.

Si ce projet réussissait la réparation deviendrait une mission impossible et la visibilité des effets des risques professionnels inaccessible. L'avenir est lourd de menace.

**LE BILAN : INVISIBILITE DES RISQUES
ET DE LEURS EFFETS
ET MISE A MORT DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL**

Ce panorama des décisions réglementaire de la précédente législature met en lumière l'abandon par l'Etat de son obligation constitutionnelle de protection de la santé au travail.

L'invisibilité des risques et de leurs effets, déjà largement mise en place par les législatures précédentes, a été poursuivie avec obstination par la dernière législature.

Celle-ci porte, aussi, la responsabilité du coup de grâce dont est victime la médecine du travail.

Elle parachève ainsi le projet des employeurs mené avec constance et la complicité des exécutifs successifs depuis 1980(24).

.....
24- Pour plus de détails :
Pascal MARICHALAR : *La médecine du travail sans les médecins : une action de longue haleine*, 2010, Politix, <https://www.cairn.info/publications-de-Pascal-Marichalar—60866.htm>
Alain CARRÉ, *La destruction de la médecine du travail en France*

Cette mauvaise action a été perpétrée avec l'accord de certaines organisations syndicales dont nous énonçons les possibles mobiles dans un autre article(25), et parmi eux la dégradation constante organisée de l'exercice des médecins du travail.

Être médecin du travail, exercer ce métier au cœur des questions qui structurent la santé publique, alors que la santé au travail est le continent volontairement ignoré de la santé en France et ailleurs, ce métier passionnant de lanceur d'alerte individuelle et collective au cœur du travail, centre de la vie personnelle et sociale de chacune et de chacun, ce métier a vécu.

À de rares exceptions, coincés entre la peur et la honte, étouffés par les injonctions paradoxales constantes, se

.....

passé, présent, avenir, 2020, Cahiers du SMT N°37 :
<http://www.asmt.org/cahiers/cahiers/cahier-37/37-2-04%20AC-destruction.medecine.travail.pdf>
 25– <http://www.a-smt.org/2022/2022-01-29-Medecins.travail.souffrance-SMT.pdf>

réfugiant dans des processus défensifs, ces médecins deviendront de purs collaborateurs du management pour mettre à l'écart de prétendus « inemployables » et « irresponsables ».

Le projet républicain généreux de 1947, que « personne ne perde sa vie à la gagner », en confiant une mission exclusive d'ordre public social de prévention médicale primaire à un corps de médecins engagés du seul point de vue de la santé des travailleurs et des travailleuses, a été méthodiquement saboté.

Cette contribution, qui pourrait être étendue aux décisions contestables prises par l'État depuis le début de ce siècle, même si elle est douloureuse, a aussi pour objet de faciliter, en cas de retour vers un état véritablement social, l'abolition de ces mesures par leur repérage précis.

« Il n'est pas nécessaire d'espérer pour entreprendre ni de réussir pour persévérer ».