



HAL
open science

Santé au travail : pas de prévention sans coercition ”, Premières réactions au Rapport Lecocq.

Carré Alain, Louis-Marie Barnier, Selma Reggui

► To cite this version:

Carré Alain, Louis-Marie Barnier, Selma Reggui. Santé au travail : pas de prévention sans coercition ”, Premières réactions au Rapport Lecocq.. Les Possibles, 2018, 18. hal-03171296

HAL Id: hal-03171296

<https://hal.science/hal-03171296v1>

Submitted on 2 Apr 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Santé au travail : pas de prévention sans coercition : Premières réactions au Rapport Lecocq

jeudi 25 octobre 2018, par Alain Carré, Louis-Marie Barnier, Selma Reggui

Le gouvernement annonce vouloir réformer le système de santé au travail. Il propose que la négociation interprofessionnelle s'engage sur la base du rapport Lecocq [1], qualifié de « base satisfaisante ». Il faut donc analyser ce rapport. Ces réformes se situent dans le prolongement de la disparition des CHSCT, de la réforme de l'inspection du travail, d'une réduction des budgets alloués aux organismes de prévention des risques professionnels (INRS, CARSAT), et d'une *Loi Travail* fragilisant les travailleurs et leurs organisations. Les travailleurs doivent s'emparer de ce débat pour défendre leur droit à la santé. Tel est l'objectif de notre contribution.

Le rapport Lecocq [2] déclare placer en premier la prévention des risques professionnels, objectif trop souvent oublié dans les approches de la santé au travail. Il propose cependant de détruire les fondements du système de prévention français, de supprimer les services de santé au travail au nom de la liberté d'entreprendre et de la confiance dans un fonctionnement « vertueux » des entreprises. Il vise à organiser une alternative à l'obligation de sécurité de résultat, affirmée en 2002 mais fortement malmenée ces dernières années.

Le rapport affirme : « *Les femmes et les hommes constituent la première ressource stratégique de l'entreprise. Cette assertion, qui fait consensus, devrait guider la mise en œuvre de toute politique en matière de santé et sécurité au travail* » (p. 2). Mais nous qui travaillons et militons en entreprise, ou dont l'activité nous donne une grande connaissance des milieux professionnels, savons que les entreprises sont davantage guidées par la recherche d'un profit immédiat que par le respect de ce qu'elles nomment des ressources et que nous nommons des travailleurs, sans parler de tous les salariés, précaires, sous-traitants, dépendant de ses décisions. Il est nécessaire de reprendre les particularités de cette construction historique, notamment pour saisir que la prévention des risques a reposé sur la contrainte (à commencer par l'interdiction du travail des enfants) au sein de rapports d'exploitation qui ne connaissent pas de limites dans la recherche de profit.

Quand un ordinateur compte les occurrences de certains mots dans le rapport Lecocq :

- conseil, conseiller, etc. : 136
- accompagnement, accompagner, etc. : 95
- contrôle, contrôleurs, etc. : 43
- sanction, sanctionner, etc. : 11
- infraction : 0
- faute inexcusable : 0
- qualité de vie, QVT : 46
- mal-être : 0
- souffrance : 3
- stress, stressés : 7
- suicides : 1
- partenaires sociaux : 53
- syndicat, syndicats, syndicales : 16
- prévention primaire : 9

1/ Un aménagement de l'obligation générale de sécurité des employeurs

Suivons un instant le raisonnement du rapport Lecocq. Et si les employeurs découvraient le bénéfice d'une véritable prévention des risques en entreprises ?

- La santé au travail serait considérée comme « *un enjeu stratégique de l'entreprise* » (p. 2), un élément de la « *performance globale de l'entreprise* » (p. 3), assurant « *une politique de performance globale articulant bien-être au travail et efficacité économique* » (p. 5)
- On pourrait ainsi « *passer d'une gestion de la prévention*

subie sous la contrainte d'intervenants externes à une culture de la prévention proactive et pilotée » p. 6).

- Les managers comprendraient qu'il faut « *savoir associer les salariés lors des phases de conception des lieux et des organisations de travail* » (p. 50) ;
- De même, concernant les intérimaires à qui sont dédiées les tâches les plus accidentogènes, et qui ont le moins de moyens d'y faire face (collectif de travail affaibli, absence de formation et d'ancienneté), l'engagement social des entreprises, notamment des entreprises utilisatrices (EU), devrait permettre une prise en compte des risques professionnels pour cette profession : « *Une plus juste répartition du coût des cotisations [permettrait] une implication substantiellement renforcée des entreprises utilisatrices, en particulier celles recourant à de gros volumes de tels salariés. Une telle généralisation devrait, en particulier dans une logique de RSE intégrant toutes les parties prenantes, découler naturellement des politiques de prévention des EU* » (p. 62).
- Le gain financier pour l'entreprise devrait être valorisé, puisque les « études », évoquées par le rapport, avancent un rapport de 2,2 entre l'investissement pour la prévention des risques et le retour financier pour l'entreprise. La prévention serait un facteur de performance de l'entreprise qui en attend un retour sur investissement : « *Accompagner les entreprises dans l'élaboration et le suivi d'indicateurs de performance en santé au travail, mis en lien avec les indicateurs de performance globale, pour leur donner à voir le retour sur leur investissement en matière de prévention* » (p. 137) ; « *Il n'est en effet pas de performance économique sans performance sociale de l'entreprise* » (p. 141). Pour le rapport, « *l'obligation de sécurité de résultat, poussée à l'extrême, décourage la prévention (créant) un droit à la santé inaccessible* » (p. 65). La fin de « l'obligation de sécurité de résultat » au profit d'une simple « obligation de sécurité » [3] est le moteur de cette réforme, dont un objet dissimulé est une sécurisation juridique des entreprises, en mettant en place les conditions d'une obligation de sécurité purement formelle. La valorisation de la norme ISO 45001 par le rapport Lecocq reflète le combat mondial mené par le patronat pour substituer aux conventions de l'OIT des références internationales reposant uniquement sur des engagements moraux des entreprises.

Au fondement de cette démarche figure le refus par le patronat de l'obligation de sécurité de résultat instituée depuis les jurisprudences de 2002. [4] Ces décisions de justice donnaient tout leur sens aux articles du code du travail, encore épargnés par les récentes lois et ordonnances, qui rendent l'employeur responsable de la santé au travail des salariés. Les jugements de 2002 exprimaient une réaction des juges face à l'inertie française dans l'application de la directive cadre de 1989 (sur fond de crise sanitaire mettant en cause le gouvernement), et alors que le document unique, mis seulement en place en 2002, était peu mis

en œuvre. La décision de la Cour de cassation de 2002 avait permis d'engager de véritables politiques de prévention dans les entreprises dans la suite de la directive-cadre européenne de 1989.

Ce rapport voudrait donner consistance à une simple obligation de moyen en s'appuyant sur des jurisprudences récentes. Pourtant, à lire par exemple la décision concernant Air France, les juges affirment le contraire : « *Mais attendu que ne méconnaît pas l'obligation légale lui imposant de prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs, l'employeur qui justifie avoir pris toutes les mesures prévues par les articles L. 4121-1 et L. 4121-2 du code du travail. [5]* ». Comme le dit Pascal Lokiec, « *l'approche du concept de l'obligation de sécurité de résultat qui se dégage de l'arrêt Air France est centrée sur le comportement de l'employeur, et donc sur la consistance des mesures de prévention qu'il a prises. [6]* » Il s'agit donc au minimum d'une obligation de moyen renforcée.

Car aujourd'hui, il reste deux pivots qui mettent l'employeur au centre de la démarche de prévention et qui fondent sa responsabilité :

- L'article L 4121-1 du code du travail : « *L'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs.* »
- Et l'article L 4121-2 : il doit « *évaluer les risques qui ne peuvent pas être évités* ». Et le principe européen subsiste : « *L'employeur est obligé d'assurer la santé et la sécurité des travailleurs dans tous les aspects liés au travail* » (Art. 5 de la directive européenne 89/391 du 12 juin 1989).

La simplification des objectifs réglementaires

Le respect des normes réglementaires de sécurité pourrait représenter une version basse de de l'obligation de sécurité de l'employeur : l'employeur qui aurait seulement respecté ces règles ne serait pas en faute, il aurait ainsi rempli son obligation vis-à-vis du salarié.

Le rapport Lecocq ne souscrit même pas à cette lecture restrictive, au nom du poids trop contraignant de la réglementation : « *l'obligation de sécurité (est) encore perçue comme seul aiguillon* » (p. 3), reposant sur « *la contrainte d'intervenants externes à l'entreprise (...), un empilement d'obligations formelles* » (p. 3). Le rapport considère qu'il conviendrait de baisser le niveau d'exigence réglementaire en matière de prévention, « *d'inventorier et de revisiter la pertinence d'un certain nombre d'obligations formelles de la partie IV du code du travail en pratique difficilement respectées* » (p. 35). La prévention relèverait d'une démarche volontaire de l'employeur qui devrait présenter un « *plan de prévention* ». Il s'appuierait sur des structures régionales d'aide et de conseil. « *La structure (...) fonctionne en mode projet pour accompagner les entreprises selon leurs besoins.* » (p. 131). Cette structure proposera « un

accompagnement pluridisciplinaire en prévention des risques et de promotion de la santé au travail (...) lorsque les entreprises n'ont pas la capacité de réaliser elles-mêmes ces actions » (p. 130). Un conseil donc technique, basé sur la bonne volonté des entreprises. La mise à disposition d'un centre de ressources (certainement très utile) complète ce dispositif.

La fin du Document unique d'évaluation des risques transformé en plan de prévention, la limitation « aux risques majeurs » de l'obligation de formalisation de l'évaluation des risques dans les petites entreprises, l'application à titre supplétif des décrets concernant la santé au travail (il suffirait à l'employeur de prouver qu'il a pris des mesures équivalentes), la disparition de la Fiche d'entreprise qui ramène le médecin du travail à un rôle de conseiller de l'employeur, constituent autant de moyens de dissimuler l'existence des risques réels.

La recommandation n° 13 du rapport Lecocq propose de « simplifier l'évaluation des risques dans les entreprises pour la rendre opérationnelle », donc de « limiter la formalisation de l'évaluation aux risques majeurs dans les plus petites entreprises ; rendre obligatoire un seul document pour toutes les entreprises : le plan de prévention des risques, qui intégrera les éléments d'évaluation des risques se substituant ainsi au document unique d'évaluation des risques (DUER). Faire accompagner les entreprises pour l'élaboration de leur plan de prévention par les structures régionales et supprimer en conséquence la fiche d'entreprise. » (p. 140).

Recommandation n° 14 du rapport Lecocq : Proportionner les obligations et les moyens à déployer dans les entreprises en fonction de leur spécificité et des risques effectivement rencontrés par les salariés.

• À cet effet revisiter, en coopération avec les partenaires sociaux, la réglementation pour la faire évoluer vers une simplification et une recherche d'efficacité réelle.

• Rendre les décrets applicables à titre supplétif lorsque l'entreprise adopte des dispositions de prévention qui répondent au même objectif que la réglementation sans en suivre les modalités d'application concrètes. Une telle logique, sans rien céder à l'exigence de sécurité, serait de nature à réduire l'écart entre les exigences réglementaires (conformité) et les contraintes du travail réel et à améliorer l'effectivité de la prévention » (p. 140).

Voir aussi la note de bas de page : « La réglementation allemande prévoit quant à elle une démarche progressive d'évaluation des risques (pas d'obligation lorsque le risque est mineur ou négligeable, une évaluation sans mesurage et un mesurage s'il demeure une incertitude ou s'il s'agit d'agent CMR) et que les mesurages doivent être réalisés par un salarié compétent ou par une structure extérieure répondant à des normes en matière de mesurage (DIN EN 482). »

La négation des rapports d'exploitation

Le rapport propose de substituer aux obligations réglementaires un engagement de l'entreprise en faveur de la prévention. Le plan de prévention exprimerait cet engagement.

L'effort serait donc d'abord d'ordre pédagogique : « *un effort pédagogique important d'appropriation de la culture de prévention reste à faire afin que les entreprises comprennent mieux ce qui est attendu d'elles et la manière dont elles peuvent concrètement satisfaire leurs obligations et en faire la démonstration* » (p. 65). « *De nombreux chefs d'entreprises (...) suggèrent de développer une « relation renforcée mais bienveillante, dirigée vers le conseil et l'accompagnement avant contrôle et éventuelles sanctions* » (p. 66).

Mais quelle est la réalité ? Malgré plus de 100 années depuis la loi de 1898 instituant la notion d'accident du travail, la politique de prévention des risques est restée minorée au sein des entreprises, ressentie comme un coût et une obligation davantage que comme un engagement social. L'entreprise s'est construite sur le risque professionnel, inhérent à l'activité, et que des primes devaient compenser auprès de l'ouvrier. Depuis la loi de 1898, l'employeur est obligé de souscrire à une caisse d'assurance (reprise après 1945 dans la Sécurité sociale), couvrant ce risque professionnel considéré comme inévitable. Et, disons-le, le mouvement syndical s'est rarement détaché de cette approche.

Cependant, sous la pression des luttes sociales et de la société, les employeurs ont été amenés à réduire les accidents du travail et les maladies professionnelles. La coercition a été l'outil principal pour imposer aux employeurs une véritable politique de prévention des risques.

- Obligation de suivre les règles respectant le droit à la santé, à la dignité, par l'instauration d'un code du travail appuyé sur un corps de métier, l'inspection du travail.
- Obligation de répondre aux situations les plus extrêmes, notamment grâce à la contrainte financière portée par les caisses d'assurance, puis repris par les ingénieurs des CARSAT, notamment en cas de faute inexcusable.
- Mise en face de leurs responsabilités civiles et pénales en tant qu'employeurs, depuis les années 1980, la loi-cadre européenne puis les évolutions jurisprudentielles françaises. Rappel de la dimension de santé publique centrée sur la santé au travail portée par les médecins du travail qui considèrent la santé des travailleurs comme un tout et ont pour mission principale la prévention primaire de toute altération de la santé dans le cadre d'une mission d'ordre public social (11^e alinéa au préambule de la Constitution).
- Rapports de force construits par les salariés eux-mêmes, notamment à travers des élus dédiés à cette questions de la santé et la sécurité au travail, les délégués mineurs, les délégués du personnels par la suite, les comités d'entreprise, puis enfin, forme la plus pertinente, les CHSCT, que le gouvernement Macron

vient de supprimer.

Ces démarches ont donc construit en commun un cadre pour amener les entreprises à bâtir une politique de prévention, au plus près du terrain, en toute indépendance des employeurs, en élaborant des outils de contrôle collectif pour cette prévention des risques : fiche d'entreprise où le médecin du travail analyse les risques professionnels du point de vue spécifique de la santé des travailleurs, notamment à partir des rencontres médicales avec les salariés ; document unique d'évaluation des risques que l'employeur doit tenir à jour et qui est un instrument privilégié pour sa responsabilité d'employeur ; rapport au CHSCT...

Au cœur de cette responsabilité des employeurs, figure la notion de faute inexcusable (non évoquée dans le rapport) : en cas de faute de l'employeur, le Code de la sécurité sociale reconnaît un droit complémentaire à indemnisation pour le salarié. C'est elle qui crée le lien entre réparation et prévention dès le début du XX^e siècle, c'est elle qui ouvre à la responsabilité de l'employeur après les années 2000, c'est sur elle que s'appuie la jurisprudence de 2002 pour définir une obligation de sécurité de résultat. La faute inexcusable de l'employeur constitue la pierre angulaire de toute politique de prévention dans les entreprises.

Le rapport n'évoque à aucun moment cette notion... Le terme d'« infraction » est également un grand absent de ce rapport. C'est un rapport où l'affaiblissement de la coercition est net, le langage à lui seul en est révélateur : les termes de contrôle et de sanction et leurs déclinaisons sont environ quatre fois moins mobilisés que les termes de conseil et d'accompagnement et leurs déclinaisons. Et il faut noter la notion de « contrôle bienveillant » (p. 91) auquel est invitée l'inspection du travail, sa capacité d'agir y pénalement étant réduite au « recours à des sanctions administratives fléchées sur des thèmes prioritaires » (p. 91).

Une autre assertion que celle qui inaugure le rapport devrait guider les politiques de santé et sécurité au travail : « Aucune organisation du travail ne doit compromettre la santé et la sécurité des travailleuses et des travailleurs », formule qui fait volontairement écho à la jurisprudence de 2008 qui était venue confirmer l'obligation de sécurité de résultat. [7]

2/ Une médecine du travail ramenée au suivi médical

Le rapport Lecocq défend la disparition des services interentreprises de santé au travail. Ces services seraient intégrés dans un organisme privé, à la disposition des entreprises, centré sur la prévention des risques professionnels. Les services autonomes de médecine du travail dans les grandes entreprises seraient, dans une logique identique, intégrés dans les services de prévention de ces entreprises.

Le rôle de prévention de la médecine du travail, qui est pourtant

leur mission principale, n'apparaît pas dans le texte, et la suppression de la fiche d'entreprise cristallise le retrait de la mission de prévention.

La fiche d'entreprise est un document dans lequel le médecin du travail opère un relevé des risques dans l'entreprise et peut ainsi construire une politique d'alerte et de prévention à partir de rencontres avec les salariés, notamment dans le cadre des visites médicales régulières et du point de vue exclusif de la santé des travailleurs. Cette fiche est un outil essentiel pour les actions qu'il doit conduire en milieu de travail, dans l'objectif d'une prévention primaire devenue prioritaire en 2002 sous l'impulsion de la directive de 1989 et du dossier Amiante.

La suppression de la fiche d'entreprise annonce la négation du rôle de prévention de la médecine du travail. L'« accompagnement pluridisciplinaire en prévention des risques et de promotion de la santé au travail » (p. 130) est déconnecté de la visite médicale, la médecine du travail étant ramenée à un « suivi individuel obligatoire de l'état de santé » (p. 130). Le médecin du travail mode « Lecocq » s'annonce hors-sol, n'ayant plus de contact avec la réalité du travail et des postes de travail, supplétif du patron et de l'État pour une sécurisation juridique de ces deux parties. Un médecin du travail sélectionneur de la main-d'œuvre.

La fin de la rédaction de la fiche d'entreprise signerait la transformation profonde du rôle du médecin du travail qui assure par la rédaction de ce document un autre regard professionnel médical compétent et indépendant sur les risques pour la santé des travailleurs du point de vue exclusif de celle-ci. Après la fin du CHSCT, c'est la réalité du travail et des risques qui est ici l'objet de la dissimulation.

Recommandation n° 6 du rapport Lecocq : Renforcer le rôle de la structure régionale et du médecin du travail pour prévenir la désinsertion professionnelle.

Engager une réflexion pour une refonte complète du cadre juridique et institutionnel visant à clarifier et simplifier le parcours d'accompagnement du travailleur handicapé et plus généralement de tout travailleur exposé à un risque de désinsertion consécutif à son état de santé, en s'appuyant sur les principes suivants :

- *Créer au bénéfice du salarié et de l'employeur un porte d'entrée garantissant la prise en charge et le suivi multi-acteurs de tout dossier de maintien en emploi ;*
- *Organiser les relations entre médecin du travail et médecin conseil ;*
- *Instaurer, en cas de blocage, un mécanisme administratif garantissant la prise de décisions d'orientations dans des délais préfixes » (p. 138).*

La prévention médicale primaire qui découle de l'obligation régaliennne de l'État (11° alinéa du préambule de la Constitution [8]) deviendrait secondaire voire inexistante. La prévention médicale primaire collective et individuelle se transformerait en un système d'appui en matière de gestion de la santé et de la sécurité par l'employeur. Le suivi médical individuel serait réservé aux salariés à risque, ou confiés à des médecins non spécialisés qui n'ont pas accès à l'entreprise : « *Ouvrir à certaines catégories de salariés précisément identifiées (par exemple salariés du particulier employeur) la possibilité de faire effectuer leur suivi individuel de santé par des généralistes ayant passé une convention avec la structure régionale* » (p. 19).

L'objectif ne serait plus de protéger mais de « *promouvoir la santé* », comme le propose le document tout en réécrivant les obligations portées par la directive-cadre de 1989. [9] Il s'agit ici d'un abandon pur et simple de l'obligation régaliennne de protection de la santé et d'une diminution des exigences réglementaires liées à cette garantie constitutionnelle. Bien évidemment, depuis toujours, et encore plus dans un système libéral mondialisé, la performance financière de l'entreprise est liée à l'exploitation de la force de travail, dopée par la précarité de l'emploi et la mise en concurrence des travailleurs. C'est le moins-disant en matière de sécurité qui conquiert les marchés. Il s'agit également ici d'en finir avec un regard spécialisé compétent et indépendant, celui du médecin du travail en le cantonnant à des tâches périphériques et en lui substituant des non-spécialistes et en diluant la santé au travail dans des objectifs généraux de santé publique (addictions, prédispositions individuelles...).

Le rôle d'alerte collective du médecin du travail, son analyse sur le terrain des situations de travail ont totalement disparu des propositions. Les professionnels de santé (médecins et infirmières en santé au travail - IDEST) seraient cantonnés au maintien dans l'emploi (lire sélection médicale de la main-d'œuvre) et au dépistage dans ce cadre des supposées prédispositions individuelles. Même dans ce domaine, la mise à distance des travailleurs par le biais de dispositif distants (télémédecine) compromettrait l'exercice d'une clinique compréhensive. Le panégyrique de la médecine du travail « à l'anglaise » va dans ce sens.

La mise sous tutelle du médecin du travail par le médecin-conseil par le biais d'un organisme de recours complèterait la réforme du recours des décisions mis en place par la loi El Khomri. [10] La possibilité d'intégration des données du dossier médical de santé au travail (DMST) dans le dossier médical partagé (DMP) constituent une entorse majeure aux principes de respect du secret médical [11] : elle permettrait au médecin du travail d'accéder à des données de santé personnelle du salarié qu'il ne souhaiterait pas faire connaître dans l'entreprise. Elle met en place les moyens d'une sélection *a priori* de la main-d'œuvre en permettant le repérage des « inemployables ». Inaptitude, incapacité et invalidité seraient alors gérées du point de vue de l'employabilité. Les principes qui ont présidé à la mise en œuvre d'une prévention des risques pour la santé au travail du point de vue de la santé de chaque travailleur sont ici annihilés.

Recommandation n° 7 du rapport Lecocq : Mobiliser efficacement la ressource de temps disponible des médecins du travail et des personnels de santé

:

- *Des mesures pour optimiser l'organisation et faciliter le suivi individuel de santé systématique des salariés par les médecins du travail et les personnels de santé :*
 - *Moderniser les outils du quotidien pour la réalisation des examens médicaux : généralisation des systèmes d'information avec connexion des dispositifs d'examen complémentaires ; plateformes internet pour la prise des rendez-vous directe par les salariés ou les entreprises ;*
 - *Développer l'usage de la télémédecine pour répondre aux disparités territoriales et réduire la durée de certains actes médicaux.*
- *Au profit d'un investissement plus grand envers certains salariés :*
 - *Présentant des problèmes de santé susceptibles d'entraîner leur désinsertion professionnelle qu'il s'agisse : de motifs d'inaptitude à leur poste dans l'entreprise ; de pathologies chroniques nécessitant des mesures pour le maintien dans leur poste ;*
 - *Appartenant à des populations à risques telles que les jeunes salariés ou les salariés vieillissant et les aidants ;*
 - *Engagés dans des formes d'emploi ou des parcours professionnels précaires comme l'intérim ou les CDD ;*
 - *En situation de handicap ;*
- *Créer une contribution, en temps ou financière, des entreprises dotées de services autonomes en faveur des structures régionales de santé au travail, au titre de la mutualisation, en raison des travaux qu'elles confient fréquemment à des PME dans le cadre d'une relation de sous-traitance ou de recours à des prestations extérieures.*
- *Ouvrir à certaines catégories de salariés précisément identifiées (par exemple salariés du particulier employeur) la possibilité de faire effectuer leur suivi individuel de santé par des généralistes ayant passé une convention avec la structure régionale.*

3/ Donner toute sa dimension au projet de Sécurité sociale

La mission de prévention est retirée aux CARSAT (caisses d'assurance retraite et de la santé au travail). L'inspection du travail et les services prévention des CARSAT seraient cantonnés à un rôle de contrôle : « *Il apparaît donc nécessaire de recentrer les Carsat sur leur fonction de gestionnaire de risque et donc d'actuaire. L'autre partie de leur mission, la prévention, serait transférée aux structures régionales qui seront ainsi bien identifiées comme des structures de conseil et d'appui* » (p. 132).

Cela signifie la disparition du contrôle direct des représentants

des travailleurs sur les mécanismes de prévention de la branche AT-MP. Ce contrôle serait renvoyé aux structures nationales et régionales du système. Le tripartisme de participation au conseil d'administration avec un État qui fait cause commune avec les employeurs déséquilibrerait la gouvernance du système. Les commissions de contrôle des SSTIE, dans lesquels les représentants des travailleurs sont majoritaires, seraient supprimées, ce qui induirait une perte de proximité géographique « au plus près » de la surveillance du fonctionnement des structures santé-travail au profit du CA de la structure régionale dans laquelle ils ne seraient plus majoritaires. L'appel à l'initiative privée de prévention laisserait le champ libre aux officines patronales. Pour les Carsat, les compétences d'analyse en prévention seraient transférées, ce qui compliquerait les constats d'infraction.

« Dominée d'un côté par le poids prédominant de la réparation, gardée de l'autre à l'écart des évolutions majeures de la santé publique en France ces vingt dernières années, la santé au travail s'est en quelque sorte progressivement isolée des écosystèmes du soin et de la prévention sanitaire » (p. 76). La séparation de la gestion du risque par la Sécurité sociale, à travers sa caisse AT/MP, et de la dimension de prévention est une des propositions principales du rapport Lecocq. Il resterait néanmoins, dans un esprit d'assurance, un petit rôle aux Carsat : « Les Carsat pour leur mission de tarification et de réparation continueront à déployer leurs programmes nationaux et à agir auprès des entreprises ciblées responsables d'un coût pour l'assureur » (p. 9).

Le rapport Lecocq affiche « l'ambition de passer d'une logique de réparation à une logique de promotion de la santé au travail. » (p. 36). Mais il remet en cause la jonction qu'opère la caisse AT/MP au sein de la Sécurité sociale entre la réparation et la prévention : « Reste qu'il est permis de s'interroger sur les comportements induits par le dispositif et l'opportunité d'en orienter les effets, par exemple en réfléchissant à l'instar de l'exemple allemand, en cas de reconnaissance de l'origine professionnelle d'un sinistre, à des réponses non exclusivement axées sur la réparation indemnitaire mais introduisant des éléments alternatifs et incitatifs de prévention. » (p. 44).

Ce rapport prépare l'étape suivante de la sécurisation juridique et financière des entreprises, c'est-à-dire une réforme du système de réparation des effets du travail et sans doute notamment la fin de la présomption d'imputabilité et la mise en œuvre de fractions attribuables.

La séparation entre réparation et prévention nous semble contraire à l'esprit même de la Sécurité sociale. Ramener la Sécurité sociale au simple rang d'une assurance a été un combat permanent du patronat, comme suggère le rapport Lecocq : « La branche AT-MP considère la prévention comme une dimension de la gestion du risque » (p. 88). Dès la loi de 1898 sur les accidents du travail, il était fait mention de la possibilité pour l'employeur de se couvrir du « risque accident » en confiant la prise en charge des frais à une assurance. Le « risque professionnel » était né, risque objectif dépendant « naturellement » de l'activité

professionnelle, et avec le système assurantiel la possibilité pour les employeurs d'ignorer les conséquences sociales de leurs décisions. Lorsque les systèmes d'assurance antérieurs sont intégrés à la Sécurité sociale en 1946, sur la base de leur non-fonctionnement, c'est aussi avec l'idée de promouvoir une conception entière de la santé des travailleurs. Le regroupement dans une caisse commune des risques maladie, accidents du travail et maladies professionnelles et famille affirme une unité : « L'unité de la Sécurité sociale s'affirme sur le plan social. Il s'agit toujours, en effet, d'apporter des moyens d'existence à des familles manquant de ressources, de sauvegarder le capital humain du pays par la prévention de la maladie et de l'invalidité, de permettre à tous les individus de développer au maximum leurs moyens propres » (A. Croizat, Assemblée nationale, 1945).

La dimension de prévention confiée à la Sécurité sociale (même si elle a trop longtemps été considérée sous le seul regard assurantiel) s'inscrit comme une dimension du droit à la santé des salariés. Le pouvoir de contrainte des ingénieurs des CARSAT dispose d'un levier, le niveau de cotisation, dans un système mutualisé financé par les seules cotisations des employeurs, au nom de ce droit à la santé et pas seulement dans un esprit assurantiel. Ce droit de sanction témoigne de la mission générale confiée par la société à la Sécurité sociale : garantir la sécurité de tous par le biais d'une cotisation solidaire. Les ingénieurs des Carsat en tirent un pouvoir particulier : « La caisse régionale peut (...) inviter tout employeur à prendre toutes mesures justifiées de prévention » (Art . 422-4 Code de la Sécurité sociale). Elle peut aussi « adopter des dispositions générales de prévention applicables à l'ensemble des employeurs qui, dans sa circonscription, exercent une même activité ou utilisent les mêmes types de machines ou de procédés » (*idem*).

Cependant la gestion de la caisse AT/MP et des commissions techniques nationales et régionales qui en découlent s'est opérée sous le règne du consensus, qui nécessite donc l'accord du patronat pour toute décision. La Sécurité sociale explique sa politique consensuelle, pour un sujet qui « concerne autant les chefs d'entreprises que leurs salariés », par le principe de l'équité : « L'équité : c'est garantir l'impartialité dans les décisions rendues au nom de la collectivité. Parce que les intérêts économiques souvent contradictoires de la victime et de son employeur nécessitent des procédures qui permettent cette neutralité. [12] » C'est une des faiblesses historiques de la Sécurité sociale (notamment après les ordonnances de 1967 à la suite desquelles les salariés ne sont plus majoritaires dans les caisses), vouloir préserver le consensus pour des décisions concernant la santé des travailleurs.

L'inscription de cette caisse AT/MP dans la Sécurité sociale lui enjoint d'agir non comme une simple assurance des employeurs, mais comme une dimension de la santé des travailleurs envisagée comme un tout. Ceci supposerait cependant que la Sécurité sociale, et les travailleurs qui la mandatent pour agir en leur nom, prenne toute la dimension de sa responsabilité sociale pour défendre la santé des travailleurs face aux choix patronaux. Cela supposerait aussi que le poids indû des employeurs dans les organismes dits « paritaires », qui concernent pourtant en

premier lieu la santé des salariés, soit remis en cause.

Vers une remise en cause de la réparation au nom d'une hypothétique prévention

« De fait, la comparaison avec l'Allemagne révèle un rapport prévention/réparation sévère pour la France. Eurogip rappelle que, si le régime général français couvre 18 millions de personnes pour presque 13 milliards d'euros, le régime allemand en couvre 32 millions mais dépense 9 milliards d'euros pour l'assurance du risque professionnel. Ceci s'explique notamment par la philosophie même des régimes, le système allemand étant fondé sur un triptyque privilégiant, par ordre de priorité, la prévention, la réhabilitation puis, en dernier recours, l'indemnisation. En conséquence, le régime indemnitaire est beaucoup moins généreux et l'indemnisation du préjudice n'a lieu que si le salarié est atteint par un taux 20 % d'incapacité. » (p. 53)

4/ Un enjeu de santé publique

Et l'État ? Le rapport pose la santé au travail comme un enjeu de santé publique. Sont passées les crises sanitaires des années 2000 et la mise en cause de la responsabilité pénale du gouvernement français. Le rapport propose de mobiliser une « *politique nationale en matière de santé au travail* » (p. 3), « *Assurer une articulation plus étroite et plus opérationnelle de la politique de santé au travail avec la politique de santé publique* » (p. 6). « *Dominée d'un côté par le poids prédominant de la réparation, gardée de l'autre à l'écart des évolutions majeures de la santé publique en France ces vingt dernières années, la santé au travail s'est en quelque sorte progressivement isolée des écosystèmes du soin et de la prévention sanitaire.* »

Nous l'affirmons depuis longtemps, « *La santé au travail est une question de santé publique.* [13] » Nous considérons qu'on ne peut faire confiance à des accords privés ou à des engagements unilatéraux des entreprises. Même la négociation collective, portée par certains comme la solution, est dominée par le poids prépondérant du patronat qui laisse rarement écorner volontairement ses bénéficiaires au nom du respect de la santé des salariés. Protéger le droit fondamental à la santé relève des missions régaliennes de l'état. Ce droit à la santé doit s'imposer aux employeurs, y compris dans l'entreprise qu'ils considèrent à tort comme un espace privé leur appartenant.

Mais la conception de l'état portée par le rapport relève d'un État libéral, qui agit par le jeu du marché et le « dialogue social ». Un « État modeste » confiant à la société civile, voire simplement aux

employeurs (comme c'est le cas en matière de santé au travail depuis un siècle), la définition de leurs obligations. Un État « *soucieux d'investir dans le long terme, au service d'une société qu'il écoute, capable de s'effacer et de se retirer quand une activité réussie peut être assurée par les praticiens eux-mêmes.* [14] »

Le rapport estime nécessaire « *la connaissance des expositions professionnelles* », qu'il évoque comme « *une nécessité pour la prévention dans un contexte d'allongement de la vie professionnelle* » (p. 71). Le rapport insiste : « *Le recueil, la collecte et l'exploitation collective des données individuelles d'exposition professionnelles présentent un double intérêt pour la prévention : un intérêt individuel pour le salarié pour le suivi de son état de santé ; un intérêt collectif pour connaître la réalité des expositions par secteur d'activité, sur un territoire, au plan national afin de guider les actions de prévention* » (p. 71). Mais le texte ne mentionne pas les suppressions successives des attestations obligatoires d'exposition ! Ces outils de santé publique, au-delà de leur aspect de réparation et de leur dimension de prévention, ont tous disparu au fil des lois successives. Sans parler de l'avenir incertain du compte pénibilité.

L'État lui-même serait en retrait en redéfinissant des obligations légales d'ordre supplétif : « *Rendre les décrets applicables à titre supplétif lorsque l'entreprise adopte des dispositions de prévention qui répondent au même objectif que la réglementation sans en suivre les modalités d'application concrètes. Une telle logique, sans rien céder à l'exigence de sécurité, serait de nature à réduire l'écart entre les exigences réglementaires (conformité) et les contraintes du travail réel et à améliorer l'effectivité de la prévention* » (p. 141). L'entreprise construit sa propre norme comme réponse à l'exigence de sécurité, et c'est seulement si elle n'a rien proposé (quelle que soit la nature de la proposition, et sous condition d'un aval syndical facile à obtenir dans un contexte de contrainte économiques) que la loi s'appliquerait.

Nous confirmons qu'il s'agit bien d'un enjeu de santé publique, quand le travail est responsable de plus de 500 morts chaque année et que les effets néfastes du travail se répercutent sur de nombreuses dimensions de la vie sociale. Encore faudrait-il que l'État s'empare de cette question et s'oppose au pouvoir des entreprises.

5/ Une « gouvernance » renouvelée ?

Le rapport Lecocq propose que le système de prévention soit structuré selon trois axes :

- Géographique : Un échelon national d'une part (France santé travail), un échelon régional d'autre part (Régions santé travail)
- De nature : de droit public (national), de droit privé (régional)
- De compétence : Des organismes de conseils en

prévention d'une part, des organismes de contrôle d'autre part

France santé travail (conseil d'administration : État, employeurs, représentants des salariés) engloberait l'ANACT, l'INRS, l'OPPBT, le secteur prévention de la branche AT-MP – les Carsat (la CATMP de la CNAM et les CTN de la CNAM sont fondus dans le CA). Il avait même été évoqué dans un premier temps d'y inclure l'inspection du travail. Au niveau régional, « *la structure régionale de droit privé (région santé travail) dispose d'un CA paritaire (à l'instar du statut des Carsat) où siège le représentant de l'État en région. Il regroupe donc les compétences des CA des SSTI, de l'OPPBT, de la CRAT-MP, de l'Aract, instances des organismes qui rejoignent la structure régionale. La direction de la structure régionale est assurée par un directeur nommé par le CA en accord avec la structure nationale de santé* » (p. 136). Ces structures peuvent faire appel en tant que de besoin à l'aide de préventeurs privés.

Le rapport propose de substituer à des organismes existants de nature très différente, un centre de conseil à la disposition des entreprises : « *Créer une structure régionale de prévention, interlocuteur privilégié, interface de proximité avec les entreprises : Une structure régionale de prévention (porte d'entrée dans le système), structure de droit privé ayant pour mission d'intérêt général la préservation de la santé au travail, regroupe les services de santé au travail interentreprises, les compétences des Aract, afin d'enrichir les compétences pluridisciplinaires sur le volet organisationnel (ergonomes, psychologues, spécialistes en organisation), les agents des Carsat affectés aux actions relevant du champ de la prévention et de l'appui technique (formation en prévention, laboratoires) et les compétences des agences régionales de l'OPPBT* » (p. 131).

Et les salariés ? Nous considérons que les salariés ont une place essentielle dans toute politique de prévention des risques. Par leur connaissance des risques eux-mêmes et des possibilités d'y répondre dans un cadre collectif. Mais aussi par leur capacité collective à imposer d'autres solutions dans l'entreprise que la seule recherche du profit, d'autant plus qu'ils sont concernés au premier chef. Mais le rapport ne parle des élus salariés que pour évoquer leur « déficit d'appui » (p. 49). Le rapport ne rappelle même pas les conséquences de la suppression des CHSCT par le gouvernement Macron.

En conclusion

Ce rapport s'inscrit dans la continuité de la réduction des moyens d'intervention des salariés (suppressions des CHSCT), des médecins du travail (contrôle accru par les employeurs à travers les licenciements ou les plaintes auprès de l'Ordre des médecins), des inspecteurs du travail ramenés au rôle de conseillers de l'employeur, des ingénieurs des Carsat et de l'INRS, de la réduction des possibilités d'expertises, etc. Le

rapport accompagne le basculement souhaité de la jurisprudence. Il propose de fournir aux employeurs des recettes formelles (genre QVT) et il suffirait de les mettre en place (y compris en « toile peinte ») pour qu'un employeur soit exempté de sa responsabilité. C'est le moyen d'une prévention formelle *a minima* que dégage le rapport. Les témoins gênants : travailleurs-euses, médecins du travail, experts, sont évacués du processus, vecteurs essentiels pour construire le lien entre santé et travail, ou *a contrario* atteintes à la santé et décisions des employeurs.

D'autres rapports sont parus simultanément, sans paraître retenir l'attention du Premier ministre.

- Le rapport Frimat [15] préconise « *le renforcement des obligations de prévention et de traçabilité collective de l'employeur* » (p. 28), la création d'un « *dossier ACD (agents chimiques dangereux) qui listerait précisément les informations (identification des produits chimiques et de leurs dangers, groupe d'exposition homogène de salariés, notices de poste, équipements de protection...)* qui doivent figurer dans le document unique d'évaluation des risques et qui seraient adressées aux services de santé au travail pour être intégrées dans le dossier d'entreprise » (p. 22) ou le renforcement du rôle des CARSAT dans la suppression des expositions aux agents chimiques.
- Le rapport Borowczyk [16] préconise notamment d'« *imposer, pour chaque poste exposant à des risques de maladies professionnelles, l'élaboration d'une fiche de risques récapitulant l'ensemble des risques professionnels, expositions et mesures de prévention et de protection propres à ce poste* » (proposition 9), la « *compétence d'une médecine du travail de site* » (proposition 19) et des propositions à renforcer le lien entre la reconnaissance de maladies professionnelles et la prévention des risques en entreprises. Il finit sur la proposition de « *créer une instance destinée à favoriser le découplage et la mise en réseau des services de santé au travail, comprenant représentants des médecins du travail et des autres salariés des SST, et représentants des partenaires sociaux. Cette instance pourrait préfigurer un service public unifié de santé au travail, à placer sous l'égide de l'assurance maladie* » (proposition 36).

Nous défendons, au contraire du rapport Lecocq, le droit à la santé des travailleurs, qui s'impose aux employeurs et qui doit s'appuyer sur un État coercitif et une Sécurité sociale dirigée par les travailleurs, défendant leur droit à la santé, s'appuyant sur des institutions garantissant leur intervention et sur la mobilisation de tous les travailleurs.

Louis-Marie Barnier, Alain Carré et Selma Reggui sont membres du collectif « Ne pas perdre sa vie à la gagner [17] »

Notes

[1] E. Philippe, « Programme de travail pour poursuivre la rénovation de notre modèle social », 5 septembre 2018 : « Le rapport Lecocq-Dupuis-Forest “Santé au travail, vers un système simplifié pour une prévention renforcée” établit un diagnostic et propose des évolutions ambitieuses pour notre système de prévention des risques professionnels. Il fournit une base satisfaisante pour un dialogue interprofessionnel. »

[2] C. Lecocq, B. Dupuis, H. Forest, « Santé au travail, vers un système simplifié pour une prévention renforcée », Rapport fait à la demande du Premier ministre, juillet 2018.

[3] Cour de cassation, arrêt du 25 novembre 2015. Selon le professeur Pierre-Yves Verkindt : « *La chambre sociale de la Cour de cassation est venue mettre fin à l’automatisme de la condamnation de l’employeur en lui ouvrant la possibilité d’établir qu’il a mis en place une prévention et des moyens adaptés* ». Il constate en outre l’abandon depuis 2017 par la chambre sociale de la Cour de cassation de la référence au résultat : « *l’expression “obligation de sécurité de résultat” disparaît donc de la terminologie de la chambre sociale au profit de l’expression “obligation de sécurité”* » (Rapport Lecocq, note de la p. 65).

[4] Arrêt Amiante, Cass. soc. 28 février 2002, n° 99-18389, ETERNIT : « Attendu qu’en vertu du contrat de travail le liant à son salarié, l’employeur est tenu envers celui-ci d’une obligation de sécurité de résultat, notamment en ce qui concerne les maladies professionnelles contractées par ce salarié du fait des produits fabriqués ou utilisés par l’entreprise ; que le manquement à cette obligation a le caractère d’une faute inexcusable, au sens de l’article L. 452-1 du Code de la sécurité sociale, lorsque l’employeur avait ou aurait dû avoir conscience du danger auquel était exposé le salarié, et qu’il n’a pas pris les mesures nécessaires pour l’en préserver. »

[5] Soc., 25 novembre 2015, pourvoi no 14-24.444.

[6] Pascal Lokiec et Alexandre David, « L’obligation de sécurité de résultat, une norme visant à rendre effectif le droit à la santé et à la sécurité dans le travail », *Bulletin d’information de la Cour de cassation*, n° 847, septembre 2016.

[7] Arrêt SNECMA du 5 mars 2008 : « Attendu que l’employeur est tenu, à l’égard de son personnel, d’une obligation de sécurité de résultat qui lui impose de prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des travailleurs ; qu’il lui est interdit, dans l’exercice de son pouvoir de direction, de prendre des mesures qui auraient pour objet ou pour effet de compromettre la santé et la sécurité des salariés ».

[8] La Nation « *garantit à tous, notamment à l’enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs.* »

[9] Directive-cadre européenne du 12 juin 1989 « concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l’amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail ».

[10] Les médecins du travail sont déjà dans la ligne de mire du Medef : les employeurs dénoncent auprès de l’Ordre des médecins tout médecin établissant un lien entre exposition professionnelle et affection de la santé.

[11] Le secret médical s’applique aussi bien entre médecins que vis-à-vis du public : « Le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d’informations nécessaires à la prise en charge d’une personne requiert son consentement préalable » (L1110-4 du Code de la sécurité sociale).

[12] Site de la caisse [CNAMTS-Risques professionnels](#).

[13] Appel « Pour ne plus perdre sa vie à la gagner », Annie Thébaud-Mony, Directrice de recherches honoraire à l'INSERM, Danièle Linhart, Sociologue, Directrice de recherches émérite au CNRS, Eric Beynel, porte-parole Union syndicale Solidaires, Christophe Godard, Secrétaire national de l'UGFF-CGT (responsable Santé-Travail), Jean-Michel Sterdyniak président du SNPST, Dominique Huez pour l'Association Santé Médecine du Travail, Alain Carré (SMTIEG-CGT), Arnaud de Broca, Secrétaire général de la FNATH, Julien Lusson (Attac), Louis-Marie Barnier (Fondation Copernic), les syndicats CGT, FSU et Sud de l'inspection du travail, un Collectif de 27 cabinets, experts CHSCT ou intervenants en santé au travail, Les associations Henri Pezerat, Ban Asbestos et Robin des toits, *Médiapart*, 15 janvier 2015.

[14] Crozier M. (1991), *État modeste, État moderne, Stratégies pour un autre changement*, Fayard, p. 59.

[15] P. Frimat, « Mission relative à la prévention et à la prise en compte de l'exposition des travailleurs aux agents chimiques dangereux », avril 2018.

[16] J. BOROWCZYK et P. DHARRÉVILLE, « Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur les maladies et pathologies professionnelles dans l'industrie (risques chimiques, psychosociaux ou physiques) et les moyens à déployer pour leur élimination », *Assemblée nationale*, juillet 2018.

[17] Le collectif, rassemblant des syndicats, des organisations et des militants de la santé au travail, a organisé des [États généraux de la santé des travailleurs](#) en 2016 et 2018.