

regards

PROTECTION SOCIALE

DOSSIER

LES RISQUES PROFESSIONNELS

Regard
d'un grand témoin,
Jean-Denis Combrexelle



ÉCOLE DES DIRIGEANTS
DE LA PROTECTION SOCIALE

regards

P R O T E C T I O N S O C I A L E

**Revue bi-annuelle publiée
par l'École Nationale Supérieure de Sécurité
Sociale**

27 rue des Docteurs Charcot

CS 13132

42031 Saint-Étienne cedex 2

Tél : +33(0)4 77 81 15 15

www.en3s.fr

Directeur de la publication :

Dominique Libault

Directeur général de l'EN3S

regards
PROTECTION SOCIALE

Comité de rédaction

Président

Dominique LIBAULT Directeur de l'EN3S
Vice-Président du Haut Conseil du financement de la protection sociale

Membres (par ordre alphabétique)

Pierre ALBERTINI Directeur de la CPAM de Paris

Gilles ARZEL Directeur des CPAM de Béarn, Soule et Bayonne

Jean-François CHADELAT Inspecteur général honoraire des affaires sociales,
Directeur honoraire du fonds de financement CMU

Alain CHAILLAND Conseiller référendaire à la Cour des comptes

Julien DAMON Professeur associé à Sciences-Po, Conseiller scientifique de l'EN3S

Marion DELSOL Directrice du laboratoire IODE (Institut de l'Ouest Droit et Europe)

Benjamin FERRAS Inspecteur des affaires sociales, ancien conseiller
cabinet de la Ministre des affaires sociales et de la santé

Philippe GEORGES Inspecteur général des affaires sociales honoraire

Jean-Louis HAURIE Directeur de la CAF de Paris

Gilles HUTEAU Professeur en Protection sociale à l'École des Hautes Études
de Santé Publique (EHESP)

Albert LAUTMAN-VIDAL Directeur général de la Fédération Nationale de la Mutualité Française
FNMF

Gautier MAIGNE Chef du département Société, institutions et politiques sociales,
France stratégie

Jérôme MINONZIO Rédacteur en chef de la revue Informations sociales, CNAF

Dominique POLTON Présidente de l'Institut des données de santé,
Conseillère scientifique de l'EN3S

Xavier PRÉTOT Conseiller à la Cour de cassation,
ancien Professeur associé à l'Université Panthéon-Assas (Paris II)

Vincent RAVOUX Directeur du réseau des CAF, CNAF

Diane ROMAN Professeure de droit public à l'université François Rabelais (Tours),
membre de l'institut universitaire de France

Les opinions exprimées et les arguments employés dans les articles sont la responsabilité des auteurs et ne représentent pas nécessairement ceux de leur employeur ou de l'EN3S, éditeur de la revue.

PAGE 5 | **Sommaire**

PAGE 9 | **Édito**
Par Dominique LIBAULT, Directeur de l'EN3S

PAGE 11 | **Grand témoin**
Jean-Denis Combrexelle, Président de la section sociale du Conseil d'État

1 DOSSIER CENTRAL : LES RISQUES PROFESSIONNELS

**PARTIE A : L'ASSURANCE RISQUES PROFESSIONNELS :
SON HISTOIRE, SON FONCTIONNEMENT,
SES ENJEUX**

PAGE 25 | **Histoire de la prévention des risques professionnels**
Par Laure Léoni, avocat

PAGE 33 | **Les missions de la branche AT/MP**
Par Marine Jeantet, Directrice des risques professionnels et Anne Thiebeauld, Adjointe de la Direction des Risques Professionnels – CNAMTS

PAGE 51 | **Inciter les entreprises à améliorer la santé au travail**
Par Pascale Lengagne, Maître de recherche à l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES)

- PAGE 63 | **Qui est couvert ? Le champ d'application personnel de la législation accident du travail**
Par Francis Kessler, *Maître de conférences, École de droit de la Sorbonne, Université de Paris 1 ; avocat à la Cour, senior counsel, Gide Loyrette Nouel*
- PAGE 71 | **Les risques existants et émergents**
Par Pascal Jacquetin, *Adjoint à la Directrice des Risques professionnels à la CNAMTS et responsable de la mission statistiques*
- PAGE 85 | **Les enjeux de la branche AT/MP**
Par Marine Jeantet, *Directrice des risques professionnels, CNAMTS*

PARTIE B : LA RÉPARTITION ET L'ÉVALUATION DU PRÉJUDICE SUBI

- PAGE 101 | **La réparation du risque professionnel par le retour dans l'emploi**
Par Pierre-Yves Verkindt, *Professeur à l'École de droit de la Sorbonne*
- PAGE 111 | **Réparation intégrale, FIVA, CAP AT/MP**
Par Agnès Plassart, *Directrice du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante*
- PAGE 119 | **La mise en perspective de l'évaluation de l'invalidité et de l'incapacité permanente**
Par Marion Del Sol, *Professeur de droit à l'Université de Rennes 1 et directrice du laboratoire IODE*

PARTIE C : LE RÔLE DES ACTEURS DANS LA PRÉVENTION

- PAGE 129 | **Les acteurs de la prévention au travail en entreprise**
Par Franck Héas, *Professeur à l'université de Nantes*
- PAGE 139 | **La vision des entreprises : présentation d'une approche innovante**
Propos recueillis par Sébastien Martine, *Sous-directeur à la Direction des risques professionnels, CNAMTS*
- PAGE 147 | **L'action de la MSA dans le champ des AT/MP. Médecine du travail et service médical**
Par Franck Duclos, *Directeur délégué aux politiques sociales de la MSA*

PAGE 157 | **Les métiers de la prévention des risques professionnels**

Par **Georges Lischetti**, *Ingénieur conseil régional,
Directeur des risques professionnels à la CARSAT Alsace-Moselle*

PAGE 169 | **Optimiser le bien-être au travail et la performance globale : enjeux et perspectives**

Par **Olivier Bachelard**, *Professeur, Directeur du campus de Saint-Étienne
emlyon business school*

PAGE 181 | **La maladie chronique à l'épreuve de l'entreprise : une réalité et un enjeu pour demain**

Par **Patricia Courtial**, *Directrice-adjointe, CARSAT Rhône-Alpes*

PARTIE D : L'APPROCHE INTERNATIONALE

PAGE 193 | **Les lignes directrices de l'AISS**

Par **Bernd Treichel**, *Expert en prévention et Sécurité sociale à l'Association
Internationale de la Sécurité Sociale (AISS)*

PAGE 201 | **Maintien dans l'emploi des victimes d'AT/MP : Quelles pratiques chez nos voisins ?**

Par **Catherine Lecoanet**, *Traductrice chez Eurogip
et Raphaël Haeflinger, Directeur d'Eurogi*

2

Prix de l'EN3S 2017

PAGE 215 | **« Inégalités »**

L'apport majeur du livre d'Anthony Atkinson

Par **Mireille Elbaum**, *Présidente du Haut Conseil pour le Financement de la
Protection Sociale (HCFIPS)*

3

Études et recherches

PAGE 235 | **Les quatre leviers de la redistribution**

Par **Elvire Guillaud**, *Université Paris 1, CES et LIEPP Sciences Po
et Michaël Zemmour, Maître de conférences Université Lille 1, CLERSE
et LIEPP Sciences Po*

- PAGE 243 | **La protection sociale du sportif salarié**
Par **Xavier Aumeran**, chargé d'enseignement aux Universités Jean Moulin Lyon 3 et Paris 1 – Panthéon-Sorbonne
- PAGE 245 | **Quand la prison prend soin : enquête sur les pratiques professionnelles de santé mentale en milieu carcéral en France et en Allemagne**
Par **Camille Lancelevée**, chargée d'études à la direction de l'administration pénitentiaire, ministère de la Justice
- PAGE 257 | **Ce que la Dépendance fait au métier d'infirmière libérale**
Par **Véronique Feyfant**, chercheure associée au Centre d'Études des Rationalités et des Savoirs

4 Bibliographie et notes de lecture

- PAGE 275 | **Bibliographie**
- PAGE 277 | **Notes de lecture**

Édito

Par Dominique LIBAULT,

Certes, la branche « Risques professionnels » est la plus petite, financièrement, des quatre branches créées en 1945. Mais si elle justifie aujourd'hui l'intérêt, ce n'est pas seulement parce qu'elle est la première branche de la protection sociale créée en France à la fin du 19^{ème} siècle.

Elle est aussi la branche qui concentre le plus les défis et contradictions de la protection sociale du 21^{ème} siècle.

En effet, on voit bien que le « social » tend à évoluer selon deux dynamiques :

- ▼ D'une part, une dialectique consistant à laisser un peu plus de liberté aux acteurs sociaux de l'entreprise pour aménager les règles du jeu dans la relation de travail entre les salariés et l'employeur en échange d'une protection sociale plus universelle et plus complète. C'est ce qui est souvent résumé à travers le terme de flexisécurité.
- ▼ D'autre part, le souhait de faire évoluer la protection sociale vers une dimension moins exclusivement « réparatrice » et davantage « préventive » et « inclusive ». C'est ce qui est souvent résumé par le terme « d'investissement social ».

Or, la prévention se joue, en matière de risques professionnels, bien évidemment au sein de l'entreprise et passe par des normes d'autant plus exigeantes que les progrès de la connaissance, la reconnaissance de concepts comme la pénibilité et le *burn out*, le précédent de l'amiante, l'évolution du contenu et de l'environnement du travail n'ont cessé d'intensifier et complexifier le domaine des maladies professionnelles, alors même que les accidents du travail reculaient.

La logique « prévention du risque » dans ce domaine ne va pas dans le sens de l'effacement de la norme étatique dans le domaine « santé au travail ».

C'est ainsi que la partie « santé au travail » est celle dont le volume a le plus augmenté dans le code du travail de 1985 à 2015 (plus de 400 pages selon le décompte de Franck Morel et Bertrand Martinot).

Mais, bien évidemment, la norme n'est pas tout et tant les services de l'inspection du travail, l'ANACT que les CARSAT s'efforcent de mettre en place des stratégies de prévention, avec une lisibilité et une coordination des interventions sans nul doute à parfaire.

L'interpénétration du rôle des services du travail et de la Sécurité sociale, jusqu'au rôle du médecin du travail et du médecin conseil de la Sécurité sociale, notamment dans le constat de la capacité ou non à reprendre le travail est particulièrement frappante.

Il y a là un domaine évident de progrès et d'efficience pour l'action publique.



Par ailleurs, la branche AT-MP utilise notamment depuis longtemps le bonus/malus en matière de tarification, ce qui est une originalité dans notre paysage de protection sociale, alors que beaucoup d'économistes (dont Jean Tirole) plaident pour cette solution en matière d'assurance chômage. Certains s'interrogent sur la possibilité pour les AT-MP de reconstruire ce bonus/malus davantage sur la prévention que sur la constatation de dommages survenus qui, dans notre monde de mobilité professionnelle croissante, peuvent trouver leur source chez des employeurs précédents de l'assuré.

Au-delà de cet impact de la mobilité sur la pertinence de la tarification, les risques professionnels sont particulièrement concernés par l'évolution du monde du travail, notamment l'apparition de nouvelles formes de travail qualifiées de travail indépendant et porteuses de forts risques comme les livreurs à vélo.

Faut-il étendre le périmètre du risque accidents du travail ou requalifier de telles situations lorsque l'autoentrepreneur reçoit ses objectifs et peut-être sanctionné par la plate-forme à laquelle il adhère ?

Enfin, le système de réparation forfaitaire fixé par la loi est nécessairement interrogé par l'évolution de la réparation des préjudices corporels par les juridictions civiles : les risques professionnels sont aussi un domaine privilégié d'articulation du rôle du juge et de l'action administrative.

Pour résoudre cet enchevêtrement complexe, sans doute faudra-t-il, à l'avenir, d'avantage considérer qu'avant d'être une branche du code du travail, les risques professionnels sont en premier lieu et avant tout un segment de la politique de santé publique.

Grand témoin

Source : Conseil d'Etat



Jean-Denis Combrexelle,
Président
de la section sociale
du Conseil d'État

Jean-Denis Combrexelle est président de la section sociale du Conseil d'État depuis novembre 2014.

Il a auparavant exercé les fonctions de directeur général du travail au ministère du Travail et de l'Emploi entre 2001 et 2015.

Jean-Denis Combrexelle

M. LIBAULT

Vous êtes président de la section sociale du Conseil d'État, qui a vocation à examiner les projets de textes en droit du travail, de la sécurité sociale et de la santé, avec un regard large sur notre sujet du risque professionnel et de la santé au travail. Par ailleurs, vous avez rempli pendant treize ans les fonctions de directeur général du travail, qui a notamment compétence sur les questions de santé au travail.

Comment avez-vous rencontré dans votre vie professionnelle ce sujet de la santé au travail et du risque professionnel ?

Jean-Denis COMBEXELLE

Je mentionnerai un aspect personnel. Je n'ai pas découvert ces sujets en devenant directeur général du travail. Ma mère était aide-infirmière dans une entreprise et s'occupait beaucoup de santé et sécurité au travail.

Comme directeur au ministère du travail, je me suis attaché à mettre en place « la politique du travail » dans laquelle étaient intégrées la santé au travail et les conditions de travail. Cette politique était caractérisée par plusieurs axes, dotés d'une certaine cohérence. La première idée consistait en la nécessité d'un rééquilibrage entre la loi et la place de la négociation collective au profit de cette dernière.

Par ailleurs, la tendance était de trop se focaliser sur des questions classiques de temps de travail, de contrats de travail et de licenciement au détriment du sujet des conditions de travail, incluant santé et sécurité. Or ce domaine était, à mon sens, au moins aussi important que les précédents.

Un troisième axe de la politique du travail visait à restructurer l'organisation notamment des services déconcentrés, plus particulièrement de l'inspection du travail. Tous ces axes étaient considérés sous un angle qui ne se voulait pas uniquement juridique, mais dans la mesure du possible, plus opérationnel. C'était le sens de

la transformation de la direction des relations du travail (DRT) en une direction générale du travail (DGT). Il ne s'agissait pas seulement de rédiger des textes, des circulaires et des décrets dans une approche strictement « juridico-contentieuse » mais d'agir concrètement sur le réel, c'est-à-dire sur le milieu du travail.

L'arrivée de Gérard LARCHER au ministère du travail a représenté un élément déterminant à cet égard. Les sujets de santé au travail avaient du sens pour le président de la fédération hospitalière qu'il avait été. La politique du travail sous tous ses angles a été véritablement lancée sous la direction de Gérard LARCHER et a été reprise, pour me limiter aux périodes où j'ai été DGT, par Xavier BERTRAND et Michel SAPIN. Elle s'est inscrite dans le temps puisque les derniers textes sur les réformes de l'inspection du travail et de la médecine du travail viennent d'être publiés.

M. LIBAULT

Je pense qu'un véritable besoin s'est fait sentir à cette époque de revoir la façon de considérer, d'une part, la relation entre l'entreprise et la santé au travail, et d'autre part, l'organisation de l'État par rapport à ce sujet.

M. COMBEXELLE

Sans nier l'importance du drame de l'amiante dans cette évolution, il me semble que les causes premières sont sociologiques. Longtemps il a existé une différenciation de fait entre, d'une part, les problématiques classiques de santé publique et, d'autre part, un milieu à part, où l'on n'appréhendait pas de la même façon les problèmes de santé, qui était celui de l'entreprise et plus largement du monde du travail. Même si le droit du travail est né de la prise en compte des questions de santé et de sécurité, les exigences en matière de santé n'apparaissaient pas, en dépit des efforts de l'État, de la médecine du travail et de certaines personnalités, comme prioritaires.

Progressivement, dans les années 2000, l'approche du salarié a été très différente. Il s'est comporté de la même façon que le consommateur, qui attend du produit qu'il consomme une garantie absolue de santé. À cet égard, la jurisprudence de la Chambre sociale de la Cour de cassation du 28 février 2002 sur l'obligation de sécurité de résultat, dont le fondement est exclusivement prétorien, semble davantage être l'expression d'un constat sociologique que juridique. Le salarié attend de son entreprise le respect d'une obligation de résultat, qui garantisse que ni sa santé, ni sa sécurité ne soient mises en cause.

Face à cette évolution, les structures de l'État n'étaient pas totalement organisées, notamment au niveau des connaissances et de l'évaluation des risques. Des agences avaient été

créées, mais compétentes uniquement en matière d'environnement. Il a fallu transformer l'AFSSE (Agence française de sécurité sanitaire environnementale) en AFSSET (Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail), devenue ensuite l'ANSES (Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail).

Tout cela paraît aujourd'hui aller de soi, mais dans les années 2000, il a fallu se battre pour obtenir le « T » de l'AFSSET. Il a fallu, par ailleurs, développer le soutien que pouvait apporter l'État aux entreprises, comme ce fut le cas pour le développement de l'ANACT, de la médecine du travail, du contrôle de l'inspection du travail en matière de santé et de sécurité, etc.

Toutes ces évolutions se sont traduites en 2006 par un premier plan santé au travail (PST), qui avait sans doute des insuffisances, étant trop exclusivement axé sur les administrations en charge du travail. Mais impulsé par une forte volonté politique du ministre, il représentait une première fenêtre qui s'ouvrait. L'idée consistait à apporter une cohérence à toutes les actions de l'État en matière de santé au travail et de montrer la priorité qu'accordaient les pouvoirs publics à cette question.

M. LIBAULT

Quel bilan tireriez-vous de cette stratégie mise en place dans les années 2000 ? Quels acquis vous semblent forts et ont modifié la situation, et quels sont les éléments qui apparaissent plus en retrait et sur lesquels on a rencontré davantage de difficulté à évoluer ?

M. COMBREXELLE

Un premier point me semble positif. Tout le monde considère aujourd'hui comme évidentes les questions de santé au travail et, plus largement, de conditions de travail, ce qu'elles n'étaient pas à l'époque. Les responsables du privé et du public estiment qu'il existe un sujet « conditions de travail ». Mais de la même façon qu'un changement de perspective s'est produit du côté des salariés, il faut qu'une telle évolution intervienne également du côté des acteurs.

Je citerai deux exemples à cet égard.

Le premier concerne la médecine du travail, dont une réforme vient d'être adoptée dans le cadre de la loi EL KHOMRI du 8 août 2016. Cette loi s'inscrit dans une longue suite de réformes engagées depuis 2004. Il s'agissait à l'époque de la faire évoluer d'une vision procédurale axée sur le contrôle médical, l'aptitude, etc., à une vision orientée vers la prévention et une politique active de l'entreprise dans ce domaine. Le but de l'ensemble de ces réformes est d'inscrire la médecine du travail, avec son expertise et sa connaissance du monde du travail, comme une force active et centrale de l'évolution que je viens de décrire. À ce jour, les textes législatifs et réglementaires sont parus mais la balle est maintenant dans le camp des médecins du travail. À eux d'être les acteurs et les meneurs des actions pluri-disciplinaires de prévention dans les entreprises. La meilleure façon de lutter contre la faiblesse des ressources en médecins du travail est de donner une image positive et attractive de cette profession. C'est d'abord aux intéressés eux-mêmes de la donner.

De même, en ce qui concerne le rôle des entreprises en matière de santé et de sécurité au travail, il existe des textes sur le risque chimique, les rayonnements ionisants, etc. D'autres domaines s'avèrent beaucoup plus difficiles à appréhender, tels que les troubles musculo-squelettiques (TMS), qui sont la première cause de maladie professionnelle, ou les risques psychosociaux (RPS). Contrairement à ce que pensait une journaliste qui me demandait un

jour quand paraîtrait un décret contre le stress, tous ces sujets ne pourront être réglés par la seule norme étatique. Ils relèvent d'abord de l'organisation du travail et de la négociation. Là encore, il ne suffit pas d'affirmer dans des circulaires ou dans des plans qu'il faut négocier sur les conditions de travail. Cela suppose qu'au sein des entreprises, des managers et des DRH veuillent négocier et en aient la capacité, et qu'une telle volonté soit partagée par les syndicats.

Le bilan montre que de nombreuses actions ont été lancées, mais à un moment, se pose la question de la capacité et de la volonté des acteurs à s'investir sur le sujet. J'entends dans tous les colloques des odes au dialogue social et à la qualité de la vie au travail mais l'ancien DGT que je suis sait que dans la réalité nous sommes bien loin du compte, par exemple, quand on regarde la formation des managers du secteur privé et du secteur public sur ces questions. C'est ce qui me fait dire que nous nous trouvons au milieu du gué.

Un troisième sujet doit également être mentionné. Nous dressions chaque année à la DGT le bilan des conditions de travail. Le schéma figurant les acteurs dans ce domaine semblait d'une rare complexité, avec des flèches dans tous les sens. Du seul point de vue des pouvoirs publics, au sens très large, il existe une logique « ministère du travail » et une logique « sécurité sociale » qui peuvent apparaître comme concurrentielles.

M. LIBAULT

D'une certaine manière, les évolutions que vous décrivez sont similaires à celles que l'on observe en matière de politique de sécurité sociale, de santé et d'assurance maladie, à savoir qu'il ne s'agit pas uniquement de réparer, mais aussi d'intervenir en amont et de prévenir. Cela suppose de mobiliser les acteurs et de changer les modes d'intervention de l'État, l'efficacité ne consistant plus à élaborer des circulaires. Si le contrôle existe, il ne constitue plus la voie unique.

L'idée consiste bien à s'efforcer de faire évoluer les comportements. Cela induit une mutation très complexe, où notre organisation institutionnelle actuelle peut être interrogée dans sa complexité héritée de l'histoire, avec ses deux réseaux du travail et de la sécurité sociale, qui poursuivent les mêmes buts. Lors de l'élaboration des plans de santé au travail, on constate clairement qu'il n'y a aucun problème à définir des objectifs communs, mais on connaît ensuite, comme dans d'autres domaines, des difficultés à faire agir tous les acteurs, alors que les moyens de puissance publique sont limités.

Une réflexion est-elle menée sur la façon de mieux organiser et rapprocher ces deux univers, pour plus d'efficacité ?

M. COMBREXELLE

Cela fait partie des priorités du moment, compte-tenu des moyens limités. Je mentionnerai l'exemple de trois organismes traitant de thématiques assez semblables : l'INRS, l'ANACT et l'OPPBT. Je ne prétends pas qu'il faille les fusionner. La question se pose néanmoins des moyens pour faire fonctionner ces trois établissements et de la nécessité d'assurer une convergence et une complémentarité des actions menées.

Il existe également deux corps de contrôle, l'un au sein de la sécurité sociale et l'autre au sein de l'inspection du travail. Là encore, sans préconiser une fusion, j'ai le sentiment d'un manque de complémentarité. Une entreprise peut recevoir à quinze jours d'intervalle deux inspecteurs qui tiendront peut-être des propos différents. En outre, les plans d'action diffèrent également. Dans un contexte de faiblesse des moyens, et où, au surplus, les citoyens n'appréhendent pas toutes les subtilités des arcanes de la sécurité sociale et de l'État, je pense qu'il existe des marges de progrès très importantes en la matière.

Une évolution dépendra des acteurs, de la volonté politique, mais aussi considérablement des syndicats et des organisations professionnelles. La prise de conscience sur les questions de conditions de travail n'est pas, hélas, répartie de façon égale.

De la même façon, je suis convaincu qu'une entreprise qui gère bien le dialogue social et les questions de conditions de travail est une entreprise rentable et compétitive. Des études ont été réalisées sur ce thème, et les firmes californiennes ont compris, à titre d'exemple, que dans une économie de plus en plus tertiaire, un ingénieur ou un informaticien exerçant un métier intellectuel de recherche sera d'autant plus performant qu'il bénéficiera de bonnes conditions de travail.

En France, nombreuses sont encore les personnes qui considèrent que le dialogue social et les consultations des IRP sur les conditions de travail ne représentent qu'une sorte de case à cocher pour respecter le code du travail. D'autres ont compris qu'il s'agit, outre son enjeu social, d'un sujet de rentabilité, d'efficacité et de compétitivité de l'entreprise. Un effort notable de pédagogie doit être consenti en la matière.

M. LIBAULT

La question de la formation, y compris des acteurs, semble très importante pour vous.

M. COMBREXELLE

Il existe un lien très étroit entre dialogue social, négociation et conditions de travail, et c'est là que se posent les questions de formation. De la même façon que la négociation ne s'invente pas, les sujets de conditions de travail ne s'inventent pas. Ainsi, on peut prononcer de grands discours sur les TMS, mais négocier des points d'organisation du travail ou d'aménagement de postes de travail par rapport à des problématiques concrètes et pratiques de TMS suppose une technique, l'intervention d'ergonomes, la capacité de comprendre ce qu'expliquent les experts, une organisation de l'entreprise, etc. Cela induit des moments très techniques (la place ou l'environnement d'une machine ...), aussi bien pour les salariés, éventuellement avec le CHSCT ou les délégués syndicaux, que pour les DRH et les cadres. Il ne s'agit pas uniquement de bonne volonté. La réflexion et les actions en matière de conditions de travail ne s'improvisent pas du moins si l'on y croit et que l'on veut être efficace.

M. LIBAULT

Le dossier de l'amiante a joué un grand rôle dans la façon de repenser l'intervention de l'État dans ces domaines, s'agissant notamment du système de réparation administrative, créée aux côtés du système de réparation judiciaire. Pensez-vous que ce mécanisme doit rester exceptionnel, ou montre-t-il une voie d'avenir, en termes de réparation ?

M. COMBEXELLE

Il devrait plutôt demeurer exceptionnel. Tout un chacun a compris que pour des raisons humaines, politiques et sociales, il était nécessaire d'entreprendre une action spéciale, compte tenu du drame que représentait l'amiante pour les salariés concernés. Mais en dehors de l'amiante, se pose, pour l'avenir, un problème d'égalité, voire d'équité. On ne pourra ensuite créer des fonds en fonction de l'importance attachée au sujet, ou opérer des différenciations, par exemple, en fonction des cancers professionnels. Certains sont, pour des raisons diverses, évoqués plus fréquemment, et d'autres le sont moins. Mais pour les salariés concernés, le drame est le même. Il faut réfléchir à l'indemnisation générale des maladies professionnelles. Il ne s'agit pas d'envisager dans chaque situation un fonds censé régler la question, selon une posture très française qui fait ensuite déplorer une complexité impossible à gérer, alors que le sujet doit être traité dans son ensemble.

M. LIBAULT

Cela suppose peut-être aussi de faire évoluer les règles de réparation pour le cas général ? Aujourd'hui, les règles de réparation forfaitaire des risques professionnels apparaissent un peu décalées par rapport à celles existant dans d'autres domaines.

M. COMBEXELLE

Il convient en effet de mener une réflexion sur ces questions d'indemnisation, notamment sur celles de l'indemnisation intégrale. Quoi qu'il en soit, je préfère que l'on réfléchisse aux questions générales d'indemnisation, plutôt que de se saisir d'un risque particulier et de créer un fonds à cet effet.

M. LIBAULT

La situation économique actuelle interroge peut-être aussi la sémantique sur ce sujet. On parle de risques professionnels et de santé au travail. Or la notion de travail, notamment salarié, est questionnée aujourd'hui. Les frontières semblent un peu plus imprécises, même si de nombreux débats ont lieu à ce sujet. Dans les constructions juridiques, le risque professionnel est très lié à la subordination juridique. On a observé récemment, en

particulier avec Uber ou les personnes livrant des repas à vélo, que des problèmes de risques professionnels hors du salariat se posent de plus en plus fréquemment. Une réflexion est-elle nécessaire sur la santé au travail en dehors du cadre strict du seul salariat ?

M. COMBREXELLE

J'incite à la prudence sur les évolutions à venir du salariat, car un courant affirme à l'heure actuelle que le travail salarié est voué à disparaître et que tout le monde deviendrait prestataire de service. S'il est vraisemblable qu'une partie de ce qu'est le salariat actuel versera, à court ou moyen terme, dans la prestation de service, il ne peut être soutenu qu'il n'y aura plus de travail salarié. La prédiction sur la disparition pure et simple du salariat me semble une vue de l'esprit ce qui ne veut pas dire, bien au contraire, qu'il ne faille pas réfléchir sur son évolution et son avenir.

Une autre question se pose, un peu différente de celle du devenir du travail, qui concerne la para-subordination. La question posée est de savoir si, par exemple, le livreur, travailleur indépendant avec son camion, est totalement libre par rapport au donneur d'ordre alors que celui-ci fixe des horaires et les conditions de travail. J'y vois un sujet important, celui du traitement du travail para-subordonné, qui représente une forme de dépendance proche du salariat, même s'il n'en a pas juridiquement le statut.

M. LIBAULT

La plupart des rapports récents restent prudents sur l'opportunité de définir le travail para-subordonné, car cela amène encore à établir des frontières entre les formes de travail salarié et indépendant.

M. COMBREXELLE

La coexistence d'une forme de travail classique subsistant aux côtés d'un autre travail, très fortement dépendant, ne pose pas uniquement une question de santé. Dans le traitement de cette problématique, la solution française consiste à considérer que malgré les évolutions, la situation est binaire. Lorsque le travail indépendant devient trop dépendant, on le requalifie en travail salarié.

Une solution différente existe dans d'autres pays (Espagne, Italie...), qui préconisent l'instauration d'un droit de l'activité para-subordonnée, prévoyant une limitation du nombre d'heures de travail du prestataire, une couverture santé, etc. L'hésitation est permise mais en tout état de cause il est certain qu'il faut prévoir une couverture de ces personnes contre les risques. S'il faut favoriser, dans certains cas, la prestation de service et cette forme de travail subordonné, cela suppose qu'elle ne soit pas une impasse pour les personnes concernées. Lorsque le prestataire est malade, enceinte, ou traverse des difficultés économiques, la tendance consisterait à lui accorder une protection assez proche de celle du salarié.

Même s'il existe des problèmes de frontières, je pense que l'on s'oriente, à terme, vers un système qui protégera le travail para-subordonné et un système propre au travail salarié. Dans une première étape, il existera des systèmes distincts, qui convergeront voire fusionneront dans un second temps.

Une chose est sûre : sur le fond, dans l'exemple mentionné, il n'est pas acceptable qu'un livreur salarié soit protégé du point de vue du temps de travail, du droit du travail et de la santé,

alors qu'un livreur soi-disant indépendant demeure sans aucune protection. Là aussi, se pose un problème d'équité, mais aussi d'efficacité économique.

M. LIBAULT

Dans ces sujets de coexistence de travailleurs protégés et d'autres qui le sont beaucoup moins, on peut également mentionner les travailleurs détachés au sein de l'Europe, qui a pu faire ressurgir cette cohabitation sur un même lieu de travail. Cette problématique interroge aussi beaucoup à l'heure actuelle. Est-ce au niveau national ou européen de traiter ce type de sujet ?

M. COMBEXELLE

J'ai été référendaire à la Cour de justice dans les années 1990 et j'ai pu voir, de l'intérieur, les évolutions en cours. L'idée initiale de Jean MONNET était d'éviter les guerres. Et l'un des moyens d'y parvenir dans les États européens était d'accroître l'efficacité économique de nos pays au service du progrès social. Dans l'esprit de ses concepteurs, la construction de l'Europe devait aboutir à l'amélioration du niveau de vie, au progrès social, à la qualité de vie au travail, etc. Globalement, l'Europe communautaire s'est initialement orientée en ce sens.

Mais à un moment donné, qui a correspondu aux élargissements, la mécanique s'est inversée. L'application des règles sur la libre circulation, notamment des travailleurs, et la libre prestation de service ne tournait plus dans le sens du progrès social, mais à l'envers, dans le sens de l'abaissement des standards sociaux.

Cette transformation explique, en partie, des phénomènes comme le Brexit. Des interrogations se font jour sur l'Europe, où l'un des cœurs du système était la libre circulation. La réponse ne peut être qu'européenne, ce qui suppose une prise de conscience des États et de la Commission que les règles communautaires ne peuvent tourner à l'envers du progrès social. Dans les années 1970, la situation d'un travailleur allemand pouvant librement, au titre de la libre circulation des travailleurs ou la libre prestation de service, travailler en France ou en Italie ne posait aucune difficulté. La situation n'est plus la même dans le contexte politique, économique et social actuel. La règle ne change pas, mais ses effets sont différents. Cela suppose de corriger des directives, notamment celle de 1996 sur le détachement.

C'est ce que le gouvernement français s'efforce de faire avec le gouvernement allemand. Ce faisant, il faut éviter de multiplier les textes en essayant, au contraire, de simplifier et de rendre claires les règles applicables pour les entreprises qui emploient des salariés détachés, pour les salariés détachés eux-mêmes, pour les pays de départ, etc. La multiplication des textes brouille

la compréhension et peut même engendrer des effets pervers, en donnant le sentiment qu'elle est nécessaire, les règles déjà émises n'étant pas efficaces et qu'il reste toujours des « trous dans la raquette ».

Il faut se montrer très ferme au niveau européen en ce qui concerne la modification des directives, mais aussi dans les textes nationaux et leur application. Certains métiers et régions se trouvent en grande difficulté par rapport au travail détaché. Se posent non seulement des questions de paies et de salaires, mais également de conditions de travail. Certaines formes et conditions d'hébergement et de vie s'apparentent à des formes modernes d'esclavage. Il n'est plus admissible que l'Union européenne donne cette image.

Il est un peu paradoxal qu'au moment où l'on s'efforce d'améliorer les conditions de travail, de traiter les problèmes de TMS, de RPS, dans une perspective d'avancée du droit du travail, apparaissent brusquement des situations qui relèvent de certaines formes d'exploitation des salariés. Cela implique aussi bien l'Union européenne, les États que les entreprises, y compris certaines grandes entreprises.

M. LIBAULT

D'où l'importance, là encore, du dialogue social et de la remobilisation des acteurs sur tous ces sujets.

M. COMBREXELLE

Le dialogue social ne concerne pas que les salaires des « insiders ». La question se pose de savoir si la négociation ne doit pas aussi porter sur les différentes formes de précarité : les travailleurs détachés, les CDD très courts, auxquels sont exposés les jeunes.... Il ne faut surtout pas négliger ces situations très préoccupantes du monde du travail.

En outre, il ne serait pas inutile de dire ce qui est rarement évoqué : en matière de santé au travail et de conditions de travail, la plus exposée des situations est celle du chômage. Il existe aujourd'hui plus de trois millions de personnes en chômage de catégorie A, sans compter les autres, ce qui induit un problème redoutable de santé au travail.

M. LIBAULT

N'y aurait-il pas des mesures à prendre, par exemple à travers la prise en charge par l'État ou l'accompagnement de ces chômeurs, qui semblent laissés à eux-mêmes ?

M. COMBREXELLE

Je ne réduis pas les chômeurs à ce que je vais évoquer à propos du licenciement économique, mais une étude avait été menée au niveau de l'Union européenne sur ce thème. Elle a montré que nombre de personnes licenciées sont malades, non seulement d'avoir perdu leur travail, mais au sens physique du terme. La protection des salariés existe bien heureusement, mais ce n'est pas parce que les personnes deviennent chômeurs qu'il ne faut plus se préoccuper de leur santé, bien au contraire. Des marges de progrès subsistent également dans ce domaine.

Je voudrais revenir sur le sujet de l'obligation de sécurité de résultat. À un certain moment, de grands arrêts ont été rendus sur ce point, qui peuvent produire de redoutables effets contraires. L'idée consiste à inciter les entreprises à investir sur le champ de la santé, de la sécurité et des conditions de travail. Mais lors de discussions avec les DRH ou des responsables de ces questions, on s'aperçoit qu'ils sont convaincus que le standard jurisprudentiel est tel,

que quoi qu'elles fassent, les entreprises seront de toute façon condamnées. Des évolutions et précisions jurisprudentielles sont en cours sur ces questions et elles sont les bienvenues. On ne peut, en effet, traiter de la même façon les entreprises qui s'investissent et qui s'engagent dans le champ des conditions de travail et celles qui ne font aucun effort et qui ne prennent aucune initiative...

M. LIBAULT

Ce point me semble lié à une autre problématique. On protège beaucoup, mais on donne aussi la possibilité aux acteurs économiques de mener leur activité tout en échappant en partie à ces contraintes liées au salariat. Ils s'orientent très fortement vers toutes sortes d'autres possibilités, comme l'utilisation de sous-traitants en cascade, les travailleurs détachés, les auto-entrepreneurs, etc. Cela constitue, sans doute, l'un des grands problèmes des politiques sociales du XXI^e siècle.

Je vous remercie.

DOSSIER

1

Dossier central :

LES RISQUES PROFESSIONNELS

portance
us en p
rait être
cisément, il s
ication de la peti
rtises et savoirs qu

Car il peut revenir

ici au moins deux

enfants (pour leur so

é du travail ? la pa

e, en gros, par les

ternelle) a-t-elle se

é de la question p

mpose) finance-t-on

se-t-on des presta

ndre un tel sujet

s, d'observations, e

n d'abondance que

s comme d'investig

"T. C'est peu dire qu

être toujours conv

multiples rapports

en3s

ECOLE DES DIRIGEANTS
DE LA PROTECTION SOCIALE

L'ASSURANCE RISQUES PROFESSIONNELS : SON HISTOIRE, SON FONCTIONNEMENT, SES ENJEUX

23

Histoire de la prévention des risques professionnels

Par Laure Léoni, avocat



Me Laure LÉONI est avocate au barreau d'Albi. Docteur en droit, elle a écrit une thèse sur la prévention des risques professionnels. Ses activités dominantes sont le droit du travail et le droit de la sécurité sociale.

Résumé

La loi du 4 mars 2002 est la première loi à donner une définition de la prévention dans son article L. 1417-1 du code de santé publique, lequel précise que « la prévention est l'action ayant pour but d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire les risques de maladie ». S'il est maintenant possible de s'appuyer sur le droit pour obtenir une définition de la prévention, celle-ci reste très large et non spécifique au droit du travail. Il conviendra donc de regarder cette récente définition sous l'aspect des risques professionnels, c'est-à-dire de considérer les mesures destinées à éviter la survenance des accidents du travail et des maladies professionnelles. L'apparition tardive de cette définition illustre parfaitement l'histoire de la prévention en France, marquée par une évolution trop lente, littéralement phagocytée par la politique de réparation partant du principe que « les dommages étant réparés, les objectifs de prévention sont délaissés »¹. Il est donc important, pour comprendre la situation actuelle de notre système de prévention et surtout son effectivité de retracer, à grands traits, le cheminement de l'histoire juridique de la prévention des risques professionnels². Les premières interventions des pouvoirs publics feront suite à cette naissance de la prévention (Partie 1) et un devoir général de prévention à la charge de l'employeur verra progressivement le jour (Partie 2).

I - La Genèse de la prévention des risques professionnels

Si les règles de droit destinées à prévenir les accidents de travail sont récentes, leur connaissance par l'homme est très ancienne puisque l'on pouvait déjà noter des traces de prévention dès la préhistoire³. Bien avant les premières interventions publiques (2), des préventeurs existaient en effet déjà (1).

- 1 ARSEQUEL. A et REYNES. B, « la responsabilité en matière de santé et de sécurité au travail », in « Tous responsable » sous la direction de J. IGALENS, Paris, 2004, éd d'organisation p 145.
- 2 Yves SAINT-JOURS, « de l'obligation contractuelle de sécurité de résultat de l'employeur » recueil Dalloz 2007 ; v aussi. not. P. J HESSE, Les accidents du travail et l'idée de responsabilité au XIXe siècle. Histoire des accidents du travail, n° 6-1979, CRHES, Université de Nantes, et réf. Citées ; F. Ewald, Formation de la notion d'accident du travail, Sociologie du droit, 1981, n°1, p. 3.
- 3 Michel Valentin « travail des hommes et savants oubliés », docis, PARIS 1978, p. 1. Les premières traces de l'homme en matière de prévention ont été relevées. On peut citer en exemple un orifice ovalaire d'une hache en pierre polie trouvée dans les boues de la marne, où le manche était fixé de façon à ce qu'il ne puisse pas s'échapper ou encore l'exemple de protection par une plaque de schiste ou d'os, du poignet du tireur à l'arc.



1.1/ Les premiers préventeurs

Pierre CALONI⁴ résumait ainsi ce souci de prévention : *« penser que le souci de sauvegarder l'homme dans le métier n'a commencé à se manifester qu'à la fin du XIX^e siècle, par les interventions successives de la loi, équivaldrait à nier les vertus humaines de prudence et de charité, autant que mésestimer les facultés de l'intelligence. Des personnalités célèbres, comme Léonard de Vinci, réfléchissaient déjà sur l'intelligence »*. Il est donc erroné de penser que l'idée de prévention est née au moment de la révolution industrielle et que le sort des travailleurs importait peu. De même, Galilée décrivait la fatigue au travail par *« l'action de la gravité et du déplacement des masses corporelles »*. Le chimiste français Lavoisier réalisait déjà des expériences fondamentales sur le travail humain⁵ et la liste de ces exemples serait encore longue.

Mais le précurseur en matière de prévention des risques professionnels, d'ailleurs qualifié de « premier préventeur », fut le médecin italien Bernardino Ramazzini, qui publia en 1700 un ouvrage intitulé *« De morbis artificum diatriba »*, c'est-à-dire *« le traité des maladies des artisans »*⁶. Ramazzini avait identifié deux causes principales de maladies, qui étaient la mauvaise qualité des substances travaillées produisant des « exhalaisons nuisibles » d'une part et d'autre part, les *« mouvements violents et déréglés, aux situations gênantes et extraordinaires que beaucoup d'ouvriers donnent à leur corps »*. Il a étudié plus de 52 professions et a mis en évidence le premier la relation entre le travail et l'homme : *« Les arts (métiers) sont une source de maux pour ceux qui les exercent et les malheureux artisans trouvant les maladies les plus graves où ils espéraient puiser le soutien de leur vie et celle de leur famille, meurent en détestant leur ingrate profession »*.

Au précepte d'Hippocrate *« quand vous serez auprès d'un malade, il faut lui demander ce qu'il sent, quelle en est la cause, depuis combien de jours, s'il a le ventre relâché, quels sont les aliments dont il a fait usage »*, Ramazzini a ajouté cette question *« quel est le métier du malade ? »*. Précurseur de l'ergonomie, il dénonce déjà les méfaits de mauvaises postures et d'organisation du travail et conseille aux ouvriers du cuivre de se boucher les oreilles avec du coton afin d'atténuer le bruit continu. Il met également en évidence la relation entre le travail debout et l'apparition de varices et dénonce les *« attitudes vicieuses des ouvriers sédentaires »*, comparant les cordonniers et les tailleurs à une troupe de bossus, de courbés et de boiteux... ».

D'autres médecins soucieux de la santé des travailleurs ont continué ce travail d'étude des maladies professionnelles. On peut, entre autres, citer le docteur Percival POTT, qui a établi pour la première fois le lien entre le métier de ramonage

4 Pierre CALONI, « Échec au risque », SEFI, PARIS, 1952. Pierre CALONI polytechnicien de formation était entré après la seconde guerre mondiale au service Syndicat général de Garantie du Bâtiment. Voir sa biographie par Jackie BOISSELIER, « Une guerre contre le risque ». « La vie et l'œuvre de Pierre Caloni », édition. SCHSC, 1971.

5 Il avait notamment assimilé « un être vivant à un composé chimique afin d'en étudier l'oxydation par la même méthode, et le soumettre à des mesures semblables, au point de vue de l'évaluation des gaz et de calorimétrie ». (M. Berthelot, la révolution chimique, Lavoisier 1902)

6 Le mot artisan étant pris dans le sens de « celui qui travaille avec ses mains ».

et le cancer du scrotum chez les ramoneurs, ainsi que le Docteur MURRAY qui, en 1900, établit un lien entre les difficultés respiratoires qui entraînent la mort et l'amiante.

I.2/ Les premières interventions publiques

Ces quelques exemples révèlent nettement que le souci de prévention est né chez les hommes en même temps que le travail. En parallèle de ces découvertes scientifiques, les premières interventions de l'État sont apparues sous la plume de Charles IX dans une lettre patente datée de juillet 1566⁷ dans laquelle il définit le statut des couvreurs. Ainsi, le roi de France évoque pour la première fois, l'obligation faite aux entrepreneurs de mettre en place des « *défenses de perches et chevrons* » assurant la sécurité des couvreurs. Les infractions à cette ordonnance étaient punies d'amendes dont le produit serait utilisé à « *subvenir aux pauvres ouvriers du dit métier qui tombent ordinairement de dessus les maisons et en quelques façons que ce soit* ». Il est à remarquer que cette réglementation prenait déjà en considération à la fois la prévention et la réparation, mais dans cet ordre respectif.

Malheureusement, ces mécanismes favorables aux salariés figurant dans les statuts des professions subirent un important recul au moment de la Révolution française par rapport à l'Ancien Régime⁸. En plus de la loi Le Chapelier du 16 juin 1791⁹ qui interdisait tout regroupement entre les ouvriers, la Révolution française a eu comme conséquence d'entraîner un afflux de paysans¹⁰ en ville, où ils venaient chercher un emploi dans l'industrie. Les contrats de louage de service de cette époque étaient « supposés » placer les parties sur un plan d'égalité juridique, justifiant la « non-intervention » du Code civil¹¹ dans ce domaine. Dans les faits, l'ouvrier n'avait pas d'autre choix que d'accepter les conditions imposées par l'employeur, sans négociation possible tant collective, du fait de l'interdiction des ententes, qu'individuelle, en raison de l'afflux des demandeurs d'emploi. Aucune réglementation ne venait alors protéger les conditions de travail des ouvriers surexploités à l'avènement du machinisme et de l'essor industriel.

En effet, dès 1780, les machines fleurissent dans les entreprises françaises et plus particulièrement dans les industries textiles. Corrélativement, les accidents dramatiques dus à une utilisation mal maîtrisée de ces machines, sont à déplorer comme le dénonce le docteur Villermé dans son célèbre rapport¹². Afin de décrire la condition ouvrière, le docteur Villermé n'hésita pas à visiter

7 Archives nationales. Ordonnances de Charles IX, Y 85, folio 111.

8 Sous l'Ancien Régime, l'exercice des arts et métiers était organisé en associations appelées corporations. Chaque métier était composé de trois catégories de membres ; des maîtres, des compagnons et des apprentis. Seuls les maîtres faisaient partie de la corporation et accéder à la maîtrise était extrêmement difficile. En 1764 le Traité de Pothier ne contenait aucune disposition sur le domaine de la sécurité des salariés au travail réglementé sous forme de louage de service. Cette faible réglementation tenait au fait que le travail était une zone de non droit soumis soit aux affaires domestiques, soit aux affaires familiales, soit aux affaires de police (M. SAUZET, « Essai historique sur la législation industrielle de la France. L'Ancien régime, revue d'économie politique, 1892, p. 400).

9 La loi Le Chapelier a interdit les coalitions ouvrières telles que les confréries ou le compagnonnage mais également les corporations en affirmant la liberté d'entreprise.

10 Suite à la révolution française « qui a libéré le sol », le morcellement des propriétés a eu pour conséquence de rendre les exploitations peu rentables contraignant ainsi le paysan à venir en ville afin de trouver un travail.

11 Seulement deux articles du code civil traitaient des contrats de louage : l'article 1780 interdisant l'engagement à vie et l'article 1781 réglant la preuve du paiement des gages. Cela dit les prémisses d'une régulation juridique voyaient le jour avec la nécessité de répondre aux nombreuses réclamations issues du désordre de la révolution. Ainsi le premier conseil des prud'hommes fut créé à LYON en 1806, cette institution se généralisera en 1810.

12 Rapport du docteur Louis-René VILLERME (1782-1863), Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie, ouvrage entrepris par ordre et sous les auspices de l'Académie des sciences morales et politiques. Paris, EDHIS, 1979, Tome 1, 446. p et Tome 2 451 p.



les manufactures, mais aussi les demeures des ouvriers, d'où la grande crédibilité accordée à ce rapport demandé par les pouvoirs publics et l'Académie des sciences, tous deux émus par le fait que plus des $\frac{2}{3}$ des jeunes ouvriers de France soient déclarés inaptes au service armé. Villermé dénonça l'exploitation lamentable des enfants qui travaillaient plus de 15 heures par jour dès l'âge de 5 ans. Il s'intéressa aux maladies professionnelles « *c'est ainsi que, dans les filatures de coton, la toux, les inflammations pulmonaires et la terrible phthisie attaquent et emportent une grande quantité d'ouvriers* » ainsi qu'aux accidents de travail, en préconisant déjà des mesures de précaution qui pourraient limiter le nombre d'accidents « *Quelques fois des os sont brisés, des membres arrachés ou la mort est soudaine. Ces accidents résultent toujours de la faute, soit du fabricant, quand il n'a point fait isoler (...) d'une enveloppe quelconque les machines qui exposent le plus à des dangers, soit des travailleurs eux-mêmes, surtout des enfants, quand ils négligent de prendre des précautions qui pourraient les en garantir. On en préviendrait un plus grand nombre au moyen des grillages. Des fabricants n'ont pas craint d'en faire la dépense. Mais d'autres et ceux-ci sont en majorité, n'ont pas pris cette précaution. Une mesure légale devrait la rendre obligatoire pour tous* ».

Alerté, le législateur se devait d'intervenir¹³, ce qu'il fit en adoptant la loi du 22 mars 1841¹⁴, considérée par certains comme l'acte de naissance du droit du travail¹⁵, reportant à 8 ans l'admission des enfants au travail et limitant à 8 heures par jour la durée du travail pour les enfants de 8 à 12 ans.¹⁶ L'effectivité de cette loi fut pourtant inexistante, puisque cette dernière ne fut jamais appliquée. L'absence d'un véritable corps d'inspecteurs du travail d'État¹⁷, cette tâche ayant été laissée à des notables complaisants envers les employeurs, n'est pas la raison essentielle de l'ineffectivité de cette première loi sociale. C'est en effet l'idéologie libérale dominante de cette

13 En parallèle suite au rapport du docteur Villermé un mouvement associatif de l'Est de la France fut créé notamment par la société industrielle de Mulhouse (Mulhouse est considéré comme le haut lieu de philanthropie patronale de confession protestante) qui décida d'organiser des visites d'inspection dans les ateliers pour reconnaître les machines et moteurs pouvant être couverts pour garantir les ouvriers contre les accidents du travail. L'impulsion de ce mouvement fut donnée par l'industriel Frédéric-Engel DOLFUS qui organise en 1867 « l'association pour prévenir les accidents de fabriques ». 22 industriels se sont engagés pour la sécurité en signant les statuts et acceptant de fait des contrôles d'inspecteurs privés. Frédéric-Engel DOLFUS considéré comme un grand préventeur, qualifié « d'apôtre de la prévention » imagina également un système de récompense pour les patrons et les ouvriers les plus assidus ainsi qu'un concours de sécurité. Si ces associations sont nées d'un souci louable de protection des travailleurs et du rapprochement de ces derniers avec les patrons, elles avaient également comme objectif de contrer les ambitions grandissantes encore informelles de l'État dans les domaines de l'hygiène et de la sécurité. D'autres associations professionnelles suivirent ce mouvement de prévention, notamment la société mutuelle d'assurance de la chambre de la maçonnerie, suivie par les métiers du bâtiment tels la fumisterie en 1865, la menuiserie et la serrurerie en 1866, la charpente en 1875 et la couverture-plomberie en 1877. Ces différentes associations témoignent d'un état d'esprit patronal ayant à cœur d'assurer la prévention mais aussi de diffuser des idées de prévention.

14 Loi du 22 mars 1841 relative au travail des enfants employés dans les manufactures, usines et ateliers. Cette loi est également à l'origine des premiers services d'inspection du travail prévu dans son article 10. Cette mesure fut considérée par les industriels comme « une intrusion intolérable de la puissance publique dans la sphère économique de la propriété privée ».

15 A. SUPLOT, critique du droit du travail, Paris, PUF, 1994, p. 66, note 2 ; J.-p. LE CROM (dir), deux siècles de droit du travail, Paris, Les éditions de l'Atelier-Les éditions ouvrières, 1998, 287 p.

16 Et à 12 heures pour les enfants de 12 à 16 ans. Il est à noter que la première loi relative à la sécurité régleme l'âge mais aussi déjà le temps de travail indissociable de la sécurité.

17 Cette fonction était confiée à des notables bénévoles qui disposaient de peu de moyens matériels (F. HORDERN, du louage de services au contrat de travail, ou de police au droit, cahiers des instituts Régionaux du Travail, n°3, Université Aix-Marseille II, 1991, p. 49.

époque prônée par les physiocrates¹⁸, qui est responsable de la non-application de cette norme sociale, mais aussi de celles à venir. Fervents défenseurs de la liberté de commerce, les physiocrates qui sont au pouvoir s'opposent à toute réglementation qui pourrait entraver ce libéralisme.

Malgré son ineffectivité, la première loi sociale était votée en France et un mouvement législatif de protection de la santé au travail¹⁹ était lancé. En effet, la réglementation du travail des filles mineures fut ensuite instaurée par la loi du 19 mai 1874²⁰, puis des femmes par la loi du 2 novembre 1892²¹ et enfin à l'ensemble des travailleurs, sans considération d'âge, de sexe et de taille des établissements où ils travaillaient, grâce à la loi du 12 juin 1893. Cette dernière loi est considérée comme le point de départ de notre réglementation en matière d'hygiène et de sécurité et introduit, pour la première fois, **un devoir général de prévention à la charge de l'employeur**.

II- La naissance d'un devoir général de prévention

L'apport majeur de la loi du 2 novembre 1892²² fut la création d'un véritable corps de fonctionnaires spécialisés²³, affirmant le rôle que l'État voulait avoir dans le domaine de l'hygiène et de la sécurité au travail. Ainsi, ces inspecteurs ont un pouvoir de contrôle sur les établissements soumis à leur surveillance et peuvent exiger la présentation des registres et des livrets obligatoires. Les procès-verbaux qu'ils dressent font foi jusqu'à preuve du contraire et un délit d'obstacle à l'accomplissement de leurs devoirs est également institué. L'État, en s'accaparant le domaine de l'hygiène et de la sécurité se posait dès lors en garant de celui-ci, afin d'éviter que des distorsions ne surgissent dans l'application des règles de sécurité. De son côté, la Cour de cassation invitait les employeurs à « prévoir les causes non seulement habituelles, mais simplement possibles d'accidents et à prendre toutes les mesures qui seraient de nature à les éviter » sous peine de commettre une faute²⁴.

Un an plus tard, le législateur adopta la loi du 12 juin 1893²⁵ concernant l'hygiène et la sécurité des travailleurs dans les établissements industriels, qui est considérée comme l'ancêtre de toute la législation relative à la sécurité dans l'entreprise. Cette loi opère une distinction entre l'hygiène, qui concerne les maladies et la sécurité, qui concerne les accidents. En matière d'hygiène, son article 2²⁶ pose un devoir général de prévention à la charge de l'employeur, à

18 La thèse de la physiocratie était une théorie économique selon laquelle toutes les richesses découlaient de la terre et notamment de l'agriculture. Ensuite, par le commerce, la richesse est distribuée aux autres groupes sociaux. Les physiocrates s'inspirent des travaux de Vincent de Gournay (1712-1759) et Richard Cantillon (1660-1734). François Quesnay (1694-1774) devient leur chef de file après la publication du « tableau économique » en 1758 montrant la circulation des richesses dans l'économie. Malesherbes, Turgot et Pierre Samuel du Pont de Nemours et Mirabeau étaient des physiocrates. Bâtie sur la liberté du commerce et la critique du mercantilisme, la physiocratie est annonciatrice de l'économie classique fondée par Adam Smith.

19 J.-L. LATTES, « Le corps du salarié dans l'entreprise » in Mélanges dédiés au président Michel DESPAX, Toulouse 2001, p.333.

20 La loi du 19 mai 1874 sur le travail des enfants et des filles mineures employés dans l'industrie, deux siècles de droit du travail. L'histoire par les lois, Paris, LE CROM J.-P (dir), Les éditions de l'Atelier/Éditions ouvrières, Paris, 1998, p. 45.

21 V. Viet, Entre protection légale et droit collectif : la loi du 2 novembre 1892 sur le travail des enfants, des filles mineures et des femmes dans les établissements industriels, Deux siècles de droit du travail. L'histoire par les lois, préc, p. 73.

22 Inspirée de la loi Factory Act de 1844 en Grande-Bretagne.

23 V. VIET, Les voltigeurs de la République. L'inspection du travail en France jusqu'en 1914, Edition du CNRS, 1994, 2 vol.

24 Cass.civ. 27 avril 1877, S. 1878 I, p. 413.

25 Duvergier, 1893, p. 215 à 218. P. LAFARGE, « Évolution de la réglementation relative à l'hygiène et à la sécurité des travailleurs », Travail et sécurité, avril 1949, p. 5.

26 Ex article 233-1 et L232-1 devenu L 4221-1 du nouveau code du travail.



savoir que « **les établissements industriels doivent être tenus dans un état constant de propreté et présenter les conditions d'hygiène et de salubrité nécessaires à la santé du personnel. Ils doivent « être aménagés de manière à garantir la sécurité des travailleurs** » ». Son article 3 prévoit également que des règlements d'administration publique doivent déterminer « **les mesures générales de protection et de salubrité, notamment en ce qui concerne la propreté des locaux, l'aération, l'éclairage, la préservation du personnel contre les odeurs et les émanations malsaines, ainsi que la prévention contre la poussière et les gaz nocifs** ». Les premières mesures d'application de cette loi furent mises en place par le décret du 10 mars 1894²⁷ qui précisait l'étendue de l'obligation générale de sécurité incombant à l'employeur²⁸, c'est-à-dire « aménager les établissements de manière à garantir la sécurité des travailleurs ». Or, les tribunaux ne prononçaient des sanctions pénales que pour les infractions visées par les règlements d'administration publique²⁹. Il était dès lors évident qu'un employeur qui respectait les mesures préventives obligatoires contenues dans ces règlements remplissait toutes ses obligations de sécurité vis-à-vis de ses employés, comme le confirme un arrêt de la Chambre criminelle de la Cour de cassation rendu le 2 avril 1897³⁰. L'efficacité de ces règlements administratifs restait ainsi à démontrer, dès lors qu'aucun autre engagement ne pouvait être mis à la charge de l'employeur qui se conformait à leur dispositif général.

D'autre part, il est intéressant de souligner que, déjà à cette époque, ces mesures exigeaient que les locaux soient « **largement aérés (...) les poussières évacuées au-dessus de l'atelier au fur et à mesure de leur production... avec une ventilation aspirante énergique (...)** » et que l'air des ateliers soit renouvelé de façon à rester dans l'état de pureté nécessaire à la santé des ouvriers ». Ainsi, comme le souligne Pierre SARGOS³¹, « on aurait pu penser que la tragédie de l'amiante aurait fait moins de victimes si ces textes avaient été scrupuleusement appliqués par les industriels ». Ces derniers avaient pourtant été avertis des dangers de l'amiante moins de douze ans après l'entrée en vigueur de cette loi, dans un rapport rédigé, en 1906, par un inspecteur du travail³² qui avait inspecté une usine de filature et de tissage d'amiante, installée dans la région de Caen en 1890³³ et dont l'inobservation totale des mesures d'hygiène occasionna déjà la mort d'une cinquantaine d'ouvriers et d'ouvrières.

27 Duvergier, 1894, p. 97

28 Pierre CHAUMETTE, « Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail et le droit de retrait du salarié », Droit social, n°6, juin 1983, p. 425-433.

29 Règlements auxquels renvoyait à l'article 3 de la loi de 1893.

30 Cass.crim. 2 Avril 18, D, 1900, I, p. 241, note P. PIC.

31 Pierre SARGOS, « L'évolution du concept de sécurité au travail et ses conséquences en matière de responsabilité » JCP, éd. G. 2003, p. 121 et suivants ; Semaine Sociale Lamy édition générale n°4, 22 janvier 2003, I104. Pierre SARGOS, ancien président de la chambre sociale de la cour de cassation est président du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA)

32 Inspecteur du travail AURIBAUT. Rapport publié en 1906 au Bulletin de l'inspecteur du travail

33 L'inspecteur avait alors relevé que cette usine de filature et de tissage d'amiante située à Caen ne comportait aucune installation de ventilation artificielle assurant l'évacuation directe des poussières produites par les divers métiers, durant les 5 premières années de fonctionnement de l'usine, engendrant le décès de plus d'une cinquantaine de travailleurs.

Cet engagement de l'État dans la voie administrative³⁴ de la prévention sera concomitant à un engagement dans la voie pénale, puisque l'inobservation des règles prescrites offre la possibilité d'infliger une sanction pénale aux employeurs qui n'auraient pas respecté ce devoir général de prévention. Ces derniers, jugeant par ailleurs la « générosité de ces lois exagérée³⁵ », en attendaient en retour un « accroissement considérable du rendement en compensation de ces conditions presque utopiques » et certains règlements intérieurs d'ateliers prescrivant des consignes de sécurité commencèrent à voir le jour, sanctionnant l'inobservation de ces consignes de sécurité par des amendes³⁶.

En parallèle de ce développement législatif et réglementaire de mesures préventives qui, comme le souligne Pierre-Yves Verkindt³⁷, sont un mélange très ambigu de « philanthropie et d'utilitarisme cynique », puisque protéger le corps du travailleur, c'était aussi protéger la force de travail et sa production, le législateur s'est attelé au volet réparation, lorsque le risque n'avait pu être évité. Malheureusement, l'histoire démontrera par la suite que la loi du 9 avril 1898 réglementant le volet réparation, considérée à l'époque comme un véritable progrès social, ruinera la mise en œuvre effective de la prévention des accidents du travail que la loi de 1893³⁸ avait tenté d'amorcer. Entre les physiocrates, s'opposant à tout interventionnisme qui pourrait freiner la liberté de commerce et la loi du 9 avril 1898, **instituant un système de réparation automatique, mais forfaitaire, pour les victimes d'accidents du travail en contrepartie d'une immunité civile de l'employeur, les premières lois sociales s'avéreront ineffectives et pour cause, elles n'auront pas eu le temps de s'appliquer.**

En effet, alors que d'autres pays européens, à l'instar de l'Allemagne³⁹, liaient les notions de prévention et de réparation en chargeant notamment, les caisses professionnelles de gérer à la fois la réparation et la sécurité sur les lieux de travail, la France a séparé ces deux pans, qui auraient dû s'étayer l'un l'autre, contribuant ainsi largement à l'occultation de la prévention.

34 La loi du 12 juin 1893 a laissé au pouvoir réglementaire la mission de préciser toutes les mesures préventives obligatoires, l'obligation de sécurité s'en est retrouvée limitée.

35 Jackie BOISSELIER, « Naissance et évolution de l'idée de prévention des risques professionnels : Petite histoire de la réglementation en hygiène, sécurité et conditions de travail, INRS 2008, ED 926, 168 p.

36 Lefranc G., histoire du travail et des travailleurs, Flammarion, Paris, 1957, p 286. Pour exemple les patrons filateurs de Rouen prévoyaient une amende de 0,50 francs pour celui qui graissera sa machine pendant la marche.

37 P-Y. Verkindt, Santé au travail : l'ère de la maturité, SSL 2008 p 239.

38 V. VIET et M. RUFFAT, « le choix de la prévention », Economica, 1999, sp. P. 9 et s.

39 A. Thomas, Le syndicalisme allemand. Résumé historique (1848-1903). Paris, Société nouvelle de librairie et d'édition, 1903. La célèbre loi Allemande du 6 juillet 1884. Cette loi introduit le régime du risque professionnel et le principe de l'assurance obligatoire. Comme le désirait BISMARCK dès 1880 qui déclarait que « pour guérir les maux sociaux, il fallait augmenter par des dons réels le bien-être des ouvriers », cette loi garantissait aux ouvriers des entreprises de plus de 10 personnes les soins médicaux gratuits, une pension graduée selon la gravité des accidents du travail, et en cas de décès de l'ouvrier, une indemnité à la famille et le tout aux frais des employeurs. L'assurance obligatoire est entièrement à la charge des employeurs. Ni l'Empire, ni les salariés eux-mêmes n'y contribuent Cette loi a conduit à forcer les patrons à perfectionner leurs outillages et à développer toutes les mesures de prévention contrairement à la France.

Les missions de la branche AT/MP

Par Marine Jeantet, Directrice des risques professionnels et Anne Thiebeauld, Adjointe de la Direction des Risques Professionnels – CNAMTS



Médecin spécialiste en santé publique, Marine Jeantet démarre sa carrière en 2002 à l'Agence française des produits de santé (Afssaps) avant de rejoindre la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA) comme référente pour le médicament et les dispositifs médicaux. En 2007, elle rejoint la direction de la Sécurité sociale (DSS) en tant qu'adjointe au sous-directeur du financement du système de soins. En 2010, elle devient conseillère médicale du directeur de la Sécurité sociale puis intègre, en 2011, l'Inspection générale des affaires sociales (Igas). Début 2015, Marine Jeantet rejoint la CNAMTS comme directrice des risques professionnels.



Anne Thiebeauld est Adjointe à la Direction des Risques Professionnels-Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) depuis septembre 2016. Elle exerçait depuis 2011 les fonctions de Directrice de cabinet auprès du Directeur Délégué des Systèmes d'Information (DDSI) à la CNAMTS.

Elle a également été Directrice adjointe de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) d'Eure-et-Loir entre 2006 et 2011.

De 1997 à 2011, elle a exercé les fonctions de Responsable de la gestion des données sociales puis de la division Gestion des Retraites, CARSAT Centre.

Introduction

Selon l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale, la branche AT/MP est une des quatre branches du régime général, gérée par la caisse nationale d'assurance maladie. Il s'agit du premier risque qui a été assuré historiquement et cela, dès 1898.

Grâce aux trois missions complémentaires qu'elle anime, elle porte un projet global de gestion des risques : prévenir et réduire les risques professionnels (prévention), reconnaître les sinistres et indemniser les victimes des conséquences des préjudices subis (réparation) et assurer l'équilibre financier de la branche (tarification).

La complémentarité de ses trois missions est la marque de l'identité de l'assurance maladie-risques professionnels sur le champ de la santé au travail. Cette interdépendance donne à la branche la capacité de concevoir et développer des actions globales visant tout à la fois à mieux prévenir les risques auxquels sont exposés les salariés, à garantir une réparation équitable aux victimes et en faire payer la juste contribution aux entreprises. À l'intersection des missions, la



gestion du risque permet de les réduire et d'en limiter les conséquences humaines, sociales et financières, et ce, au meilleur coût pour la collectivité.

2,2 millions d'entreprises, 18,9 millions de salariés sont aujourd'hui protégés par la branche risques professionnels. Le tissu économique est marqué par une très grande proportion de très petites entreprises mais l'emploi salarié lui est concentré dans les PME : 85 % des établissements comprennent moins de 10 salariés (TPE) mais 65 % des salariés travaillent au sein d'établissements de 20 à plus de 250 salariés.

La branche AT/MP est placée sous l'égide des ministères en charge de la santé et du travail. Si elle est singulière par cette double tutelle, elle n'a pas vocation à vivre à part. Partie intégrante de l'institution Assurance maladie, elle est pilotée par la CNAMTS. Cette articulation prend son sens à travers certaines actions spécifiques à la branche, dont la mise en œuvre dépend souvent de la bonne articulation entre trois réseaux (CPAM, service médical et CARSAT) qui ont vocation à travailler davantage ensemble. Ainsi, vouloir développer des actions efficaces de prévention en santé et réduire le coût des arrêts de travail (maladie et risques professionnels) au sein des entreprises nécessite la mobilisation de compétences en prévention des risques et médico-administratives. Les lombalgies feront également l'objet d'actions communes car elles représentent 30 % des arrêts de travail de plus de 6 mois pour l'Assurance maladie mais aussi 20 % des accidents de travail.

La branche AT/MP obéit à des règles de gouvernance spécifiques. Les compétences du conseil de la CNAMTS en matière d'AT/MP sont dévolues à la CAT/MP (art L. 221-4 du code de la Sécurité sociale). Ainsi la commission des accidents de travail et maladies professionnelles vote le budget de la branche (FNPAT), la COG AT/MP, l'ensemble des transferts et contributions de la branche et rend un avis sur les textes législatifs ou réglementaires relatifs aux AT/MP. La CAT/MP est strictement paritaire, composée de cinq représentants employeurs (MEDEF, CPME, U2P) et 5 représentants des salariés (CGT, CGT-FO, CFTD, CFC-CGC, CFTC).

Elle prend l'avis de neuf comités techniques nationaux (CTN) répartis selon un regroupement de secteurs d'activité qui travaillent sur leurs priorités de prévention et adoptent les recommandations techniques qui leur sont applicables. Les comités techniques régionaux ont pour mission de relayer vers les entreprises, les textes élaborés par la branche AT/MP pour la connaissance et la prévention des risques professionnels.

La convention d'objectifs et de gestion (COG) 2014-2017 pour la branche AT/MP a été signée le 30 décembre 2013 par la ministre des affaires sociales et de la santé, le ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, le ministre délégué auprès du ministre de l'économie et des finances chargé du budget, le président de la commission des AT/MP et le directeur général de la CNAMTS. En signant cette nouvelle convention, l'État et la CNAMTS entendent poursuivre les efforts d'organisation de la branche dans

la continuité de ce qui a été fait dans la précédente COG, tout en mettant l'accent sur la priorisation des actions de prévention, la sécurisation des processus et le développement des partenariats avec les autres acteurs de la prévention.

Les quatre axes de la COG AT/MP sont déclinés en treize programmes d'actions assortis d'indicateurs et d'échéances :

- ▼ assurer une prévention des risques fondée sur le ciblage et l'évaluation,
- ▼ gagner en efficience par une meilleure harmonisation des pratiques et des moyens du réseau
- ▼ renforcer la cohérence de la branche en tant qu'assureur solidaire des risques professionnels, en développant les relations contractuelles,
- ▼ maîtriser les risques et poursuivre l'adaptation des règles de tarification.

Cette COG et surtout la suivante s'articulent avec le 3^{ème} plan santé travail (PST 3) présenté par Madame Myriam El Khomri, ministre chargée du travail lors de la réunion du comité permanent du conseil d'orientation des conditions de travail le 8 décembre 2015. Couvrant la période 2016-2020, il porte un programme d'action national fédérant le consensus des partenaires sociaux et des acteurs de la prévention (départements ministériels, services déconcentrés, organismes de sécurité sociale, de veille et de prévention). Il est décliné en plans régionaux santé au travail qui relaient la politique nationale et les partenariats recherchés.

Les axes stratégiques du PST 3 sont d'une part d'affirmer la priorité de la prévention, en rupture avec une logique fondée sur la réparation (prévention primaire, prévention de l'usure professionnelle, risques prioritaires), et d'autre part de favoriser une approche positive du travail (qualité de vie au travail, maintien en emploi et performance, transversalité santé travail/santé publique). Enfin, un axe « support » a pour objet de renforcer les acteurs et les ressources, notamment l'inspection du travail et la médecine du travail. La production, la connaissance et la recherche sont également des ressources essentielles en soutien des actions.

I- Les enjeux de la réparation des conséquences des AT/MP

I.1/ Les principes de la reconnaissance

Deux conditions doivent être réunies pour permettre la reconnaissance d'un **accident de travail** : un fait accidentel daté et l'existence d'un lien de subordination au moment de l'accident. Si l'accident survient au temps et au lieu du travail, il est présumé d'origine professionnel.

L'accident de travail doit être déclaré par l'employeur dans les 48h de sa survenance (dimanches et jours fériés non compris).

Les accidents de trajet doivent survenir entre le lieu de travail et la résidence ou le lieu du repas. Mais il existe une jurisprudence abondante sur le sujet (interruptions, détours, horaires) qui permet de nombreuses dérogations. L'employeur déclare l'accident de trajet aux dires du salarié.

En 2015, 1 194 404 accidents de travail et 163 573 accidents de trajets ont été déclarés. Ce sont en moyenne 600 déclarations par heure de travail qui sont réceptionnées. 94,1 % des accidents de travail font l'objet d'une décision de prise en charge et 93 % des accidents de



trajet. Cela représente un enjeu social fort : en 2015, 57 millions de journées de travail ont été perdues, soit l'équivalent de 221 000 ETP.

Une maladie est reconnue d'origine professionnelle si elle est inscrite dans l'un des 114 tableaux de maladies professionnelles, ou si un comité d'experts médicaux a établi l'existence d'un lien direct entre le travail et la maladie (comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles, CRRMP). Celui-ci intervient quand certaines conditions du tableau ne sont pas remplies, ou si la maladie n'est pas désignée dans un tableau de maladie professionnelle.

La demande de reconnaissance est à l'initiative de l'assuré, il n'y a pas d'obligation réglementaire de déclaration de la part de l'employeur. En 2015, 107 889 déclarations de maladies professionnelles ont été reçues en caisse primaire et reconnues d'origine professionnelle dans 61 % des cas.

La procédure d'instruction démarre à partir de la réception de la déclaration d'accident de travail (DAT), de trajet ou de maladie professionnelle et du certificat médical initial (CMI) réalisé par un professionnel de santé et décrivant les lésions.

Les délais de reconnaissance sont contraints pour la caisse primaire d'assurance maladie qui en est en charge : elle dispose d'un délai initial d'un mois pour statuer sur le caractère professionnel de l'accident (depuis le décret du 29 juillet 2009), de trois mois pour les maladies professionnelles. À l'issue de ce délai, une notification de refus ou de prise en charge peut être notifiée.

Cependant, si la caisse primaire estime qu'elle ne peut prendre sa décision dans ce délai car des investigations sont nécessaires, elle ouvre des délais complémentaires à l'issue desquels la décision sera notifiée à l'assuré et à l'employeur. Ce délai complémentaire est systématique en cas maladie professionnelle inscrite sur tableau ou quand il n'existe pas de tableau et que le taux d'incapacité permanente est supérieur à 25 %.

Durant ce délai, les organismes mènent des investigations complémentaires, principalement sous la forme d'envois de questionnaires aux deux parties. À titre d'illustration, en matière d'accidents de travail/trajet, les recours à l'investigation sont nécessaires lorsqu'il y a discordance entre le CMI et la DAT, ou encore lorsque l'employeur exprime des réserves « motivées » sur le caractère professionnel de l'accident. En matière de maladies professionnelles, toutes celles correspondant à une inscription à un tableau font l'objet d'une investigation par envoi de questionnaire. L'investigation a alors pour but de vérifier le respect des conditions administratives des tableaux ou de fournir, le cas échéant, tous les éléments nécessaires pour éclairer le CRRMP.

Lors de cette investigation, l'agent gestionnaire en caisse primaire peut se rapprocher de l'ingénieur conseil référent en matière de maladie professionnelle de la CARSAT afin de bénéficier de son expertise quant aux facteurs d'exposition aux risques au sein des entreprises concernées, particulièrement en matière de composants chimiques ou bactériens ainsi que pour le cas des entreprises ayant cessé leurs activités.

Ce temps d'investigation peut inclure le déclenchement d'une enquête. Les caisses primaires disposent de 296 agents agréés et assermentés qui réalisent les investigations contradictoires dans les locaux de l'organisme (recueil de témoignages, sollicitations téléphoniques...) ou sur les lieux de survenance de l'accident ou de la maladie (observations de postes de travail). Il existe trois situations pour lesquelles l'enquête est diligentée directement : les suicides, les actes suicidaires non mortels s'ils font l'objet de réserves ou doutes de la part de l'employeur, et les maladies professionnelles instruites hors tableau dès lors que le médecin conseil conclut à une incapacité permanente supérieure à 25 %.

À l'issue de cette phase d'investigation, une phase contradictoire permet de recueillir les contestations éventuelles de l'employeur et/ou de la victime. La décision de reconnaissance intervient ensuite et est notifiée aux parties ainsi que le taux d'incapacité permanente le cas échéant.

La reconnaissance en AT ou MP a une conséquence importante en matière d'amélioration de l'indemnisation de l'assuré, comparativement à celle du risque maladie. Ainsi, les prestations en nature sont prises en charge à 100 % (contre 80 % en maladie) sans que l'assuré n'ait à faire l'avance de frais. Concernant les prestations en espèces, le régime est également plus favorable puisque les indemnités journalières correspondent à 60 % du salaire sur le 1^{er} mois, 80 % au-delà (au lieu d'une indemnisation à hauteur de 50 % du salaire en maladie). Elles sont fiscalisées à hauteur de 50 % depuis 2010 et soumises à l'impôt sur le revenu pour la maladie, sauf si elles sont en lien avec une affection de longue durée.

Enfin, si une incapacité permanente est reconnue suite à un accident de travail, de trajet ou une maladie professionnelle, elle fait l'objet d'une indemnisation versée sous la forme d'un capital si le taux d'incapacité est inférieur ou égal à 9 %, ou d'une rente viagère pour un taux d'incapacité de 10 % à 100 %, exonérée des contributions sociales et de l'impôt sur le revenu, versée jusqu'au décès de la victime ou à l'intention des ayants-droits.

Au-delà de 66 % d'incapacité permanente, une exonération du ticket modérateur pour la victime et ses ayants-droit ainsi qu'une validation des trimestres de versement de la rente comme période comptant pour la retraite, complètent le dispositif. Au-delà de 80% d'incapacité permanente, l'assuré peut, dans certains cas, bénéficier d'une prestation complémentaire pour recours à tierce personne.

Près d'1,4 millions de rentes ont été versées en 2015, ce qui représente le premier poste de dépenses de la branche. Les incapacités les plus graves (au-delà de 80 % de taux d'incapacité permanente) ne représentent qu'1 % des rentes (mais 12 % des montants). 54 % des rentes sont servies pour des incapacités permanentes évaluées entre 10 % et 19 %.

Focus : Réduire l'hétérogénéité des taux de reconnaissance des AT-MP sur le territoire

Le constat à fin 2015 est celui d'une hétérogénéité des résultats en matière de reconnaissance de la matérialité des accidents de travail et maladies professionnelles. Ainsi, le taux de reconnaissance (en moyenne à 94 %) varie selon les régions de 78 % à 98 %. Le recours à l'investigation varie de 8 % à 40 %.

Les facteurs d'hétérogénéité sont d'abord des facteurs socio-économiques, tenant aux bassins d'emploi influant sur le type d'emploi exercé dans le département ou la région et donc sur l'exposition à certains risques. Par exemple, des syndromes du canal carpien seront nettement plus souvent reconnus en Bretagne où l'industrie est notamment présente sur des usines de découpe de volaille, mise en boîte de sardines etc. qu'en région PACA où les activités tertiaires sont plus développées. Cela influe nécessairement sur les taux de reconnaissance.

Mais il existe aussi des facteurs internes qui ne doivent pas être négligés : le processus de reconnaissance est complexe, contraint dans le temps et implique de nombreux intervenants (caisse primaire, service médical, CARSAT et CRRMP...). Ceci favorise des divergences de pratiques ou de décisions sur des cas proches.

À titre d'illustration, concernant les maladies professionnelles, selon les départements, le taux de recours au comité d'experts médicaux permettant la reconnaissance (CRRMP) varie de moins de 1 % à plus de 25 %.

Des directeurs d'organismes ont été nommés « référents réparation » en 2016 dans chaque région, sous l'égide des directeurs coordonnateurs de la gestion du risque. Leur objectif est de faire converger les pratiques des caisses de leurs régions afin d'améliorer l'équité de traitement sur le territoire. À fin 2016, cette organisation régionale reste en cours de montée en charge mais on observe positivement que les écarts se resserrent autour de la moyenne de reconnaissance, avec des taux minimum et maximum respectivement de 83 % à 97 %.

I.2/ Lutter contre la sous déclaration pour améliorer le droit à réparation des victimes de risques professionnels et garantir l'imputation des dépenses sur le bon risque

Bien que le nombre d'accidents de travail et de maladies professionnelles déclarés et reconnus ces dix dernières années soit en constante augmentation, il existe une « sous déclaration » des risques professionnels, c'est-à-dire une prise en charge à tort des dépenses de santé par la branche maladie en lieu et place de la branche AT/MP. Chaque année, ce phénomène fait l'objet d'une compensation financière sous la forme d'un transfert d'un milliard d'euros au profit de la branche maladie. Ce montant est arrêté par le gouvernement suite aux travaux d'une commission

*ad hoc*¹ composée de onze membres et présidée par un magistrat de la Cour des comptes, qui se réunit tous les trois ans. Réunie à sept reprises depuis 1997, elle rendra de nouveau son rapport en 2017 sous la présidence de Monsieur Bonin.

Les situations identifiées à l'origine de la sous déclaration varient. La déclaration d'accident de travail ou de trajet étant à l'initiative des employeurs avec une obligation légale, on estime qu'il y a peu de sous-déclaration sur ce sujet. En revanche, elle est plus importante concernant les maladies professionnelles, notamment celles apparaissant de nombreuses années après la cessation de l'exposition à un risque professionnel. La méconnaissance des conditions de prise en charge des maladies professionnelles par les assurés, mais aussi par les médecins, la crainte de la perte de leur emploi par les victimes salariées, mais aussi le refus d'engager des procédures longues et fastidieuses pour les assurés malades, sont autant de raisons expliquant la faible déclaration des maladies professionnelles.

Lutter contre la sous-déclaration nécessite donc, pour l'ensemble des publics concernés, assurés, professionnels de santé et employeurs, de renforcer l'information et la sensibilisation mais également de simplifier l'accessibilité à l'information et aux démarches.

La branche AT/MP a ainsi engagé des actions d'information : refonte des sites d'information (Ameli), recours aux médias grands publics (conférences de presse annuelles) et aux médias spécialisés, insertion de modules au sein de la formation médicale continue, information lors des matinées employeurs... De plus, afin d'inciter les assurés à engager une démarche de reconnaissance sur des affections identifiées comme pouvant être d'origine professionnelle, une expérimentation a été lancée entre 2008 et 2010 sur les tumeurs de la vessie prises en charge en ALD. En 2013, le nombre de demandes de maladie professionnelle pour une tumeur de vessie a été multiplié en moyenne par 4,6 dans les 18 mois à 2 ans après le début de cette expérimentation. Ces demandes ont bénéficié d'un avis favorable dans 60 % des cas, ce qui traduit une pertinence du repérage initial.

Parallèlement, des propositions de simplification des procédures médico-administratives sont à l'étude, visant à offrir une meilleure compréhension et une plus grande lisibilité des délais et étapes de la procédure d'instruction. Une première simplification a eu lieu grâce au décret du 07 juin 2016 qui prévoit l'unicité du formulaire portant à la fois la déclaration de la maladie professionnelle et le certificat médical initial, deux documents strictement nécessaires à l'instruction. D'autres actions vont être étudiées, notamment en termes d'offres de service (accompagnement des assurés souhaitant déclarer une maladie professionnelle).

I.3/ Limiter les conséquences des sinistres graves et lutter contre la désinsertion professionnelle

Favoriser le retour de personnes victimes d'un accident grave représente un enjeu socioéconomique majeur. En s'inspirant de politiques mises en œuvre par d'autres pays européens, l'assurance maladie - risques professionnels a lancé en décembre 2014 l'expérimentation d'un service d'accompagnement des victimes d'accidents du travail graves dans une logique de « *case management* ».

¹ Commission « L. 176-1 » du nom de l'article du code de la sécurité sociale prévoyant à la charge de la branche AT/MP un versement annuel visant à compenser la prise en charge par l'assurance maladie des AT/MP sous-déclarés.



Le repérage des assurés en risque de désinsertion professionnelle s'est basé sur des lésions générant un taux incapacité permanente supérieur à 10 % et des indemnités journalières de plus de 45 jours. Avec l'accord de la victime, le conseiller risques professionnels lui propose un accompagnement à la fois administratif, médical, social et professionnel adapté à sa situation en coordonnant les différents intervenants : le médecin conseil, lui-même en contact avec le médecin traitant et le médecin du travail, le service social et les partenaires (MDPH, SAMETH...).

L'objectif est de limiter les séquelles et favoriser le maintien dans l'emploi. Si seulement 5 % des sinistres imputés sont des accidents du travail graves, ils représentent à eux seuls 55 % des dépenses de la branche AT/MP. C'est donc un axe stratégique de gestion du risque tant du point de vue de la santé des victimes que du maintien de leurs capacités sociales et professionnelles.

Du 1^{er} décembre 2014 à février 2016, un peu plus d'un millier d'assurés ont été éligibles selon les critères de l'expérimentation. 790 assurés bénéficient à ce jour de cette offre d'accompagnement, ciblée sur trois pathologies (traumatologie, stress post-traumatique, lombalgie).

Un premier bilan montre plusieurs axes d'amélioration, notamment en matière de ciblage et de pathologies concernées. En effet, 85 % des assurés ont repris le travail sans action particulière en entreprise. Le volet professionnel reste donc à ce jour très limité. Parallèlement, une étude publiée par la SUVA en décembre 2015 montre une efficacité comparable sinon meilleure dans la plupart des cas, de l'accompagnement distant, en lieu et place de l'accompagnement en face à face tel que mis en place dans le cadre de l'expérimentation. Cela milite pour une offre de service graduée en fonction des cas rencontrés. Les agents du service médical dits « facilitateurs » qui montent en compétence depuis 2015, pourraient ainsi accompagner par téléphone les assurés en arrêt de travail. Pour les cas le nécessitant, cette action serait complétée par une mission de médiation en entreprise pour favoriser le maintien/le retour à l'emploi.

II- La prévention, levier majeur de la politique de gestion du risque

L'article L. 4121-2 du code du travail impose que l'employeur mette en œuvre les mesures prévues à l'article L. 4121-1, fondements des principes généraux de prévention suivants :

- éviter les risques ;
- évaluer les risques qui ne peuvent pas être évités ;
- combattre les risques à la source ;
- adapter le travail à l'homme, en particulier en ce qui concerne la conception des postes de travail ainsi que le choix des équipements de travail et des méthodes de travail et de production, en vue notamment de limiter le travail monotone et le travail cadencé et de réduire les effets de ceux-ci sur la santé ;

- ▼ tenir compte de l'état d'évolution de la technique ;
- ▼ remplacer ce qui est dangereux par ce qui n'est pas dangereux ou par ce qui est moins dangereux ;
- ▼ planifier la prévention en y intégrant, dans un ensemble cohérent, la technique, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l'influence des facteurs ambiants, notamment les risques liés au harcèlement moral et au harcèlement sexuel, tels qu'ils sont définis aux articles L. 1152-1 et L. 1153-1 ;
- ▼ prendre des mesures de protection collective en leur donnant la priorité sur les mesures de protection individuelle ;
- ▼ donner les instructions appropriées aux travailleurs.

Cependant, consciente que les risques liés au travail peuvent être évités ou au moins maîtrisés, la branche AT/MP a développé des actions de prévention dès 1946 afin de préserver la santé et assurer la sécurité des salariés dans l'entreprise.

II.1/ La branche dispose de moyens d'actions en prévention tant humains que financiers

Au sein de la branche AT/MP, environ 2 000 personnes concourent à cette mission de prévention. Ils se répartissent dans plusieurs organismes :

- ▼ **La caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)** élabore et met en œuvre la politique de prévention des risques professionnels de la branche. Elle anime le réseau prévention qui regroupe les CARSAT, CRAM et CGSS, l'INRS et Eurogip, en vue de créer une véritable dynamique et coordonne les initiatives ;
- ▼ **Les 16 caisses régionales** – les 15 caisses d'assurance retraite et de santé au travail –CARSAT – et la caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-de-France –, **les 4 caisses générales de Sécurité sociale dans les DOM et la caisse de Sécurité sociale de Mayotte** développent et coordonnent la prévention des risques professionnels dans leur circonscription. Dans le cadre des orientations définies par les instances paritaires nationales et régionales de la branche AT/MP, elles élaborent et mettent en œuvre des programmes de prévention en direction des entreprises et des branches professionnelles. Au total, 268 ingénieurs conseils, 538 contrôleurs de sécurité et les 560 autres personnels travaillent au sein des services prévention des caisses.

Pour accomplir leur mission, les caisses disposent de moyens spécifiques tels que le droit d'entrer dans les entreprises², de demander toute mesure justifiée de prévention³, de participer aux CHSCT, le pouvoir d'accorder des minorations ou majorations de cotisation AT/MP ou d'accompagner financièrement des investissements en matière de santé et de sécurité au travail. Elles peuvent également faire appel à des unités techniques, laboratoires de chimie et centres de mesures physiques, qui les assistent dans le repérage et l'évaluation des nuisances chimique ou physiques.

2 Code de la sécurité sociale, article L. 243-11 : Les employeurs, sont tenus de recevoir [...] les ingénieurs conseils et contrôleurs de sécurité régulièrement accrédités par les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail.

3 Code de la sécurité sociale, article L. 422-4 : La caisse régionale peut : 1°) inviter tout employeur à prendre toutes mesures justifiées de prévention [...]



- ▼ **L'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS)** a pour mission d'identifier les risques professionnels et mettre en évidence les dangers, d'analyser les conséquences de ces risques pour la santé et la sécurité de l'homme au travail, de développer et promouvoir les moyens et outils à mettre en œuvre pour maîtriser ces risques. Ses activités sont donc diversifiées mais complémentaires: études et recherches, formation, assistance, information et communication. L'INRS est l'expert scientifique et technique de la branche AT/MP qui le finance. Il exerce aussi, dans le cadre d'une convention signée avec la direction générale du travail (DGT), certaines actions pour le compte des pouvoirs publics : assistance, participation à des campagnes de contrôles.... Il compte 584 agents, 210 à Paris et 374 en Lorraine.
- ▼ **Eurogip** analyse les évolutions réglementaires au niveau européen en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles (prévention, tarification, réparation). Il effectue une veille sur ces sujets, réalise des études comparatives et diffuse ses connaissances (publications, conférence, ...). Il participe à des projets d'intérêt communautaire. Par ailleurs, il coordonne les travaux des experts de la branche qui participent à l'élaboration de normes européennes ou internationales relatives à la sécurité-santé au travail. Par délégation des ministères chargés du travail et de l'agriculture, il assure le secrétariat de la coordination française des organismes notifiés pour la certification des machines et des équipements de protection individuelle.

Les actions de prévention de la branche AT/MP sont financées par le fonds national de prévention des accidents du travail, qui s'élève à 3 397 millions d'euros en 2016 (hors reports de crédits). Les dotations/subventions ont été de 158 millions pour les CARSAT, CRAM et CGSS ; 80 millions pour l'INRS (soit 98 % du budget total de l'organisme) ; 1,3 million pour EUROGIP (soit environ de 85 % du budget de l'organisme).

Malgré ces moyens, la conduite des actions de prévention nécessite de s'appuyer sur de solides partenariats pour arriver à toucher les 2,2 millions d'entreprises. Le relais des partenaires a été un recours particulièrement important pour la mise en œuvre du programme national « TPE/PME » fondé sur une approche métiers pour 4 des 160 métiers existants sur cette catégorie d'entreprises (restauration, maçons, garages, transports routiers). 5 régions volontaires ont relayé la promotion d'une offre de service (actions de prévention), élaborée à partir d'une approche statistique poussée, relayée par des outils d'information et d'interpellation de masse : dépliants, fiches solution, site Web INRS, outil spécifique (OiRA) et une aide financière nationale. Les organisations professionnelles, les services de santé au travail, fournisseurs, distributeurs, concessionnaires, OPCA, CCI, experts comptables ont été des leviers majeurs du déploiement de programme.

Depuis quelques années également, des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) sont signés entre les trois principaux acteurs de la santé

au travail en région : la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE), la caisse régionale et les services inter-entreprises de santé au travail. Ils marquent ainsi leur volonté de travailler ensemble sur des priorités partagées. 167 contrats sont signés à fin 2016 portant des thèmes de travaux communs clairement identifiés (prévention de la désinsertion professionnelle, troubles musculo-squelettiques, risques psycho-sociaux, agents cancérogènes, intérim). L'enjeu stratégique de cette contractualisation est de toucher un plus grand nombre d'établissements, notamment des TPE/PME, de façon cohérente et coordonnée sur ces cibles prioritaires de prévention (diagnostic territorial partagé). De manière plus opérationnelle, la formalisation de ce partenariat portant des engagements structurants pour l'action des intervenants, améliore la lisibilité des missions et les offres de chacun d'entre eux. Les moyens sont mis en commun et les bonnes pratiques, capitalisées autour du déploiement des standards de prévention.

II.2/ Les priorités d'action en matière de prévention ont été choisies en fonction de la sinistralité

Dans la COG actuelle, les priorités se centrent sur trois risques majeurs : les troubles musculo-squelettiques (TMS), les agents cancérogènes (CMR) et les chutes dans le BTP.

Le programme TMS Pros, lancé en 2014, vise à accompagner 8 000 entreprises appartenant à des secteurs très divers comme l'automobile, le textile, les soins à la personne ou le BTP. Ces sociétés ne représentent que 0,4 % de l'ensemble des établissements mais regroupent plus d'un tiers des TMS indemnisés et un tiers des indemnités journalières versées au titre de cette pathologie.

Le programme d'accompagnement multisectoriel est accessible sur le site tmspros.fr. Il se déroule en quatre étapes allant de l'identification du risque au plan d'action à réaliser et à évaluer. Sur les 6 859 inscrits enregistrés, 90 % des établissements sont inscrits au sein du parcours 82 % ont identifié leur risque, 59 % défini des priorités d'actions avec cependant des difficultés pour les entreprises de passer à l'étape 3 correspondant à la mise en place d'un plan d'actions (29 % des entreprises ont engagé des actions). TMS Pros a permis de sensibiliser des entreprises qui n'étaient pas préalablement engagées dans une démarche de prévention (41 % des entreprises déclarent avoir engagé une démarche de prévention du fait du programme TMS pros et 10 % des entreprises n'avaient jamais engagé d'action jusqu'à présent). L'évaluation en cours du programme permet de préciser que les entreprises apparaissent satisfaites de l'offre de service, du volet programme, de l'accompagnement.

Le programme de prévention des chutes dans le BTP cible 5 000 entreprises (effectif de 20 à 49 salariés, dans 4 codes-risque) pour les accompagner sur un meilleur niveau de prévention des chutes, en partenariat avec l'OPPBTP. L'enjeu du programme est de faire intégrer par les maîtrises d'ouvrage du BTP les prescriptions de prévention des chutes dans les pièces du marché de leurs projets. Pour ce faire, les critères de sécurité et santé au travail sont préconisés dans les appels d'offres (CCTP), des mutualisations de moyens de prévention sur les chantiers sont incitées, des formations à destination des chargés d'affaires des maîtrises d'ouvrage sont mises en œuvre. Une aide financière nationale est également disponible (Echafaudage +). Un



premier bilan du programme montre que 2 000 collaborateurs au sein des MOA ont été formés depuis 2014 et 1 520 entreprises visitées et accompagnées par les caisses régionales et l'OPPBTP.

Enfin, **le programme de prévention des cancers professionnels** vise à supprimer ou réduire les expositions sur des agents cancérogènes identifiés dans certains secteurs : les fumées de soudage dans la chaudronnerie, le perchloroéthylène dans les pressings, les émissions de moteur diesel (EMD) dans les centres de contrôle technique et le styrène dans la plasturgie et le nautisme. Les actions menées ont porté des propositions de solutions techniques et de formations adaptées aux différents secteurs, des travaux à destination des fournisseurs pour qu'ils adaptent leurs offres de matériels et le déploiement de plusieurs aides financières dédiées à ce programme (Aquabonus, Airbonus). L'évaluation reste en cours mais à ce stade :

- ▼ 30 % des chaudronneries ciblées ont mis en œuvre une démarche de prévention ;
- ▼ 40 % des pressings ont substitué l'aquanettoyage au perchloroéthylène ;
- ▼ 35 % des centres de contrôle technique ont mis en place un système de captage ;
- ▼ 83 % des établissements ciblés par notre action styrène ont rédigé une note technique sur le choix de résines moins émissives.

Le programme spécifique « TPE/PME » précédemment évoqué a été élaboré en direction de 200 000 entreprises concernées sur quatre secteurs d'activité, déployé avec une évaluation positive. La motivation du programme se lit dans l'indice de fréquence des accidents de travail, le plus important pour cette catégorie d'entreprises de 10 à 249 salariés. Le programme a mobilisé fortement les ressources du réseau et les partenaires au bénéfice des 200 000 TPE ciblées. L'offre métier est adaptée : l'outil d'aide à l'évaluation des risques (OIRA) a connu 15 500 sessions fin 2016 et 95 % des utilisateurs recommanderaient l'outil. L'importance et la fiabilité des actions des partenaires évoquée précédemment a été un point fort du programme, même si l'impact sur la sinistralité reste encore difficilement mesurable à ce stade.

Les caisses régionales définissent également des **priorités régionales** en s'appuyant sur le profil de leur sinistralité fourni par la CNAMTS et sur les orientations fixées par les CRAT/MP et les CTR. Par exemple, la CARSAT Languedoc-Roussillon a mené une étude qualitative dans le cadre du plan d'action régional du secteur sanitaire et médico-social avec un objectif ciblé sur 38 EHPAD en matière de prévention des établissements et le recours à des outils diversifiés pour en porter l'enjeu de diminution de la sinistralité (témoignages, *newsletters*, mise en place d'un extranet...).

Pour soutenir ces programmes, des **aides financières simplifiées** ont été mises en place en direction des TPE et PME de moins de 50 salariés. Ces aides visent à prévenir le risque lié aux activités ou risques définis par les programmes en cofinançant l'achat d'équipements adaptés ou des formations dédiées. Le budget

annuel de 25 millions d'euros sur le FNPAT permet de couvrir les demandes enregistrées. En 2016, 4 058 aides financières ont été payées. En fin d'année 2016, un plan de promotion a été déployé (relations presse, achat d'espaces publicitaires, actions de marketing direct...) qui a permis de dynamiser le recours aux aides financières, levier important de l'incitation à la prévention. En avril 2017, 15 millions d'euros sont d'ores et déjà engagés en CARSAT, répartis sur les 12 aides financières disponibles.

Par ailleurs, la branche a engagé une réflexion sur les moyens de mesurer **l'impact économique de la prévention** à l'échelle d'une entreprise afin de démontrer aux employeurs qu'il s'agit d'un investissement rentable et que les actions de prévention (amélioration des postes de travail, formation des salariés...) contribuent à garantir sa performance (moindre absentéisme, meilleure productivité, etc.).

III- La branche AT/MP repose sur un système assurantiel garant de son équilibre financier

La branche AT/MP obéit à une logique assurantielle qui se traduit par des règles de tarification conciliant une double logique de responsabilisation et de prévention. Les cotisations sont uniquement à la charge des employeurs. Cependant, elle porte également la valeur de solidarité car elle assure l'ensemble des entreprises du régime général quel que soit leur niveau de risque, tout comme elle indemnise l'ensemble des victimes même si l'employeur est défaillant.

Outre le fait d'assurer annuellement l'équilibre financier de la branche, le système a pour but :

- ▼ de mutualiser les risques du travail selon des règles équitables, afin que la survenance d'accidents graves ne mette pas en péril la viabilité d'une entreprise ;
- ▼ d'inciter les entreprises à se préoccuper de l'impact économique interne de la santé et de la sécurité au travail.

III.1/ La tarification permet de maintenir l'équilibre financier de la branche

Le taux moyen de cotisation annuelle AT/MP sur la masse salariale est de 2,32 % en 2017.

La première étape permettant de calculer le taux de cotisation AT/MP d'une entreprise est **l'identification de son activité** (ou activité « principale » selon le nombre de salariés ou le risque généré si l'entreprise en exerce plusieurs), permettant ainsi de procéder à son classement. Si l'entreprise porte plusieurs établissements, chacun est identifié par le SIRET comme lieu où est effectivement exercée l'activité. Il est ensuite classé dans un code risque correspondant à son activité principale. La branche AT/MP gère une notion de « section d'établissement » qui complète le SIRET et qui correspond à une activité ou à un numéro de risque. Dans la majorité des cas, les notions de section d'établissement et d'établissement se confondent.

Le taux AT/MP dépend de la sinistralité imputable à l'entreprise. Il repose sur deux données principales, la masse salariale de l'établissement et la « valeur du risque », c'est-à-dire les dépenses générées par les accidents de travail et les maladies professionnelles, l'ensemble étant en référence des trois années précédentes.



La valeur du risque est issue de « coûts moyens », par grands secteurs d'activité, calculés sous le contrôle des partenaires sociaux de la commission des AT/MP. Ces coûts moyens varient selon la durée des arrêts de travail et le degré d'incapacité généré par les accidents de travail et maladies professionnelles. À titre d'illustration, les catégories de coûts moyens des sinistres avec incapacité temporaire sont exprimés en nombre de jours d'arrêts de travail prescrits (catégorie 1 = 0 à 3 jours, catégorie 2 = 4 à 15 jours etc...). Les catégories de coûts moyens des sinistres avec incapacité permanente s'expriment par taux d'incapacité.

La détermination des taux de cotisation varie selon la taille de l'entreprise et son secteur d'activité :

Hors Alsace Moselle⁴, celles de 1 à 19 salariés bénéficient de taux collectifs : la dépense liée aux sinistres est mutualisée sur l'ensemble du secteur d'activité ; dans ce système d'assurance, il n'existe pas de lien entre le taux notifié et les accidents survenus au sein de l'établissement. Il s'agit d'une mesure de sécurisation envers de petites entreprises dont l'équilibre financier ne résisterait pas à l'imputation réelle du coût d'un accident grave. Cette mutualisation permet également de maintenir un lien d'incitation à l'engagement de mesures de prévention, même en l'absence de survenue d'accidents de travail ou de maladie professionnelle.

Celles de plus de 150 salariés se voient appliquer un taux individuel, rapportant strictement la somme des coûts liés aux sinistres à la masse salariale de l'entreprise ; il existe alors un lien très étroit entre le taux notifié et les conséquences d'un accident survenu au sein de l'établissement.

Enfin, un taux mixte existe, par progression du collectif vers l'individuel pour les entreprises de 20 à 149 salariés. Il se décompose en deux éléments : une fraction du taux collectif de l'activité professionnelle dans laquelle est classé l'établissement (système d'assurance), et une fraction du taux réel qui serait attribué à l'établissement si celui-ci relevait de ce mode de calcul (individualisation du coût). Le poids de chacun des deux éléments est proportionnel à l'effectif de l'entreprise : plus l'effectif est important, plus la fraction de taux propre (taux individuel) est élevée.

À ce calcul de taux « bruts », s'ajoutent des majorations qui correspondent à des charges pesant sur l'ensemble des entreprises, dans une dynamique de mutualisation la plus large possible : frais de gestion de la branche, coût des maladies professionnelles imputées au compte spécial, contributions aux fonds amiante, alimentation du reversement à la branche maladie au titre de la sous-déclaration, à l'assurance retraite au titre de la pénibilité, financement des fonds amiante...

En conclusion, les modalités de calcul du taux AT/MP permettent à la fois d'inciter les entreprises, relativement à leur taille, à se préoccuper de l'impact économique de la santé et de la sécurité au travail mais aussi de mutualiser les risques du travail selon des règles équitables.

⁴ Les catégories de taux en Alsace Moselle diffèrent : de 1 à 49 salariés (taux collectifs), de 50 à 149 (taux mixte), le taux individuel étant identique à partir de 150 salariés.

Le système de tarification, fondamentalement assurantiel, aboutit à l'équilibre financier de la branche qui, à fin 2016, présente un compte de résultat à 13 milliards d'euros et un excédent de 517 millions d'euros, ayant de surcroît résorbé toute sa dette sans versement à la CADES.

III.2/ Des évolutions sont cependant nécessaires à la fois pour simplifier les règles et renforcer l'incitation à la prévention

La complexité du dispositif de tarification, liée à l'histoire, nécessite d'engager une dynamique de simplification. Ainsi, une refonte importante du dispositif a été initiée en 2012. Elle s'implémente désormais à plein, complétée d'une réduction aujourd'hui achevée du nombre des codes risques qui sont passés de 616 à 208 en 2017. Cette rationalisation contribue non seulement à simplifier mais également à sécuriser le dispositif de tarification.

Inscrite dans la convention d'objectifs et de gestion 2014-2017, la réforme de la tarification engagée en 2015 a abouti en 2016. Elle consiste à encourager les efforts de prévention des entreprises en faisant de la tarification un levier de motivation.

Elle vise notamment à diminuer la partie mutualisée du taux AT/MP au profit d'une plus grande individualisation, et également à envoyer des signaux, positifs ou négatifs, aux TPE/PME selon leur implication en matière de prévention. Ces évolutions se font à budget constant, sans augmentation des cotisations versées par les entreprises. Suite à l'avis favorable de la commission des AT/MP rendu en fin d'année 2016, les textes ont été publiés au 1^{er} trimestre 2017. Cette réforme entrera progressivement en vigueur jusqu'à 2021.

Ainsi, un système de « primes » et de « signaux » sera progressivement introduit pour les entreprises de 10 à 20 salariés. Actuellement, si une entreprise relevant du taux collectif est particulièrement vertueuse en matière de prévention ou de réduction des accidents de travail, cela n'a aucun impact sur son taux AT puisque celui-ci est calculé pour l'ensemble des entreprises de sa branche d'activité. Une fois la réforme en place, elle pourra bénéficier d'une prime liée à la diminution de son risque, sous la forme d'une diminution forfaitaire de son taux de cotisation. À l'inverse, une entreprise de même taille qui présente une récurrence élevée d'accidents de travail pourra voir son taux augmenter dans une limite de 10 %. Il ne s'agit pas uniquement de sanctionner les entreprises mais les sensibiliser à une situation atypique et les accompagner à la recherche de solutions et la mise en place d'une politique efficace de prévention.

Enfin, le dernier objectif est de contribuer au développement d'une offre de service vers les entreprises, en renforçant les télé-services proposés : mise à disposition des données de sinistralité sur le compte AT/MP, envoi dématérialisé des notifications de taux, signalement en ligne des offres prévention disponibles via le compte employeur avec un accès ouvert aux tiers-déclarants. À ce jour, 686 000 comptes employeurs sont ouverts via net-entreprises, emportant la satisfaction des employeurs interrogés lors de l'enquête annuelle de la branche maladie, essentiellement par les entreprises à taux individualisé.



Focus : les contentieux

Le contentieux représente un enjeu fort pour le fonctionnement de la branche en raison de sa volumétrie et de ses conséquences financières : 174 000 procédures en 2014 en cours dont 123 000 devant le contentieux général et 50 500 en contentieux technique. Le coût du contentieux AT/MP est de 500 millions d'euros par an. Il représente environ 60 % du contentieux des CPAM avec un coût moyen de 35 000 € par dossier perdu.

En amont, la rédaction d'instructions, le développement d'une offre de service et d'une animation du réseau permet de renforcer l'implication de l'ensemble des organismes dans le processus contentieux, sous un dispositif de pilotage national renforcé.

La direction des risques professionnels développe ses échanges avec l'ANTASS ou la CNITAAT et incite les directeurs régionaux à rencontrer les présidents de TCI afin d'améliorer la connaissance des contraintes respectives et fluidifier les modes et la représentation des organismes en audience.

La maîtrise de la gestion du contentieux nécessite un renforcement de la qualité de la fonction juridique opérante sur les dossiers. La CNAMTS a décidé de confier à la seule CRAMIF, la gestion complète des dossiers contentieux portant sur les processus tarification et prévention des AT/MP. Sur des dossiers relativement peu nombreux mais nécessitant une grande technicité dans un contexte de modification de la législation, cette mutualisation est particulièrement nécessaire. En réparation, la CPAM d'Amiens assure la représentation des organismes à l'audience (contentieux technique). La juridiction devant laquelle ces dossiers sont portés (CNITAAT, à Amiens) est modifiée par l'article 12 de la loi n° 2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXI^e siècle. Celle-ci organise la spécialisation d'une cour d'appel (Amiens) pour connaître des litiges mentionnés au 4° de l'article L. 142-2 du code de la sécurité sociale en lieu et place de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail. Cette cour d'appel spécialement désignée aura compétence exclusive en premier et dernier ressort pour connaître de ces litiges sur l'ensemble du territoire national. Le texte entre en vigueur le 1^{er} janvier 2019.

Cette même loi impacte plus largement le processus médico administratif de défense des contentieux côté réparation (PMA), en prévoyant la mise en place d'un recours revêtant un « caractère médical » préalable obligatoire en matière de contentieux technique. Ces dispositions ne sont pas encore précisées à ce jour. Dans l'attente, l'organisation en place prévoit la constitution de cellules régionales regroupant les experts juridiques et ressources médicales nécessaires au bon niveau de défense des dossiers, ainsi qu'une intervention du niveau national : la CNAMTS identifie les employeurs à l'origine de désimputations élevées du fait de fréquentes contestations et via les cellules PMA demandent une représentation médicale systématique aux audiences concernées.

Face aux enjeux financiers du contentieux AT/MP, ce dispositif de pilotage national vient renforcer le recensement des procédures contentieuses afin de fiabiliser les remontées et obtenir la certification des comptes. Pour répondre aux exigences de la Cour des comptes sur le provisionnement du risque financier, une procédure nationale d'acquisition d'un logiciel a ainsi été lancée. En effet, la multiplicité et l'hétérogénéité des outils utilisés dans les organismes rendent le pilotage de la politique contentieuse difficile. Cet outil devrait commencer son déploiement en 2018.

III.3/ Certifier les comptes AT/MP

En 2012, la branche AT/MP n'a pas été certifiée par la Cour des comptes en raison, notamment de la faiblesse du contrôle interne. La branche AT/MP a alors mené différentes actions, à la fois sur les outils et sur les processus pour renforcer le contrôle interne :

- ▼ D'une part, l'outil informatique utilisé en caisse régionale pour déterminer et notifier les taux de cotisation (SGE-TAPR) s'est doté d'un module de contrôle plus abouti permettant de bloquer l'envoi de la notification en cas de contrôle insatisfaisant. Une cellule de contrôle *ad hoc* a été créée séparant les tâches d'exécution et de contrôle.
- ▼ D'autre part, l'actualisation du plan de maîtrise socle tarification a intégré en 2013 des améliorations du processus de gestion du compte employeur : renforcement des modalités de contrôle interne, création de requêtes permettant l'homogénéisation des pratiques, normalisation des documents justificatifs.

Par ailleurs, 60 % des tarificateurs (gestionnaires et experts techniques tarification, techniciens contentieux) sont formés à la gestion des réclamations et des recours gracieux. Cette professionnalisation est garante de l'équité de traitement sur le territoire et de la sécurisation juridique des relations avec les employeurs.

Depuis la mise en œuvre de ces mesures, les données sont plus fiables, les écarts de pratiques entre caisses moindres, le traitement des dossiers plus équitable. Les réserves empêchant la certification des comptes sont aujourd'hui levées et la branche AT/MP voit dorénavant ses comptes certifiés.

Par la fiabilité ainsi affirmée des comptes de la branche, c'est l'ensemble du système assurantiel soutenant la gestion des risques professionnels qui se trouve renforcé. L'interdépendance des missions prévention et réparation, avec celle évoquée immédiatement de la tarification, est la caractéristique-et la force- de la branche AT/MP qui lui permet de s'adapter aux évolutions du monde du travail et garantir la protection de la santé des salariés.

Inciter les entreprises à améliorer la santé au travail

La tarification à l'expérience dans les systèmes d'assurance des risques professionnels

Par Pascale Lengagne, Maître de recherche à l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES)

Résumé

Dans différents pays, des dispositifs visant à inciter financièrement les entreprises à améliorer la santé au travail sont mis en œuvre. En France, les contributions que les entreprises versent au titre de l'assurance des risques professionnels du Régime Général sont modulées selon leurs propres coûts ; ce mode de tarification devrait sensibiliser les employeurs à mettre en œuvre davantage de démarches de prévention des risques professionnels. Quelle est l'efficacité de ce mode de tarification en termes d'incitation des entreprises à la prévention ? Cet article propose un éclairage sur cette question en présentant, dans un premier temps, les spécificités de dispositifs qui existent dans plusieurs pays, afin d'appréhender les mécanismes incitatifs différents qui peuvent en résulter. Il présente ensuite une synthèse des résultats de travaux d'évaluation qui étudient l'influence de ces dispositifs en termes d'amélioration de la santé au travail. Ces travaux mettent en lumière les effets bénéfiques de ces dispositifs, tout en pointant dans le même temps l'existence d'effets potentiels non désirés.

I- Introduction

Améliorer la santé au travail dans toutes ses dimensions est une nécessité, face aux défis économiques, sociaux et démographiques auxquels les sociétés sont confrontées aujourd'hui. L'enjeu est à la fois de préserver la santé physique et mentale des individus, tout au long de leur vie, de favoriser leur maintien dans l'emploi – en adaptant le travail à la santé et en réduisant les pénibilités du travail – et d'accroître la productivité et les performances sociales des entreprises.

Parmi les outils de régulation mis en œuvre, un ensemble d'instruments vise à inciter financièrement les employeurs à mener des démarches de prévention des risques professionnels, d'aménagement du travail et de maintien dans l'emploi des salariés ayant des maladies incapacitantes (OCDE, 2010 ; EU-OSHA, 2015). Dans plusieurs pays, la mise en œuvre d'une tarification à l'expérience dans les systèmes d'assurance dotés de risques professionnels s'inscrit dans un objectif de sensibilisation et de responsabilisation de l'entreprise en matière de prévention des risques professionnels (Haut Conseil du financement de la protection sociale, 2014).

Le système de tarification des risques professionnels du Régime Général des travailleurs salariés en France est l'outil de financement des dépenses de prestations versées aux salariés victimes d'accidents du travail, d'accidents du trajet et de maladies professionnelles (AT-MP). Il définit les règles de calcul des contributions que les entreprises doivent verser chaque année au titre des AT-MP et garantit l'équilibre entre les dépenses et les recettes de la branche. Outre cette fonction de financement, ce système vise également à inciter les employeurs à prévenir



les risques professionnels. Afin de les encourager à mettre en œuvre davantage de démarches de prévention dans l'entreprise, les contributions à leur charge sont modulées selon leurs propres coûts en matière de risques professionnels. Il s'agit d'une tarification à l'expérience. Plus les dépenses de prestations liées aux AT-MP des salariés d'un établissement sont importantes, plus l'employeur devra verser une contribution importante ; et inversement, plus ces dépenses sont faibles, plus cette contribution sera réduite.

Les employeurs seraient ainsi davantage responsabilisés en matière de prévention des risques professionnels et d'amélioration de la santé au travail. Cependant, de l'avis de différents observateurs, cet instrument reste difficile à analyser ; sa capacité à réduire les expositions à des risques professionnels et à améliorer la santé au travail a souvent été remise en cause (voir p. ex. IGAS, 2004).

Cet article propose un éclairage sur cette question en présentant, dans un premier temps, les spécificités de dispositifs analogues existant dans différents pays, afin d'appréhender les mécanismes incitatifs différents qui peuvent en résulter. Il présente, dans un second temps, une synthèse des résultats de travaux d'évaluation étudiant l'influence de dispositifs de tarification à l'expérience en termes d'amélioration de la santé au travail.

II- Quels dispositifs et quels mécanismes incitatifs ?

II.1/ Modes de gestion de l'assurance, règles de tarification et incitations adressées aux entreprises

Les dispositifs de tarification à l'expérience sont généralement mis en œuvre dans le cadre de systèmes d'assurance avec adhésion obligatoire de l'employeur (Haut Conseil du financement de la protection sociale, 2014). Dans plusieurs pays, ces systèmes d'assurance sont gérés par un opérateur public, comme en France, en Allemagne ou en Italie. Ils sont dans d'autres cas gérés par des opérateurs privés, comme, par exemple, aux États-Unis ou en Belgique. Les mécanismes incitatifs mis en œuvre peuvent être très différents selon la situation. Dans le cas d'une gestion par des assureurs privés, ces derniers peuvent proposer des contrats d'assurance dont la prime est plus ou moins modulée selon le niveau de risque de l'assuré. Les modes de tarification pratiqués sont dans certains cas encadrés par la loi. En Belgique, les primes de cotisation des entreprises de 200 salariés ou plus doivent être calculée de manière individuelle et celles des entreprises de moins de 200 personnes sont calculées de manière uniforme au sein de chaque secteur d'activité. C'est également le cas dans une majorité d'États américains, où la loi impose aux assureurs de mettre en œuvre une tarification à l'expérience. Quel que soit le mode de gestion choisi, public ou privé, l'efficacité des incitations adressées aux entreprises suppose que les primes ou les contributions dues par les entreprises soient suffisamment modulées selon leur propre risque.

La réussite des dispositifs incitatifs dépend également de la lisibilité des règles de tarification mises en œuvre ; un système peu lisible pour les employeurs ne peut être efficace en termes d'incitation à la prévention. En France, dans le cadre de la réforme de la tarification entrée en vigueur en 2012, le système a été modifié dans ce sens, afin de le rendre plus lisible pour les entreprises, en introduisant un système de coût moyen. Les contributions des employeurs étaient auparavant calculées sur la base du coût réel des accidents du travail et maladies professionnelles. Les dépenses étaient imputées aux entreprises aussi longtemps que les accidents et maladies professionnelles généraient des dépenses (dépenses d'hospitalisation, médicaments, indemnités journalières, indemnités d'incapacité permanente...). Les contributions des employeurs sont désormais calculées sur la base du coût moyen de chaque sinistre. Le coût moyen d'un sinistre est déterminé en fonction de son niveau de gravité (degré d'incapacité et durée de l'arrêt de travail) et du secteur d'activité de l'entreprise. L'imputation au coût moyen devrait permettre une meilleure lisibilité du système pour l'employeur, en limitant l'incertitude relative aux coûts des AT-MP pesant sur l'entreprise et en reportant de façon immédiate le coût des sinistres au compte de l'entreprise.

II.2/ Périmètre des risques et incitations adressées aux entreprises

Le périmètre des risques professionnels sur lequel la tarification à l'expérience est appliquée peut être plus ou moins large selon le pays (EUROGIP, 2013). En France et en Italie, ce périmètre inclut les accidents du travail et les maladies professionnelles. En Belgique, il se restreint aux accidents du travail et aux accidents du trajet. En Allemagne, les maladies professionnelles n'entrent pas, en général, dans le périmètre de calcul des bonus et malus mis en œuvre par les branches professionnelles (cf. Tableau 1).

Des dispositifs de tarification à l'expérience ont également été mis en place dans le cadre de l'Assurance invalidité aux Pays-Bas et en Finlande. Le périmètre d'application est donc, dans ces cas précis, plus large que celui des risques professionnels, car il s'agit de l'ensemble des prestations d'invalidité indépendamment de leur origine, professionnelle ou non professionnelle. Aux Pays-Bas et en Finlande où les taux de bénéficiaires de prestations d'invalidité ont atteint des niveaux élevés (OCDE, 2010), ces dispositifs font partie d'un ensemble de mesures mises en place afin d'inciter les employeurs à développer des démarches de prévention de l'invalidité et d'aménagement du travail pour maintenir les salariés ayant des maladies invalidantes dans l'emploi, et éviter qu'ils ne « tombent » dans l'invalidité (OCDE, 2010). Il ne s'agit pas seulement d'une incitation à la prévention primaire visant à diminuer l'incidence de maladies et d'accidents invalidants. L'objectif recherché s'inscrit dans la perspective d'encourager l'employeur à adapter le travail à la santé des salariés et à les maintenir au travail.

La question du choix du périmètre des risques sur lequel appliquer la tarification à l'expérience est importante. Un périmètre restreint limite les incitations adressées aux entreprises et produira peu d'effets en termes d'amélioration de la santé au travail ; or l'implication de l'employeur et l'activation de ses marges de manœuvre peuvent être déterminantes dans ce processus. A l'inverse, un périmètre trop large peut faire peser une trop forte charge sur l'entreprise et pose la question de savoir si l'employeur dispose effectivement de moyens techniques et financiers pour prévenir un large éventail de risques - en particulier dans le cas des petites et moyennes



entreprises. Il est donc important de définir un périmètre adapté aux marges de manœuvre effectives de l'entreprise.

Par ailleurs, l'atteinte de ces objectifs en termes de prévention et de maintien au travail apparaît intimement liée à l'existence d'un ensemble cohérent de mesures visant à encadrer les démarches des employeurs et des salariés et d'incitations financières. Dans le cas néerlandais, les incitations adressées aux employeurs s'accompagnent d'obligations que le salarié et l'employeur doivent respecter durant la période d'arrêt de travail, et notamment au cours des premières semaines de l'arrêt de travail – c'est-à-dire quand les possibilités de rétablissement et retour au travail sont les plus importantes. Au cours des six premières semaines d'arrêt de travail, le salarié et l'employeur avec l'appui du médecin du travail doivent établir un plan de retour au travail. En cas d'échec de ce plan, le salarié peut faire une demande de reconnaissance en invalidité explicitant les raisons de cet échec. Après examen de cette demande par l'administration, le plan de retour au travail peut être jugé insuffisant, et le statut d'invalidité n'est alors pas accordé ; le salarié est maintenu en arrêt de travail et l'employeur doit continuer à payer les indemnités journalières correspondantes.

La question du choix du périmètre doit également être posée au regard des évolutions des liens entre la santé et le travail. Ce périmètre doit en effet s'adapter à ces évolutions, notamment à l'émergence de nouveaux risques et à la reconnaissance de nouveaux risques. En France, à l'instar d'autres pays, nous constatons sur le long terme une baisse de la fréquence des accidents du travail et, parallèlement, une hausse de l'incidence des maladies professionnelles reconnues – liée principalement à une forte hausse de l'incidence des troubles musculo-squelettiques (TMS) – et une augmentation du nombre de jours d'arrêts de travail liés aux accidents et maladies professionnelles (Lengagne, 2015). Les résultats d'enquêtes sur les conditions de travail indiquent en outre une exposition accrue des travailleurs à des facteurs de pénibilités physiques et psychosociales (Fontaine et al., 2016). Quels « nouveaux » risques et quelles dépenses doivent être supportés par les entreprises ? Face, notamment, à des situations de burnouts et de maladies mentales liées au travail, cette question complexe revient de façon de plus en plus récurrente. La difficulté à établir l'existence d'un lien de causalité entre une pathologie et le travail semble rendre le problème insoluble, car dans le cadre de la réglementation en vigueur, en dehors des accidents survenus sur le lieu de travail et des maladies inscrites aux tableaux des maladies professionnelles, le principe d'imputation des dépenses à l'entreprise est gouverné par ce lien de causalité. Toutefois, cette difficulté peut être dépassée. Certes, l'employeur ne peut être tenu responsable de maladies qui n'ont pas de lien avec l'activité de l'entreprise. Mais dans la mesure où il dispose de marges d'adaptation du travail des salariés selon leur état de santé, la mise en place d'un dispositif visant à activer ces marges de manœuvre peut être envisagée – ainsi que le montrent les expériences étrangères mentionnées ci-dessus.

Tableau 1 : Principales caractéristiques des dispositifs de tarification à l'expérience dans différents pays

Allemagne	Risque Accidents du travail et Maladies professionnelles ▼ <i>Assurance à adhésion obligatoire.</i> La gestion de l'assurance est organisée au niveau des branches professionnelles (neuf caisses d'assurance). ▼ <i>Tarification à l'expérience.</i> Conformément au Code de la Sécurité Sociale, un système de bonus-malus en fonction de la sinistralité de l'entreprise doit être mis en œuvre au niveau de chaque caisse d'assurance, sans précisions sur le mode de calcul des bonus et malus. Les caisses peuvent n'appliquer que le bonus ou le malus ou combiner les deux. Les maladies professionnelles n'entrent pas, en général, dans le périmètre de calcul des bonus et malus.
Belgique	Risque Accidents du travail et Maladies professionnelles ▼ <i>Assurance à adhésion obligatoire.</i> Pour le risque d'accident du travail et les accidents du trajet, l'entreprise a l'obligation de s'assurer auprès d'un assureur privé agréé. Pour les maladies professionnelles, la gestion est assurée par un opérateur public. ▼ <i>Tarification à l'expérience.</i> Pour le risque d'accident du travail et d'accidents du trajet, le cadre légal stipule que la contribution des entreprises de 200 salariés ou plus doit être calculée de manière individuelle. Les entreprises de moins de 200 personnes et d'un même secteur paient une contribution uniforme. Pour les maladies professionnelles, un taux de cotisation unique est appliqué à toutes les entreprises.
Espagne	Risque Accidents du travail et Maladies professionnelles ▼ <i>Assurance à adhésion obligatoire.</i> La gestion est assurée par des mutuelles d'employeurs. ▼ <i>Tarification à l'expérience.</i> Les entreprises qui contribuent de manière efficace et vérifiable à prévenir les accidents du travail et les maladies professionnelles peuvent bénéficier d'une réduction de leurs cotisations AT-MP. Les entreprises perçoivent alors un remboursement d'une partie de leurs cotisations. Le bonus accordé ne peut cependant pas dépasser 10% du montant des cotisations.



États-Unis	Risque Accidents du travail et Maladies professionnelles ▼ <i>Assurance à adhésion obligatoire dans la plupart des États fédérés.</i> L'employeur doit s'assurer auprès d'un opérateur privé ; dans certains cas, il peut également choisir de s'auto-assurer. ▼ <i>Tarification à l'expérience.</i> Le calcul des primes d'assurance peut dépendre de la taille de l'entreprise, du secteur d'activité et de l'historique de la sinistralité de l'entreprise. Dans une majorité d'États, la loi impose aux assureurs l'application d'une tarification à l'expérience.
Italie	Risque Accidents du travail et Maladies professionnelles ▼ <i>Assurance à adhésion obligatoire.</i> La gestion est prise en charge par un opérateur public unique. ▼ <i>Tarification à l'expérience.</i> Il s'agit d'un système de bonus-malus tenant compte des résultats de la sinistralité de l'entreprise. L'individualisation du système dépend de la taille des entreprises. En outre, les entreprises peuvent bénéficier d'une réduction de leur contribution si elles mettent en place des actions de prévention, parmi un ensemble d'actions préétabli par l'assureur.
Finlande	Risque Accidents du travail et Maladies professionnelles ▼ <i>Assurance à adhésion obligatoire.</i> L'employeur doit s'assurer auprès d'un opérateur privé. ▼ <i>Tarification à l'expérience.</i> Le calcul des primes d'assurance peut dépendre de la taille de l'entreprise, du secteur d'activité et de l'historique de la sinistralité de l'entreprise. Risque Invalidité ▼ <i>Assurance à adhésion obligatoire.</i> La gestion de l'assurance est prise en charge par un opérateur public. ▼ <i>Tarification à l'expérience.</i> Les contributions dépendent de la taille de l'entreprise et des prestations d'invalidité versées aux salariés.

France	Risque Accidents du travail et Maladies professionnelles ▼ <i>Assurance obligatoire.</i> La gestion de l'assurance est prise en charge par un opérateur public. ▼ <i>Tarification à l'expérience.</i> La contribution des entreprises de 150 salariés et plus est calculée de manière individuelle. La contribution des entreprises de moins de 20 salariés est calculée de manière collective au niveau du secteur de risque. La contribution est mixte pour les entreprises de 20 à 150 salariés, combinant une part individuelle et une part collective.
Pays-Bas	Risque Accidents du travail et Maladies professionnelles - Pas d'assurance spécifique pour les risques professionnels. Risque Incapacité temporaire (*) (*) En cas d'arrêt de travail : Maintien de salaire par l'employeur pendant une durée maximale de deux ans. ▼ <i>Assurance à adhésion facultative.</i> Les entreprises s'assurent auprès d'un opérateur privé. ▼ <i>Tarification à l'expérience.</i> L'assureur peut appliquer des primes d'assurance modulées selon les résultats de l'entreprise. Risque Invalidité ▼ <i>Assurance à adhésion obligatoire.</i> La gestion est prise en charge par un opérateur public. Les entreprises peuvent faire le choix de s'assurer auprès de compagnies d'assurance privées. ▼ <i>Tarification à l'expérience.</i> Le calcul des contributions dépend de la taille de l'entreprise et des prestations d'invalidité versées aux salariés.

Principales sources documentaires : Haut Conseil du financement de la protection sociale (2014), EUROGIP (2013).

III- Quels effets des dispositifs de tarification à l'expérience sur la santé au travail ?

III.1/ Tarification à l'expérience et prévention

Selon plusieurs travaux empiriques, la tarification à l'expérience dans le champ de l'assurance des risques professionnels entraîne une diminution de l'incidence des accidents du travail, des TMS et de la durée des arrêts de travail associés (voir p. ex. Ruser, 1991, Thomason et Pozzebon, 2002 ; Tompa et al., 2012 ; Tompa et al., 2013 ; Lengagne, 2015 ; Lengagne et Afrite, 2016). Les travaux étudiant les effets de ce mode de tarification sur le taux d'invalidité montrent que ce dispositif contribue à diminuer le nombre de bénéficiaires des prestations d'invalidité (voir p. ex. Koning, 2009 ; van Sonsbeek and Gradus, 2013 ; de Groot and Koning, 2016).



Ces résultats suggèrent que les dispositifs de tarification à l'expérience peuvent être des leviers efficaces d'amélioration de la santé au travail. La mise en œuvre par les employeurs de mesures de prévention ou d'adaptation du travail et de maintien au travail, en réaction à ces dispositifs, pourrait en effet expliquer les effets mesurés. Plus précisément, la littérature économique distingue deux mécanismes théoriques sous-jacents, selon le degré d'information dont l'employeur dispose. Le premier mécanisme est un effet incitatif *ex ante*. L'employeur disposant d'une information à la fois sur les risques auxquels sont exposés les salariés dans l'entreprise et sur le surcoût d'assurance qu'il devra supporter en cas de survenue de ces risques, il peut alors anticiper les effets bénéfiques nets des mesures de prévention à mettre en œuvre. Le deuxième mécanisme est une incitation *ex post*. Dans ce cas, l'employeur dispose de peu d'information sur ses risques et sur les règles de tarification en vigueur. Il ne peut réagir à l'incitation que lorsque le risque s'est réalisé : la survenue d'un accident du travail engendrant un surcoût d'assurance entraîne un effet d'apprentissage et peut sensibiliser, *ex ante*, l'employeur à l'intérêt d'éviter que d'autres accidents de même nature ne se produisent.

III.2/ Effets potentiels non désirés

Si la tarification à l'expérience peut constituer un moyen d'inciter les entreprises à développer des démarches de prévention, elle est également susceptible d'induire des effets non désirés, identifiés dans les études d'évaluation qui ont été réalisées.

Ces travaux pointent tout d'abord un risque de sous-déclaration. L'employeur peut inciter les salariés ne pas déclarer leurs AT-MP, ce qui entraînerait une sous-déclaration des AT-MP. Ainsi, les résultats d'études mesurant une diminution des risques professionnels liée à la tarification à l'expérience peuvent s'expliquer en partie par une moindre déclaration d'AT-MP.

Ensuite, les systèmes de tarification à l'expérience sont susceptibles d'accentuer certains mécanismes de sélection sur le marché du travail (Koning, 2016). Les employeurs peuvent être moins enclins à recruter ou à renouveler le contrat de travail de personnes en mauvais état de santé pouvant présenter un risque plus élevé d'accidents ou de maladies professionnelles ou d'invalidité, par comparaison aux personnes en meilleure santé. Ces mécanismes de sélection sont susceptibles d'expliquer en partie les résultats empiriques cités ci-dessus.

Les auteurs pointent également un risque d'externalisation. La tarification à l'expérience peut pousser certaines entreprises à développer des logiques d'externalisation des activités exposant les travailleurs à des conditions de travail délétères, en recourant davantage à la sous-traitance ou à l'intérim pour ne pas avoir à supporter le coût des risques professionnels.

Par ailleurs, depuis quelques années en France, plusieurs entreprises ont développé une activité de contestation des charges qui leur sont imputées devant les juridictions compétentes, avec l'appui d'entreprises de services juridiques spécialisés dans ce domaine. Ces contestations, qui débouchent souvent sur la non-imputation

des charges à l'entreprise, peuvent limiter la portée des effets incitatifs à la prévention. Le montant des dépenses non imputées ou reversées aux entreprises au titre de ces contentieux est conséquent –de l'ordre de 500 millions d'euros par an (Cnamts-Di-
 rection des risques professionnels 2010 à 2014). Ces pratiques sont toutefois davantage encadrées depuis 2010, ce qui s'est traduit récemment par une diminution des montants non imputés ou reversés aux entreprises.

IV- Conclusion

Des dispositifs de tarification à l'expérience ont été mis en œuvre dans plusieurs pays afin d'inciter les employeurs à améliorer la santé au travail de leurs salariés. Quelle est l'efficacité de ce mode de tarification en termes d'incitation à la prévention ? L'analyse des spécificités de différents dispositifs -en termes de mode de gestion, d'ampleur des incitations adressées aux entreprises et de périmètre des risques sur lequel s'appliquent ces dispositifs- offre un éclairage sur cette question. Elle met en lumière plusieurs conditions nécessaires à la réussite de ces dispositifs : la lisibilité des règles de tarification mises en œuvre, une modulation suffisante des contributions versées par les entreprises selon leur risque, la définition d'un périmètre adapté aux marges de manœuvre effectives des entreprises et adapté aux évolutions du lien entre santé et travail, la mise en œuvre de mesures encadrant les démarches des employeurs et des salariés en matière de réintégration.

Les travaux de recherche étudiant les effets de ces dispositifs en termes d'amélioration de la santé au travail offrent également un éclairage sur cette question. Les résultats de ces travaux indiquent que la mise en place d'une tarification à l'expérience, dans différents contextes institutionnels, a pour effet de diminuer l'incidence de risques professionnels. Ils suggèrent ainsi que ce mode de tarification incite les entreprises à améliorer les conditions de travail et à prévenir les risques professionnels. Toutefois, les auteurs soulignent que ces résultats peuvent refléter d'autres mécanismes, tels qu'une augmentation de la sous-déclaration des AT-MP et une sélection accrue des individus sur le marché du travail selon des critères de santé. Plusieurs auteurs soulignent l'existence de ces risques potentiels mais il existe peu de travaux permettant d'en évaluer l'ampleur. Ainsi, les connaissances empiriques actuelles offrent une analyse qui demeure encore parcellaire. Des progrès doivent être réalisés dans ce domaine afin de mieux comprendre les avantages et les inconvénients des dispositifs en place et d'identifier les voies d'amélioration possibles de ces dispositifs.

Références

CNAMTS. Direction des risques professionnels. Rapports de gestion 2010 à 2013,
<http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/>

EU-OSHA (2015). Rehabilitation and return to work: Analysis report on EU and Member States policies, strategies and programmes.
<https://osha.europa.eu/fr/tools-and-publications/publications/rehabilitation-and-return-work-analysis-eu-and-member-state>



EUROGIP (2013). Incitations financières à la prévention des risques professionnels. Réf. 89/F.

Fontaine R., Lengagne P., Sauze D. (2016). L'exposition des travailleurs aux risques psychosociaux a-t-elle augmenté pendant la crise économique de 2008 ? *Economie et statistique*, 486, 103-128.

Groot, N. de and Koning P. (2016). Assessing the effects of disability insurance experience rating: The case of the Netherlands. *Labour Economics* 41: 304–317.

Haut Conseil du financement de la protection sociale (2014). « *Analyse comparée des modes de financement de la protection sociale en Europe* », rapport du HCFi-PS. http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/rapport_international_hcfi-ps.pdf

Hullegie P., Koning P. (2015), “*Employee Health and Employer Incentives*”, IZA DP No. 9310.

Inspection générale des affaires sociales (2004), « *Tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles* », Rapport 2004-171, Novembre.

Koning P. (2009). Experience-rating and the Inflow into Disability Insurance. *De Economist*, Vol. 157, n°3, p. 315-335.

Lengagne P. (2015). “*Experience Rating and Work-Related Health and Safety*”. *Journal of Labor Research*; 1-25.

Lengagne P., Afrite A. (2015). “*Experience Rating, Incidence of Musculoskeletal Disorders and Related Absences Results from a Natural Experiment*”. Document de travail de l'Irdes, n° 69, octobre.

OECD (2010). *Sickness, disability and work: Breaking the barriers. A synthesis of findings across OECD countries.* OECD Publishing, Paris.

Ruser J. W. (1991). Workers' compensation and occupational injuries and illnesses, *Journal of Labor Economics*, Vol. 9, n°4, pp. 25–50.

Tompa E., Hogg-Johnson S., et al. (2013). “*Financial Incentives of Experience Rating in Workers' Compensation: New Evidence from a Program Change in Ontario, Canada*”. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 55(3), 292-304

Van Sonsbeek, J. M., Gradus, R. H. (2013). Estimating the effects of recent disability reforms in the Netherlands. *Oxford Economic Papers*, 65(4), 832-855.

Thomason T., Pozzebon S. (2002). “*Determinants of Firm Workplace Health and Safety and Claims Management Practices*”, *Industrial and Labor Relations Review*, Vol. 55, n°2, 286-307

Tompa E., Hogg-Johnson S., Benjamin C., Ying E., Mustard C. et Robson L. (2012). *“Systematic Review of the Prevention Incentives of Insurance and Regulatory Mechanisms for Occupational Health and Safety”*, Policy and Practice in Health and Safety, Issue 1, 117-137(21)

Tompa E., Hogg-Johnson S., et al. (2013). *“Financial Incentives of Experience Rating in Workers’ Compensation: New Evidence from a Program Change in Ontario, Canada”*. Journal of Occupational and Environmental Medicine, 55(3), 292-304

Qui est couvert ? Le champ d'application personnel de la législation accident du travail

Par Francis Kessler, Maître de conférences, École de droit de la Sorbonne, Université de Paris 1 ; avocat à la Cour, senior counsel, Gide Loyrette Nouel



Francis Kessler est maître de conférences, directeur du master « Droit de la protection sociale d'entreprise » à l'École de droit de la Sorbonne, Université de Paris 1.

Il est également avocat, senior counsel et membre du conseil scientifique de GIDE LOYRETTE NOUEL A.A.R.P.I., Paris.

Née des insuffisances du droit de la responsabilité civile à la fin du XIX^e siècle et sous la menace de voir s'appliquer le mécanisme de la responsabilité du fait des choses développée à partir de l'arrêt Teffaine de 1896¹ le « compromis de 1898 »² – l'instauration d'une responsabilité automatique fondée sur le risque professionnel créé par l'entreprise³ et les contreparties d'une réparation forfaitaire et de la prohibition du recours à la responsabilité civile et à la responsabilité pénale⁴ – ne s'appliquait initialement qu'aux seuls accidents survenus dans l'industrie⁵. De plus, si l'article unique de la loi du 30 juin 1899 étend le champ d'application de la loi aux accidents agricoles ayant un caractère industriel et résultant de l'emploi des machines mues par un moteur animé, elle exclut de facto la presque totalité du secteur agricole de son champ d'application⁶. Ce n'est qu'à partir de la loi du 15 décembre 1922⁷ que les ouvriers agricoles et assimilés devront être assurés contre ce risque. Avec l'article 4 de la loi du 15 décembre 1922, modifiée par celle du 30 avril 1926, les exploitants agricoles pouvaient, à la condition de contracter une assurance, se placer eux-mêmes, pour les accidents professionnels dont ils seraient victimes, sous le bénéfice de la législation sur les accidents du travail, et dès lors

1 Civ. 1^{ère}, 16 juin 1896, S. 1897. 1. 17 s., note A. Esmein ; D. 1897. 1. 433, concl. Sarrut L., note Saleilles R.

2 L. 9 avr. 1898, concernant les responsabilités des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail, JO 10 avr. 1898. 2209 ; Le Gall Y., « Histoire des accidents du travail. La préparation de la loi de 1898 », BHSS 1982, n° 10, p. 31 ; Le Gall Y., « Les comportements politiques face à la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail », Rev. semestrielle Centre de Recherche d'Histoire Économique et Sociale 1982, n° 10.

3 Josserand C., La responsabilité du fait des choses inanimées, thèse 1897, p. 111. « Celui-là seul qui crée le risque qui est à la tête d'une entreprise et imprime à son activité une libre impulsion : profitant des cas fortuits heureux celui-là doit supporter les cas fortuits malheureux » ; v. aussi Saleilles, Les accidents du travail et la responsabilité civile, Essai d'une théorie objective de la responsabilité civile, Dalloz, 1897.

4 Meyer F., « La problématique de la réparation intégrale », Droit social 1990. 718.

5 On lira la subtile typologie et les difficultés d'application de la loi aux situations de travail nouvelles de la guerre de 1914-1918 par Jidé J., Les accidents du travail pendant la guerre, M. Giard & E. Brière, 1917 sur <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k62519986/f1.image.r=%22Accidents%20du%20travail%22>.

6 Loubat G., Les Accidents agricoles : (loi du 30 juin 1899), A. Chevalier-Marescq éd., 1902.

7 JORF du 16 déc. 1922 ; Plaisant A., Les Accidents du travail agricole. Commentaire de la loi du 15 décembre 1922. Augmenté d'un appendice contenant les textes de la législation sur les accidents du travail et d'un index alphabétique, Ed. J.-B. Baillière & fils, 1924 ; Desamauts J., Les accidents du travail en agriculture d'après la loi du 15 décembre 1922, Imp. du Sud-Ouest, 192



poursuivre contre l'assureur l'allocation des indemnités forfaitaires suivant les règles établies par la loi du 9 avril 1898⁸.

Le champ d'application de la loi de 1898 va être peu à peu étendu : la loi du 12 avril 1906 l'étend aux ateliers commerciaux, car il y est fait quelquefois usage de machines, aux délégués à la sécurité des ouvriers mineurs en 1912, aux exploitations forestières en 1914. La loi du 19 juillet 1907 a permis aux employeurs non assurés obligatoirement d'adhérer à la loi s'ils le veulent⁹. La loi du 2 août 1923 a étendu le bénéfice de la loi aux domestiques et gens de maison.

Ce n'est que la loi du 1^{er} juillet 1938, même si elle ne vise dans son titre que les ouvriers, qui allait élargir ce mode d'indemnisation à « *quiconque aura prouvé, par tous les moyens, qu'il exécutait à un titre quelconque, même d'essai ou d'apprentissage, un contrat valable ou non, de louage de services* ».

Si la loi n° 46-2426 du 30 octobre 1946¹⁰ a substitué à la responsabilité individuelle de l'employeur une responsabilité collective sur la base d'une assurance obligatoire pour tous les employeurs de toutes les professions, le champ d'application personnel de ce nouveau système reprend pour l'essentiel le droit antérieur. En principe, la réparation au titre des accidents du travail n'est ouverte qu'aux seuls travailleurs salariés, c'est-à-dire aux personnes placées dans une situation de subordination au titre d'un travail accompli, à quelque titre que ce soit, pour un employeur. Le lien de subordination demeure le critère premier du bénéfice de la couverture particulière des risques professionnels (I.) Depuis lors, le législateur n'a, comme aux tous premiers temps, cessé d'élargir le champ d'application du livre IV du Code de la sécurité sociale à des catégories nouvelles jugées dignes de protection soit parce qu'il considère qu'elles ont des conditions de travail qui sont proches de celles des salariés (II.), soit qu'il a jugé utile de faire bénéficier d'autres catégories du régime d'indemnisation des accidents du travail par préférence à celui de l'assurance maladie, invalidité ou décès lorsque les circonstances de la survenance de l'accident le justifiait. On peut qualifier cette prise en charge « d'assurance accident du travail imitée » (III.)

I- Un « lien avec le travail » critère premier de rattachement

Les règles portant sur les accidents du travail et les maladies professionnelles s'adressent, d'abord, comme la législation sur les assurances sociales, aux travailleurs dépendants de l'industrie et du commerce.

L'article L. 411-1 du Code de la sécurité sociale vise « l'accident survenu (...) à toute personne salariée ou travaillant, à quelque titre que ce soit ou en quelque lieu, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise ». On remarquera, outre la formulation très large de cet article, que la protection ne dépend pas du type ou même de la validité du contrat de travail même si, contrairement au droit antérieur, il n'existe plus aucune référence légale à celle-ci.

8 Ce système a survécu jusqu'à la Loi n° 66-950 du 22 déc. 1966 instituant l'obligation d'assurance des personnes non salariées contre les accidents et les maladies professionnelles dans l'agriculture. Cf. Zacharie C., « La garantie contre les risques professionnels en agriculture », RDSS 2016. 223.

9 Cette possibilité figure aujourd'hui encore à l'article L. 743-1 du Code de la sécurité sociale.

10 D. 1946. Législ. 441.

Le seul critère est celui du travail sous l'autorité d'une autre personne l'employeur ; l'application de règles spécifiques suppose donc que l'accident soit survenu à l'occasion de l'exécution du contrat de travail et que l'activité du salarié au moment de l'accident ne soit pas totalement étrangère au travail. Pour reprendre la formule de la Cour de cassation que « toute lésion qui se produit dans un accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail doit être considérée, sauf preuve contraire, comme résultant du travail »¹¹.

L'appréciation de ce critère d'autorité est souple :

- ▼ parfois il n'est pas nécessaire de travailler : le salarié effectuant une mission, a droit à la protection prévue à l'article L. 411-1 du Code de la Sécurité sociale pendant le temps de la mission qu'il accomplit pour son employeur, peu important que l'accident survienne à l'occasion d'un acte professionnel ou d'un acte de la vie courante, sauf la possibilité pour l'employeur ou la Caisse de rapporter la preuve que le salarié a interrompu sa mission pour un motif personnel¹². La qualification d'accident du travail a été retenue dès lors que le travail avait constitué l'une des causes de son suicide, sans égard pour l'état de subordination du salarié¹³ ;
- ▼ il n'est pas toujours nécessaire qu'il y ait rémunération : la protection a parfois été étendue aux actes de dévouement¹⁴ ;
- ▼ l'autorité de l'entreprise n'est pas forcément indispensable : il suffit que la victime agisse dans l'intérêt de l'entreprise¹⁵. L'intérêt de l'entreprise est de plus souvent entendu largement : il existe par exemple pour un accident survenu à un membre du comité d'entreprise regagnant son domicile après une réunion de ce comité¹⁶ ;

À l'inverse, un accident ne peut être considéré comme survenu à l'occasion du travail dès lors qu'il s'est produit à un moment où l'employeur n'avait ni en droit ni en fait autorité sur la victime¹⁷. Ainsi, le salarié qui s'est rendu de sa propre initiative sur son lieu de travail sans en avoir reçu l'ordre de l'employeur et durant un arrêt de travail ne bénéficie pas de la présomption d'imputabilité¹⁸.

Mais tout travail subordonné ne relève pas de la législation accident du travail. Ainsi, si les salariés d'un certain nombre d'entreprises publiques affiliés à un régime spécial pour certains risques relèvent du régime général pour la réparation des accidents du travail tel n'est pas le cas pour les fonctionnaires titulaires de l'État ou des collectivités territoriales ou établissements hospitaliers dont la prise en charge suite à un « accident de service » relève de règles spécifiques¹⁹.

11 Ch. Réunies, 7 avril 1921, S. 1921. 1. 81

12 Soc. 19 juil. 2001, RPDS 2001, n° 678, p. 335, comm. Milet L.

13 Cass. Civ. 2ème, 22 févr. 2007, Bull. II, n° 54. Un suicide ne peut, en revanche être qualifié d'accident du travail lorsqu'il résulte de causes extra-professionnelles : Cass. Soc., 18 octobre 2005, n° 04-30.205, la tentative de suicide de la salariée trouvait « son origine dans des difficultés privées et personnelles, et non dans l'activité professionnelle de la salariée ».

14 Soc. 21 févr. 1980 Bull., civ. n° 181

15 Soc. 18 nov. 1999, JCP 2001 I n° 10 464 note Badel M.

16 Soc. 11 oct. 1990, D. 1990. 255.

17 Ch. Réunies 28 juin 1962 Bull., civ. Ch. Réunies n° 6.

18 Soc., 24 oct. 2002, P. n° 01-20.034.

19 L'accident de service est défini par l'article 57 de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 comme un accident qui se produit dans l'exercice, ou à l'occasion de l'exercice des fonctions. Le juge administratif a élargi cette notion à l'accident survenu au cours d'une activité constituant le prolongement du service (CE 14 mai 2008 n°293899).



II- Les assimilés aux salariés

Le Code de la sécurité sociale dresse une liste de personnes qui bénéficient de la législation accident du travail et qui sont affiliés au régime général. Ainsi, l'article L. 412-2 du Code de la sécurité renvoie à l'article L. 311-3 de ce même Code. Les personnes qui sont assujetties au régime général bénéficient non seulement des assurances sociales mais des dispositions du livre IV de la sécurité sociale.

Cette liste, augmentée au fur et à mesure des circonstances, réunit les activités les plus diverses, certaines fleurant une époque révolue, tels les porteurs de bagages occupés dans les gares ou les vendeurs-colporteurs de presse et porteurs de presse, les délégués à la sécurité des ouvriers des carrières « exerçant leurs fonctions dans des entreprises ne relevant pas du régime spécial de la sécurité sociale dans les mines, les obligations de l'employeur étant, en ce qui les concerne, assumées par le ou les exploitants intéressés ».

D'autres activités se sont développées très récemment et ont été intégrées rapidement dans la liste des situations couvertes : on trouve ainsi sous l'appellation « *les personnes mentionnées aux 8° et 9° de l'article L. 613-1 du Code de la sécurité sociale* », les loueurs occasionnels d'appartement meublés via les plateformes du type AirBnB ou encore celles qui redeviennent modernes tels les travailleurs à domicile. Curiosité typiquement française : certains dirigeants sociaux – les gérants non-salariés des coopératives et les gérants de dépôts de sociétés à succursales multiples ou d'autres établissements commerciaux ou industriels, les gérants de sociétés à responsabilité limitée et de sociétés d'exercice libéral à responsabilité limitée, les présidents du conseil d'administration, les directeurs généraux et les directeurs généraux délégués des sociétés anonymes et des sociétés d'exercice libéral, les directeurs généraux, les présidents du conseil d'administration et les membres du directoire des mêmes coopératives, certains dirigeants d'association, les présidents et dirigeants des sociétés par actions simplifiées et des sociétés d'exercice libéral par actions simplifiées, les administrateurs des groupements mutualistes – sont assurés au titre des accidents du travail.

Cette liste est complétée par des personnes dont le législateur a considéré que leur statut se rapprochait de celui de salariés, les personnes assurant habituellement à leur domicile, moyennant rémunération, la garde et l'entretien d'enfants, certains membres des sociétés coopératives de production, les artistes du spectacle et les mannequins²⁰, les journalistes professionnels « pigistes » et assimilés²¹, les personnes agréées qui accueillent des personnes âgées ou handicapées adultes²², les avocats salariés, les vendeurs à domicile²³, certaines personnes qui contribuent

20 Auxquels sont reconnues applicables les dispositions des articles L. 762-1 et suivants, L. 763-1 et L. 763-2 du Code du travail.

21 Au sens des articles L. 761-1 et L. 761-2 du Code du travail, dont les fournitures d'articles, d'informations, de reportages, de dessins ou de photographies à une agence de presse ou à une entreprise de presse quotidienne ou périodique, sont réglées à la pige, quelle que soit la nature du lien juridique qui les unit à cette agence ou entreprise ;

22 Et qui ont passé avec celles-ci à cet effet un contrat conforme aux dispositions de l'article L. 442-1 du code de l'action sociale et des familles.

23 Visés à l'article L. 135-1 du Code de commerce, non immatriculés au registre du commerce ou au registre spécial des agents commerciaux.

à l'exécution d'une mission de service public, les personnes bénéficiaires d'un appui à la création ou à la reprise d'une activité économique, les fonctionnaires et agents publics autorisés à faire des expertises ou à donner des consultations, les personnes ayant souscrit un service civique dans les conditions prévues au chapitre II du titre Ier bis du livre Ier du code du service national, les arbitres et juges mentionnés à l'article L. 223-1 du code du sport, au titre de leur activité d'arbitre ou de juge et les ouvreuses de théâtres, cinémas, et autres établissements de spectacles.

Les textes visent un certain nombre de catégories de personnes, qui ont en commun de travailler, et pour lesquelles la qualification du lien de subordination, dans le cadre d'un contrat de travail, peut se poser. Le législateur a pris, dans ces cas, les devants, en soumettant ces professions à la législation accident du travail. Sont ainsi visés les détenus exécutant un travail dont ceux qui y ont été admis sur leur demande²⁴ et les personnes condamnées à exécuter un travail d'intérêt général ou effectuant un travail non rémunéré au profit de la collectivité²⁵ les personnes ayant souscrit un service civique dans les conditions prévues aux titres Ier bis et II du livre I^{er} du code du service national et les volontaires pour l'insertion mentionnés à l'article L. 130-4 du code du service national²⁶. Pour les personnes recrutées à titre temporaire et non bénévoles pour assurer l'encadrement des enfants dans les centres de vacances, de loisirs pour mineurs, un régime spécifique de cotisation AT/MP s'applique, celui d'une base forfaitaire, réactualisé en 2015²⁷. Deux catégories sont visées : les animateurs temporaires et non bénévoles des centres de vacances et les personnes recrutées à titre temporaire et non bénévoles pour assurer l'encadrement d'adultes handicapés dans un centre de vacances ou de loisirs.

III- « L'assurance accident du travail imitée »

La troisième forme de rattachement au bénéfice de la législation sur les risques professionnels est une forme d'excroissance hors d'une situation d'activité pour garantir une prise en charge des frais de soins et/ou des garanties de ressources plus avantageuses que celles des assurances sociales.

Cette extension vise des situations a priori étrangères à la notion de risque professionnel *stricto sensu*.

Ces personnes, énumérées à l'article L. 412-8 du Code de la sécurité sociale, bénéficient du Livre IV, mais ne sont pas pour autant assujetties au régime général. Ces personnes ne sont pas dans un lien de subordination, mais sont en revanche exposées, en raison d'une activité, à des risques professionnels et elles bénéficient ainsi de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles selon des modalités spécifiques. On citera pour mémoire les délégués à la sécurité des ouvriers mineurs pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion de leur service.

²⁴ CSS, art. D. 412-36 et suiv.

²⁵ CSS, art. D.412-72 et suiv.

²⁶ CSS, art. D. 412-98-1 et suiv.

²⁷ Lettre-circulaire Acoess n° 2015-010 du 4 mars 2015.



Sont aujourd'hui essentiellement concernés certains élèves des établissements d'enseignement technique pour les accidents survenus au cours de cet enseignement, les élèves pour les accidents survenus au cours d'enseignements dispensés en ateliers ou en laboratoires ainsi que par le fait ou à l'occasion des stages effectués dans le cadre de leur scolarité ou de leurs études et les étudiants effectuant des stages de formation professionnelle continue conformément aux dispositions du livre IX du code du travail, pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion de cette formation²⁸ ou encore les personnes accomplissant un stage de réadaptation fonctionnelle ou de rééducation professionnelle²⁹, dans certaines conditions³⁰ les pupilles de la protection judiciaire de la jeunesse pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion d'un travail commandé. Il en est de même des titulaires de mandats locaux³¹.

Les personnes inscrites en tant que sportif de haut niveau sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 221-2 du code du sport pour les accidents et maladies professionnelles survenus par le fait ou à l'occasion de leur activité sportive, dans la mesure où elles ne bénéficient pas, pour ces accidents et maladies professionnelles, des dispositions du présent livre, dans des conditions fixées par décret³².

Enfin, les bénéficiaires de mises en situation dans les établissements et services définis au a) du 5° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles prescrites par les maisons départementales des personnes handicapées, par les organismes assurant des services d'évaluation ou d'accompagnement des besoins des personnes handicapées mentionnés au sixième alinéa de l'article L. 146-3 du même code ou par des organismes accompagnant des mises en situation ayant passé une convention avec la maison départementale des personnes handicapées leur ouvrant la possibilité de prescrire ces mises en situation, au titre des accidents survenus par le fait ou à l'occasion de leur participation à ces mises en situation³³.

On notera qu'afin d'assurer aux sapeurs-pompiers volontaires une protection sociale comparable à celle dont bénéficient les sapeurs-pompiers professionnels, le législateur a souhaité établir par l'adoption de la loi n°91-1389 du 31 décembre 1991³⁴ modifiée relative à la protection sociale des sapeurs-pompiers volontaires en cas de maladie contractée ou d'accident survenu en service commandé trois principes : la gratuité des soins liés à l'accident survenu ou à la maladie contractée en service dans les limites fixées en son article 2, la dispense de l'avance pour le sapeur-pompier volontaire des frais de soins consécutifs à cette maladie ou cet accident et la prise en charge de ces frais par le service départemental d'incendie

28 CSS, D. 412-2 et suiv.

29 Les victimes menant des actions de formation professionnelle ou d'autres actions d'évaluation, d'accompagnement, d'information et de conseil dans les conditions prévues au quatrième alinéa de l'article L. 433-1, les assurés sociaux bénéficiaires de l'article L. 324-1 ou titulaires d'une pension d'invalidité en vertu du chapitre 1er du titre IV du livre III et les personnes autres que celles appartenant aux catégories ci-dessus et qui, en vertu d'un texte législatif ou réglementaire, effectuent un stage de rééducation professionnelle dans les écoles administrées par l'office national des anciens combattants et victimes de la guerre, pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion de la réadaptation ou de la rééducation ;

30 CSS, art. D. 412-7 et suiv.

31 CSS, art. D. 412-99-6.

32 CSS, D. 412-101.

33 CSS, art. D. 412-105.

34 JORF 3 janv. 1992 104

et de secours, dans la limite des tarifs applicables en matière d'assurance maladie et l'indemnisation de l'incapacité temporaire de travail par le service départemental d'incendie et de secours. Cette loi fixe également le régime d'indemnisation de l'invalidité permanente des sapeurs-pompiers volontaires et des ayants droit des sapeurs-pompiers volontaires décédés des suites d'une maladie contractée ou d'un accident survenu en service commandé. Dans ce cadre général, l'incapacité temporaire de travail consécutive à un accident survenu ou une maladie contractée à l'occasion des fonctions de sapeur-pompier volontaire est indemnisée, aux termes des articles 1 et 5 de ce texte, dans le but de compenser une perte réelle de revenu. Un salarié régi par le Code de la sécurité sociale lors de son activité pour son employeur se verra appliquer les règles de la loi spéciale d'indemnisation si le dommage résulte de son activité de sapeur-pompier volontaire.

De lege ferenda : vers une affiliation des indépendants ?

« L'inventaire à la Prévert » du Code de la sécurité sociale, l'empilement des situations dans lesquelles des personnes peuvent entrer dans le champ d'application de la législation accidents du travail et l'évolution des formes de travail vers des situations « d'indépendance subie »³⁵, celle du travailleur indépendant n'ayant qu'un seul client ou peu de clients et n'employant lui-même aucun salarié, posent la question de l'intégration des indépendants dans le champ d'application de la législation sur le risque professionnel. Il est en effet paradoxal que le « micro-entrepreneur », ou l'associé-gérant d'une EURL ayant peu de clients ne bénéficie pas de la couverture contre les risques au travail là où le président mandataire social d'une société anonyme (éventuellement transnationale), le dirigeant mutualiste, ou celui qui a choisi et qui bénéficie du statut de salarié porté ou de dirigeant d'une SCOOP est couvert.

La question est posée depuis longtemps³⁶ : elle appelle une réponse.

35 Chauchard J.-P., « Qu'est-ce qu'un travailleur indépendant ? », Droit social 2016. 947

36 Chaumette P., « Les risques professionnels des travailleurs indépendants », in A. Supiot (dir.), Le travail en perspectives, LGDJ, 1998, p. 215.

Les risques existants et émergents

Par Pascal Jacquetin, Adjoint à la Directrice des Risques professionnels à la CNAMTS
et responsable de la mission statistiques

I- Malgré leur baisse, les sinistres liés au travail constituent toujours un réel problème de santé publique

Le périmètre réglementaire des sinistres pris en charge par la Branche AT-MP est un compromis politique entre plusieurs facteurs parmi lesquels les possibilités financières et l'intensité de la demande sociale. Il ne correspond donc pas strictement à toutes les incidences du travail sur la santé des salariés. Aussi les statistiques qui en résultent [1] n'ont-elles pas de valeur épidémiologique. Cependant, elles sont riches d'enseignements car le régime général des AT-MP s'impose à tous travailleurs, les salariés, contractuels de la fonction publique et fonctionnaires travaillant moins de 27 heures par semaine qui constituent la majorité de l'emploi en France (environ 65 % de la population active). De plus, tous les sinistres, sans exception, reconnus comme professionnels, sont comptabilisés dans les systèmes de gestion qui alimentent les systèmes statistiques.

Toutefois, la sous déclaration potentielle de certains sinistres est à prendre en compte dans l'analyse de ces statistiques. Pour les accidents du travail (AT), même si des cas de non-déclaration sont ponctuellement rapportés, on considère jusqu'à preuve du contraire que les dénombrements des accidents sont plutôt exhaustifs, au moins pour les accidents ayant occasionné des journées d'arrêts de travail. L'employeur a en effet obligation de déclarer l'accident d'un salarié dans les « 48 heures après avoir pris connaissance de l'accident » et son défaut de déclaration peut être sanctionné. La même obligation s'applique aux accidents de trajet. La question se présente différemment pour les maladies professionnelles (MP). La demande de prise en charge revient au salarié qui n'a aucune obligation de le faire. Pour de nombreuses raisons, parmi lesquelles la méconnaissance du dispositif et cela malgré des efforts d'information récurrents, les maladies qui pourraient être reconnues comme professionnelles sont très loin d'être toutes déclarées. Cette « sous-déclaration » est un sujet identifié de longue date, et éclairé par les intéressants rapports successifs d'une commission triennale prévue par les articles L. 176 du code de la sécurité sociale qui lui est dédiée.

Les nombres des sinistres reconnus par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) sur le territoire métropolitain et les caisses générales de sécurité sociale (CGSS) dans des départements d'outre-mer se comptent en dizaines de milliers pour les MP et en centaine de milliers pour les AT et les accidents de trajet. Cela revient à environ 600 accidents par heure de travail en France pour les seuls AT. Le même calcul appliqué aux 555 décès correspond à un décès toutes les deux heures et demies environ.

Cependant, si les accidents du travail constituent un problème de santé publique au plan « macro », ils peuvent ne pas être perçus comme une réalité tangible au niveau « micro » de la TPE. En effet, rapportés à l'entreprise de 10 salariés, ces nombres se traduisent par un accident avec arrêt en moyenne tous les trois ans, et un accident avec incapacité permanente, tous les 51 ans. Cela signifie que les accidents du travail restent des événements statistiquement rares, ce qui n'aide pas à mobiliser ce type d'entreprise sur leur prévention.

Les dernières statistiques connues sont celles relatives à l'année 2015. Le **Tableau 1** en présente les chiffres clefs.

Tableau 1 : chiffres clefs de la sinistralité AT-MP 2015

Risques	Accidents du travail	Accidents de trajet	Maladies professionnelles	TOTAL
Nombre de salariés (ETP)				18 449 720
Nombre d'heures travaillées*				27 325 936 136
Heures de travail annuelles*	875 874	119 412	64 889	1 060 175
Nombre de sinistres reconnus à l'heure de travail	591	81	44	716
% des sinistres avec arrêt (ou prestations en espèces)	72 %	74 %	79 %	73 %
Nombre de sinistres avec arrêt (ou prestations en espèces)	633 230	87 838	50 960	772 028
Indice de fréquence : nombre d'accidents avec arrêt (ou PE) pour 1000 salariés	34,3	4,8	ne se calcule pas pour les MP	
Nombre de jours d'arrêt (incapacité temporaire (IT))	40 299 052	6 080 596	10 850 511	57 230 159
Nombre moyen de jours d'arrêt rapporté aux nouveaux sinistres	64	69	213	74
Nombre des incapacités permanentes rapporté aux sinistres avec arrêt (ou PE)	6 %	8 %	50 %	9 %
Nombre d'incapacités permanentes	36 880	7 093	25 537	69 510
<i>Nombre d'incapacités permanentes</i>	25 744	4 919	16 051	46 714
<i>Nombre de décès routiers</i>	138	234		372
<i>Nombre de décès non routiers</i>	417	42		459
Total décès	555	276	381	1 212

* Les effectifs et les heures travaillées sont ceux calculés selon les règles de gestion en vigueur pour la tarification des sinistres pris en charge par la branche AT-MP. Ils peuvent légèrement différer de ceux affichés par d'autres systèmes statistiques comme celui de l'INSEE, mais cela n'affecte en rien la réalité des constats présentés dans la suite de l'article.

La gravité des sinistres s'approche statistiquement de deux façons : par les arrêts de travail qu'ils ont pu occasionner – ce qu'on appelle l'incapacité temporaire (IT) – ou par les séquelles qui affectent les personnes à vie – ce qu'on appelle l'incapacité permanente (IP) –. L'incapacité temporaire se mesure en nombre de journées d'arrêts de travail prescrites par les médecins de ville ou hospitaliers, tandis que l'incapacité permanente se mesure par des taux d'incapacité – essentiellement fonctionnels – fixés sur une échelle qui va de 0 à 100 par les médecins-conseil de l'Assurance maladie, quand l'état des victimes est stabilisé : par exemple, une épaule affectée par un TMS pourra donner lieu à une incapacité permanente de 15 %, tandis qu'un bras amputé pourra se voir évaluer à hauteur de 70 %.

Les quelques 57 millions de journées de travail indemnisées en 2015 correspondent à plus de 200 000 équivalents temps plein de personnes au travail : compte tenu de la part de salariés dans la population française, cela revient à une neutralisation économique d'un équivalent de population générale d'environ 800 000 personnes, soit une ville comprise en Lyon et Marseille. En ce qui concerne l'incapacité permanente, les personnes se voyant reconnaître une IP de 10 % ou plus bénéficieront d'une rente viagère : 46 714 nouveaux cas en 2015 sont venus s'ajouter aux rentiers AT-MP. Ainsi, fin 2015, environ 1 200 000 personnes bénéficiaient d'une rente AT-MP, soit environ une personne sur 50 en France !

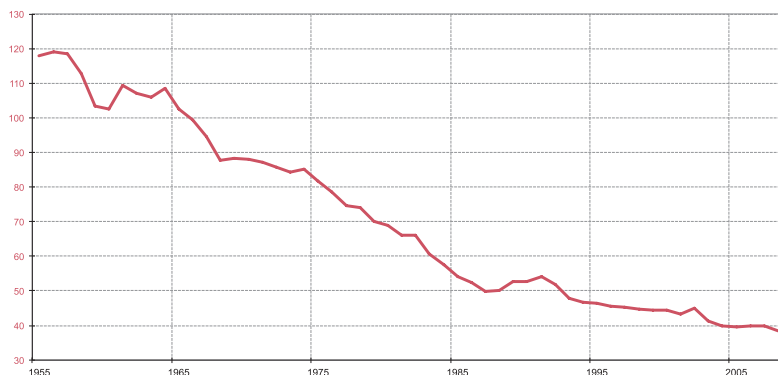
Heureusement, tous les sinistres ne sont pas d'une gravité extrême. En matière d'incapacité temporaire, la moitié des AT avec arrêt se soldent par des arrêts inférieurs à deux semaines : environ 80 % des AT restent en-deçà de 50 jours d'arrêt, mais à l'opposé 5 % des AT engendrent des arrêts supérieurs à huit mois. Cependant, ces 5 % d'arrêts les plus longs sont responsables à eux seuls de la moitié des jours d'arrêts indemnisés pour cause d'AT, tandis que les arrêts inférieurs à deux semaines n'en représentent que 7 %. De même, en ce qui concerne, l'incapacité permanente, environ $\frac{1}{3}$ des IP ont leur taux compris entre 0 % et 10 % et, dans le tiers restant, $\frac{2}{3}$ des IP sont comprises entre 10 % et 20 %.

I.1/ Des accidents du travail qui semblent atteindre un palier au terme d'une baisse historique

Le nombre des accidents du travail a chuté de façon régulière entre 1955 et 2008 [2], alors même que le nombre de salariés a plus que doublé dans la même période. La modification du tissu économique français est sans doute l'une des explications possibles : 59 % des salariés travaillaient dans les industries et la logistique en 1955 alors qu'ils ne représentent plus que 27 % de la population active en 2008, les services, la restauration et l'hôtellerie passant de 19 % à 51 % sur la même période.



Figure 1 : évolution de l'indice de fréquence (IF) – nombre annuel d'accidents avec arrêt pour 1 000 salariés – de l'ensemble des secteurs entre 1955 et 2008



Champ : Régime général - France métropolitaine

Source : Statistiques nationales des sinistralités AT-MP, publications annuelles et bases nationales SGE-TAPR (CNAMTS)

Cependant, la forte diminution de l'indice de fréquence ne s'explique pas que par la tertiarisation de l'économie : la diminution intrinsèque de la sinistralité de secteurs « sinistrogènes » comme la métallurgie (dont l'IF est passé de 185 à 40) et du BTP (dont l'IF est passé de 223 à 81) y ont pris une bonne part. Il est vrai que ces secteurs ont été concernés au premier chef par les directives machines pour l'un et par une réglementation renforcée pour l'autre. Mais d'une façon générale, et dans tous les secteurs, les évolutions des technologies et des organisations ont pu également contribuer à cette réduction.

L'évolution des AT est également liée au contexte économique. Ainsi, en période de croissance, le nombre d'AT croît 1,2 fois plus vite que le nombre de salariés tandis qu'en période de décroissance, il diminue presque 3 fois plus rapidement. Ceci laisse penser qu'en période de croissance de l'activité, les entreprises embauchent pour répondre à la demande et les effectifs supplémentaires sont exposés à des risques supérieurs à la moyenne. En revanche, en période de décroissance, les effectifs ne sont pas ajustés proportionnellement à l'activité mais ils connaissent une sinistralité moindre du fait d'une exposition moins importante.

Sur les dernières années, la fréquence des accidents du travail atteint un palier : l'indice de fréquence s'élève à 33,4 accidents du travail avec arrêt pour 1 000 salariés en 2015. Certaines activités de services comme l'aide et soins à la personne (aide à domicile et hébergement médico-social) connaissent non seulement un taux de fréquence élevé (92,7 pour 1 000 salariés en 2015) mais une dynamique importante de + 6 % ces dernières années. Bien que les accidents du travail aient diminué dans le BTP, il reste l'un des plus sinistrés avec un indice de fréquence presque deux fois supérieur à la moyenne des autres secteurs (61,9 pour 1 000 salariés en 2015), notamment pour les travaux de charpente et pour les travaux de couverture.

De même, les accidents du travail dans l'intérim diminuent en passant d'un IF de 52 en 2010 à 44,8 en 2015.

Figure 2 : évolution du nombre d'accidents du travail en 1^{er} règlement et de leur fréquence pour 1 000 salariés sur la période 1998-2015

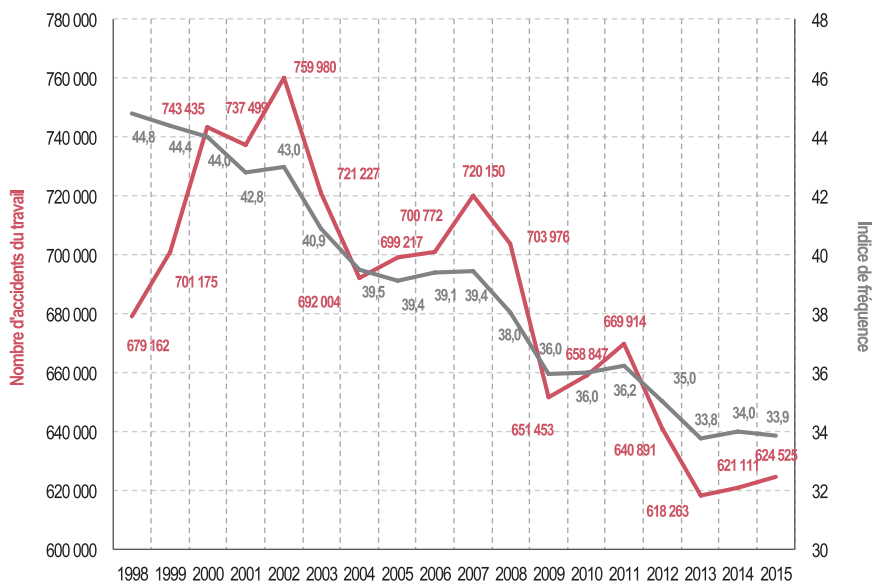
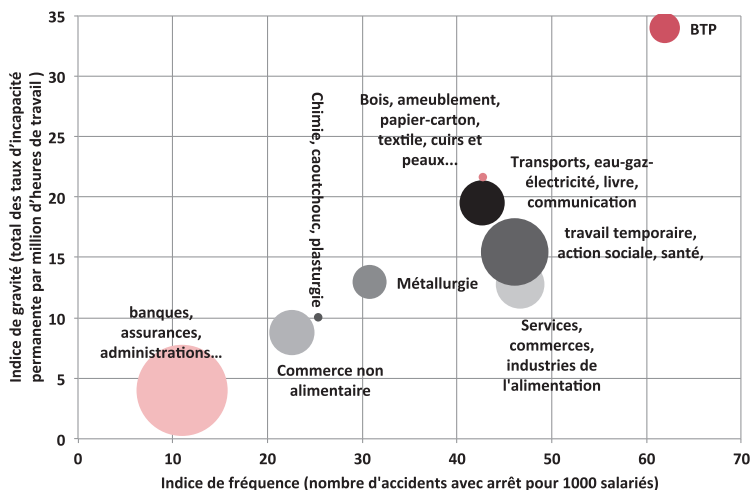


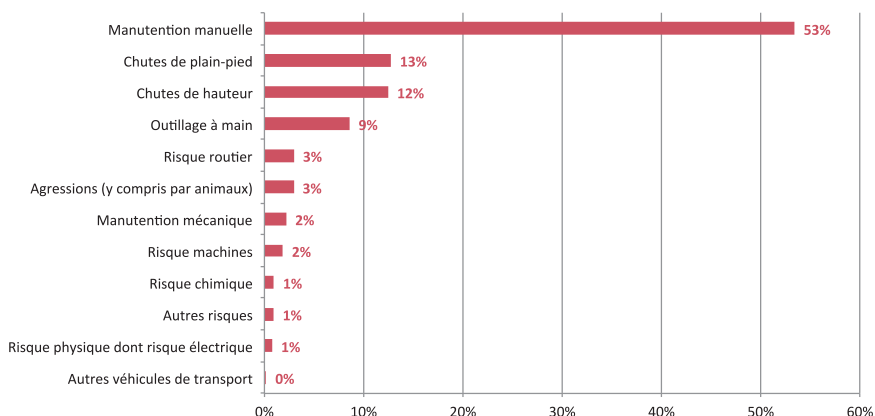
Figure 3 : sinistralité sectorielle des accidents du travail en 2015



Les tailles des bulles rendent compte des nombres respectifs de salariés employés dans les différents secteurs.

La répartition des risques en cause (cf. **Figure 4** ci-dessous) démontre que la plupart des accidents de travail auraient pu être évitables. Tous secteurs d'activité confondus, les principales causes d'accidents du travail sont la manutention manuelle, qui est à l'origine de presque la moitié des AT et les chutes de plain-pied et de hauteur qui représentent un quart environ des AT.

Figure 4 : répartition des AT 2015 en 1^{er} règlement avec au moins 4 jours d'arrêt dans l'année par risque



Il existe certes des contextes complexes, comme de grandes usines ou de grands chantiers, où la prévention doit être méticuleusement planifiée, par exemple pour éviter des enchaînements de circonstances ou des interactions entre corps de métiers qui interviennent simultanément, mais dans une majorité de cas, la prévention est surtout faite de bon sens et très accessible à des gens de métier. Plus que des investissements, même s'il en faut, ce sont surtout du temps de réflexion, de sensibilisation et de formation qu'il faut accepter d'y consacrer.

I.2/ Des accidents de trajet fluctuant selon la météo et la sécurité routière

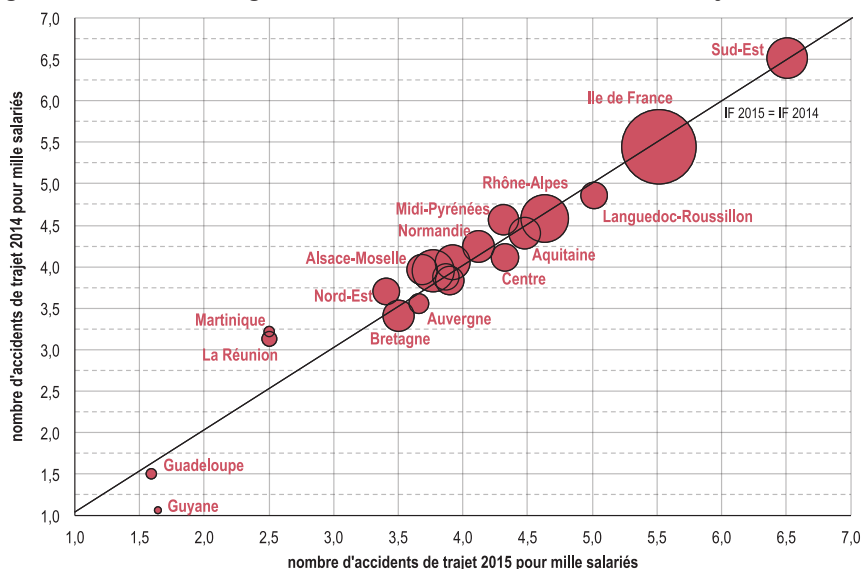
Les circonstances des accidents de trajet se limitent pour l'essentiel à deux grandes causes : le risque routier pour 60 % des cas, loin devant les chutes, qui en représentent 30 %. Ainsi, l'évolution sur les quinze dernières années fait clairement ressortir deux périodes : une première période 1999-2008 où la sinistralité des trajets bénéficie des résultats des politiques publiques concernant la circulation routière, suivie d'une période 2009-2015 marquée par un pic de sinistralité dû pour l'essentiel à des chutes de personnes à pied sur des sols rendus glissants par des épisodes hivernaux particulièrement rigoureux.

Figure 5 : Évolution du nombre d'accidents de trajet en 1er règlement et de leur fréquence pour mille salariés sur la période 2005-2015



La fréquence des accidents de trajet qui se stabilise autour de 4,6 accidents avec arrêt pour 1 000 salariés connaît des disparités régionales aussi fortes (entre 3 et 7 pour les « grandes » régions) que les disparités sectorielles qui l'affectent.

Figure 6 : sinistralité régionale 2014 et 2015 des accidents de trajet



La taille de la bulle reflète le nombre de salariés de la CARSAT/ CGSS.

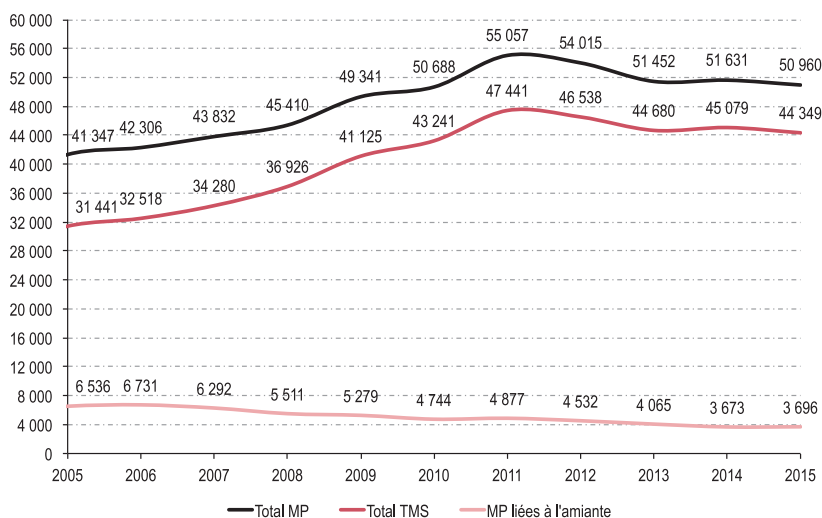
I.3/ Des maladies professionnelles constituées principalement par les troubles musculo-squelettiques

À la différence des accidents qui sont occasionnés par un événement ponctuel, les maladies professionnelles sont la conséquence d'une exposition dans la durée qui peut aller de quelques jours à plusieurs années, l'antériorité de ces expositions pouvant varier elle aussi de quelques jours à 40 ans. Ainsi, des lombalgies [3] sont reconnues comme accidents du travail, mais certaines hernies discales font l'objet de tableaux de maladies professionnelles.

Si les maladies professionnelles ne représentent encore que 10 % des sinistres assurés par la Branche AT-MP, elles sont à l'origine du tiers de ses coûts.

Les TMS fournissent l'écrasante majorité des MP reconnues (87 % en 2015). Ils sont prévus par cinq des 94 tableaux de maladies professionnelles inscrits dans la réglementation qui représentent environ 120 des quelques 900 syndromes répertoriés dans l'ensemble de ces tableaux. Mais, à lui seul, le tableau 57 dédié aux affections péri-articulaires est à l'origine de 78 % des MP. Les TMS se trouvent chez les salariés de la plupart des activités, mais de façon plus fréquentes dans des secteurs bien identifiés comme l'industrie agro-alimentaire, l'industrie automobile et la métallurgie, le BTP, la grande distribution ainsi que l'aide et soins à la personne. Dans ce dernier secteur qui est en fort développement, les TMS ressortent en augmentation, comme les lombalgies d'ailleurs et constituent de ce fait un enjeu nouveau de prévention.

Figure 7 : Évolution du nombre de maladies professionnelles sur la période 2005-2015



Les courbes présentées sur la **Figure 7** résultent de plusieurs facteurs qui varient dans le temps au premier rang desquels les expositions réelles, le contenu des tableaux et la propension à déclarer du salarié qui n'a aucune obligation à le faire. Une grande campagne TMS comme celle de 2008 « TMS, en parler c'est déjà les faire reculer » qui incluait la diffusion de spots TV aux heures de grande écoute a peut-être contribué à l'inflexion de la courbe constatée en 2009. À l'inverse, la révision de la partie épaule du tableau 57 a contribué à l'inversion de pente de 2012.

Les maladies liées à l'amiante fournissent le second poste en nombre parmi les MP : le tableau 30 représentait environ 3 700 cas en 2015, soit 7 % des maladies reconnues, dont une petite moitié pour des plaques pleurales, l'autre moitié étant constituée de cancers broncho-pulmonaires, mésothéliomes ou asbestoses. L'interdiction de l'amiante en 1996 a contribué à faire cesser les expositions les plus importantes, mais le fait que les pathologies peuvent se déclarer plusieurs décennies après l'exposition explique en partie que les statistiques tardent à enregistrer une décroissance.

Viennent ensuite, dans ce tri décroissant, les surdités (tableau 42), les eczémas (tableau 65) et les rhinites et asthmes (tableau 66) qui, à eux trois, représentent un peu moins de 1 500 cas. Il faut signaler ensuite la reconnaissance d'environ 200 à 250 affections résultant de l'inhalation de poussières de silice (tableau n°25) qui peuvent, à terme conduire aux décès des personnes. Pris individuellement, les autres tableaux comptent annuellement moins de cas, mais pris ensemble, les cancers professionnels hors amiante donnent lieu à environ 300 reconnaissances annuellement.

Il faut également signaler une recrudescence de cas de gale (tableau 76, maladies des agents infectieux) dans les secteurs de l'aide et du soin à la personne.



Pour compléter cet état des lieux, il faut mentionner l'existence de cas de MP reconnus hors tableaux par un système dit complémentaire. Environ 400 des quelques 700 cas reconnus par cette filière en 2015 se rapportaient à des affections psychiques (dépressions, troubles anxieux, stress post-traumatiques). Ce chiffre est en nette augmentation depuis quelques années : en quatre ans, il a presque quintuplé (82 reconnaissances en 2012 et 418 en 2015). Cette hausse est liée, d'une part, à l'accroissement du nombre de demandes de reconnaissance de maladies psychiques (triplément en cinq ans), mais aussi à un assouplissement réglementaire qui permet de soumettre plus de dossiers aux comités médicaux chargés de l'expertise au cas par cas. Il convient d'y ajouter les affections psychiques consécutives à un événement soudain qui sont prises en charge comme accidents du travail (par exemple un stress post-traumatique suite à un braquage dans une agence bancaire). On les estime entre 1 et 2 % des accidents du travail, soit environ 50 000 AT en 2015.

II- Les risques émergents

II.1/ L'emploi menacé par l'automatisation ?

Lors de la réalisation de l'exercice de prospective « Modes et méthodes de production en France en 2040 : quelles conséquences en santé et sécurité au travail ? » [1], nombreux sont les experts, parmi la centaine interrogée, qui ont évoqué l'automatisation (la robotisation dans l'industrie mais aussi toutes les formes de logiciélisation dans les services) comme un facteur déterminant dans l'évolution de la production dans les années à venir. Les provenances diverses de ces experts (entreprises, monde académique, syndicats professionnels ou de salariés, spécialistes de la prévention des risques professionnels, élus, personnalités qualifiées) montrent qu'il s'agit d'un sentiment largement partagé. Il est donc raisonnable de considérer la question des risques émergents d'abord sous cet aspect.

L'ampleur du phénomène à venir divise les chercheurs. De l'étude de Frey et Osborne [2], aboutissant au chiffre de 47 % d'emplois substituables par la machine dans les dix à vingt années à venir à celle de l'OCDE [3] qui chiffre le risque de perte d'emplois à 9 % pour la France, la marge est grande. Une autre étude réalisée par McKinsey [4] arrive à des conclusions voisines de celle de Frey et Osborne, mais à une échéance plus éloignée (de l'ordre de 40 ans). Indépendamment de ces divergences entre spécialistes, les analyses des experts de l'exercice de prospective semblent confirmées et il devient légitime de faire du développement de l'automatisation un élément structurant quant aux évolutions à venir du monde du travail. D'autant qu'une étude récente [5] effectuée sur la base de données recueillies dans le secteur industriel aux États-Unis entre 1990 et 2007, Acemoglu et Restrepo aboutissent aux conclusions suivantes :

- ▼ Si on considère une unité de production employant 1 000 travailleurs, l'introduction d'un robot aboutit à la destruction de 6,2 emplois et à une perte de salaire de 0,7 %,

- ▼ Au niveau national, les effets sont minorés puisque d'autres emplois sont créés (en particulier dans les services, mais aussi dans d'autres activités industrielles dans lesquelles la robotisation est le plus souvent intégrée dès la conception) : trois emplois disparaissent et la baisse de salaire n'est plus que de 0,25 %.

Ces résultats viennent néanmoins battre en brèche l'hypothèse de la « destruction créatrice » d'emplois qui s'est jusqu'à présent vérifiée depuis le début de la révolution industrielle. Au cours de cette période il a été possible, à tout moment, d'identifier cinq à dix ans à l'avance quels emplois allaient disparaître. En revanche, on n'a jamais été capable d'imaginer quels emplois viendraient en remplacement, sans pour autant que, sauf périodes de crise et cas géographiques particuliers, le chômage ait augmenté particulièrement (avec en particulier une augmentation de l'emploi féminin). À travers l'exemple de l'étude d'Acemoglu et Restrepo, ce paradigme de « destruction créatrice » est peut-être en train de subir une modification profonde alors que des innovations telles que l'intelligence artificielle, potentiellement très impactantes, n'en sont encore qu'à leurs débuts. Dans ce contexte, c'est bien l'ensemble de la production (secteurs primaire, secondaire et tertiaire) qui peut être complètement redessiné : si jusqu'à présent, la création d'emplois dans le tertiaire a (sauf périodes de crise) permis de compenser l'attrition dans l'industrie et la construction, rien ne permet de garantir qu'il en sera de même demain.

II-2/ Redéfinir la prévention des risques professionnels dans ce contexte d'automatisation ?

Pour en venir, après ces hypothèses sur le travail et l'emploi, à la question des risques professionnels, la question est de savoir où sera placé le curseur entre deux modèles extrêmes (dont la part peut d'ailleurs être variable à un même moment selon les secteurs d'activité) :

- ▼ La robotisation mise au service de la productivité, l'Homme étant contraint de s'adapter à un mode de production essentiellement conçu en fonction des performances de la machine,
- ▼ La plus-value dégagée par cette robotisation est au moins pour partie socialisée, au bénéfice en particulier de l'amélioration des conditions de travail.

Dans le cas où le curseur donnerait un poids fort à la première hypothèse, les conséquences pour le travailleur sont potentiellement très fortes : perte de sens du travail, moindre capacité d'innovation (la robotisation pouvant s'accompagner, même s'il n'y a pas de fatalité dans ce domaine, d'une plus forte prescription du travail), cadences augmentées grâce, au besoin, à l'utilisation complémentaire de robots d'assistance physique, etc. En termes de risques, en revanche, guère de nouveautés : le terrain pourrait être fertile pour les risques psychosociaux (RPS) et les troubles musculo-squelettiques (TMS), y compris en cas d'utilisation d'exosquelettes.

Cette automatisation peut aussi permettre la relocalisation de certaines activités industrielles : si le coût de la main d'œuvre devient faible devant celui de l'investissement, pourquoi poursuivre l'implantation d'usines loin des lieux de consommation ? Les politiques commerciales de



satisfaction immédiate des souhaits des clients, la rotation accélérée des collections (*fast fashion*) plaident pour ce rapprochement entre lieux de production et lieux de consommation. Les premiers exemples identifiés de ce retour de la production montrent qu'elle s'accompagne en effet d'une robotisation massive, peu créatrice d'emploi, même pour la maintenance de ces machines. Le paradoxe pourrait être alors la délocalisation des activités de conception, devenues proportionnellement plus consommatrices de travail humain, vers des pays à plus faible coût de main d'œuvre, comme l'Inde qui peut proposer des prestations de haut niveau à des prix bien inférieurs à ceux appliqués en France et en Europe.

Quand, demain, le robot sortira de la cage dans laquelle il est actuellement confiné, quelles « relations » entretiendra-t-il avec son partenaire humain ? Au cours de leur activité commune ou parce qu'ils interviendront en parallèle dans un même atelier, il est possible qu'à une fréquence plus ou moins grande, des contacts physiques accidentels (non planifiés) interviennent entre eux : du simple frôlement au heurt. Faut-il, comme certains le préconisent déjà, faire évoluer les normes pour y intégrer le seuil de choc (et de douleur !) acceptable pour l'Homme ou faut-il considérer que, même s'il n'y a pas de conséquence physique immédiatement perceptible, il n'est pas admissible que le travailleur soit soumis de façon répétée à ce qu'il pourrait considérer comme une agression [6] ? Considérerait-on aujourd'hui qu'il est légitime que deux travailleurs se heurtent plusieurs fois au cours d'un poste, sans y apporter une solution en termes organisationnels ?

La multiplication des robots et automates augmente aussi les possibilités d'intrusions malveillantes (ou maladroitement) dans les systèmes de production (hackage) avec les conséquences qu'on peut aisément imaginer en termes de risques industriels mais aussi pour les travailleurs. Si aujourd'hui, les installations les plus stratégiques semblent correctement protégées, de premiers signes (prise de contrôle externe d'un robot chirurgical au cours d'une opération ou d'une voiture sans chauffeur) font craindre que la multiplication des automates ne se traduise par une multiplication des portes d'entrée : il est souhaitable, dans ce cas, que les systèmes de protection n'aient pas un temps de retard, comme cela se produit parfois actuellement, sur la malveillance.

II-3/ Des frontières fluctuantes entre prévention des risques professionnels et santé publique ?

Un aspect également mis en avant par la centaine d'experts consultés est celui d'un possible « retour au local ». Cette hypothèse est principalement basée sur le fait que les chaînes de valeur mondiales ne seront pas en mesure de répondre à certains besoins spécifiques des consommateurs parce qu'elles limiteront l'essentiel de leur catalogue à des produits standardisés. S'y ajoutent certaines exigences probables à venir (et déjà amorcées) en termes de durabilité et de recyclabilité des biens de production et de consommation. Il y aurait donc une place significative sur le marché pour des PME spécialisées et un artisanat de haut niveau. De même, la nécessité de réparer les biens de consommation (au plus près afin de limiter la consommation

énergétique) plaiderait pour la (re)création d'ateliers spécialisés, dans lesquels il faudrait réapprendre à traiter des risques disparus ou au moins atténués dans notre société linéaire (par opposition à circulaire). Si on remet ces évolutions dans un contexte décrit précédemment de forte percolation de l'automatisation dans toutes les activités, la prévention des risques professionnels pourrait se voir confrontée dans les années à venir à des problématiques dont on constate aujourd'hui qu'elles sont peu ou difficilement traitées : promouvoir la santé au travail dans les plus petites structures nécessite une méthodologie, une promotion et une organisation spécifiques. De même la question de l'économie (au moins partiellement) circulaire ouvrira de nouveaux horizons : comment concevoir différemment pour allonger la durée de vie de produits réparables, comment organiser la déconstruction et le recyclage de ces produits en toute sécurité, comment parvenir à une situation de zéro déchet en particulier pour les produits organiques sans augmenter les risques biologiques, etc.

On ne saurait traiter la question des risques professionnels émergents sans aborder la question de l'emploi et des formes d'emploi, surtout si, comme on l'a vu en introduction, l'automatisation est susceptible de modifier profondément le paysage de la production. Beaucoup d'hypothèses sont formulées concernant le recul du salariat au profit du travail indépendant (en particulier l'auto-entrepreneuriat), la multi-activité (le fait d'occuper plusieurs emplois souvent à temps partiel), toutes les formes de travail dites atypiques (du télétravail à la reconnaissance des activités à caractère social, aujourd'hui bénévoles). La question probablement majeure devient alors celle de la possibilité d'organiser une prévention des risques professionnels aujourd'hui essentiellement construite à partir d'un modèle partagé associant tous les acteurs (analyse du travail réel, solutions bâties en liaison avec les collectifs de travail et portées par eux, etc.) : on a déjà vu précédemment la difficulté aujourd'hui rencontrée pour y impliquer les plus petites structures, en particulier artisanales. Ces questions du travail atypique amènent à pousser la réflexion plus loin : quand vie privée et vie professionnelle sont de plus en plus imbriquées, quand la question des espaces et des temps dévolus respectivement à l'une et à l'autre devient plus floue, quelle spécificité la santé au travail conserve-t-elle par rapport à la santé publique ? Certainement celle d'une certaine prévention « technique » dont il faudra vraisemblablement redéfinir la conception et le financement.

Dans le même contexte de raréfaction du travail disponible, d'autres parties prenantes évoquent la création (ou l'accentuation) d'une société à deux (ou plusieurs) vitesses qui verrait augmenter le nombre de travailleurs laissés pour compte : pas assez qualifiés, pas assez disponibles, pas assez adaptables à un monde technologique dont les évolutions s'accéléraient. Comment maintenir chez ces derniers une capacité d'adaptation aux règles appliquées en matière de santé et sécurité au travail suffisante pour que des lacunes dans ce domaine ne constituent pas rapidement un facteur d'exclusion réhibitoire ? Une des questions sous-jacente est la création d'une économie de la « débrouille » faite de petits travaux (parfois à la limite de la légalité) pouvant peut-être assurer la survie de ces travailleurs marginalisés, mais avec des conséquences potentielles significatives sur leur santé et leur sécurité : comme décrit précédemment, les limites entre santé au travail et santé publique pourraient être fortement perturbées, voire annihilées.



Références

Références de la partie 1 (risques existants)

[1] **CNAMTS**, Rapports de gestion annuels de la Branche AT-MP, accessibles sur le site www.risquesprofessionnels.fr (onglet « Nos brochures »).

[2] **N. Serres et P. Jacquetin** « Baisse des accidents du travail sur le long terme : sinistralité et éléments explicatifs par secteur d'activité » CNAMTS, Point de repères n°32, 2010, accessible sur le site ameli.fr, onglet « statistiques et publications ».

[3] **CNAMTS**, Direction des risques professionnels, rapport « lombalgies AT-MP », 2016, accessible sur le site www.risquesprofessionnels.fr (onglet « brochures »).

Références de la partie 2 (risques émergents)

[1] **INRS**, Assurance maladie Risques professionnels, Anact, Anses, Aravis-Aract Auvergne-Rhône Alpes, Dares, France stratégie, Futuribles - Modes et méthodes de production en France en 2040 : quelles conséquences pour la santé et la sécurité au travail ? INRS ed, Paris, novembre 2016.

[2] http://www.oxfordmartin.ox.ac.uk/downloads/academic/The_Future_of_Employment.pdf

[3] **Arntz, M. T. Gregory et U. Zierahn** - The Risk of Automation for Jobs in OECD Countries: A Comparative Analysis. Documents de travail de l'OCDE sur les affaires sociales, l'emploi et les migrations, n° 189, OCDE ed, Paris, 2016.

[4] **McKinsey Global Institute** - A future that works : automation, employment, and productivity. 2017. Accessible par un lien sur la page : <http://www.mckinsey.com/global-themes/digital-disruption/harnessing-automation-for-a-future-that-works>

[5] **D. Acemoglu, P. Restrepo** - Robots and jobs : Evidence from U.S. labor markets. Massachusetts Institute of Technology, Department of Economics, Working Paper Series : Working Paper 17-04, March 17, 2017. Accessible sur <http://ssrn.com/abstract=2940245>

[6] **A. Sghaier, A. Aublet-Cuvelier, J. Chatillon** – Comment les normes européennes peuvent-elles prendre en compte le contact homme-robot ? KanBrief, n°2, 2015. Accessible sur <https://www.kan.de/fr/publications/kanbrief/le-normatif-et-linformatif/comment-les-normes-europeennes-peuvent-elles-prendre-en-compte-le-contact-homme-robot/>

Les enjeux de la branche AT/MP

Par Marine Jeantet, Directrice des risques professionnels, CNAMTS



Médecin spécialiste en santé publique, Marine Jeantet démarre sa carrière en 2002 à l'Agence française des produits de santé (Afssaps) avant de rejoindre la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA) comme référente pour le médicament et les dispositifs médicaux. En 2007, elle rejoint la direction de la Sécurité sociale (DSS) en tant qu'adjointe au sous-directeur du financement du système de soins. En 2010, elle devient conseillère médicale du directeur de la Sécurité sociale puis intègre, en 2011, l'Inspection générale des affaires sociales (Igas). Début 2015, Marine Jeantet rejoint la CNAMTS comme directrice des risques professionnels.

La branche AT/MP doit continuer d'ajuster ses dispositifs de prise en charge et ses offres de service aux évolutions de la société et de l'économie française, comme elle l'a fait depuis plus d'un siècle. La santé au travail est en effet à la fois dépendante de l'état de santé de la population en général, mais également contributrice à cet état de santé, en raison de tendances propres au monde du travail.

Ainsi le vieillissement de la population active, les formes nouvelles du travail émergentes, la révolution numérique sont autant d'enjeux majeurs pour la branche en matière de prévention. Mais elle doit aussi démontrer la pérennité de son modèle de protection sociale basé sur le pacte social de la fin du XIX^e siècle. L'emploi salarié à temps plein – socle de la protection sociale d'après-guerre – subit en effet de plein fouet la mondialisation de l'économie et les nouveaux attributs des liens professionnels. Les contraintes financières sur les finances publiques nécessitent par ailleurs de rechercher des leviers de performance internes pour améliorer la productivité des caisses. Enfin, le développement d'une culture de service sur l'ensemble des missions de la branche est la garantie d'interactions efficaces vis-à-vis des salariés et des employeurs au bénéfice de la meilleure couverture des risques professionnels.

I- La branche AT/MP doit faire face à plusieurs enjeux sociétaux

I.1/ Le vieillissement de la population salariée accentue la nécessité de dispositifs adaptés de maintien dans l'emploi

Le vieillissement de la population est en soi un enjeu de santé publique, au regard de l'augmentation des maladies chroniques qu'il engendre et par conséquent leur impact sur les dépenses de santé. Il l'est aussi pour la branche AT/MP car il pose la question du vieillissement de la population au travail en raison de l'allongement des carrières : le taux d'activité des



personnes de 55 à 64 ans était un peu au-dessus de 30 % en 1995, il est presque à 48 % en 2012. Or il existe une corrélation entre l'âge des salariés avec d'une part la fréquence et la gravité des accidents de travail ou de maladies professionnelles, et d'autre part la durée des indemnités journalières et le risque de désinsertion professionnelle. Une étude statistique de la CNAMTS en 2009 ciblant la sinistralité chez les plus de 50 ans démontre en effet une sur représentation de cette population en matière de gravité (le taux d'incapacité permanente générée par un accident de travail sur cette population est de près de 31 %), voire de décès. Les arrêts liés aux accidents de travail sont moins fréquents que pour l'ensemble de la population mais lorsqu'ils surviennent, plus graves et plus longs. La même étude montrait également qu'une maladie professionnelle sur deux touche un senior, ce qui est logique compte tenu du délai avant que la maladie ne se déclare. De même, les travaux concernant les lombalgies de janvier 2017 montrent que l'impact de l'âge est un facteur important pour ces pathologies, notamment pour les femmes après 40 ans.

Le système de protection sociale doit donc à la fois renforcer ses dispositifs de protection pour éviter l'usure professionnelle des salariés mais également prévenir la désinsertion professionnelle des salariés en raison de leur état de santé.

Ainsi, depuis juillet 2014, la branche AT/MP, la branche retraite et le réseau ANACT-ARACT mènent en partenariat, un projet expérimental dénommé « usure et maintien dans l'emploi » en faveur de la prévention de l'usure professionnelle. Il s'agit de concevoir une offre de service globale pour accompagner des entreprises qui combinent un taux élevé de salariés seniors et une sinistralité AT/MP importante, dans l'objectif d'améliorer la qualité de vie au travail des seniors et leur permettre de partir à la retraite dans un meilleur état de santé. Le modèle de conseil a été développé auprès de 20 entreprises ciblées dans cinq régions. Les entreprises qui ont participé à cette action depuis deux ans reconnaissent toutes son bien-fondé : le fait de s'attacher à résoudre une thématique alliant la prévention des risques professionnels, la retraite et la gestion des ressources humaines est perçu très positivement ainsi que la complémentarité de l'apport des trois réseaux.

Parallèlement, des démarches d'accompagnement individuel ou collectif sont mises en place par le service social de l'Assurance maladie pour prévenir le risque de désinsertion professionnelle. Les aides financées sont de plusieurs sortes : aménagement du poste de travail, reclassement professionnel, mise en place de temps partiel thérapeutique, formations, bilan de compétence... Une phase d'évaluation et de détection du risque de désinsertion se déroule également au moment de la visite de pré reprise, après 30 jours d'arrêt de travail. Le service médical évalue la capacité des assurés à reprendre une activité professionnelle. Avec l'accord du salarié, il prend contact avec le médecin traitant et le médecin du travail pour décider avec eux des mesures pouvant favoriser la reprise du travail. Les cellules locales de « prévention de la désinsertion professionnelle » coordonnent l'ensemble des acteurs qui contribuent, au sein de l'Assurance maladie à mener ces actions. Elles travaillent en lien avec les partenaires extérieurs comme la médecine

du travail, le service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés (Sameth), la maison départementale des personnes handicapées (MDPH), pôle emploi, cap emploi... L'assuré est suivi jusqu'à sa reprise ou l'adaptation de son activité professionnelle.

En 2015, 137 751 assurés ont été accompagnés soit 24 % des assurés rencontrés par le service social. A l'issue de l'accompagnement individuel, 31 % des bénéficiaires ont été maintenus dans l'emploi dont 21,3% sur le même poste. Une mission nationale sous pilotage de la CNAMTS a conclu en fin d'année 2016 à la nécessité d'une évolution du travail social sous plusieurs angles, et particulièrement celui du vieillissement et de l'employabilité. Sur ce dernier point, des orientations nationales vont être définies comme par exemple un ciblage de l'accompagnement social vers les assurés travaillant dans des secteurs de forte sinistralité et souffrant de certaines pathologies, notamment les lombalgies.

Ainsi, l'Assurance maladie met en place depuis quelques années un dispositif qui cherche à couvrir, de façon large, les problématiques de désinsertion professionnelle en cohérence avec l'ensemble de facteurs couverts par les autres acteurs sur le terrain (handicap, maladie, vieillesse...). Cependant, ces dispositifs restent *in fine* modestes au regard de l'ampleur des enjeux des années à venir. De plus, la multiplicité de ces acteurs impliqués, la complexité administrative inhérente à leurs organisations et le manque de lisibilité tant pour les assurés que pour les entreprises ne permettent pas le déploiement de ces dispositifs de façon massive et efficiente.

La branche AT/MP recherche donc un positionnement complémentaire de celle du service social et du service médical. Elle explore notamment une action de médiation en entreprise, actuellement très peu développée en France mais qui a démontré son efficacité dans d'autres pays européens comme par exemple au Danemark où existe un dispositif de *mentorat* porté par le *Center for aktiv beskæftigelsesindsats* (centre pour une stratégie active en faveur de l'emploi). Sur un périmètre géographique intercommunal, le centre d'emploi évalue la capacité de retour à l'emploi des salariés après un arrêt maladie et propose le cas échéant un « mentor » au sein de l'entreprise (ce peut être un prestataire extérieur). Le mentorat peut consister en une ou deux heures d'accompagnement par jour ou cinq heures par semaine, par exemple, pour aider la personne à avoir une vision d'ensemble de son travail, à établir des priorités, etc. Il n'y a pas de limite au nombre d'heures, mais tout doit être prévu et organisé très précisément entre le centre d'emploi et l'employeur en amont. La prestation du mentor est financée par les pouvoirs publics. Le mentorat peut également être mis en place en vue de l'insertion dans le travail, avec une dimension plus sociale (dans certains cas, les personnes doivent (ré-)apprendre à arriver à l'heure, avoir une meilleure hygiène, etc.).

La branche AT/MP souhaite étayer ces études exploratoires en vue de la prochaine COG afin d'élargir les modalités et dispositifs existants aujourd'hui. Elle s'interroge également sur l'impact sur le retour à l'emploi que pourraient avoir par exemple un élargissement des prestations existantes aux prestations d'aide par tierce personne ou encore la création de nouvelles formes de prestations comme la création d'un compte « formation » crédité par des points acquis par le salarié victime d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle, qu'il pourrait mobiliser au moment où il souhaite envisager une reconversion professionnelle.



I.2/ L'impact sur la santé des nouvelles formes de travail doit être anticipé

La branche AT/MP surveille les évolutions des formes de travail pour anticiper les risques en santé qui en découlent, sans perdre de vue les « invariants » démontrés par l'incompressibilité de certaines pathologies comme les lombalgies.

Le nombre des accidents de travail a été divisé par trois depuis 1950 et l'indice de fréquence des accidents de travail a chuté de 30 % depuis 1985. Dans le même temps, le nombre de maladies professionnelles reconnues a été multiplié par dix, notamment en raison de l'augmentation forte des troubles musculo-squelettiques (TMS). Ces évolutions sont sans aucun doute liées à l'amélioration des conditions de travail mais également à la tertiarisation de l'économie.

La France a en effet connu une forte désindustrialisation au cours de ces 25 dernières années, accompagnée d'automatisation, d'intensification, d'externalisation, et au bénéfice de l'expansion des services passés d'un statut « artisanal » à une logique d'industrialisation embarquant des modèles liés à la spécialisation, le recours à la sous-traitance, la maîtrise des coûts, la rationalisation des processus... Avec cette mutation, les salariés de ces secteurs se trouvent confrontés à une augmentation des cadences, à une place de plus en plus importante prise par la numérisation voire la robotisation (soumission à des logiciels de commande par exemple), à la dématérialisation et à la pression de la satisfaction client. La sinistralité qui en résulte interroge fortement les dispositifs de prévention. Ainsi, le développement des métiers d'aide à domicile pour les personnes âgées et/ou dépendantes est générateur d'une forte sinistralité qui devient préoccupante : l'indice de fréquence en 2015 (93 pour 1 000) y est supérieur à celui du BTP. Cependant, des standards de prévention existent pour les risques concernés et une réflexion est d'ores et déjà engagée pour construire un programme national de prévention des risques professionnels dans ces secteurs d'activité.

La problématique générée par la robotisation croissante au sein du monde du travail est double, générant à la fois une amélioration des conditions de travail en supprimant certains postes pénibles, mais aussi une accélération des rythmes de travail. En effet, le fort développement de robots d'assistance physique accompagnant et facilitant le mouvement de l'opérateur (exosquelettes par exemple) peut avoir des conséquences sur le degré de prescription du travail en calquant l'effort de l'opérateur sur celui de la machine. Un rythme trop élevé et un travail trop répétitif, associés à une latitude décisionnelle et à un soutien social faibles, ont des conséquences en termes de TMS. Une sujétion même partielle de l'homme à la machine n'est évidemment pas sans conséquence non plus sur la santé psychique de certains travailleurs.

La branche AT/MP se saisit de ces problématiques à travers la réalisation de recommandations pour les matériels et équipements et en contribuant à la normalisation sur la conception de produits et les méthodes d'essai et mesurage au niveau européen.

L'évolution des conditions de temps, lieu et formes mêmes du salariat (télétravail, sous-traitance, flexibilité et recours à des plateformes...) peut également être déstabilisant au regard des critères fondamentaux de reconnaissance des risques professionnels.

Par exemple, les services, comme le transport de personnes en voiture de tourisme avec chauffeur, ou des livraisons sur de courtes distances sont fournis par des personnes considérées comme des prestataires individuels indépendants, qui sont rémunérés par le biais des entreprises sans pour autant être des employés de celles-ci. L'entreprise ne se considère que comme le portail par lequel la demande et l'offre de ces prestations sont mis en relation, alors que les prestataires sont seuls responsables de leurs frais et de leur protection sociale, libérant ainsi l'entreprise des obligations légales et fiscales liées au fait de les employer en tant que salariés. Pourtant, le statut du prestataire de ces services s'apparente en de nombreux points à celui d'un employé, en l'astreignant à des horaires et un secteur géographique sans possibilité de refuser des missions, voire en l'obligeant à porter un uniforme. Le statut de ces employés, la nature de leur lien contractuel sont encore en construction aujourd'hui, la couverture des risques professionnels auxquels ils sont exposés en découlera ainsi que les mesures adaptées pour maintenir leur santé et sécurité au travail. Des réflexions sont notamment en cours concernant l'application de l'article L. 7342-2 du code du travail imposant les modalités de responsabilité sociale aux plateformes de mise en relation par voie électronique. Néanmoins, ce modèle économique permet à des personnes exclues de l'activité économique d'accéder à un travail, même de manière intermittente.

La diversification de la nature et des formes d'emplois est donc un challenge auquel la branche AT/MP doit s'adapter. Cependant, les fondamentaux de la branche ont prouvé leur robustesse dans la durée. L'existence d'un dialogue social contradictoire est un premier moteur d'une adaptation continue du système. D'autres leviers de performance existent, fondés essentiellement autour du déploiement de méthodes d'action ayant démontré leur efficacité, de l'interdépendance des missions de la branche, de la complémentarité de son action avec celle de ses partenaires.

II- Des leviers de performance doivent être mobilisés

II.1/ Une approche ciblée de la prévention par programme et évaluée pour une plus grande efficacité

Pour agir ensemble plus efficacement sur les risques auxquels sont exposés les salariés et rendre autonome en prévention le plus grand nombre possible d'entreprises, la mise en place de programmes d'action spécifiques basés sur le ciblage et l'évaluation des actions de la branche constitue la principale modalité d'action depuis 2009. Les résultats obtenus incitent à poursuivre dans cette direction pour les prochaines années.

Une action qui doit être soigneusement préparée en amont et accompagnée

Le ciblage doit prendre en compte plusieurs critères, notamment une forte sinistralité (avérée ou potentielle) et l'existence de marges de progrès (grâce à un relais, un dispositif, un outil,...).



Peuvent être retenus comme priorités des secteurs d'activité ou des catégories d'entreprises, mais aussi des risques ou des populations particulières.

Les programmes de prévention doivent faire l'objet d'une préparation attentive, afin d'identifier au mieux la cible et ses besoins et de déterminer les modalités d'interventions les plus pertinentes. Pour que la prévention soit déployée auprès d'un plus grand nombre d'entreprises, les actions doivent associer l'ensemble des compétences et moyens/outils disponibles au sein du réseau des caisses. La relation individuelle entre un agent de terrain et une entreprise ne doit pas être l'unique modalité d'action. Des actions collectives peuvent en effet dans certaines situations s'avérer plus efficaces.

Avant de les déployer, il est également nécessaire d'expérimenter et de tester ces actions. La CNAMTS en assure le pilotage et la coordination en garantissant la mise à disposition des informations et dispositifs nécessaires à leur déploiement. Ces éléments sont indispensables à leur réussite et à leur bonne acceptation au sein du réseau des caisses.

En complément, des opérations de communication doivent accompagner le lancement de ses programmes à la fois vis-à-vis du grand public mais aussi comme levier pour certains secteurs d'activité. Ainsi, une campagne de communication autour de la prévention des lombalgies sera engagée fin 2017 sur les champs conjoints de la maladie et des risques professionnels, partant du constat que cette pathologie, quelle qu'en soit la cause, donne lieu à un arrêt de travail 1 fois sur 5. Bien qu'elle évolue favorablement dans 90 % des cas, elle représente 30 % des arrêts de travail de plus de six mois (en forte augmentation ces dernières années) et constitue la 3^{ème} cause d'admission en invalidité pour le régime général. Elle représente également 20 % du nombre total des accidents du travail.

Ces actions de communication, doivent aussi s'appuyer sur le relais d'audience démultiplicateurs que peuvent offrir les relations partenariales existantes et à développer.

La capacité d'intervenir de façon coordonnée dans le cadre d'un programme sur l'ensemble du territoire national via notre réseau structuré de caisses régionales donne à la branche AT/MP un levier d'action unique et puissant permettant de rendre plus lisible son action et d'avoir un impact réel sur les cibles retenues comme le montrent, par exemple, les actions menées dans les secteurs de la grande distribution ou de l'intérim entre 2009-2013 ou bien plus récemment le programme TMS Pros engagé depuis 2014. Cependant, cette approche a impacté de façon importante les pratiques des ingénieurs conseils et contrôleurs de sécurité depuis 2009 et a généré des réticences. Même si elle est aujourd'hui davantage acceptée dans son principe, elle reste encore critiquée dans sa mise en œuvre.

Si la structuration de l'action au niveau national est indispensable pour garantir une certaine homogénéité dans la mise en œuvre et faciliter l'évaluation, des marges de manœuvre doivent être données aux caisses régionales pour adapter le ciblage et l'action afin de leur permettre de mieux tenir compte de certaines réalités locales.

Ce point d'équilibre entre structuration nationale et marge de manœuvre locale est à rechercher pour faciliter l'adhésion du réseau et gagner en efficacité.

Une évaluation incontournable au profit d'une amélioration continue

L'évaluation des résultats à partir de critères définis en amont du lancement de l'action doit dorénavant être intégrée à tout programme de prévention. Cette évaluation doit permettre d'adapter en continu nos actions en fonction des difficultés ou réussites rencontrées lors de leur mise en œuvre mais aussi permettre de capitaliser sur les bonnes pratiques de suppression ou de maîtrise des risques rencontrées dans les entreprises. L'ensemble des programmes de prévention de la COG 2014-2017 fait ainsi l'objet d'une démarche structurée et approfondie d'évaluation, afin de capitaliser sur ce bilan pour améliorer les modalités d'intervention lors de la prochaine COG.

II.2/ Améliorer et amplifier les partenariats pour toucher le plus possible d'entreprises

Si, en tant qu'assureur, nous sommes légitimes à agir, il faut reconnaître que le champ de la santé et de la sécurité au travail est vaste, nos ressources limitées et que nous ne sommes pas les seuls à intervenir sur ce champ. Pour mener à bien nos actions de prévention et les démultiplier, nous avons déjà bâti des partenariats avec des acteurs institutionnels comme l'OPPBTP ou l'ANACT. Mais nous devons sans doute encore innover en matière de coopération en recherchant de nouvelles synergies adaptées aux priorités.

Ainsi, les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), conclus depuis 2010 entre les caisses régionales, les DIRECCTE et chaque service interentreprises de santé au travail (SiST), constituent un des leviers essentiels pour établir les conditions d'un meilleur pilotage de la santé au travail au niveau régional en assurant la cohérence des actions menées par les différents acteurs institutionnels et en dynamisant les services de santé au travail autour d'objectifs quantitatifs et qualitatifs partagés. Les CPOM visent, en effet, à assurer une meilleure synergie entre des acteurs complémentaires :

- ▀ La branche AT-MP avec une logique de gestion du risque et de réduction de la sinistralité ;
- ▀ les services déconcentrés du ministère du travail qui porte la politique de santé et de sécurité au travail ;
- ▀ Et les services de santé au travail.

Au 31 décembre 2016, 166 CPOM étaient conclus pour 250 SiST au niveau national. Cette première génération de CPOM a fait évoluer positivement la nature des relations entre DIRECCTE, SiST et caisses régionales avec des thématiques communes clairement identifiées. Il existe néanmoins de fortes disparités entre les régions tant sur la forme et la structure des CPOM que sur le contenu des actions proposées et de la méthodologie d'élaboration et de mise en œuvre des CPOM adoptée en région. Ces disparités rendent quasi impossible l'évaluation de l'apport des CPOM à la politique publique de santé au travail.

Pour la nouvelle génération de CPOM à venir, des améliorations doivent être apportées pour faire de ce partenariat un réel levier d'action permettant de déployer efficacement et le plus



largement possible les standards de prévention. Une convention type pourrait être proposée nationalement afin d'homogénéiser la structure des CPOM et en faciliter ainsi le suivi et le bilan. La recherche de priorités d'action à décliner dans chaque CPOM pourrait également permettre de déployer sur l'ensemble du territoire une action de masse et coordonnée entre les différents acteurs.

II.3/ Intégrer la tarification dans la démarche de prévention en la rendant plus lisible et plus incitative

La tarification AT-MP est un corpus de règles héritées de l'histoire de la branche, qui aujourd'hui peut donner l'impression d'un empilement désordonné. Ce constat n'est pas tout à fait erroné. En fonction de la taille de l'entreprise, mais aussi de son secteur d'activité, sans oublier sa localisation géographique (Alsace Moselle ou hors Alsace Moselle), des règles de calcul différentes s'appliquent. Les différentes COG ont essayé d'harmoniser les règles mais il reste encore beaucoup de chemin à parcourir.

Un des principes fondateurs de la tarification AT-MP est de déployer un processus assurantiel en faisant varier le taux de cotisation en fonction de la sinistralité. Cependant, l'entreprise doit faire le lien entre ses accidents du travail et son taux de cotisation afin qu'elle agisse pour diminuer ce qui, pour elle, est une charge à payer. Mais la multitude des règles qui s'appliquent peut faire perdre de vue ce lien entre sinistralité et cotisation. La branche œuvre donc avec les partenaires sociaux pour rendre ces règles plus lisibles pour que ce lien assurantiel constitue un vrai levier d'incitation à la prévention.

Ainsi, les évolutions apportées par la DSN, les travaux engagés en matière de taux bureau et l'instauration de primes et de signaux à l'intention des plus petites entreprises subordonnés à la réalisation ou non d'actions de prévention, s'inscrivent dans ce cadre. De façon plus générale, une ligne de fond de la prochaine COG sera de renforcer l'articulation, la publicité et le contrôle des dispositifs d'incitations financières aux actions de prévention dans le sens d'une réelle offre de service, du plus spécifique soutenant l'innovation (les contrats de prévention), aux dispositifs les plus accessibles au grand nombre et d'une délivrance quasi automatique (primes), en passant par le ciblage des aides financières simplifiées.

En complément des dispositifs précédents, une autre piste consisterait à proposer une « rémunération sur objectifs » aux employeurs, de façon à valoriser leur action au titre des impacts en matière de prévention et donc, de santé de leurs salariés. En miroir du dispositif en place depuis quelques années à l'intention des professions de santé, il s'agirait de définir quelques objectifs sur lesquels les entreprises s'engageraient à atteindre un indicateur d'efficacité au regard de leur sinistralité. Les modalités restent à approfondir, l'orientation elle-même reste à préciser au sein de la branche.

II.4/ Garantir l'homogénéité de la reconnaissance des AT/MP sur le territoire

Au-delà de ces nouveaux outils en matière de prévention, la mission de service public qui anime la branche ne se conçoit qu'à travers une action homogène sur l'ensemble du territoire en matière de réparation. La CNAMTS a organisé en 2016, au sein des réseaux de directeurs des organismes (CPAM principalement), une mission de « directeur régional de la réparation », sous l'égide des directeurs coordonnateurs de la gestion du risque. Leur objectif est de faire converger les pratiques des caisses de leurs régions sur le processus reconnaissance et indemnisation AT/MP afin d'améliorer l'équité de traitement sur le territoire.

Le Directeur régional de la réparation s'appuie sur les indicateurs diffusés au niveau national et sur des indicateurs locaux à sa main. Il recense les bonnes pratiques et les diffuse dans sa région tout en les remontant à la CNAMTS. Il s'assure également de la meilleure défense des intérêts de la branche AT-MP au contentieux (général et technique). Pour rappel, le contentieux AT/MP représente la majorité des contentieux gérés en CPAM et a coûté, uniquement en termes de cotisations non recouvrées, près de deux milliards d'euros sur les quatre dernières années. Des disparités de pratiques et de résultats, y compris dans l'application des consignes nationales sont observées et ne peuvent perdurer.

Le directeur référent s'appuie, pour remplir ses missions, sur un pôle d'expertise réparation AT/MP dont il est responsable. La nécessaire interdépendance des missions de la branche trouve ainsi sa traduction opérationnelle : au sein du pôle d'expertise, en appui au directeur régional de la réparation, les compétences nécessaires à une gestion efficace des risques professionnels sont présentes (administratives, médicales, juridiques, d'ingénieur-conseil dédiés à la réparation, de tarification...).

Fin 2016, cette organisation régionale reste en cours de montée en charge mais on observe de manière satisfaisante que les écarts de résultats ont tendance à se resserrer. Ainsi, là où les taux de reconnaissance de la matérialité des accidents de travail et maladies professionnelles pouvaient en 2015 être en écart de vingt points autour de la moyenne nationale (94 %), le taux minimum de reconnaissance remonte de 78 % à 83 % et le taux maximum descend de 98 % à 97 %.

Ainsi, l'amélioration des pratiques dans le sens d'une plus grande homogénéité, garante du principe d'égalité sur le territoire reste une tendance forte des années à venir, sous-tendant l'action des équipes médico-administratives mobilisées en matière de reconnaissance de la matérialité des accidents et maladies professionnelles. L'expertise (médicale, juridique, d'ingénierie...), la diversité et le nombre des compétences nécessaires doivent être préservés dans le temps, pour permettre l'accomplissement de cette mission essentielle au sein de la branche. Pour autant, ces ressources peuvent être utilement soutenues par la professionnalisation des outils et des méthodes, en particulier du système d'information.

II.5/ Soutenir ces leviers par un système d'information agile et performant

Mettre en place l'ensemble de ces leviers de performance passe par un investissement nécessaire en termes de systèmes d'information.



Depuis plusieurs années la branche AT/MP s'est progressivement dotée d'un système d'information qu'elle pilote en propre. La quinzaine d'applications existant sur les trois missions de la branche est exploitée et hébergée dans les infrastructures de la branche assurance maladie, pour ce qui concerne les outils au service de la réparation, et celles de la branche retraite pour les outils au service la prévention et de la tarification. Cette double infrastructure confère au système global une complexité notable dans la gestion des évolutions au sein d'un environnement de plus en plus interconnecté. Les applications sont organisées indépendamment et s'échangent les données, entre elles et avec leurs environnements, par le biais d'applications d'échange multiples et intriquées. Le manque d'adaptation d'un système glissant vers l'obsolescence est une limite de plus en plus contraignante qu'il va falloir dépasser impérativement. En effet, des difficultés existent pour prendre en compte les évolutions des processus « métier » (tarification, réparation...) et ce système d'information peine à offrir de nouveaux services digitaux porteurs de la volonté de la branche de mieux prendre en compte les attentes des entreprises.

Le système d'information doit résolument s'orienter vers des modes projets et des développements apportant à la fois plus de souplesse dans la conception des applications et plus de service vis-à-vis des utilisateurs, qu'il s'agisse des publics finaux (assurés, employeurs) ou des agents utilisateurs en caisse, en intégrant autant que possible nativement les impératifs de sécurisation et d'interopérabilité.

La gouvernance des réseaux informatiques maladie et retraite doit être coordonnée au niveau interbranche. Cette coordination renforcée pourra garantir le succès des mutations concourant à la rénovation d'applications de gestion devenues obsolètes fonctionnellement et technologiquement ainsi qu'au développement de la relation avec les employeurs, orientation essentielle pour garantir l'adhésion de la branche aux besoins de ses publics.

III- Développer une culture de service

Les programmes et actions de la branche portent aujourd'hui une dimension « marketing » qui s'affirme de plus en plus au regard des évaluations positives ressortant du recours à ces méthodes. Cependant, la stratégie de service reste encore émergente alors même que les attentes de nos publics sont pressantes sur ce point. Les partenaires sociaux définissent les objectifs de performance de la branche pour les années à venir, mais il est nécessaire de mieux intégrer les attentes de l'ensemble des publics auxquels elle s'adresse : assurés, professionnels de santé et employeurs.

Les deux premiers publics étant surtout en attente d'informations, la branche AT/MP va activement poursuivre la refonte des sites d'information (AMELI) pour les rendre plus compréhensibles, accroître son recours aux médias grands publics (via notamment des conférences de presse annuelles) et aux médias spécialisés pour toucher les professionnels de santé, et mieux garantir l'insertion des sujets AT/MP au sein de la formation médicale continue.

La CNAMTS étudie également la conception d'un « parcours attentionné » à l'intention des assurés victimes d'une maladie professionnelle, en ciblant les demandes de reconnaissance de cancers d'origine professionnelle qui interviennent longtemps après l'exposition à un agent cancérigène. Un agent de la caisse, formé spécifiquement, pourrait aider les assurés à constituer leur dossier et les accompagner au long du processus de reconnaissance.

Concernant les employeurs, la politique de gestion des grands comptes qui voient le jour doit pallier le manque de lisibilité de notre action. En désignant un interlocuteur privilégié, la branche veut s'adresser plus directement et avec plus d'efficacité à l'entreprise pour qu'elle puisse comprendre sa tarification et prendre conscience que la valeur de son taux, malgré toute la complexité existante, dépend de ses efforts de prévention.

Cependant, l'essentiel du tissu économique étant couvert par des entreprises de type TPE/PME, la branche AT/MP se doit d'adapter également son offre de service aux plus petites entreprises, dont les besoins de compréhension et les attentes d'un service adapté et efficace au regard de leurs problématiques spécifiques, sont pressants.

III.1/ Les attentes des employeurs sont de mieux en mieux mesurées et convergent vers le déploiement d'une offre « digitale »

Aujourd'hui, la relation de service vers les employeurs repose sur deux réseaux, de multiples outils et systèmes d'information, et est animée par plusieurs branches (maladie, risques professionnels, branche recouvrement...). La complexité institutionnelle, l'insuffisante visibilité de l'offre de service des organismes de protection sociale, toute comme la faible appréciation de leurs besoins ont été pointées par les employeurs lors des écoutes clients. Près d'un tiers des employeurs interrogés n'identifient pas l'Assurance Maladie comme un partenaire. Il s'agit de progresser dans cette direction en améliorant notre accessibilité. L'entreprise n'a pas vocation à systématiquement s'adapter à la sphère de la protection sociale mais c'est bien à celle-ci d'être plus accessible.

La CNAMTS souhaite structurer sa relation de service vis-à-vis des employeurs et l'outiller. Il s'agit de passer d'une logique de relation de service « transactionnelle » à une gestion de la relation clients organisée, dans une approche plus marketing.

Les enjeux de cette évolution majeure de l'ensemble de nos modes de contacts entrants et sortants sont les suivants :

- ▼ **Simplifier les modes de contact** en effaçant la complexité d'être confronté à de multiples opérateurs. Même si les portails proposés aujourd'hui sont appréciés des employeurs (plus de 700 000 visites mensuelles pour Net-Entreprises, 400 000 pour AMELI employeurs, 20 000 à 30 000 pour les sites régionaux des CARSAT), cette offre est dispersée et inorganisée. Le service à l'employeur doit être multiforme pour couvrir l'ensemble des besoins : des informations réglementaires seront portées via AMELI employeurs en complément d'un « bouquet de téléservices » sur net-entreprises, interfacés avec une assistance téléphonique experte. L'organisation et la structuration à travers un portail unifié, orchestrant de manière sécurisée et ergonomique l'accessibilité



aux services et informations de la branche est un enjeu incontournable des années à venir ;

- ▼ **Moderniser l'offre** en enrichissant les téléservices, les télé-procédures et leurs fonctionnalités : les employeurs attendent une offre « digitalisée » associant les branches maladie et AT/MP et à plus long terme si possible d'autres branches (retraite, recouvrement...). Les taux d'adhésion actuels aux téléservices et télé déclarations existantes montrent à quel point ces dispositifs sont plébiscités par les employeurs (68 % de DAT réalisées en ligne, 600 000 comptes employeurs pour le seul service tarification). Or, ces services sont peu nombreux aujourd'hui, même en simple dématérialisation, et portent peu de fonctionnalités (il n'est pas possible de faire une réclamation en ligne par exemple) ;
- ▼ **Rationaliser les contacts de 1^{er} niveau** (interlocuteur unique) : treize plateformes téléphoniques seront déployées sur le territoire d'ici la fin d'année 2017. Aujourd'hui, 9 000 appels par mois sont pris en compte au titre des risques professionnels : leur traitement nécessite d'être mieux structuré, en articulation avec les services experts des CARSAT, voire en orientation vers les expertises d'autres branches (recouvrement, retraite...). Il s'agira également de promouvoir le développement de campagnes de contacts sortants ainsi que le traitement et l'exploitation analytique de multiples canaux de contacts (mails, sms...) ;
- ▼ **Développer un accompagnement expert** pour certaines situations et « évènements de vie » de l'entreprise. L'équilibre doit être préservé entre le développement d'une offre de service « standardisée », de première intention, qui permet de répondre largement à des demandes de masse, et la conception d'offres ciblées sur des attentes spécifiques exprimées par les publics, relevant de situations particulièrement complexes ou à fort enjeu pour la gestion du risque.

III.2/ Les perspectives « Grands Comptes » et l'offre « TPE/PME »

Développer une culture de service nécessite ainsi d'adapter notre offre envers notre public employeur pour obtenir sa satisfaction. Elle ne peut être identique s'agissant de grandes entreprises ou de PME au risque de rester dans une logique industrielle du service, non satisfaisante au regard des attentes exprimées.

Lancer un programme « grands comptes »

La branche AT/MP s'appuie au sein de son réseau d'organismes locaux sur une logique de compétence géographique pour les processus de tarification et de prévention : les caisses régionales gèrent les établissements de leur circonscription. Cette approche favorise la proximité mais peut aussi, pour des entreprises ou groupes disposant d'établissements relevant de plusieurs caisses régionales, rencontrer un certain nombre de limites.

Pour les grandes entreprises, l'image de la branche et de son réseau est alors empreinte de complexité avec la multiplication des interlocuteurs et un possible ressenti d'une différence de traitement, tant dans la mise en œuvre de la politique de prévention (stratégies différentes de déploiement des programmes, stratégies d'incitations financières variables), que dans les actes de gestion en tarification. Cette situation est d'autant plus prégnante que les entreprises ont dans certains cas, concentré le pouvoir de décision ou mutualisé les ressources au siège social ou dans des centres régionaux.

En 2015, des correspondants prévention ont été désignés pour une cinquantaine d'enseignes dans quatre secteurs principaux (grande distribution, EHPAD, propreté et agro-alimentaire). Mais cela reste très limité. Sur le processus tarification, les travaux d'harmonisation n'ont pas totalement estompé les différences de pratique en matière d'imputation des maladies professionnelles ou de classement des établissements selon la nomenclature des codes risque.

Déployer une culture de service nécessite donc de prendre en compte les organisations des grandes entreprises dont le pouvoir de décision et les ressources sont aujourd'hui plus concentrés. En prévention, cela doit permettre d'être plus efficace dans l'exécution de nos actions, en communiquant vers le siège social et en vérifiant la mise en œuvre locale dans les établissements. En tarification c'est mettre en place un interlocuteur privilégié pour l'entreprise afin de s'assurer de l'harmonisation des pratiques, et de l'accompagner dans toutes ses opérations (rachat, cession, changement d'activité, ...) qui auront un impact sur les cotisations payées.

Cela va induire un changement d'organisation du réseau, notamment en termes de compétences et de profil pour les gestionnaires tarification. Il se dessine avec la gestion grands comptes un nouveau métier qui nécessitera des compétences de négociation, de pédagogie et de médiation. L'entreprise interpellera son correspondant qui devra être capable d'assurer une réponse de premier niveau et l'orienter pour répondre à ses questions plus complexes.

La branche AT/MP a d'ores et déjà lancé ce travail : en 2018, environ 70 entreprises bénéficieront à titre expérimental de cet interlocuteur facilitateur de leurs démarches. L'année 2017 est une année de conception de cette nouvelle offre de service et de recueil de besoins de la part des entreprises.

En prévention, l'offre sera dépendante du ciblage des entreprises par un programme national. Il s'agira d'organiser des « caisses de liaison » qui mèneront des actions ciblées sur les grands comptes concernés par les programmes tout en poursuivant un suivi des établissements par les « caisses géographiques ».

Repenser l'offre « TPE/PME »

Les entreprises de moins de dix salariés constituent 85 % des établissements sur le territoire. Elles ont un cycle de vie rapide, ne simplifiant pas l'instauration d'une relation pérenne avec la sphère sociale : une TPE sur trois a moins de cinq ans et une entreprise sur deux disparaît au cours des cinq premières années d'activité. Les TPE-PME sont en demande de processus simplifiés, d'une information accessible et claire et d'un accompagnement adapté dans des domaines comme la prévention où bien souvent les compétences techniques peuvent manquer.



Plusieurs pistes sont à explorer. Il s'agit tout d'abord de revoir le rôle que peuvent jouer les tiers de confiance que sont les experts-comptables ou les avocats.. Ce sont des acteurs stables dans le temps qui peuvent être des relais de notre communication. La seconde piste repose sur le développement des téléservices : à l'heure du « tout numérique », notre offre reste embryonnaire. Le compte AT/MP doit notamment devenir un outil d'information et de réassurance des employeurs sur leurs démarches.

Acquérir une démarche globale permettant de porter une véritable « stratégie de service » vis-à-vis du public employeurs, dans toute sa diversité et l'ampleur de ses attentes, est une tendance lourde de ces prochaines années, et un enjeu essentiel de démultiplication de l'action de la branche.

B

LA RÉPARATION ET L'ÉVALUATION DU PRÉJUDICE SUBI

sortir de la situation, plus en plus, il paraît être...
précisément, il s'agit de la petite...
tises et savoirs qu...
Car il peut revenir...
ici au moins deux...
enfants (pour leur so...
du travail ? la pa...
e, en gros, par les...
ternelle) a-t-elle se...
é de la question p...
compose) finance-t-on...
se-t-on des presta...
ndre un tel sujet s...
s, d'observations, e...
n d'abondance que...
s comme d'investig...
T. C'est peu dire qu...
être toujours conve...
multiples rapports à

La réparation du risque professionnel par le retour dans l'emploi

Par Pierre-Yves Verkindt, professeur à l'École de droit de la Sorbonne



Pierre-Yves Verkindt est professeur à l'École de droit de la Sorbonne où il codirige le Master « Juristes de droit social ». Il a publié récemment avec L. Pécaut-Rivolier et G. Loiseau le « Guide du CHSCT » chez Dalloz (2^{ème} édit. 2017).

Résumé

Si le droit de la réparation du risque professionnel telle qu'envisagée par le Livre IV du Code de la sécurité sociale attire toujours l'attention de la doctrine et de la jurisprudence et si les liens entre l'obligation de sécurité de résultat pesant sur l'employeur et la faute inexcusable continuent de déployer leurs effets, la problématique du retour à l'emploi de la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle fait l'objet d'un regain d'intérêt en raison des réformes récentes du droit de l'inaptitude médicale.

Le droit français du risque professionnel s'organise autour des trois pôles que sont la prévention, la sanction et la réparation. Les frontières entre ces composantes de la politique de santé au travail ne sont cependant pas étanches. C'est ainsi que si les instruments juridiques de la prévention trouvent leur place naturelle au sein du Code du travail, le Code de la sécurité sociale offre lui aussi des leviers pour développer une action préventive pilotée depuis les CARSAT. De même, l'amélioration de la réparation par l'effet de la constatation d'une faute inexcusable, et le renchérissement du coût de l'accident ou de la maladie qui en résulte, participent aussi d'une logique sanctionnatrice.

La réparation des effets de la réalisation du risque professionnel présente elle-même une image composite. En effet, au-delà de la réparation des conséquences de l'accident du travail et de la maladie professionnelle assurée par le Livre IV du Code de la sécurité sociale, la question du retour du salarié victime dans **son** emploi ou dans **un** emploi émerge comme une donnée centrale de la politique de réparation du risque lorsque l'on constate avec le Rapport Issindou¹, que l'inaptitude, conduit dans quatre-vingt-quinze pour cent des cas à la perte de l'emploi. Le rapprochement du sort des victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle et de celui des salariés devenus médicalement inaptes à leur poste pour une autre raison²

¹ Rapport du groupe de travail « Aptitude et médecine du travail » (Mai 2015)

² La loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels a gommé une partie des différences entre les régimes juridiques des inaptitudes médicales (au poste) d'origine professionnelle et non professionnelle. Elle a aussi remodelé, d'aucuns diront bouleversé, l'organisation de la recherche du reclassement du salarié victime. V. S Fantoni, F Héas, PY Verkindt, La santé au travail après la loi du 8 août 2016, Dr social 2016.921



ne dispense pas de constater que c'est d'abord au profit des premiers que le législateur est intervenu.

La loi n°81-3 du 7 janvier 1981 avait en effet pour finalité de leur assurer une situation plus favorable. Il faut en effet se souvenir que lorsque ce texte est adopté, l'inaptitude médicale du salarié est encore une cause de rupture dite « non imputable » à l'employeur. Dans ce contexte, l'instauration d'un régime spécifique à destination des accidentés du travail résultait du constat que l'entreprise étant peu ou prou à l'origine de l'atteinte à la santé ou à l'intégrité physique du salarié, elle devait supporter des contraintes supplémentaires s'agissant de la recherche du maintien du salarié dans l'emploi. Ainsi, quoiqu'exprimée du bout des lèvres, l'idée d'une réparation *via* la protection de l'emploi n'était pas absente de l'innovation législative. Elle n'a pas disparu si l'on considère le régime indemnitaire spécifique de l'absence de recherche de reclassement et de l'absence de reclassement lorsque l'inaptitude a une origine professionnelle³.

Il n'y a donc rien d'incongru à examiner le rapport à l'emploi de la victime d'un risque professionnel au prisme d'une exigence de réparation, si l'on veut bien considérer que la notion de réparation renvoie aux idées de remise en l'état, de dédommagement et de compensation (sous une forme pécuniaire ou non) d'un préjudice.

En d'autres termes, en complément de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles organisée au Livre IV du Code de la Sécurité sociale, les dispositifs issus principalement du Code du travail destinés à favoriser le maintien dans l'emploi, le retour dans l'emploi antérieurement occupé, ou encore enfin la réinscription dans le marché du travail participent aussi à leur manière à la réparation *lato sensu* du risque professionnel. Ils y parviennent en « sanctuarisant » la période de suspension du contrat de travail⁴ et en renforçant l'obligation faite à l'employeur de rechercher le reclassement du salarié inapte. On verra cependant que la protection du lien d'emploi est relative et que l'exigence de recherche de reclassement, quoique fortement sanctionnée, n'est pas incompatible, il s'en faut de beaucoup, avec le maintien du droit de l'employeur de procéder au licenciement.

I- Sanctuariser la période de suspension du contrat de travail

Tandis que l'article L 1226-9 du Code du travail pose un principe d'interdiction de rompre le contrat pendant la période de suspension, tout en réservant quelques exceptions que la jurisprudence tend à interpréter très restrictivement, l'article L. 1226-7 opère une délimitation de la période d'emploi ainsi protégée. Nul doute que la protection qui résulte de la combinaison de ces deux textes participe d'une logique de réparation pour un salarié dont la santé est atteinte par l'effet même de l'exécution de son contrat de travail.

³ C.trav., art. L 1226-13 à L 1226-17

⁴ C'est-à-dire en assurant le maintien du lien d'emploi

I.1/ L'interdiction de principe de rompre le contrat pendant la suspension du contrat de travail

Le principe est clairement posé de la prohibition de toute rupture du contrat de travail pendant la période de suspension qui commence dès l'arrêt de travail. À vrai dire, la période protégée déborde assez largement de l'arrêt de travail *stricto sensu*. Elle commence en effet à la date de son établissement mais englobe non seulement le délai d'attente et la durée du stage de réadaptation, de rééducation ou de formation professionnelle que suit l'intéressé en application de l'avis établi par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées ainsi que les périodes au cours desquelles le salarié suit les actions d'évaluation, d'accompagnement, d'information et de conseil auxquelles la caisse de sécurité sociale participe⁵. La période de suspension du contrat prend fin avec la visite médicale de reprise, que les textes nouveaux n'ont pas supprimée et qui reste obligatoire dans tous les cas de maladie professionnelle et lorsque l'accident du travail a conduit à un arrêt de travail d'au moins 30 jours⁶.

La sanction est à la mesure de l'interdiction puisque l'article L 1226-13 du Code du travail dispose que toute rupture prononcée pendant la période de suspension est nulle, l'employeur étant dans l'obligation de faire droit à la demande de réintégration du salarié concerné. Ce dernier est libre de la demander et l'employeur ne peut lui reprocher de ne pas l'avoir demandée ni même de l'avoir refusée si elle lui avait été proposée. Aucun argument ne peut venir s'opposer à la réintégration laquelle doit être opérée dans le poste antérieurement occupé et, s'il n'existe plus, dans un emploi équivalent comportant le même niveau de rémunération, la même qualification et les mêmes perspectives de carrière⁷.

La réparation sous la forme de remise en l'état est ici sans concessions ni limites comme le rappelle une décision du 11 juillet 2012⁸. Si le salarié ainsi licencié ne peut prétendre à l'indemnité de préavis (sauf convention collective plus favorable), il a droit, dans le cas où il ne demanderait pas sa réintégration, non seulement à l'indemnité de licenciement mais aussi à l'indemnité conventionnelle de licenciement (si la convention collective ne l'exclut pas) ainsi qu'à la réparation intégrale du préjudice résultant de l'illicéité de la rupture⁹. Pour autant, la protection de l'emploi du salarié dont le contrat est suspendu n'est pas sans limites.

I.2/ Les limites de la prohibition de la rupture

La prohibition de la rupture n'est pas absolue et il est possible de repérer des limites résultant de la lettre même de l'article L. 1226-9 du Code du travail et d'autres, tenant au champ d'application de cette réglementation spéciale.

a) Les limites à l'interdiction de licencier résultant du texte

L'article L 1226-9 du Code du travail permet à l'employeur de rompre le contrat soit en justifiant d'une faute grave du salarié, soit en apportant la preuve de l'impossibilité de maintenir le contrat « pour un motif étranger » à l'accident ou à la maladie. Force est de constater que non

5 C. sec. soc. art. L 323-3-1

6 C. trav., art. R 4624-31

7 Cass soc 25 févr. 1997, n° 94-41351

8 Cass soc 11 juill. 2012, n° 10-23 831, inédit dans une espèce où le juge du fond avait cru pouvoir considérer que la petite taille de l'entreprise et le conflit entre les parties rendaient impossible la réintégration

9 Cass soc., 30 nov 2010, n° 09-66210, Bull. civ., V, n° 272



seulement la charge de la preuve de ces « faits justificatifs » de la rupture pèse sur l'employeur mais qu'au surplus le juge se montre très peu réceptif à leur admission. C'est ainsi qu'un fait isolé quoique fautif ne saurait constituer une faute¹⁰ suffisante. Quant à l'impossibilité de maintenir le contrat appréciée nécessairement à la date de la rupture, la jurisprudence tend à l'apprécier très strictement. C'est ainsi que si la cessation d'activité de l'employeur peut la caractériser¹¹, la seule existence d'une cause économique ne saurait la constituer¹². On en déduira aisément que la lettre du texte et l'interprétation qu'en donne le juge conduisent à privilégier en toutes circonstances, le maintien du lien d'emploi. Le constat s'avère plus mitigé si l'on considère les récentes évolutions relatives au champ d'application du régime protecteur.

b) Les limites résultant du champ d'application du régime protecteur

Le champ d'application de la protection spéciale des salariés accidentés du travail est limité par trois paramètres qui viennent tempérer à des degrés divers la force de l'interdiction de rompre. Participerait ainsi du renforcement de la protection de l'emploi, la solution jurisprudentielle qui, tout en rappelant que l'employeur doit être informé du caractère professionnel de l'accident ou de la maladie, accepte néanmoins que la dégradation de l'état de santé du salarié ne soit que partiellement liée à l'accident du travail¹³. Il en sera de même de la jurisprudence qui admet l'application du régime spécial dès lors que l'employeur a connaissance du fait que le salarié entend faire reconnaître le caractère professionnel du fait générateur de l'arrêt de travail¹⁴. En revanche, la Cour de cassation rappelle régulièrement que seules les victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle sont éligibles à la protection (les victimes d'accidents de trajet en sont exclues). Plus ambivalente, est la position adoptée s'agissant de la nature de la rupture prohibée. La tendance générale de la jurisprudence était, jusqu'à récemment, de donner une amplitude certaine à la protection en considérant que l'interdiction de rompre le contrat ne concernait pas seulement le licenciement mais aussi la rupture en cours de période d'essai¹⁵ ou la mise à la retraite¹⁶. La Cour de cassation a, un temps, appliqué la même solution aux ruptures d'un commun d'accord mais elle vient d'opter pour une solution radicalement inverse en matière de rupture conventionnelle. Elle a en effet considéré en 2014 que celle-ci était possible pendant la période de suspension prenant ainsi une attitude en tous points contraire à l'avis de l'administration du travail tel qu'exprimé dans une circulaire DGT du 17 mars 2009¹⁷.

10 Cass soc 26 janv. 2011, n° 09-42 117 inédit (fait isolé), Cass soc 29 mars 2017, n° 15-29329 inédit (faits non établis)

11 Cass soc 15 mars 2005, n° 03-43038, Bull. civ., V, n° 87

12 Cass soc 21 nov. 2000, n° 98 42509, Bull. civ., V, n° 381 (« ... ni l'existence d'une cause économique de licenciement ni l'application des critères de l'ordre des licenciements ne suffisent à caractériser l'impossibilité de maintenir le contrat pour un motif non lié à l'accident »).

13 Cass soc 23 sept 2009, n° 08-41685, Bull. civ., V, n° 192 ; Cass soc, 7 janv. 2015, n° 13-23059 ; comp. Cass soc 16 mars 2016, n° 14-25543 inédit ;

14 Cass soc 9 juin 2010, n° 09-41040, Bull. civ., V, n° 131 « ... les règles protectrices applicables aux victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle s'appliquent dès lors que l'incapacité du salarié, quel que soit le moment où elle est constatée ou invoquée, a, au moins partiellement, pour origine cet accident ou cette maladie et que l'employeur avait connaissance de cette origine professionnelle au moment du licenciement »

15 Cass soc 12 mai 2004, n° 02-44325, Bull. civ., V, n° 132

16 Cass soc 7 mars 2007, n° 05-42279, Bull. civ., V, n° 42

17 Cass soc, 30 septembre 2014, n° 13-16297 comp. Circ. DGT n°2009-04 du 17 mars 2009

II- Reclassement pour réparer

La réparation complète des conséquences de l'accident ou de la maladie professionnelle impliquerait que la rupture du contrat soit exclue en la matière puisque c'est bien l'activité qui est la cause de l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale du salarié, elle-même à la source de l'inaptitude médicale du salarié concerné. La réparation qui résulterait d'un maintien en emploi entre cependant en contradiction, avec le droit de résiliation unilatérale du contrat de travail à durée indéterminée et dans une certaine mesure avec les règles qui s'appliquent à la rupture anticipée du contrat à durée déterminée. S'il ne fait guère de doute que la réintégration d'un salarié dont l'aptitude médicale n'a pas été atteinte par l'accident ou la pathologie s'impose, l'inaptitude ne donne naissance qu'à une obligation de rechercher le reclassement du salarié. Cette exigence, quoique renforcée au fil du temps par la jurisprudence n'en demeure pas moins une obligation de moyens et la preuve par l'employeur de l'impossibilité de reclasser le salarié victime légitimera, le cas échéant, la rupture du contrat.

II.1/ La réintégration du salarié apte

Jusqu'à la mise en œuvre de la loi du 8 août 2016¹⁸, l'article L. 1226-8 disposait que si le salarié était déclaré apte par le médecin du travail, il devait retrouver son emploi ou un emploi similaire assorti d'une rémunération équivalente. Depuis la réforme, la référence à l'avis d'aptitude a disparu et le texte précise plus sobrement qu'« à l'issue des périodes de suspension, le salarié retrouve son emploi... ». On ne saurait mieux exprimer l'idée que l'aptitude est aujourd'hui le principe, l'inaptitude résultant désormais d'une décision consécutive à une procédure que détaille l'article L. 1226-10 du Code du travail.

L'obligation qui pèse sur l'employeur est une obligation de réintégration dans l'emploi antérieur et si cet emploi n'existe plus ou n'est plus vacant, la réintégration doit s'opérer dans un emploi « similaire » de l'emploi, assorti d'une rémunération équivalente. Sur le caractère similaire, une décision du 24 mars 2010¹⁹ permet de montrer la précision attendue du juge du fond en la matière. La Cour de cassation va ainsi considérer que la modification du point de départ de la tournée de livraison (avant la suspension le salarié prenait son service à Aubagne près de sa résidence et après la suspension, l'employeur lui demandait de prendre son service dans le territoire de Belfort pour effectuer la même tournée) ne permettait pas de considérer que l'emploi, dont les caractéristiques purement techniques n'étaient pas modifiées, était bien un emploi similaire. Au surplus, la rémunération et les perspectives de carrière du salarié doivent être équivalentes. Cette solution associée à l'idée qu'en aucune manière, le salarié ne doit subir du fait des conséquences de l'accident ou de la maladie professionnelle, un retard dans sa promotion ou d'avancement dans l'entreprise montre assez qu'en réalité, pèse sur l'employeur une obligation d'avoir sinon à réparer au moins à assumer les conséquences d'un fait dommageable survenu « par le fait ou à l'occasion du travail ».

¹⁸ C'est-à-dire depuis le 1^{er} janvier 2017.

¹⁹ Cass. soc., 24 mars 2010, n° 09-40339, Bull. civ., V, n° 72



II.2/ La recherche de reclassement du salarié inapte et le sort du salarié non reclassé

Dès l'instant où le salarié est déclaré inapte à son poste de travail par le médecin du travail, l'employeur devient débiteur d'une obligation de rechercher le reclassement. Cette recherche est encadrée de diverses manières que la loi dite *Loi Travail* a modifiées. Elle doit s'opérer dans un délai d'un mois calculé à compter de l'examen médical de reprise du travail. À défaut de reclassement ou de licenciement, l'employeur doit reprendre le versement du salaire correspondant à l'emploi occupé par le salarié concerné avant l'arrêt de travail²⁰. En l'état de la jurisprudence antérieure à l'adoption de la loi du 8 août 2016, la Cour de cassation avait sensiblement durci les exigences en matière de recherche de reclassement sans pour autant en faire une obligation de résultat. C'est ainsi qu'elle avait fait de la consultation des délégués du personnel²¹ une formalité substantielle dont la violation conduisait à l'application des lourdes indemnités prévues à l'article L. 1226-15 du Code du travail. C'est ainsi encore qu'elle avait étendu le périmètre de la recherche de reclassement au-delà de la seule entreprise, vers le groupe parmi les entreprises dont les activités et l'organisation permettaient la permutation du tout ou partie du personnel. Enfin, le juge se montrait très vigilant sur la correspondance entre les préconisations du médecin du travail que l'employeur se devait de solliciter et, le cas échéant, de faire préciser et le poste de reclassement proposé²².

Un mouvement de repli ou de temporisation semble néanmoins se dessiner qui affecte tant la jurisprudence que la réglementation. À propos de la première, particulièrement significatifs semblent être les arrêts rendus par la Cour de cassation le 23 novembre 2016²³ qui permettent à l'employeur de tenir compte de la position même implicite prise par le salarié pour limiter le périmètre de reclassement. Par ailleurs, la loi du 8 août 2016 a modifié en profondeur la procédure de constatation de l'inaptitude médicale ainsi que les mécanismes de contestation de l'avis du médecin du travail.

On n'y reviendra pas ici²⁴ sauf pour rappeler que, si, pas plus qu'auparavant le Code du travail ne définit l'inaptitude, il en offre désormais une sorte de délimitation implicite. En effet, l'article L. 4624-4 du Code du travail prévoit que le médecin du travail déclare le travailleur inapte à son poste de travail après avoir constaté qu'aucune mesure d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste de travail n'est possible et que l'état de santé du travailleur justifie un changement de poste de travail. Par ailleurs, la procédure de constatation de l'inaptitude,

20 C. trav., art. L. 1226-11

21 Alors réservée aux seules inaptitudes d'origine professionnelle (pour une illustration, Cass soc 25 mars 2015, n° 13-28229, publié)

22 Au demeurant, un avis d'inaptitude à tout emploi ou le classement du salarié en deuxième catégorie d'invalidité ne suffisaient pas à alléger l'obligation de rechercher le reclassement (Cass soc., 19 oct 2005, n° 02-46 173, Bull.civ. V, n° 293 ; Cass soc, 10 févr. 2016, n° 14-16148 inédit)

23 Cass soc 23 nov 2016, n° 15-18092 et 14-26 398 tous deux promis à la publication au Bulletin

24 S Fantoni, F Héas, PY Verkint, La santé au travail après la loi du 8 août 2016, Dr social 2016.921 ; L Mazon et M Loiselet, Réforme de l'inaptitude médicale : vers un nouvel échec de simplification ?, SS Lamy, 2017, n° 1761, p. 6 ; A Gardin, La réforme des règles relatives à la santé au travail : entre ombres et lumières, RJS 2017, p. 275 ; M Ledoux et A Godefroy, La sécurisation relative de la procédure d'inaptitude, RJS 2017, p. 93

qui ne requiert plus nécessairement deux examens médicaux espacés de deux semaines²⁵, laisse place désormais à au moins deux « échanges » entre le médecin du travail, l'employeur et le salarié pour le premier, entre le médecin du travail et le salarié pour le second²⁶.

Sous l'angle de la réparation par l'amélioration de la recherche du retour dans l'emploi, on doit constater que la loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 souffle le froid et le chaud. Que la volonté d'améliorer le reclassement du salarié soit présente dans les projets à l'origine du texte ne fait guère de doute si l'on considère le soin avec lequel le législateur a précisé les conditions du dialogue préalable et postérieur à l'avis d'inaptitude. De même, participent de cet objectif, l'obligation faite au médecin de compléter son avis d'inaptitude par des « indications relatives au reclassement du travailleur »²⁷ ainsi que celle, imposée à l'employeur cette fois, de prendre en compte l'avis, les indications ou les propositions du médecin du travail et de faire connaître par écrit les motifs qui s'opposent selon lui à ce qu'il y soit donné suite²⁸.

Cependant, l'organisation déplorable des recours contre l'avis portant sur l'aptitude²⁹ ainsi que la possibilité donnée au médecin du travail de fermer dès son avis, la voie de la recherche du reclassement ne peut qu'engendrer une inquiétude certaine que la position très stricte adoptée jusqu'à présent par la Cour de cassation ne tempère que partiellement.

C'est ainsi que selon l'article L. 1226-12 du Code du travail, le médecin pourra mentionner expressément dans son avis que tout maintien dans l'emploi du salarié serait gravement préjudiciable à sa santé ou que l'état de santé du salarié fait obstacle à tout reclassement.

Même si l'on peut admettre que parfois, notamment en présence de risques psychosociaux graves, la sortie de l'entreprise constitue la seule solution pour éviter toute dérive mortifère, on ne peut que s'inquiéter d'une telle dispense de recherche de reclassement. On peut penser cependant que les médecins du travail n'utiliseront cette faculté qu'avec la plus grande prudence. Plus inquiétante est sans doute, l'affirmation par l'alinéa 3 de l'article L. 1226-12 du Code du travail que l'obligation de reclassement est réputée satisfaite lorsque l'employeur a proposé un emploi au salarié dans les conditions visées par l'article L. 1226-10 du Code du travail³⁰, étant précisé que cet emploi doit être aussi comparable que possible à l'emploi précédemment occupé. Le sens à donner à cette disposition nouvelle (que l'on retrouve au demeurant à l'article L. 1226-2-1 du Code du travail pour les inaptitudes d'origine non professionnelle) n'est pas tranché et il faudra attendre l'interprétation jurisprudentielle pour mesurer l'intensité de ce qui ressemble à s'y méprendre à une présomption.

Si l'on considère que la recherche du reclassement du salarié victime d'un accident du travail dans son poste (le cas échéant adapté ou aménagé) ou plus largement dans l'emploi s'analyse comme un élément de la réparation des préjudices résultant d'un accident du travail ou d'une

25 C. trav., art. R 4624-31 ancien

26 C. trav., art. L 4624-4 et L 4624-5 dans leur rédaction issue de la loi du 8 août 2016, v. aussi le décret n° 2016-1908 du 27 décembre 2016 (C. trav., art. R 4624-42 et s.)

27 C. trav., art. L 4624-4 *in fine*

28 C. trav., art. L 4624-6

29 Sur le sujet, v. M Ledoux et A Godefroy, *op cit*.

30 L'employeur doit proposer un autre emploi au salarié approprié à ses capacités en se fondant sur les conclusions écrites du médecin du travail et les indications qu'il formule sur les capacités du salarié à exercer une des tâches existant dans l'entreprise ainsi que l'aptitude du salarié à bénéficier d'une formation le préparant à occuper un poste adapté. Il doit aussi consulter les délégués du personnel.



maladie professionnelle, l'ampleur des sanctions pécuniaires attachées à la violation de l'obligation de reclassement se justifie pleinement, tout comme se justifie la différence de traitement du salarié devenu médicalement inapte à son poste pour des raisons autres que professionnelles. Ces sanctions n'ont pas été modifiées par la loi du 8 août 2016 et sont différentes selon que l'employeur a respecté son obligation ou non. Si l'employeur justifie de l'impossibilité de proposer un emploi conforme aux préconisations du médecin du travail ou s'il peut se prévaloir d'une mention expresse dudit médecin dans son avis d'inaptitude écartant tout maintien dans l'emploi, il pourra s'engager dans la voie de la rupture du contrat à charge pour lui de verser une indemnité spéciale de licenciement ainsi qu'une indemnité équivalente à l'indemnité compensatrice de préavis³¹. Dans le cas où le salarié refuserait le reclassement proposé dès lors que cette proposition répond aux exigences légales, ces indemnités sont dues sauf si le refus du salarié est considéré comme abusif. En revanche, la défaillance de l'employeur dans la proposition de reclassement emporte des conséquences autrement plus importantes. En effet, et sauf réintégration que ni le salarié ni l'employeur ne sont dans l'obligation d'accepter, l'indemnité octroyée par la juridiction saisie sera au minimum égale à douze mois de salaires et viendra compléter l'indemnisation prévue par l'article L 1226-14 rappelée *supra*³².

Pour autant, l'importance de la recherche d'un reclassement dans l'entreprise ne saurait faire oublier que le retour du salarié accidenté du travail ou atteint d'une maladie professionnelle doit aussi être recherché dans l'emploi. Au-delà des initiatives prises par les entreprises elles-mêmes, c'est plus globalement la lutte contre le risque de désinsertion professionnelle qui doit être privilégiée comme l'indiquait la proposition 27 du Rapport Issindou³³. La prise en compte de ce risque et sa prévention apparaissent explicitement parmi les missions des services de santé au travail³⁴ mais les dispositifs de réadaptation fonctionnelle et de rééducation professionnelle en vue d'un reclassement professionnel³⁵ requièrent la mise en œuvre d'outils adaptés³⁶ ainsi que l'intervention et la coordination de nombreux acteurs aux statuts variés³⁷. Faut-il rappeler ici que la Convention d'Objectifs et de Gestion de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour la période 2014-2017 comportait un programme d'actions associées, destiné à renforcer la prévention de la désinsertion professionnelle ?

31 C. trav., art. L 1226-14 alinéa 2

32 Sur le mode calcul de l'ensemble de ces indemnités, v. C. trav., art. L 1226-16. Le sort du salarié sous contrat à durée déterminée est nettement moins favorable puisque l'article L 1226-20 du Code du travail écarte l'application à son profit des articles L 1226-14 à L 1226-16.

33 *Loc cit.*

34 C. trav., art. L 4622-2, 2°

35 C. sec soc, art. L432-9, L 323-3 et R 323-3 ; aussi C sec soc art. R 481-2

36 Ainsi du contrat de rééducation professionnelle en entreprise qui peut dans certains cas prendre la suite d'une reprise du travail à temps partiel thérapeutique ou de la formation réalisée en centre de rééducation professionnelle ou en centre de pré-orientation professionnelle

37 Les organismes de l'assurance maladie (service médical, service social CARSAT, ...), l'AGEFIPH et le Service d'appui pour le maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés (SAMETH) ou encore la Maison départementale des Personnes Handicapées (MDPH) et la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées pour ne citer que quelques acteurs d'une longue liste.

L'attention légitimement portée à la réparation des préjudices résultant pour le salarié d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, les contentieux auxquels cette réparation conduit parfois allant jusqu'aux plus hautes juridictions européennes³⁸ ne sauraient occulter le fait que le maintien ou le retour dans l'emploi *lato sensu* font partie intégrante d'une réparation adaptée à la société contemporaine. Non seulement parce que l'emploi et le travail participent parfois de l'efficacité de la thérapie mais aussi parce qu'il demeure, quoi qu'on dise parfois, un élément essentiel de la reconnaissance sociale.

38 V. par exemple l'arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme estimant que le système français de réparation du risque professionnel n'était pas discriminatoire au sens de l'article 14 de la Convention (CEDH 12 janvier 2017, req. 74734/1 JCP S 2017, 1054 note D Asquinazi Bailleux)

Réparation intégrale, FIVA, CAP AT/MP

Par Agnès Plassart, Directrice du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

Mme Plassart, énarque, est directrice du FIVA depuis mai 2013, après avoir été pendant huit ans déléguée du groupement d'intérêt public « Santé, protection sociale international » (SPSI).

Elle fut également pendant cinq ans directrice-adjointe de la Caisse autonome nationale de la Sécurité sociale dans les mines.

La création du Fonds d'indemnisation représente une évolution importante dans la prise en charge de risques naturels ou sociaux pour des dommages ne se rattachant à aucune responsabilité (aléas thérapeutiques) ou lorsque la responsable n'est pas identifiée (terrorisme) ou encore pour répondre à l'apparition de nouveaux risques comme pour l'inhalation de poussières d'amiante.

Ces Fonds sont relativement récents et c'est notamment le cas du Fonds d'Indemnisation des Victimes de l'Amiante mis en place par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2001 et le décret du 23 octobre 2001. Ce Fonds vise à accorder une réparation intégrale des préjudices subis, tant pour les personnes atteintes d'une maladie professionnelle reconnue au titre de la législation que celles étant atteintes d'une maladie liée à leur exposition à l'amiante ou encore celles ayant subi un préjudice résultant d'une exposition à l'amiante sur le territoire français. Cette réparation est également ouverte aux ayants droit des victimes. Ce dispositif trouve son origine dans la volonté des pouvoirs publics d'assurer une indemnisation rapide aux victimes d'une catastrophe majeure et s'ajoute à la réparation forfaitaire offerte aux salariés dans le cadre de la législation des Maladies Professionnelles. Cette mission de réparation des préjudices est le cœur de métier du FIVA, elle vise à présenter une offre dans un délai rapide en évitant une procédure contentieuse longue et complexe.

L'essentiel des activités de l'Établissement est ainsi consacré à l'instruction des demandes, de leur réception à l'envoi aux victimes ou à leurs ayants droit des décisions relatives à leurs droits et indemnisations. Le FIVA assure ensuite le paiement des offres, ainsi que le traitement des éventuels contentieux engagés par les demandeurs, en contestation des décisions relatives à l'indemnisation. Une fois subrogé dans les droits des demandeurs, selon les termes de la loi du 23 décembre 2000, le FIVA a également pour mission d'agir contre les employeurs responsables.

Plus de quinze ans après sa création, le Fonds a pris en charge 94 562 victimes de l'amiante et 150 314 autres demandes ont été enregistrées (dont 137 487 demandes d'ayants droit).

I- Une indemnisation complète, originale, avec un système à deux étages

En matière d'indemnisation des victimes atteintes de pathologies liées à l'amiante, le système repose sur deux dispositifs distincts qui peuvent se cumuler : l'indemnisation par la branche



Accidents du Travail-Maladies Professionnelles (AT-MP) et l'indemnisation par le FIVA.

La branche AT-MP indemnise directement les salariés atteints de maladie liée à l'amiante dans le cadre des dispositions spécifiques régissant la prise en charge des maladies professionnelles.

Dès lors que la maladie correspond à l'une de celles qui figurent dans les tableaux de Maladies Professionnelles et que la personne satisfait à certaines conditions posées par les mêmes tableaux, le lien de causalité entre l'exercice professionnel et la maladie est réputé acquis : la victime ne supporte pas la charge de la preuve et elle n'a pas à engager d'action en justice ni à mettre son employeur en cause pour être indemnisée.

Lorsque le caractère professionnel de la maladie est ainsi reconnu par sa Caisse Primaire d'Assurance Maladie, la victime bénéficie d'une prise en charge à 100 % des dépenses de soins et, en cas d'arrêt de travail, d'indemnités journalières majorées par rapport à une maladie ordinaire. En outre elle peut percevoir, en cas d'incapacité permanente, un capital ou une rente selon le taux de déficit constaté depuis la date de consolidation de la maladie. Cette indemnisation, effectuée sur une base forfaitaire, porte sur un nombre limité de préjudices dont la liste est établie par le Code de la sécurité sociale.

L'employeur est exonéré de sa responsabilité, sauf en cas de faute inexcusable. Il peut en effet être reconnu fautif en cas de maladie professionnelle, à l'issue d'un contentieux qui relève des Tribunaux des Affaires de Sécurité sociale. Si la faute inexcusable de l'employeur est reconnue, la victime bénéficie d'une indemnisation majorée. Le taux de la rente pour incapacité peut alors être doublé et des préjudices complémentaires causés par des souffrances physiques, morales, esthétiques ou d'agrément peuvent être indemnisés au-delà des seuls préjudices d'ordre économique et professionnel.

Le FIVA indemnise les victimes et les ayants droit selon le principe de la réparation intégrale, en articulation avec la pratique de la branche professionnelle de l'Assurance Maladie. L'indemnisation servie par le FIVA repose, pour la plus grande partie, sur la même grille de postes de préjudices que celle qui est intégrée au Code de la sécurité sociale, en y ajoutant les préjudices prévus par le barème du FIVA.

Les préjudices indemnisés ont été définis par le Conseil d'administration du FIVA, compétent à ce sujet en vertu de la loi qui l'institue à partir notamment des décisions de justice. Cette liste est différente de celle retenue par le Code de la sécurité sociale pour la réparation des Maladies Professionnelles. Elle se différencie aussi en partie de la nomenclature qui sert de référence depuis 2005 à l'ensemble des juridictions civiles (nomenclature dite « Dintilhac ») dans le cadre de l'indemnisation des dommages corporels.

II- Un double barème médical et indemnitaire

Le Conseil d'administration a adopté deux barèmes (médical et d'indemnisation) pour répondre plus précisément aux situations spécifiques des victimes de l'amiante.

L'adoption de ces barèmes poursuivait le double objectif de cohérence dans la prise en compte des préjudices indemnisés et d'égalité de traitement des victimes de l'amiante sur l'ensemble du territoire. Pour autant, le principe même de la réparation intégrale s'oppose à ce que ces barèmes soient rigides au regard des préjudices subis par la victime. C'est pourquoi les référentiels du FIVA ne sont qu'indicatifs.

Il résulte des barèmes adoptés par le Conseil d'administration du FIVA six apports fondamentaux :

- ❖ la fixation d'un taux IBF (Incapacité Barème FIVA) de base selon la pathologie constatée et ce, en l'absence même de tout retentissement fonctionnel. Ce taux est d'emblée de 5 % pour les plaques pleurales et de 100 % pour les cancers ;
- ❖ par effet de la loi (article 53 IV de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000), la notion de consolidation n'interfère pas dans l'évaluation des préjudices par le FIVA, le taux d'incapacité étant alors fixé dès la date de diagnostic certain de la pathologie ;
- ❖ l'acceptation du principe de rentes comme base de calcul, y compris pour les petits taux d'incapacité ;
- ❖ une table de mortalité spécifique, actualisée et asexuée ;
- ❖ la définition d'un préjudice moral spécifique aux victimes de l'amiante ;
- ❖ l'âge comme facteur de variation des préjudices extrapatrimoniaux.

Il convient de rappeler également que pour les préjudices patrimoniaux (ou économiques), il n'y a pas de barème puisqu'il s'agit de prendre en compte la réalité financière consécutive à la pathologie en lien avec l'amiante : frais de santé restant à charge de la victime, tierce personne, aménagement de véhicule, du logement, frais de déplacement... Chaque situation est appréciée au cas par cas sur justification médicale et sur présentation des justificatifs rapportant la preuve de cette nouvelle charge financière. En matière de perte de revenu, le barème d'indemnisation du FIVA a cependant fixé quelques orientations.

II.1/ Le barème médical

Le barème médical du FIVA prend en compte les caractéristiques spécifiques des différentes pathologies généralement associées à l'amiante.

Le barème médical du FIVA retient un taux de base pour chaque pathologie. **Ce taux minimum est fixé dès le diagnostic de la maladie même si elle ne cause pas de détérioration des paramètres fonctionnels**, alors qu'en Droit Commun, seuls les préjudices fonctionnels réellement constatés sont pris en compte. Ce taux de base ne peut être inférieur à 5 % :

- ❖ pour les fibroses : 5 % pour les plaques pleurales, 8 % pour les épaississements pleuraux et 10 % pour les asbestoses. En fonction des symptômes et de l'insuffisance respiratoire (mesurée selon le barème du Haut Comité Médical de la Sécurité sociale) constatés, un taux supérieur peut être substitué à ces taux de base.
- ❖ pour les cancers, le taux d'incapacité est fixé d'emblée à 100 %
- ❖ pour les mésothéliomes et les cancers broncho-pulmonaires non opérables, le taux d'incapacité de 100 % est fixé à titre définitif ;



- ▼ en cas d'opération entraînant une amélioration de l'état de santé, une première réévaluation est faite deux ans après le diagnostic : si le cancer n'apparaît pas évolutif, un nouveau taux d'incapacité ne pouvant être inférieur à 70 % est fixé. Une seconde réévaluation peut intervenir cinq ans après le diagnostic : si le cancer n'est pas évolutif, un nouveau taux d'incapacité définitif est fixé en fonction de l'insuffisance respiratoire séquellaire constatée.

S'écartant du barème du régime général de la Sécurité sociale et des barèmes généralement utilisés en Droit Commun de la réparation du préjudice corporel qui sont insuffisamment précis pour décrire les conséquences fonctionnelles, le barème médical du FIVA apparaît aussi nettement dérogatoire car il est spécifique aux pathologies de l'amiante : un taux minimum est accordé selon la pathologie constatée et la consolidation est sans incidence dans la fixation du taux d'incapacité dès la date de diagnostic.

II.2/ L'indemnisation des victimes

A- L'indemnisation de l'incapacité fonctionnelle

En réparation intégrale, l'incapacité mesure le taux du déficit fonctionnel séquellaire, donc le préjudice physiologique associé. En application du barème médical du FIVA, son importance est déterminée en fonction du taux d'incapacité.

a) L'assiette de la rente à 100 %

La rente FIVA à 100 % est de 19 015 € au 1^{er} avril 2017. L'assiette de la rente FIVA est systématiquement revalorisée dans les conditions prévues à l'article L. 341-6 du Code de la sécurité sociale (annuellement ou bi-annuellement).

L'assiette de la rente du FIVA n'est aujourd'hui que résiduellement contestée par les victimes de l'amiante. Elle a été validée par l'essentiel des Cours d'appel ayant régulièrement eu à se prononcer en contentieux indemnitaire.

Comme cela est couramment admis en matière de réparation du préjudice corporel (Code de la sécurité sociale, référentiel indicatif régional de l'indemnisation du dommage corporel) et comme l'ont fait d'autres établissements dont la mission est fondée sur la solidarité nationale (ONIAM, FGTI, FGAO), le Conseil d'administration du FIVA a adopté un principe progressif de la valeur du point de rente en fonction de la gravité des conséquences de l'atteinte à l'intégrité physique de la victime. La motivation principale est qu'il n'y a pas de stricte proportionnalité entre une maladie bénigne et une maladie maligne. En effet, la nature du préjudice et les conséquences objectives des pathologies malignes sont sans commune mesure par rapport aux pathologies bénignes.

En vertu de ce « principe de progressivité », la valeur annuelle du point de rente est pondérée à mesure de l'augmentation de l'incapacité comme l'illustre le tableau suivant détaillant les montants déterminés par le FIVA en réparation du préjudice

d'incapacité fonctionnelle (valeur au 1^{er} avril 2017).

Taux d'incapacité	5 %	10 %	15 %	20 %	25 %	30 %	35 %	40 %
Rente FIVA* par an	475 €	1 001 €	1 576 €	2 202 €	2 877 €	3 603 €	4 378 €	5 204 €

Taux d'incapacité	45 %	50 %	55 %	60 %	65 %	70 %	75 %
Rente FIVA* par an	6 080 €	7 006 €	7 982 €	9 007 €	10 083 €	11 209 €	12 385 €

Taux d'incapacité	80 %	85 %	90 %	95 %	100 %
Rente FIVA* par an	13 611 €	14 886 €	16 213 €	17 589 €	19 015 €

* Valeurs au 1^{er} avril 2017.

Le Conseil d'administration du FIVA a décidé qu'en cas de rente annuelle inférieure à 500 €, celle-ci devrait être versée en capital.

La capitalisation du FIVA a été mise à jour en 2012, puis en 2013, par le Conseil d'administration.

Le FIVA a en effet à cœur de prendre en compte des paramètres actualisés sur la base des principes adoptés en 2003. Il a ainsi fait le choix :

- ▼ **d'une table de capitalisation asexuée** : en intégrant l'espérance de vie des femmes, la table adoptée est particulièrement favorable aux victimes masculines de l'amiante représentant 91 % des demandeurs au FIVA ;
- ▼ **d'une table de mortalité fondée sur les projections pour l'année 2012 établie par l'INSEE dans la table 2007-2060** : anticipant la progression de l'espérance de vie jusqu'en 2060, la mortalité retenue est nécessairement plus favorable que celle utilisée par les contradicteurs du FIVA pour la population masculine (table publiée par la Gazette du Palais 2013, puis 2016) ;
- ▼ **d'un taux d'intérêt de 1,29 % par référence à celui retenu dans les tables de la CNAMTS actualisées par arrêté du 19 décembre 2016.**

b) Les autres préjudices extrapatrimoniaux (moral, physique, d'agrément et esthétique)

Le Conseil d'administration du FIVA a défini les principaux chefs de préjudices admis en Droit Commun en les adaptant au cas particulier de l'amiante. Chaque poste de préjudice a été volontairement individualisé afin de reconnaître la spécificité des dommages résultant d'une exposition à l'amiante.

L'indemnisation du préjudice moral par le FIVA lui confère une place prépondérante dans la réparation totale proposée. Il s'agit d'insister sur le caractère spécifique de ce préjudice chez les victimes de l'amiante, lié notamment à la crainte de développer une maladie péjorative ou à la crainte d'un décès prématuré au regard de l'évolutivité de la pathologie. Cette spécificité du préjudice moral admise par le barème est indemnisée en plus de l'impact psychologique lié à



toute affection selon sa gravité et selon trois niveaux de progressivité :

- ▼ niveau 1 : la crainte de développer un cancer chez les personnes atteintes de maladies non malignes dues à l'amiante ;
- ▼ niveau 2 : l'angoisse liée à la sensation d'étouffement en cas de déficit respiratoire grave ;
- ▼ niveau 3 : la perspective de la mort à court ou moyen terme. Ce niveau concerne en premier lieu les personnes atteintes de cancer dont le pronostic vital est en cause à court terme ainsi qu'en cas de déficit respiratoire sévère.

Cette définition du préjudice moral est à distinguer du préjudice spécifique d'anxiété des travailleurs de l'amiante admis par la Cour de cassation. Ce dernier n'est qu'un préjudice d'exposition indemnisant l'« *inquiétude permanente face au risque de déclaration à tout moment d'une maladie liée à l'amiante* ». Il n'est donc pas lié à la survenance d'une maladie et n'a pas vocation à être pris en charge par le FIVA.

II.3/ L'indemnisation des ayants droit

Outre l'indemnisation au titre de l'action successorale, calculée sur les mêmes bases que celle qui aurait été versée à la victime de son vivant, les ayants droit peuvent solliciter l'indemnisation de leurs préjudices personnels.

La notion d'ayant droit admise par le FIVA repose sur la proximité affective et tient compte de la diversité des liens affectifs. Elle est donc plus large que la notion d'ayant droit admise par le Code de la sécurité sociale.

Les préjudices moral et d'accompagnement

Le préjudice extrapatrimonial des ayants droit est constitué d'un préjudice moral et d'un préjudice d'accompagnement. Ce dernier est entendu largement puisque le FIVA n'exige pas la preuve d'une communauté de vie compte tenu du lien de parenté établi. En revanche, le bénéficiaire du préjudice doit être vivant au moment du décès lié à l'amiante de la victime directe.

Par délibération du 22 avril 2008, le Conseil d'administration a revalorisé de 8,7 % le barème qu'il avait arrêté en 2003 (délibération du 21 janvier 2003). Les valeurs en vigueur sont les suivantes :

	Décès	Accompagnement	Total
Conjoint	23 900 €	8 700 €	32 600 €
Enfant de moins de 25 ans au foyer	16 300 €	8 700 €	25 000 €
Enfant de plus de 25 ans au foyer	9 800 €	5 400 €	15 200 €
Enfant hors du foyer	5 400 €	3 300 €	8 700 €
Parent	8 700 €	3 300 €	12 000 €
Petits-enfants	3 300 €	3 300 €	3 300 €
Fratrie	3 300 €	2 100 €	5 400 €

En outre, les proches qui subissent un préjudice patrimonial lié au décès de la victime (notamment la perte de revenu du ménage) peuvent obtenir une indemnisation sous réserve d'apporter la preuve de la perte financière réelle.

Conclusion

Le recul de quinze ans de pratique du barème du Fiva permet de tirer quelques enseignements, notamment au regard des objectifs recherchés lors de la création du Fonds et de la mise en place d'une réparation intégrale dans la sphère publique de la protection sociale :

- après une phase intense de contentieux , les contestations des offres ont diminué tant en nombre pour atteindre 5 % des offres en 2016, qu'en montant (les compléments versés au titre des cours d'appel représentent moins de 4% en 2016 des dépenses d'indemnisation). Cette évolution résulte de la jurisprudence de la Cour de Cassation qui a permis de clarifier un certain nombre de questions d'importance en rappelant notamment le principe d'interdiction de la double indemnisation pour un même préjudice ou la jurisprudence des cours d'appel sur la progressivité de la valeur du point de rente. Les arrêts de la Cour de Cassation ont ainsi tari des sources importantes de contentieux.
- le barème clarifié par la jurisprudence de la Haute Cour est désormais stabilisé et constitue une référence adoptée par les juridictions et les différentes parties prenantes, comme en témoigne l'évolution à la baisse du contentieux. Cette situation traduit un consensus implicite sur un barème au service d'une réparation rapide, équitable et gratuite des victimes et de leurs ayants-droit ce qui était l'intention du législateur.
- cette arrivée à maturité du barème permet également d'identifier les éléments qui lui ont permis de s'inscrire dans la durée. La mise en place de ce référentiel s'est effectuée au plus près de la réalité des préjudices subis par les victimes et ayants-droit représentés au sein du conseil d'administration qui l'a mis en place en le votant. De plus, la cotation des préjudices est adossée à un barème médical *sui generis* qui permet d'évaluer au plus près les pathologies et leur évolution.



- ▼ cet état des lieux doit toutefois être replacé dans le contexte plus général des réflexions et comparaisons récurrentes menées sur les niveaux relatifs fixés par les différents barèmes d'indemnisation des victimes, les conditions de l'évaluation médicale du dommage corporel et de l'évaluation juridique et monétaire des préjudices. Ce qui nécessiterait de nouveaux développements...

La mise en perspective de l'évaluation de l'invalidité et de l'incapacité permanente

Par Marion Del Sol, professeur de droit à l'Université de Rennes 1
et directrice du laboratoire IODE



Marion DEL SOL est professeur de droit à l'Université de Rennes 1 et directrice du laboratoire IODE (UMR CNRS 6262). Spécialiste de droit de la protection sociale, elle codirige la chronique *Protection sociale complémentaire* dans la revue *Droit social* (éd. Dalloz).

En droit français de la sécurité sociale, l'invalidité renvoie à une incapacité de travail – définitive ou « stabilisée » – d'origine non professionnelle ou, plus exactement, non susceptible d'être prise en charge par la branche « accidents du travail – maladies professionnelles » (ci-après ATMP), mais également non congénitale. L'incapacité permanente est quant à elle une notion qui s'inscrit dans le champ des ATMP.

On le voit, le droit de la sécurité sociale développe une approche causaliste des altérations définitives ou stabilisées de la santé susceptibles d'emporter une prise en charge de la victime. Cela se traduit par la coexistence d'une voie dédiée aux problèmes de santé dont un accident du travail ou une maladie professionnelle est la cause, celle de l'incapacité permanente, et d'une voie « générale », celle de l'invalidité. Cela emporte également coexistence de deux régimes de prise en charge très contrastés. Pourtant, on s'interroge rarement sur les différences notionnelles entre invalidité et incapacité permanente. Or, des différences substantielles méritent attention qui concernent la finalité, l'objet mais également les pratiques d'évaluation.

I- Finalité de l'évaluation

Sur un plan organique, les régimes de l'invalidité et des ATMP font partie intégrante de la Sécurité sociale. Cependant, leurs différences conceptuelles marquées expliquent que l'évaluation de l'invalidité ne poursuit pas la même finalité que l'évaluation de l'incapacité permanente. Il ne s'agit pas de deux versants d'un même système de prise en charge.

I-1/ Des inscriptions systémiques différentes

Au sein du régime général de la sécurité sociale, l'assurance invalidité figure au rang des *assurances sociales* au même titre que les assurances maladie, vieillesse, décès, veuvage, maternité et paternité (CSS, art. L. 311-1). Le risque social y est pensé au regard de ses conséquences économiques dommageables sur l'individu et/ou sa famille¹, sa réalisation

¹ J.-P. Laborde, *La notion de risque en droit des assurances et en droit de la sécurité sociale*, in *Études offertes à Hubert Groutel*, « Responsabilité civile et assurances », Lexis Nexis, coll. Litec, 2006, pp.237-245



affectant la capacité de gain ou emportant un surcroît de dépenses (par exemple les charges de famille). Sur un plan conceptuel, cela révèle une sécurité sociale de type salarial dont l'objectif est de compenser, par le versement de prestations, la perte de revenus professionnels ou l'impossibilité de se procurer de tels revenus consécutivement à la survenance d'un risque social tel que la maladie. Ces prestations constituent alors des revenus de remplacement pour l'assuré social. La cause étant indifférente, ces dispositifs dits d'assurances sociales reposent sur une socialisation étendue du risque faisant appel à une logique contributive.

Dans le système français de sécurité sociale, le régime ATMP ne relève pas quant à lui du champ des assurances sociales. Il s'apparente davantage à un dispositif d'assurance de responsabilité. Le risque y est pensé d'abord au regard du fait qui l'a généré. Cela ne signifie pas que les conséquences économiques sont indifférentes ; mais elles ne sont ni la clé de compréhension ni l'entrée conceptuelle du dispositif institué. En effet, dans le cadre du régime ATMP, la prise en charge n'intervient qu'après caractérisation d'un fait générateur particulier auquel on peut imputer le dommage survenu : un accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail (CSS, art. L. 411-1) ou encore une maladie dont l'origine professionnelle est présumée ou établie dans les conditions posées à l'article L. 461-1 du Code de la sécurité sociale. Par voie de conséquence, la cause de l'atteinte corporelle est alors doublement déterminante : elle conditionne l'entrée dans le régime de prise en charge pour la victime (ou ses ayants droit) ; elle justifie également les modalités particulières du financement qui reposent quasi exclusivement sur des cotisations patronales, le risque étant potentiellement créé par l'activité des entreprises et donc théoriquement imputable à celle-ci².

I.2/ Des évaluations ayant des finalités différentes

En matière d'invalidité, l'évaluation vise *in fine* à l'octroi d'un revenu de remplacement sous forme de pension. Il s'agit d'évaluer les effets de l'altération de l'état de santé sur la capacité à venir de travail ou de gain en vue d'une compensation financière. Il ne s'agit donc ni d'évaluer l'altération elle-même, ni de réparer la perte de gains occasionnée mais bien de prendre en considération, pour l'avenir, les effets que l'altération grave et stabilisée de l'état de santé emporte sur la capacité de travail ou de gain de l'assuré. De ce point de vue, l'article L. 341-1 du Code de la sécurité sociale est explicite qui précise que « *l'assuré a droit à une pension d'invalidité lorsqu'il présente une invalidité réduisant dans des proportions déterminées [au moins les deux tiers], sa capacité de travail ou gain...* ». L'inscription de l'invalidité dans le registre des assurances sociales est sans ambiguïté : l'évaluation porte sur les conséquences économiques négatives que l'état de santé invalidant de la personne aura pour l'avenir. Lorsque ces conséquences atteignent un certain niveau³, le bénéfice d'une garantie économique est accordé, sous conditions contributive et d'affiliation préalables.

2 Si la qualification d'assurance de responsabilité est assez répandue, elle n'est pas unanimement partagée ni totalement satisfaisante. Pour une proposition affinée de régime de responsabilité à caractère social, v. J.-A. Morin, *Le régime d'indemnisation des ATMP et la responsabilité civile*, thèse Paris 1, 2016, 743 p., spéc. p. 235 et s.

3 La générosité d'un régime d'invalidité se mesure tout autant au montant de la pension qu'au niveau à partir duquel la compensation peut se déclencher.

Dans le champ des ATMP, on se situe dans un registre indemnitaire dont la mobilisation vise à réparer divers préjudices. Ce sont donc les dommages qui donnent lieu à évaluation, notamment l'atteinte à l'intégrité de la personne. Dès lors, l'évaluation de l'incapacité permanente consiste en une mesure de l'altération stabilisée de l'état de santé d'une personne consécutivement à un accident du travail ou une maladie professionnelle dont elle a été victime. Le régime ATMP reposant sur une logique d'assurance de responsabilité, l'évaluation de l'incapacité permanente doit permettre de réparer les préjudices afin de rétablir – en tout ou partie – la victime dans la situation où elle se trouvait avant la réalisation du dommage.

Le régime ATMP ignore totalement le retentissement professionnel que peut avoir une maladie qui est stabilisée sans séquelles, voire guérie. En effet, la victime de la maladie professionnelle ne subit alors aucune incapacité permanente, ce qui exclut toute réparation alors même que son employabilité peut être sérieusement gagée. Il peut dès lors s'avérer plus « stratégique » pour la prise en charge de la victime de ne pas mobiliser le régime ATMP et de lui préférer la voie de l'invalidité. Une situation, décrite par F. Bardot et A. Touranchet dans un article de 2006, illustre bien cette incohérence systémique. *« Dans le cas des dermatoses allergiques, par exemple, le salarié qui a quitté son travail est guéri. Il se retrouve donc au chômage sans rente ou au mieux avec une rente extrêmement faible. Après 50 ans, il est donc préférable d'opter pour l'invalidité, plus avantageuse compte tenu de l'âge et de l'ancienneté, que pour une reconnaissance au titre des maladies professionnelles »*⁴. Si une telle orientation est la meilleure solution pour la victime, elle contribue à occulter l'origine professionnelle de la pathologie qu'avait contractée le salarié, ce qui est dommageable du point de vue de la prévention en entreprise.

II- Objet et pratique d'évaluation

Les différences de finalité rejaillissent sur la détermination de l'objet d'évaluation. Toutefois, l'affirmation de différences d'objet entre invalidité et incapacité permanente doit être nuancée. Cela rend sans doute quelque peu surprenants les contrastes importants qui sont constatés dans les pratiques d'évaluation ; cela légitime sans doute également de repenser l'évaluation du retentissement professionnel de l'altération de l'état de santé de la victime, que l'on soit dans le champ de l'invalidité ou dans celui du régime ATMP.

II.1/ Des différences relatives d'objet

En application de l'article L. 341-3 du Code de la sécurité sociale, l'état d'invalidité *« est apprécié en tenant compte de la capacité de travail restante, de l'état général, de l'âge et des facultés physiques et mentales de l'assuré, ainsi que [des] aptitudes et de [la] formation professionnelle »*⁵. Il emporte octroi d'une pension à la condition que l'invalidité réduise au moins des deux tiers la capacité de travail ou de gain de l'assuré. Au terme de l'article L. 341-1 du Code de la

⁴ F. Bardot et A. Touranchet, *Partir plus tôt pour raisons de santé : le dilemme des médecins de travail*, Retraite et société, 2006, p. 67

⁵ L'appréciation se fait soit après consolidation de la blessure en cas d'accident non régi par la législation sur les accidents du travail ; soit à l'expiration de la période pendant laquelle l'assuré a bénéficié des prestations en espèces prévues au 4° de l'article L. 321-1 (indemnités journalières pendant 3 ans) ; soit après stabilisation de son état intervenue avant l'expiration du délai susmentionné ; soit au moment de la constatation médicale de l'invalidité, lorsque cette invalidité résulte de l'usure prématurée de l'organisme. Sur la notion de consolidation, v. T. Tauran, *La consolidation en droit de la sécurité sociale*, RDSS 2012, pp. 1097-1108.



sécurité sociale, cela signifie que l'assuré doit se trouver dans l'impossibilité de se procurer une rémunération supérieure au tiers du salaire normal que perçoivent les travailleurs de sa catégorie professionnelle⁶. Il s'agit de compenser financièrement, quoiqu'imparfaitement, la « distance à l'emploi » de l'assuré, donc l'incidence professionnelle de son état de santé en termes d'employabilité.

Dans le champ de l'incapacité ATMP, l'article L. 434-2 du Code de la sécurité sociale dispose que le taux d'incapacité (réelle) est déterminé « *d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques ou mentales, les aptitudes, la qualification professionnelle de la victime, en tenant compte d'un barème indicatif d'invalidité* ». Il est fait place à des critères médicaux reposant sur l'appréciation de l'état de la personne, notamment la nature de son infirmité, ainsi qu'à des considérations médico-sociales, en particulier les aptitudes et la qualification professionnelle. Certes, selon les propres termes du barème indicatif d'invalidité pris en application de l'article R. 434-35 du code de la sécurité sociale, « *la donnée de base* » est la nature de l'infirmité, c'est-à-dire l'atteinte physique ou mentale de la victime, la diminution de validité qui résulte de la perte ou de l'altération des organes ou des fonctions du corps humain. Cependant, le barème précise également qu'il appartient au médecin évaluateur, « *lorsque les séquelles de l'accident ou de la maladie lui paraissent devoir entraîner une modification dans la situation professionnelle de l'intéressé, ou un changement d'emploi, de bien mettre en relief ce point susceptible d'influer sur l'estimation globale* ». Ainsi, le médecin-conseil est-il invité à majorer le taux théorique en raison, par exemple, des obstacles que les conséquences de l'âge peuvent emporter sur reclassement professionnel. Il doit également prendre en considération les aptitudes de la victime, à savoir ses facultés à se reclasser ou à réapprendre un métier compatible avec son état de santé ou encore sa qualification professionnelle qui se rapporte aux possibilités d'exercice d'une profession déterminée. Le taux médical d'incapacité doit en principe être modulé en considération des conséquences fonctionnelles emportées par l'accident (ou la maladie) sur l'employabilité de la victime, ce qui peut se traduire par l'attribution d'un coefficient professionnel. Celui-ci a vocation à prendre en compte la perte d'emploi consécutive à l'accident mais également les difficultés, parfois même l'impossibilité, de retrouver un emploi en raison de séquelles persistantes qui s'avèrent fortement handicapantes dans la perspective d'une reprise d'activité professionnelle.

Une analogie peut alors être envisagée avec le régime de l'invalidité dont il convient de rappeler qu'il tend à évaluer les effets de l'altération de l'état de santé sur la capacité à venir de travail ou de gain. Dans ce champ, il est intéressant de se reporter aux principes – toujours « opérationnels » – posés par le Conseil supérieur des assurances sociales et explicités par une circulaire ministérielle

6 Situation où l'assuré est « *hors d'état de se procurer, dans une profession quelconque, un salaire supérieur à une fraction de la rémunération normale perçue dans la même région par des travailleurs de la même catégorie, dans la profession qu'il exerçait avant la date de l'interruption de travail suivie d'invalidité ou la date de la constatation médicale de l'invalidité si celle-ci résulte de l'usure prématurée de l'organisme* ».

142 SS du 29 juillet 1946 : « *l'invalidité susceptible d'ouvrir droit à pension est... l'incapacité générale de gain qui est déterminée par les différents facteurs susceptibles de conditionner le reclassement de l'individu dans le monde du travail, c'est-à-dire par la nature et la gravité des affections ou infirmités constatées, par l'âge du sujet, ses aptitudes physiques et mentales, sa formation professionnelle et les activités antérieurement exercées* ». Même si la circulaire précise qu'il s'agit d'apprécier l'incapacité générale et « *non l'incapacité physique, ni l'incapacité par rapport à une profession donnée* », il n'en est pas moins vrai qu'elle indique la nécessité de tenir compte, notamment, de la formation professionnelle et des activités antérieurement exercées.

II.2/ Des différences marquées de pratique d'évaluation

Dans le champ du droit de la sécurité sociale, les pratiques d'évaluation font débat que l'on se situe dans le cadre de l'invalidité ou de l'incapacité permanente.

En matière d'invalidité, l'appréciation de l'état s'opère en principe « *en tenant compte de la capacité de travail restante, de l'état général, de l'âge et des facultés physiques et mentales de l'assuré, ainsi que de ses aptitudes et de sa formation professionnelle* ». Cette caractérisation repose donc sur une hybridation de critères de nature différente visant à déterminer la capacité de travail ou de gain restante : des critères médicaux *lato sensu* (état général, facultés physiques et mentales et, à un moindre degré, âge) et des critères socio-professionnels (aptitudes et formation professionnelle). Aucun barème officiel n'existe ici. En réalité, les médecins-conseils des organismes de sécurité sociale qui doivent apprécier l'invalidité combinent les principaux paramètres que sont l'état de santé dont l'altération est souvent multifactorielle, l'âge et la capacité de la personne à se former. À défaut de référentiel commun, est constatée une grande diversité d'appréciation. À plusieurs reprises ces dernières années, a été pointée du doigt la très grande hétérogénéité des appréciations, source d'inégalités importantes pour les assurés selon la région de résidence⁷.

En matière d'incapacité permanente, l'article L. 434-2 du Code de la sécurité sociale dispose que le taux d'incapacité réelle est déterminé « *d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques ou mentales, les aptitudes, la qualification professionnelle de la victime, en tenant compte d'un barème indicatif d'invalidité* ». En raison des modalités de recours au barème issu d'un décret du 17 juillet 1985, l'appréciation de l'incapacité permanente est sujette à beaucoup moins de variabilité que celle de l'invalidité. En effet, la fixation du taux médical se fait quasi exclusivement *in abstracto* à partir du barème dont les médecins-conseils font en réalité un usage systématique alors même qu'il est présenté comme étant indicatif. Si la nature de l'infirmité est la « *donnée de base* », le barème est quant à lui la clé de voûte de la détermination du taux médical ; dès lors, le recours généralisé qui y est fait objective l'appréciation de l'incapacité.

Mais, au cas présent, l'objectivité de l'appréciation conduit à une appréciation très (trop) peu personnalisée des préjudices. Dans un système de nature indemnitaire, cette faible personnalisation s'avère inadéquate, en décalage avec la logique induite par la nature même

⁷ Cour des comptes (2010), Rapport sur la Sécurité sociale, p. 415 et s ; IGAS (2012), L'évaluation de l'état d'invalidité en France : réaffirmer les concepts, homogénéiser les pratiques et refondre le pilotage du risque



du système institué⁸. Elle est également insatisfaisante puisqu'elle ne permet pas l'évaluation de l'ensemble des préjudices. En effet, de par ses caractéristiques et ses lacunes⁹, le barème « traduit plus l'incapacité physiologique que l'incapacité de travail »¹⁰. Il n'appréhende pas réellement les conséquences professionnelles du dommage¹¹. Or, le constat est fait que « la notification d'un coefficient professionnel spécifique par la Caisse est loin d'être une pratique courante »¹². Ainsi, un médecin conseillant les victimes dans le cadre de recours devant le tribunal du contentieux de l'incapacité relève que le compte rendu médical d'attribution du taux d'incapacité permanente ne fait souvent part que du taux médical¹³. Et, lorsqu'un taux professionnel est retenu, il est très généralement peu élevé et même le plus souvent très faible. « L'approche médicale [prend] le dessus et l'évaluation de la perte de capacité de gain [est] négligée au profit d'une estimation de la perte fonctionnelle, sans référence à l'activité exercée avant l'accident. Le lien entre perte de capacité professionnelle et niveau du revenu de remplacement est dès lors perdu de vue. En réalité, le régime de réparation repose sur une représentation du travailleur handicapé et des conséquences de son état sur sa capacité de travail fondamentalement biaisées »¹⁴.

Au regard de ces pratiques, il peut être plus intéressant dans certaines situations d'orienter la victime d'une maladie dont la reconnaissance du caractère professionnel est quasi certaine vers le régime de l'invalidité plutôt que vers celui des ATMP. La raison principale réside dans le fait qu'en matière de maladies professionnelles, les taux d'incapacité permanente sont souvent faibles parce que déterminés presque exclusivement sur la base des séquelles physiques et emportent un niveau de réparation peu élevé. Or, en fonction de la nature des séquelles, le salarié peut être confronté à un licenciement pour inaptitude à son poste antérieur qu'il n'est plus en capacité d'occuper. Pour un salarié âgé, les perspectives de retour à l'emploi se trouvent fortement diminuées, *a fortiori* s'il a une faible qualification. Et le niveau de prise en charge par la branche ATMP ne lui accorde pas une réparation en rapport avec la perte d'employabilité qui est la sienne. Il peut donc être plus judicieux de ne pas solliciter la reconnaissance de la maladie professionnelle pour se placer dans le champ de l'invalidité. Mais encore faut-il être orienté en ce sens.

8 D'une certaine façon, cette non-personnalisation est encouragée par la ligne jurisprudentielle de la Cour de cassation concernant la nature de la rente ATMP. Les juges font une approche globalisante des préjudices indemnisés par la rente, dispensant en quelque sorte les CPAM de démontrer, poste par poste, les préjudices qu'elles indemnisent. En effet, sans le justifier, la Cour de cassation affirme que « la rente... indemnise, d'une part, les pertes de gains professionnels et l'incidence professionnelle de l'incapacité, d'autre part, le déficit fonctionnel permanent ; en l'absence de perte de gains professionnels ou d'incidence professionnelle, cette rente indemnise nécessairement le poste de préjudice personnel de déficit fonctionnel permanent » (Civ. 2e, 11 juin 2009).

9 Ces lacunes du barème ont été soulignées, notamment, dans un rapport de l'IGAS datant de 1991. Voir IGAS (1991), La modernisation de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles

10 Cour des comptes (2002), La gestion des risques accidents du travail et maladies professionnelles, p. 155

11 Ne sont pas non plus appréhendés les préjudices extra-patrimoniaux tels que les souffrances physiques et morales.

12 T. Garat et F. Meyer, Réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles : la prise en compte de l'incidence professionnelle dans la détermination du taux d'incapacité permanente partielle, Dr. ouvrier 2008, p. 418.
M. Del Sol, La prise en considération du retentissement professionnel, parent pauvre de la réparation ATMP, Dr. social 2015, p. 300

13 P. Donnou, L'incidence professionnelle dans divers contentieux, Dr. soc. 2015, p. 308

14 F. Meyer, Les victimes face à la redéfinition jurisprudentielle de la nature juridique de la rente, Dr. soc. 2015, p. 295

II.3/ Une même nécessité de revoir l'évaluation du retentissement professionnel

A minima, en matière ATMP conviendrait-il de donner une réalité « augmentée » à la coopération de diverses autorités médicales¹⁵. En effet, le barème indicatif d'invalidité utilisé par les médecins-conseils pour déterminer le taux d'incapacité permanente précise que, *« lorsqu'un accident du travail ou une maladie professionnelle paraît avoir des répercussions particulières sur la pratique du métier, et, à plus forte raison, lorsque l'assuré ne paraît pas en mesure de reprendre son activité professionnelle antérieure, le médecin conseil peut demander, en accord avec l'intéressé, des renseignements complémentaires au médecin du travail »*. Il s'agit alors d'apprécier si le salarié a la possibilité de continuer à occuper son poste de travail ou si un changement d'emploi ou de profession semble inéluctable.

Le Code de la sécurité sociale lui-même invite à cette coopération. Son article R. 434-31 dispose que, *« sur proposition [du service médical de la caisse¹⁶], lorsqu'il estime que l'incapacité permanente présentée par la victime est susceptible de rendre celle-ci inapte à l'exercice de sa profession ou à la demande de la victime ou de son médecin traitant et si cette victime relève de la médecine du travail, la caisse... recueille l'avis du médecin du travail compétent en raison du contrat de travail liant ladite victime à son employeur »*. Cela se traduit en principe par l'envoi au médecin du travail d'une fiche, à charge pour celui-ci d'y mentionner *« les constatations et observations... faites lors de la visite [de reprise] et qui sont relatives à l'aptitude de la victime à reprendre son ancien emploi ou à la nécessité d'une réadaptation »*. En principe, les éléments figurant sur cette fiche doivent aider le médecin-conseil à évaluer l'incapacité permanente au regard, notamment, des possibilités ou perspectives de retour à l'emploi du salarié dans son poste antérieur, voire dans un autre poste dans l'entreprise.

Mais l'ambition gagnerait à être toute autre. En 2010, la Cour des comptes établissait le constat d'*« une ambiguïté non tranchée »* entre invalidité et emploi. Autrement dit, en matière d'invalidité, la situation d'emploi et les perspectives de retour à l'emploi ne sont pas à proprement parler prises en compte ; elles ne le sont qu'indirectement et à la marge au travers des problèmes de reconversion auxquels l'assuré a de forts risques d'être confronté, notamment en raison de son âge et de sa formation. D'après l'analyse effectuée, la contradiction résulterait principalement de la mobilisation d'un modèle médical, modèle qui empêche, selon une étude réalisée par l'OCDE¹⁷, que les droits soient déterminés *« selon une évaluation fiable et valable de la compétitivité d'une personne sur le marché du travail »*, les praticiens de santé n'étant pas formés – et sans doute n'ayant pas les outils nécessaires – *« à la tâche complexe de l'évaluation de la manière dont les diverses maladies ou incapacités réduisent la compétitivité sur le marché du travail »*.

Le rapport précité établi en 2012 par l'IGAS met en lumière les « failles » des règles et des pratiques en matière d'invalidité. Il y est souligné que, *« si l'altération grave de la santé peut être évaluée par des barèmes médicaux, ses conséquences en termes d'employabilité nécessitent des barèmes ou des processus d'examen particuliers... et une expertise en matière d'emploi »*. Ces conclusions sont pour partie transposables au champ de l'incapacité permanente. En

¹⁵ En matière d'invalidité, la Cour des comptes insiste sur la nécessité pour la sécurité sociale de développer des partenariats entre les réseaux, notamment avec ceux en charge du handicap ou avec les services de santé au travail.

¹⁶ Autrement dit, du médecin-conseil.

¹⁷ OCDE (2010), Maladie, invalidité et travail : surmonter les obstacles – Synthèse des résultats dans les pays de l'OCDE



effet, l'omniprésence du barème indicatif d'invalidité pour évaluer l'état et le degré d'incapacité permanente souligne le caractère daté des pratiques et de la méthode d'évaluation existant dans le champ des ATMP. L'attribution d'un coefficient professionnel suppose que le médecin-conseil fournisse des éléments et des justificatifs à la CPAM. Or, contrairement à un médecin du travail, le médecin-conseil connaît peu les exigences physiologiques des métiers exercés par les victimes et, par conséquent, est mal outillé pour apprécier l'incidence professionnelle. Faute de grille d'analyse détaillant les chefs de préjudice, il se trouve relativement démuné.

Dès lors, la nécessité d'une approche pluridisciplinaire, à l'instar de celle utilisée pour l'appréciation des situations de handicap¹⁸, aurait sans doute tout son sens. En effet, en matière de handicap, les dispositions apparues en 2005 traduisent à la fois « *une posture juridique renouvelée* » et « *une conception médicalement remodelée de la personne handicapée* »¹⁹. L'angle de vue est inversé puisqu'il s'agit finalement non pas seulement d'évaluer médicalement le handicap, mais bien plus d'appréhender et d'apprécier les conséquences des déficiences fonctionnelles sur la participation de la personne à la vie en société, dont son insertion professionnelle, afin de mettre en place des mesures de compensation adaptées²⁰.

18 « Handicap et aptitude à l'emploi », dossier spécial de la Revue de droit sanitaire et social 2011, n° 5, pp. 789-880

19 P. Leroy, Logique d'assistance et aptitude à l'emploi, Revue de droit sanitaire et social, 2011, 5, p. 840

20 Voir notamment le guide-barème d'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées (GEVA) que l'on trouve à l'annexe 2-4 du Code de l'action sociale et des familles depuis un décret du 6 novembre 2007. Ce guide « vise à permettre aux utilisateurs de fixer le taux d'incapacité d'une personne quel que soit son âge à partir de l'analyse de ses déficiences et de leurs conséquences dans sa vie quotidienne et non sur la seule nature médicale de l'affection qui en est l'origine ».

C

LE RÔLE DES ACTEURS DANS LA PRÉVENTION

sortir de la situation de précarité, plus en particulier, il pourrait être intéressant de se pencher plus précisément, il s'agit de la mise en œuvre de la politique de la petite enfance, des compétences et savoirs qui sont nécessaires. Car il peut revenir à ces acteurs, ici au moins deux, de prendre en compte les enfants (pour leur sécurité, pour leur éducation, pour leur accès au travail ? la parentalité, en gros, par les parents, mais aussi par l'école maternelle) a-t-elle ses propres compétences ? La question posée est de la question posée, c'est-à-dire de la question posée (pose) finance-t-on les acteurs ? On se-t-on des prestations ? On prend un tel sujet de travail, d'observations, de données, d'abondance que l'on peut en faire comme d'investigation. T. C'est peu dire que l'on doit être toujours confronté à de multiples rapports à

Les acteurs de la prévention au travail en entreprise

Par Franck Héas, professeur à l'université de Nantes



Franck Héas est professeur à l'université de Nantes et membre du laboratoire Droit et Changement Social UMR-CNRS 6297. Spécialiste de droit du travail, ses travaux de recherche portent sur les relations professionnelles et la santé au travail.

Résumé

Le droit du travail contient un impératif de prévention qui impose d'agir en amont contre les risques susceptibles de survenir au travail. Si à cet égard, en vertu de son pouvoir de direction, l'employeur apparaît comme l'acteur premier de la prévention au travail en entreprise, il demeure que d'autres protagonistes participent également à la prévention des risques professionnels dans ce même cadre : les salariés individuellement, en vertu d'une obligation légale de sécurité ; le médecin du travail en vertu de son rôle consacré de préventeur ; et les représentants du personnel, essentiellement le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

Les acteurs de la prévention au travail en entreprise

En droit du travail, la directive-cadre communautaire n° 89/391 innove tout le droit de la santé au travail, qui est à cet égard organisé sous l'empire d'un principe constant de prévention¹ : c'est ce texte communautaire qui impose d'agir en amont contre les risques susceptibles de survenir au travail (évaluation, prévention, élimination, adaptation, formation, information). La raison en est simple : la subordination juridique amène le salarié à s'engager physiquement dans l'exécution de la prestation de travail. C'est de sa personne et de son corps dont il s'agit. Même si la sécurité individuelle intéresse nécessairement l'ordre public, elle est à cet égard motivée par des considérations humanistes (protection de la santé humaine et de la personne) et par une approche davantage économique (entretien, maintien et renouvellement de la main-d'œuvre). Ces considérations premières illustrent le fait que le droit du travail est incontestablement un droit de protection. En effet, les deux parties contractantes ne sont pas sur un pied d'égalité au moment de la conclusion et tout au long de l'exécution du contrat de travail. C'est pourquoi il convient d'en protéger une plus que l'autre, *a fortiori* en matière de santé au travail. « Dans la relation de travail, le travailleur, à la différence de l'employeur, ne risque pas son patrimoine, il risque sa peau ». Et c'est d'abord pour protéger cette peau que le droit du travail s'est constitué afin d'« affirmer un impératif de sécurité dans le travail »².

1 F. HÉAS (dir.), « La prévention des risques au travail, Vingt-cinq ans après la directive-cadre du 12 juin 1989 », Semaine sociale Lamy 2014, suppl. au n° 1655, 152 p. V. plus largement : S. Garnier, La prévention en droit du travail, Thèse Droit, Nantes, 2017, 488 p.

2 A. SUPIOT, Critique du droit du travail, Paris, PUF, 1994, p. 68.



L'idée est commune à tous les droits du travail européens, ainsi qu'au niveau international et communautaire : un « droit à la sécurité du travailleur » est consubstantiel au droit du travail.

Ce droit se fonde donc sur une logique de prévention qui implique d'anticiper la réalisation des risques professionnels et d'organiser les conditions de travail de telle sorte que la sécurité soit garantie en entreprise. En droit interne, la loi du 6 décembre 1976 qui était déjà relative au développement de la prévention des accidents du travail (c'est par exemple depuis ce texte que l'employeur est débiteur d'une obligation de former les salariés embauchés à la sécurité), la loi du 23 décembre 1982 instituant le CHSCT, la loi du 31 décembre 1991 sur la prévention des risques professionnels et transposant les directives communautaires relatives à la santé et à la sécurité au travail, la loi du 20 juillet 2011 redéfinissant les missions des services de santé au travail et ouvrant la possibilité d'intervenants salariés en prévention ou plus récemment, la loi du 8 août 2016 modifiant les modalités de suivi des salariés, sont des textes qui s'inscrivent tous dans une logique préventive.

Ce faisant, le droit de la santé au travail a évolué d'un droit de l'organisation de la sécurité au travail (dans la lignée des premiers textes du XIX^e siècle³) vers un droit de l'anticipation des risques en entreprise : de ce point de vue, ce droit est d'abord aujourd'hui un droit de la prévention. Certes, le droit du travail se fonde sur un objectif historique, transversal et permanent de protection de la santé de l'individu, ce qui impose d'abord un encadrement des conditions concrètes et matérielles dans lesquelles sont fournies les prestations de travail⁴. C'est pourquoi le droit du travail a d'abord été un droit de l'hygiène et de la sécurité au travail. L'exercice d'une activité professionnelle ne doit donc pas concourir à une dégradation de l'état physiologique de la personne et cette finalité demeure. Néanmoins, elle bénéficie aujourd'hui d'un champ d'application plus large. D'une approche objective et quantifiée de l'environnement de travail, fondée sur une réglementation pointilleuse et technique de l'hygiène et de la sécurité, le droit du travail évolue vers une meilleure prise en compte (subjective) de la personne et de sa santé⁵ et un renforcement de l'impératif de prévention : les réflexions relatives aux risques psychosociaux, à la souffrance, à la pénibilité, au vieillissement des travailleurs ou à la reconnaissance en attestent incontestablement.

Lié conjointement à l'individu et à l'organisation du travail, le droit contemporain de la santé⁶ au travail contribue par conséquent à une reconnaissance subséquente de la personne dans l'entreprise⁷. Cette évolution participe également d'une personnalisation des rapports du travail et d'une consécration des droits fondamentaux dans la sphère professionnelle⁸, qui impactent incontestablement ce

3 Nous pouvons ici mentionner la loi du 12 juin 1893 sur l'hygiène et la sécurité des travailleurs dans les établissements industriels.

4 A. Supiot, Travail, droit et technique, Droit social 2002, p 23.

5 J. Martinez, Les mouvements d'extension du droit de la santé au travail, JCP S 2009, 1170.

6 P.Y. Verkindt, L'irrésistible ascension du droit de la santé au travail, JCP S 2015, 1245.

7 M. Blatman, Regards sur l'état de santé au travail et la prévention des risques, Droit social 2005, p 960.

8 « Droits du travail et droits de l'homme », RIT, 1998, vol. 137, n° spéc. ; I. Daugareilh (dir.), Mondialisation, travail et droits fondamentaux, Bruxelles-Paris, Bruylant-LGDJ, 2005.

droit de la santé au travail⁹ et le rôle des acteurs susceptibles de porter, de mettre en œuvre et/ou de contribuer à cette prévention des risques professionnels. Qu'il s'agisse des parties au contrat de travail (I) ou de tiers à cette relation professionnelle (II), les protagonistes de la prévention des risques professionnels sont nombreux en entreprise.

I- Les parties au contrat de travail, acteurs premiers de la prévention au travail

Si au titre du pouvoir de direction qui est le sien, l'employeur est, bien évidemment, l'acteur principal et premier de la mise en œuvre des règles de prévention des risques professionnels dans l'entreprise (I-2), il demeure que le salarié doit également contribuer à la pleine effectivité du droit de la santé au travail dans l'entreprise (I-1).

I.1/ Le salarié

En matière de prévention, le salarié n'est pas qu'un simple spectateur et bénéficiaire passif : il doit également contribuer à l'effectivité des règles d'hygiène et de sécurité¹⁰. En effet, en dépit des obligations à la charge de l'employeur en matière de protection de la santé, le travailleur est pleinement impliqué dans la mise en œuvre de ces réglementations dans l'entreprise. C'est une application directe du principe de participation équilibrée posé par la directive communautaire de juin 1989 et c'est notamment l'objet de l'obligation de sécurité dont il est débiteur¹¹.

Même si l'organisation générale de la sécurité dans l'entreprise pèse sur le chef d'établissement, le salarié se doit d'adopter un comportement ne mettant nullement en cause sa propre sécurité ou celle des autres personnes. Ainsi, en vertu de l'article L. 4122-1 du Code du travail, tout salarié doit veiller à sa sécurité et à sa santé ainsi qu'à celle de tout autre individu concerné par ses actes ou ses omissions au travail : au sens large, l'exigence concerne bien évidemment les collègues¹², mais aussi les clients¹³. À l'instar de l'obligation générale de prévention de l'employeur, cette obligation dont tout travailleur demeure débiteur est incluse dans le chapitre du Code du travail relatif aux principes généraux de prévention. C'est dire la connexion entre les contraintes pesant sur l'employeur et les exigences imposées au salarié : de ce point de vue, l'impératif d'anticipation est général en matière de santé au travail et s'impose invariablement aux deux parties contractantes. Toutefois, même si la mise en œuvre de l'obligation individuelle de sécurité à la charge du salarié ne modifie en rien les règles de responsabilité de l'employeur¹⁴, l'action du premier dépend de sa formation, de ses possibilités et des instructions appropriées précisées par l'employeur.

Puisqu'il est alors nécessairement fautif, le manquement à l'obligation de sécurité par le salarié peut justifier un licenciement et fonder éventuellement une faute grave, privative des indemnités

9 M. Blatman, P.Y. Verkindt et S. Bourgeot, L'état de santé du salarié, Paris, Éditions Liaisons, 2014, 680 p.

10 Le droit de retrait, dont chaque salarié est également titulaire (Art. L. 4131-3 C. trav.), participe de cette même logique. Pour autant, visant à protéger le salarié contre tout danger grave et imminent, cette prérogative ne s'inscrit pas directement dans une logique véritable d'anticipation.

11 F. Favennec-Héry, L'obligation de sécurité du salarié, Droit social 2007, p 68.

12 Sur le manquement de l'obligation de sécurité au détriment de collègues : Cass. (crim.), 3 décembre 2002, Bull. crim., n° 219.

13 Sur le manquement de l'obligation de sécurité au détriment de clients : Cass. (soc.), 5 décembre 2006, n° 04-41199.

14 Cass. (soc.), 10 février 2016, n° 14-24350, à paraître au Bull. civ.



de rupture. La jurisprudence est, en la matière, constante et sanctionne le salarié, dès lors qu'il apparaît que son comportement n'est pas totalement sécurisant, qu'il n'agit pas de façon suffisamment préventive et/ou qu'il n'anticipe aucunement la réalisation de risques professionnels, tant à son endroit, qu'à l'endroit des tiers. La Cour de cassation a ainsi considéré que le salarié manque à son obligation lorsque, responsable du service entretien de l'entreprise, il est inactif en matière de prévention de la sécurité¹⁵, lorsqu'il refuse de porter un casque de sécurité sur un chantier¹⁶, lorsqu'il ne respecte pas des consignes de sécurité¹⁷ ou qu'un chien qu'il a introduit dans le périmètre de l'entreprise mord un collègue¹⁸. Néanmoins, outre le salarié de manière individuelle, c'est d'abord à l'employeur d'assurer la prévention des risques professionnels dans l'entreprise, puisque c'est lui qui organise le travail.

I.2/ L'employeur

L'obligation générale de prévention

Débiteur d'une obligation générale de prévention¹⁹, le chef d'entreprise doit prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs de l'établissement. Il s'agit là d'une prise en compte en amont de l'environnement de travail, afin d'éviter la réalisation d'un risque professionnel.

C'est pourquoi l'article L. 4121-1 du Code du travail précise qu'outre des actions de prévention contre ces risques et la pénibilité ou des mesures de formation et d'information, l'employeur doit veiller à la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés, pour assurer la sécurité et protéger la santé du personnel. Le texte ajoute que l'employeur « veille à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes ». C'est donc à titre préventif que l'employeur doit veiller à ce que les conditions de travail soient aménagées et organisées de telle sorte que la santé du personnel ne soit pas compromise. Dans ce cadre, l'article L. 4121-2 du Code du travail fixe les lignes directrices de l'action préventive de l'employeur : éviter les risques ; évaluer les risques qui ne peuvent pas être évités ; combattre les risques à la source ; adapter le travail à l'homme (conception des postes de travail, choix des équipements, des méthodes de travail ou de production ; limiter le travail monotone et cadencé) ; tenir compte de l'état d'évolution de la technique ; remplacer ce qui est dangereux ; planifier les actions de prévention, de manière globale (organisation et conditions de travail, relations sociales, influence des facteurs ambiants, risques de harcèlement moral) ; privilégier les mesures de protection collective sur les mesures de protection individuelle ; donner des instructions appropriées aux travailleurs.

Au-delà de ces énoncés généraux, il demeure que l'obligation générale de prévention à la charge de l'employeur implique également des actions concrètes, tel le plan annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des

15 Cass. (soc.), 28 février 2002, Bull. civ., V, n° 82.

16 Cass. (soc.), 23 mars 2005, Bull. civ., V, n° 99.

17 Cass. (soc.), 6 juin 2007, JCP S, 2007, 1584.

18 Cass. (soc.), 4 octobre 2011, Bull. civ., V, n° 220.

19 M.A. Moreau, L'obligation générale de préserver la santé des travailleurs, Droit social 2013, p 410.

conditions de travail, qui est examiné par le CHSCT (Art. L. 4612-16, 2° C. trav.) ou le document unique d'évaluation des risques (Art. R. 4121-1 et s. C. trav.). La finalité de ces dispositifs est l'anticipation afin de garantir la santé des travailleurs et l'hygiène et la sécurité dans l'entreprise.

L'obligation complémentaire de sécurité

À titre complémentaire de l'obligation générale de prévention, l'article L. 4221-1 du Code du travail énonce le principe selon lequel les établissements et locaux de travail doivent être aménagés « de manière à ce que leur utilisation garantisse la sécurité des travailleurs ». Il s'agit là d'une exigence de sécurité organisationnelle imposant un état constant de propreté et des conditions matérielles d'hygiène et de salubrité suffisantes. Par conséquent, le cadre et les conditions d'accomplissement du travail doivent être organisés de manière sécurisée. Ce principe est mis en application grâce à une réglementation technique prolifique, qui contient des moyens de sécurité collective (incendie, aménagement des postes, chauffage, interdiction de fumer, installations sanitaires, mise à disposition de boissons, travail sur écran de visualisation, aération, assainissement, éclairage, insonorisation, ambiance thermique ou bruit) et des moyens de protection individuelle (port de charge, mise à disposition d'équipements de protection individuelle ou sécurité des jeunes travailleurs). Dans ce cadre, l'exigence générale d'anticipation implique pour l'employeur, l'obligation d'organiser précisément la sécurité dans l'entreprise.

L'obligation d'information et de formation

Le meilleur moyen de prévenir la réalisation des risques professionnels est d'informer les salariés susceptibles d'y être exposés et de les sensibiliser aux mesures mises en place en matière de santé et de sécurité²⁰. Ainsi, l'employeur doit également informer le personnel « sur les risques pour leur santé et leur sécurité ». Depuis 2013, l'information doit aussi porter sur les risques que peuvent faire peser sur la santé publique ou l'environnement, les produits ou procédés de fabrication utilisés ou mis en œuvre par l'établissement. Enfin, l'employeur doit renseigner sur le document unique d'évaluation, le règlement intérieur ou les rôles du service de santé au travail et des représentants du personnel (Art. L. 4141-1 et R. 4141-3-1 C. trav.).

En corollaire, l'employeur doit également financer, organiser et dispenser « une formation pratique et appropriée des travailleurs » à la sécurité (Art. L. 4141-2 C. trav.). Considérées comme du temps de travail, ces actions de formation bénéficient aux salariés nouvellement embauchés et « chaque fois que nécessaire », aux salariés changeant de poste ou de technique, aux salariés temporaires, (sur prescription du médecin du travail) aux salariés reprenant leur activité après un arrêt d'au moins 21 jours et aux salariés temporaires ou engagés à durée déterminée, affectés à des postes présentant des risques particuliers pour leur santé. D'une manière générale, l'objectif est d'instruire le salarié sur les précautions à prendre pour assurer sa propre sécurité et celles des autres personnes occupées dans l'établissement : il s'agit bien là encore d'une logique préventive qui renforce l'obligation générale de prévention à la charge de l'employeur.

²⁰ Selon la CEDH, cette exigence représente une véritable obligation (CEDH, 5 décembre 2013, Vilnes e.a. c/ Norvège, n° 52806/09).



L'obligation de sécurité²¹ en jurisprudence

Afin d'assurer l'effectivité de ces obligations patronales de prévention, de sécurité, d'information et de formation, la Cour de cassation a posé le principe selon lequel l'employeur était tenu à une obligation stricte de sécurité de résultat²². Il résultait ainsi des arrêts dits « amiante » de 2002 « 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, [...] ; 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 »²³. L'exigence d'anticipation et de prévention était par conséquent au cœur de cette obligation prétorienne de sécurité. L'employeur y manquait chaque fois qu'il n'avait pas agi suffisamment pour protéger la santé du personnel de l'entreprise. La sécurité, c'était d'abord la mise en œuvre de mesures concrètes de prévention, devant permettre d'éviter la réalisation des risques professionnels. Cette obligation de sécurité de résultat à la charge de l'employeur a ainsi été sanctionnée, par exemple, en cas d'absence de visite de reprise après un arrêt pour accident du travail²⁴, en cas de protection insuffisante contre le tabagisme passif²⁵, en cas de tentative de suicide d'un salarié suite à des actes de harcèlement²⁶, en raison d'une politique de surcharge, de pressions et d'objectifs inatteignables²⁷, pour défaut de mise en place des équipements de sécurité²⁸ ou encore, en raison de l'absence d'accompagnement du salarié sur un nouveau poste²⁹.

Il résulte que la jurisprudence sur la faute inexcusable de l'employeur en matière de risques professionnels et sur l'obligation de sécurité de résultat s'inscrivait dans cette tendance visant à renforcer les garanties protectrices des salariés. En sanctionnant régulièrement le manquement à l'obligation de sécurité et en élargissant ainsi les possibilités de l'intéressé de bénéficier d'une indemnisation intégrale (dont le coût de la majoration pèse sur l'employeur³⁰), la Cour de cassation entend surtout inciter les employeurs à davantage de prévention. C'est une « approche préventive »³¹ qui a toujours été privilégiée en jurisprudence pour apprécier l'exécution de cette obligation de sécurité. La faute inexcusable et le manquement à l'obligation de sécurité pourront être écartés uniquement s'il apparaît que l'employeur a envisagé

21 M. Blatman, L'obligation de sécurité, *Droit social* 2011, p 743.

22 S. FANTONI-QUINTON et P.Y. VERKINDT, Obligation de résultat en matière de santé au travail, *Droit social* 2013, p 229 ; M.A. MOREAU, L'obligation générale de préserver la santé des travailleurs (ou ne pas oublier l'ancrage communautaire de certains textes), *Droit social* 2013, p 411 ; G. VACHET, L'obligation de sécurité de résultat : une notion séduisante, mais inappropriée, *JCP S*, 2015, 1136.

23 Cass. (soc.), 28 février 2002, *Bull. civ.*, V, n° 81.

24 Cass. (soc.), 28 février 2006, *Bull. civ.*, V, n° 87. La solution est identique en cas de maladie simple (Cass. soc.), 17 novembre 2015, n° 14-15584).

25 Cass. (soc.), 29 juin 2005, *JCP S*, 2005, 34 ; Cass. soc., 6 octobre 2010, *Bull. civ.*, V, n° 215.

26 Cass. (2^e civ.), 22 février 2007, *Bull. civ.*, II, n° 54.

27 Cass. (2^e civ.), 8 novembre 2012, n° 11-23855.

28 Cass. (soc.), 14 mars 2006, *JCP S*, 2006, 1360.

29 Cass. (2^e civ.), 19 septembre 2013, n° 12-22156.

30 Cass. (2^e civ.), 13 février 2014, *Bull. civ.*, II, n° 44.

31 I. DESBARATS, Prévention des risques et protection de la santé au travail : pour une meilleure articulation, *LPA*, 2006, n° 202, p 4.

et anticipé la réalisation du risque professionnel par des moyens matériels et concrets : il doit donc être suffisamment prévoyant³². Là encore, la préoccupation est d'anticiper pour éviter ces risques professionnels, afin que les relations professionnelles puissent continuer de s'exécuter dans des conditions sécurisées³³.

La prévention est ainsi devenue la préoccupation première et, juridiquement, doit constituer l'obligation fondamentale au travail³⁴. La jurisprudence plus récente de la Cour de cassation le confirme : l'employeur doit justifier « avoir pris toutes les mesures de prévention ». Au-delà de la dénomination d'obligation de sécurité de résultat qui n'est plus (toujours) reprise par la chambre sociale, ce qui importe, c'est que l'employeur ait agi en amont pour protéger la santé physique et mentale des travailleurs³⁵. La sécurité dans l'entreprise, c'est d'abord la prévention des risques professionnels. S'il est incontestable que cette charge pèse essentiellement sur l'employeur, d'autres protagonistes sont également acteurs de cette prévention.

II- Les tiers au contrat de travail, autres acteurs de la prévention au travail

Des tiers au contrat de travail peuvent aussi participer à la prévention des risques professionnels et contribuer à la santé au travail dans l'entreprise. Il s'agit bien évidemment de l'inspection du travail, en charge de veiller à l'application et au respect du Code du travail et des normes conventionnelles applicables (Art. L. 8112-1 C. trav.). Titulaire également d'un pouvoir de conseil et de conciliation envers les salariés et employeurs, l'administration du travail peut, par ces biais, contribuer à l'anticipation. Il s'agit également des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail qui sont largement compétentes en matière de santé, d'hygiène et de sécurité au travail (Art. L. 422-2 CSS.) : la possibilité de récompenses, de soutiens financiers ou de subventions renforcent notamment leur rôle incitatif, en matière de prévention des risques professionnels. Plus précisément, dans le strict périmètre de l'entreprise, le médecin du travail (II-1) et les représentants du personnel (II-2) doivent cependant être considérés comme des acteurs incontournables dans ce champ.

II.1/ Le médecin du travail

Au sein du service de santé au travail, parce qu'il assure un rôle de conseiller (indépendant) « essentiellement préventif » (Art. L. 4622-3 C. trav.), le médecin du travail demeure un acteur de tout premier ordre dans la prévention des risques professionnels (Art. L. 4621-1 et s. C. trav.). Depuis la loi du 20 juillet 2011, le service de santé au travail (auquel appartient le médecin du travail avec d'autres professionnels de santé) dispose d'ailleurs de compétences élargies : préservation de la santé physique et mentale des travailleurs, diminution des risques professionnels, amélioration des conditions de travail, prévention de la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail, prévention de la pénibilité et de la désinsertion professionnelle, contribution au maintien de l'emploi, surveillance de l'état de santé, traçabilité des expositions professionnelles ou veille sanitaire. Cette conception résolument extensive des attributions

32 Cass. (soc.), 25 novembre 2015, n° 14-24444 (à paraître au Bull. civ.).

33 F. Héas, Le devenir de l'obligation de sécurité de résultat en matière de travail, *Droit Ouvrier* 2016, p 10.

34 G. Pignarre, L.F. Pignarre, La prévention : pierre angulaire ou/et maillon faible de l'obligation de santé et sécurité au travail de l'employeur ?, *RDT* 2016, p 151.

35 Cass. (soc.), 1^{er} juin 2016, n° 14-19702 (à paraître au Bull. civ.).



du médecin du travail vise à promouvoir une approche large et préventive des questions de santé au travail.

C'est pourquoi le médecin du travail a un accès libre aux lieux de travail. Il peut visiter les entreprises dont il a la charge soit à son initiative, soit à la demande de l'employeur ou du CHSCT ou, à défaut, des délégués du personnel ; il doit d'ailleurs le faire pour un tiers de son temps. Il est informé sur les techniques de production, la formation à la sécurité, les produits utilisés et les analyses éventuellement effectuées ; il peut procéder à des prélèvements pour analyse, mais demeure soumis au secret professionnel ; il peut aussi proposer des mesures individuelles d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste de travail ou des mesures d'aménagement du temps de travail en raison notamment de l'âge ou de l'état de santé du salarié ; il peut alerter l'employeur lorsqu'il constate un risque pour la santé des travailleurs. Il est également compétent en matière d'emploi des travailleurs handicapés et de constat de l'inaptitude d'un salarié.

Parmi toutes ces attributions, celle de la surveillance de l'état de santé des salariés revêt une importance toute particulière en matière de prévention. C'est d'ailleurs le sens de la réforme portée par la loi du 8 août 2016³⁶. Les salariés bénéficient ainsi d'un suivi individuel de leur état de santé par le médecin du travail, le collaborateur médecin, l'interne en médecine du travail et l'infirmier. Au moment du recrutement, c'est une visite d'information et de prévention. Par la suite, la périodicité du suivi varie selon les travailleurs et l'environnement de travail et est fixée par le médecin du travail (au maximum tous les cinq ans). Il en résulte que la visite d'embauche systématique et les visites tous les deux ans ne sont plus requises, à l'exception des salariés exposés à des risques particuliers (exposition à l'amiante, aux rayonnements ionisants ou par exemple à des risques de chute d'échafaudage). Ces derniers bénéficient seuls d'un examen médical d'aptitude à l'embauche, effectué par le médecin du travail et ensuite, d'un suivi individuel renforcé (au maximum tous les quatre ans). Le suivi est également spécifique et adapté pour les travailleurs handicapés ; s'agissant des travailleurs de nuit, le suivi individuel doit être régulier ; ces travailleurs bénéficieront d'une visite par le médecin du travail au maximum tous les trois ans. Gageons que ce renforcement de la marge de manœuvre du médecin du travail dans l'appréciation et l'organisation du suivi en santé au travail des salariés permettra utilement de consolider le rôle exclusivement préventif du praticien, en le soulageant de formalités qui visaient d'abord un objectif de contrôle et de sélection de la main d'œuvre³⁷.

II.2/ Les représentants du personnel

Les représentants du personnel sont un autre acteur de la prévention des risques professionnels dans l'entreprise³⁸. Si le comité d'entreprise contrôle le recours et

36 Loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, JO 9 août 2016. V. not. : F. Meyer, La loi Travail : aspects concernant la médecine du travail, RDT 2016, p 821.

37 S. Fantoni, F. Héas, P.Y. Verkindt, La santé au travail après la loi du 8 août 2016, Droit social 2016, p 921.

38 F. Héas, Les représentants du personnel et la question de la santé au travail, *Semaine sociale Lamy* 2004, n° 1196, p 5.

l'organisation par l'employeur du service de santé au travail³⁹ ou que les délégués du personnel peuvent, dans le cadre de leurs missions de suppléance, intervenir à défaut de CHSCT dans l'entreprise⁴⁰, c'est principalement ce dernier comité qui concourt à l'anticipation des risques en matière de santé au travail⁴¹.

La mission générale du CHSCT est en effet de veiller à la prévention⁴², à la protection de la santé (physique et mentale) et de la sécurité des travailleurs, à l'amélioration des conditions de travail et au respect des réglementations (Art. L. 4612-1 C. trav.). C'est pourquoi il peut être saisi, sur toutes ces questions, par l'employeur, le comité d'entreprise ou les délégués du personnel. De ce point de vue, sa mission est générale.

Le CHSCT est à cet égard un organe de conseil, ce qui renforce incontestablement sa fonction préventive. L'employeur doit impérativement le consulter avant toute modification des conditions de santé ou de sécurité ou intéressant les conditions de travail (Art. L. 4612-8-1 C. trav.). Le Code du travail vise l'« aménagement important » et la « transformation importante », mais l'approche est large : transformation des postes de travail, changement de produit, modification des cadences ou des normes de productivité, etc. La consultation est également obligatoire à propos du règlement intérieur, de l'introduction de nouvelles technologies et concernant les mutations technologiques ou certaines catégories de travailleurs (remise au travail des salariés victimes d'accidents du travail, des travailleurs handicapés, des invalides de guerre ou des invalides civils).

L'employeur doit annuellement communiquer au CHSCT un rapport écrit sur la situation générale de l'établissement en matière de santé, de sécurité et des conditions de travail (bilan et perspectives) et intégrant la problématique de la pénibilité (Art. L. 4612-16 C. trav.). Le CHSCT émet un avis sur ce rapport, les deux étant transmis au comité d'entreprise et le procès-verbal de la réunion devant être communiqué pour toute demande de marché public ou d'aide quelconque par l'employeur. Là encore, la transmission d'informations en matière de santé au travail aux représentants du personnel concourt à faciliter la connaissance et par conséquent, l'anticipation des risques professionnels.

Pareillement, le CHSCT est un organe de contrôle sur le plan de l'organisation de la sécurité dans l'entreprise : analyse des risques professionnels, inspections visant à vérifier le respect des réglementations, enquête en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, échange avec l'inspecteur du travail en cas de visite de celui-ci. Le CHSCT assume ainsi un rôle en matière de prévention des risques professionnels dans l'établissement, dont il assure la promotion : il lui est ainsi possible de susciter « toute initiative qu'il estime utile dans cette perspective » (Art. L. 4612-3 C. trav.).

La fonction préventive et générale du CHSCT est renforcée par le fait qu'il peut exercer ses attributions au bénéfice de tous les travailleurs amenés à intervenir dans l'établissement, y compris ceux mis à disposition par une entreprise extérieure (Art. L. 4612-1 C. trav.). À cet égard et plus largement, la chambre sociale de la Cour de cassation a récemment précisé que la compétence du comité est susceptible de concerner « toute personne placée à quelque

39 Art. L. 4622-12 ou L. 4623-4 C. trav.

40 Art. L. 2323-16 C. trav.

41 G. LOISEAU, L. PÉCAUT-RIVOLIER et P.Y. VERKINDT, Le guide du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, Paris, Dalloz, 2015, 477 p.

42 Curieusement, la loi ne le prévoit expressément que depuis 2016.



titre que ce soit sous l'autorité de l'employeur » : « en matière de prévention des risques professionnels », le CHSCT peut donc agir contre l'employeur dont il relève, mais également contre tout autre employeur de salariés intervenant dans l'entreprise⁴³. Dans le même sens, le CHSCT peut demander à entendre le chef d'un établissement voisin, dont l'activité expose les travailleurs de son ressort à des nuisances particulières » (Art. L. 4612-6 C. trav.).

En entreprise, les acteurs de la santé au travail sont donc nombreux et diversifiés. Certes, l'employeur doit assumer un rôle de tout premier ordre en matière de prévention des risques professionnels. Pour autant, d'autres protagonistes interviennent, afin que la thématique de la santé au travail soit bien abordée et traitée de manière conjointe et transversale. Or, le droit positif du travail se fondant d'abord sur une approche segmentée des attributions de ces différents acteurs (à l'exception de l'employeur), nous pensons que la reconnaissance d'une compétence générale du médecin du travail et des représentants du personnel en la matière, pourrait notablement permettre une simplification de cette branche du droit.

43 Cass. soc. 7 décembre 2016, n° 15-16769 (à paraître au *Bull. civ.*).

La vision des entreprises : présentation d'une approche innovante

Propos recueillis par Sébastien Martine, Sous-directeur à la Direction des risques professionnels, CNAMTS

La branche accidents du travail maladies professionnelles a pour principaux clients les entreprises et à travers elles leurs salariés, notamment pour sa mission de prévention des risques professionnels. Forte de sa volonté de conseiller et d'accompagner celles-ci, elle s'intéresse à la vision que peuvent développer des entreprises et soutient des initiatives locales innovantes pour permettre le déploiement de la culture de prévention.

Ainsi, le club ressources humaines santé d'Aquitaine qui réunit une quinzaine d'entreprises de la région, est co-animé par Chantal VILLOTTA-GERMAIN, directrice opérationnelle et en charge des ressources humaines de la tonnellerie Darnajou et Frédérique CAUMONTAT, contrôleuse de sécurité de la CARSAT Aquitaine.

La revue Regards, à travers Sébastien Martine, responsable adjoint du département prévention des risques professionnels de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), les a rencontrées, ainsi que Sandra VERDIN, directrice des ressources humaines de la société Maison Johanès Boubée (branche vin du groupe carrefour) et membre du club, pour partager leur expérience.

Comment est né le club ressources humaines que vous animez ? Qui a pris l'initiative de sa création ?

Chantal VILLOTTA-GERMAIN

Ce club ressources humaines santé est né suite à un échange entre pairs. Plusieurs entreprises de la région Aquitaine se sont retrouvées autour de l'idée qu'en dehors des grands clubs ressources humaines existants, il serait utile de disposer de lieux et de temps facilitant la réflexion et les échanges autour de situations vécues en entreprise. Un fonctionnement en petit groupe favoriserait une liberté d'expression sur tous les sujets de santé mais aussi de santé mentale voire de charge mentale pour les responsables des ressources humaines sur des problématiques quelquefois difficiles à porter en santé et sécurité au travail. Plusieurs entreprises ont envisagé l'intérêt de travailler ensemble, d'échanger des analyses de pratiques – selon la technique de la co vision – méthodes et outils.

La rencontre s'est faite avec Frédérique CAUMONTAT, contrôleuse de sécurité de la CARSAT Aquitaine qui était également dans cette réflexion autour d'une démarche locale pour faire progresser des sujets.

Frédérique CAUMONTAT

Nous avons deux rôles qui sont d'être contrôleur et préventeur mais notre mission première, c'est d'accompagner les entreprises à la mise en place de démarches de prévention des risques professionnels en tant que préventeur. Nous disposons de ressources, d'outils mais nous ne sommes pas forcément bien connus et identifiés par les entreprises alors que nous pouvons amener du contenu.



Chantal VILLOTTA-GERMAIN

Nous avons décidé de lancer ce club ressources humaines santé afin de permettre aux entreprises membres à travers leur responsable ressources humaines d'échanger les uns avec les autres sur les expériences, difficultés, interrogations, pratiques, ressources et méthodes à partir d'un sujet précis. La CARSAT Aquitaine souhaitait participer, mettant de côté son rôle de contrôleur, pour répondre aux interrogations des entreprises. La construction de club ressources humaines s'est donc faite de manière empirique.

À quel moment ce club ressources humaines santé a-t-il été créé ?

Frédérique CAUMONTAT

La création du club ressources humaines santé remonte à septembre 2013. Cette idée est née d'une réflexion sur ce besoin de mise en commun des problématiques et des outils. Cet échange est consécutif à ma rencontre avec Chantal VILLOTTA-GERMAIN dans sa précédente expérience professionnelle chez un négociant en vin où elle nous avait sollicités à l'occasion d'un accident du travail grave pour lequel elle avait senti qu'il fallait mettre en place une démarche globale de prévention des risques professionnels. Elle a donc contacté la CARSAT Aquitaine pour bénéficier d'un accompagnement sur la mise en place d'une telle démarche de prévention et c'est de cette façon que nous avons commencé à travailler ensemble sur de la formation interne. Le temps et nos échanges faisant leur œuvre, quelques années après cette première coopération, nous avons partagé cette idée de création de club ressources humaines santé.

Chantal VILLOTTA-GERMAIN

La CARSAT Aquitaine s'est engagée dans la création de ce club ressources humaines santé où sont notamment rassemblées des entreprises du monde du vin dont les responsables des ressources humaines échangeaient déjà de façon informelle sur leurs pratiques et leurs difficultés, comme la charge mentale d'un responsable des ressources humaines.

Ce club ressources humaines santé a donc été créé en septembre 2013. Comment les premières réunions ont été organisées ? Quel a été le premier sujet de réflexion au lancement du club ?

Chantal VILLOTTA-GERMAIN

L'objectif est d'aller dans chacune des entreprises membres du club pour pouvoir notamment percevoir *in situ* l'organisation, les problématiques mais aussi les bonnes pratiques de chaque entreprise. La CARSAT Aquitaine peut également servir de lieu de réunion car elle constitue un véritable centre de ressources en matière de documentation.

Nous avons commencé par lister les différentes problématiques que souhaitaient aborder les entreprises présentes. Les deux premiers sujets de préoccupation des responsables des ressources humaines de notre club ont été les addictions et les risques psychosociaux. Le choix s'est porté sur les addictions pour débiter nos travaux. Au regard des contraintes de chaque membre du club, nous avons décidé de nous rencontrer tous les trois mois, avec cette idée d'épuiser le sujet en faisant intervenir des personnes extérieures au club ressources humaines santé ayant des points de vue contradictoires et complémentaires. L'idée était de multiplier les expertises, les ressources mises à notre disposition pour réaliser notre propre synthèse : chercheurs de Bordeaux, gendarmes, police, témoignages d'entreprises, associations, organismes de formation... À l'issue de ce travail, nous avons construit notre propre cahier des charges, que nous avons remis ensuite à un organisme de formation, sur ce que pouvait être le déploiement d'une démarche de prévention sur les addictions dans une entreprise tant sur les aspects politiques, juridiques – nous essayons toujours d'avoir un point de vue juridique – que sanitaires. L'organisme de formation s'est ensuite concrètement attelé à créer une formation autour d'une démarche de prévention, a fait travailler d'autres experts sur les addictions. Nous avons testé la formation. Celle-ci se déploie aujourd'hui sur d'autres entreprises.

Ensuite, nous avons convenu que chaque responsable des ressources humaines membre du club mettait en place dans son entreprise les outils (formations, interventions de médecins...) qu'il souhaitait. Sandra VERDIN a par exemple mis en place une démarche très aboutie autour d'une charte de dégustation responsable pour des collaborateurs dont l'activité est la dégustation.

Puis, nous avons décidé d'aborder le sujet suivant à savoir les risques psychosociaux. Très vite, nous avons convenu que le sujet pouvait poser certaines difficultés et limites et avons décidé de l'aborder sous l'angle prévu par l'accord national interprofessionnel en terme de qualité de vie au travail. Cette dimension intègre le sujet des risques psychosociaux et nous souhaitons nous inscrire dans une démarche valorisante de la santé. Nous avons donc adopté un regard très large sur le sujet en échangeant avec l'association française de normalisation (AFNOR), avec des groupes de recherche canadiens... Il y a notamment une chercheuse canadienne qui travaille actuellement sur le double impact c'est-à-dire l'impact de la santé des salariés sur celle du dirigeant et l'impact de la santé du dirigeant sur celle des salariés. Lors de notre prochaine réunion du club ressources humaines santé, nous ferons intervenir l'observatoire Amarok sur la santé des dirigeants parce que nous considérons que la santé globale de l'entreprise commence par la santé du dirigeant et que s'il n'est pas partie intégrante du système de santé, il va être difficile de travailler sur le sujet. Nous avons également travaillé avec un médecin de la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) qui a l'expérience de consultations sur des pathologies professionnelles. Nous travaillons également dans une démarche constructive avec l'agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT) et l'AFNOR sur différents modèles de qualité de vie au travail.

Notre objectif est de réaliser une synthèse finale en ayant envisagé l'ensemble des champs du sujet. Sur cette thématique de la qualité de vie au travail, nous ne recherchons pas un effet d'affichage mais bien comment nous pouvons traiter réellement et concrètement des risques psychosociaux au sein de nos entreprises. Ce sujet va nous occuper encore quelques séances. Nous déciderons ensuite de façon collégiale du prochain sujet à aborder au sein du club ressources humaines santé.



Pour revenir au sujet des addictions et à la production par vos soins d'un cahier des charges ayant servi à la création d'une formation que vous avez testée, l'avez-vous dispensée ensuite au sein des entreprises volontaires du club ressources humaines santé ? Avez-vous une idée du nombre d'entreprises qui l'ont mise en place, au-delà même du club ?

Chantal VILLOTTA-GERMAIN

Le club ressources humaines santé n'est pas prescripteur. En revanche, la CARSAT Aquitaine est en train de développer des offres de service, dans le cadre de son catalogue à destination des entreprises qui travaillent sur le sujet, qui vont s'inspirer de ces travaux. Le club ressources humaines santé n'a pas pour objectif de créer des outils pour les prescrire aux autres entreprises. Nous faisons connaître nos travaux dans le réseau, chaque entreprise étant libre de les utiliser ou non. Il n'y a pas d'ingérence dans les entreprises.

Disposez-vous d'un bilan dressé par l'organisme qui a utilisé votre cahier des charges pour créer la formation sur les addictions ?

Chantal VILLOTTA-GERMAIN

Nous lui avons laissé toute liberté sur le sujet. Nous savons que cette formation est dispensée mais n'avons pas cherché à savoir car nous ne souhaitons pas labelliser cette formation. Nous avons travaillé avec cet organisme qui s'est proposé spontanément avec pour seule contrepartie que nous testions la formation. Nous lui avons donné en quelque sorte nos droits sur ce cahier des charges mais nous ne souhaitons pas que l'organisme précise que la formation est approuvée par notre club ressources humaines santé ou la CARSAT Aquitaine.

Pour revenir au sujet de la qualité de vie au travail qui inclut justement cette dimension risques psychosociaux, avez-vous déjà produit des outils ou êtes-vous encore dans ce travail de réflexion et de consultation ? Avez-vous un objectif, envisagez-vous un produit, fruit de vos travaux sur la qualité de vie au travail et les risques psychosociaux ?

Chantal VILLOTTA-GERMAIN

Nous avons produit une synthèse à l'issue de notre première séance de travail pour justement éclaircir les idées de chaque membre sur ces notions. Un des membres de notre club participe également à un club sur les incivilités en Aquitaine et a pu alimenter ce premier travail. Nous ne voulions pas nous égarer dans des effets d'affichage sur la qualité de vie au travail, ce cadrage y a contribué. Il nous a permis

de ne pas mettre de côté certaines notions. Par la suite, nous avons eu la chance de pouvoir échanger facilement avec différents acteurs que nous avons sollicités. Nous sommes un petit club et nous réalisons ces travaux avec nos contraintes d'activité respectives. Il y a une vraie motivation à le faire parce que cela nous apporte beaucoup en termes de développement, de veille et de prospective. Cependant, arriver à produire des écrits dans le cadre de nos travaux constitue notre limite et il nous faudrait d'autres ressources.

Vous rencontrez donc finalement une difficulté à trouver le temps et les ressources pour réaliser vos travaux ?

Chantal VILLOTTA-GERMAIN

Nous passons du temps à identifier les intervenants pour nos réunions, en essayant notamment de les rencontrer avant de les faire intervenir pour juger de leur pertinence au regard de nos réflexions et travaux. À cela, s'ajoutent nos réunions et tout cela prend un temps non négligeable.

Une autre solution aurait été de faire grandir ce club ressources humaines santé puisque nous sommes régulièrement sollicités par d'autres responsables de ressources humaines d'entreprises qui souhaiteraient intégrer le club. Nous avons réfléchi sur cette hypothèse lors d'une de nos réunions mais notre taille modeste nous permet des échanges rapides et transparents. Nous représentons déjà des secteurs d'activité différents, nous pourrions éventuellement essayer et réaliser des échanges interclubs mais élargir le club nous ferait ressembler à d'autres grands clubs ressources humaines qui existent, où il se passe des choses intéressantes mais où les membres sont plus passifs en assistant à des conférences. Ce n'est pas notre objectif. Nous atteignons donc nos limites. Si nous souhaitons produire davantage en élargissant le club, nous allons perdre la proximité et la richesse dans nos échanges.

Pouvez-vous justement nous présenter les entreprises membres du club ressources humaines santé d'Aquitaine ?

Chantal VILLOTTA-GERMAIN

De nombreux secteurs d'activité sont représentés : le bâtiment, l'industrie, le commerce non alimentaire, le monde du vin, le sanitaire et le médico-social, la Sécurité sociale avec la caisse d'allocations familiales. Se joignent à nous un médecin du travail d'un service de santé au travail et l'AFNOR.

Toutes les tailles d'entreprises sont également représentées : la plus petite entreprise qu'est la tonnellerie comprend quinze salariés et la plus grosse que constitue la caisse d'allocations familiales emploie neuf cent salariés. Malgré cette grande diversité et nos différences, les échanges sont très riches sur de nombreux sujets. Cela peut paraître étonnant mais sur des risques ou des problématiques comme la qualité de vie au travail, de nombreux points intéressent l'ensemble des membres. Cette diversité constitue une véritable richesse.



Pour faire le parallèle entre votre club et d'autres organisations, avez-vous participé ou participez-vous à d'autres clubs de ressources humaines ? Est-ce cela qui vous a permis de vous dire que vous ne vous y retrouviez pas complètement ?

Chantal VILLOTTA-GERMAIN

J'ai longtemps fait partie de l'association nationale des directeurs des ressources humaines de la région et je continue à fréquenter certaines de leurs réunions. En Aquitaine, un autre club ressources humaines, l'association Nouvelle Gestion des Ressources Humaines (NGRH), ouvre régulièrement ses conférences et j'y participe ponctuellement. Nous pouvons également citer les universités d'été du CECA à Bordeaux, qui permettent d'écouter d'autres regards : politiques, anthropologiques... Notre fonctionnement est différent et complémentaire. Nous n'avons pas d'existence juridique, nous ne sommes pas une association mais davantage une réunion de volontaires voulant collaborer dans le cadre d'un groupe de travail. Et nous avons ciblé nos travaux sur la santé au travail, ce qui n'est pas le cas de la plupart des autres clubs ressources humaines.

Pour revenir aux travaux menés par le club ressources humaines santé, quels impacts mesurez-vous au sein des entreprises membres à travers les réflexions, productions et outils ? Qu'est-ce que cela a permis de faire évoluer tant dans vos entreprises que dans vos pratiques professionnelles de responsables des ressources humaines ?

Sandra VERDIN

Lorsque l'on exerce la fonction de responsable des ressources humaines dans une entreprise, on a un rôle à la fois très opérationnel mais on doit développer une vision stratégique. Souvent, nous pouvons nous sentir seul, la participation à ce club ressources humaines santé nous permet d'élargir notre champ de réflexion, de partager nos pratiques, d'avoir des ressources quand nous sommes en difficulté. Nous pouvons être confrontés à des difficultés collectives et individuelles en matière de risques psychosociaux. Le club constitue un véritable réseau de collègues hors de notre entreprise qui sont une ressource précieuse pour renouveler nos approches et profiter de leurs expériences. À titre personnel, en tant que directrice des ressources humaines, je reçois beaucoup de charge mentale que je n'évacue pas en entreprise, ce que le club me permet.

Chantal VILLOTTA-GERMAIN

Dans le cadre du club ressources humaines santé, nous avons également lancé un groupe où nous pouvons expérimenter le co-développement grâce à un facilitateur selon la méthode canadienne. Nous venons en réunion avec nos problématiques et nous repartons avec des réponses et solutions grâce au groupe qui permet

une prise de recul. C'est pour cela que la taille modeste de notre club ressources humaines est primordiale pour nous, ce qui nous a permis de créer une véritable relation de confiance. Nos problématiques sont communes mais nous ne les rencontrons pas forcément au même moment, faisant ainsi résonance. Cette mutualisation de nos ressources nous fait gagner collectivement du temps sur les outils.

Qu'est-ce que ce club ressources humaines santé a changé pour la CARSAT Aquitaine ? À travers cette démarche, de nouveaux outils ont-ils été créés ? Quel a été l'impact interne par rapport aux autres collègues contrôleurs de sécurité ou ingénieurs conseil ? Quel impact dans la pratique de la CARSAT en matière de pratiques de prévention vis-à-vis d'autres entreprises ?

Frédérique CAUMONTAT

Tout d'abord, ces travaux vont nous servir pour nos propres actions. Une de mes collègues de la CARSAT travaille actuellement à la mise en œuvre d'un programme de prévention des addictions et s'appuie notamment sur les travaux du club ressources humaines santé. Nous allons donc pouvoir capitaliser sur les outils produits et les diffuser plus largement.

Par ailleurs, participer à ce club ressources humaines santé permet de promouvoir le savoir-faire en prévention de la CARSAT auprès des entreprises membres, alors que l'image plus généralement renvoyée par les entreprises est celle d'un organisme contrôleur. Il ne s'agit pas d'oublier cette mission, mais de montrer que nous sommes également présents pour conseiller et accompagner les entreprises.

Au sein des entreprises du club, est-ce que l'on vous a fait ressentir cela ? La CARSAT était-elle connue pour ses activités de prévention des risques professionnels ?

Sandra VERDIN

J'ai intégré le club ressources humaines santé en 2013. Début 2015, nous avions le projet de construire une usine d'embouteillage de vin dans la région, à côté d'un de nos sites logistiques. J'ai proposé au responsable du site de demander l'avis de la CARSAT Aquitaine sur notre projet. Il a montré les plus grandes réticences. J'ai cependant contacté Frédérique CAUMONTAT car nous avions échangé sur la possibilité d'un accompagnement par la CARSAT et elle m'a mise en relation avec l'un de ses collègues qui travaille sur la conception des lieux de travail. Il nous a conseillé sur les éléments à intégrer au moment de la conception et dans le choix des matériaux, des sols... Aujourd'hui, mes collègues opérationnels n'ont plus d'appréhension à solliciter la CARSAT et on essaie de le faire le plus en amont possible.

Chantal VILLOTTA-GERMAIN

Tous les membres du club ressources humaines santé ont changé de perception sur la CARSAT. Certaines entreprises étaient réticentes à participer au club du fait de la présence de la CARSAT. Elles ne s'en souviennent plus aujourd'hui.



Frédérique CAUMONTAT

Pour avoir échangé avec les membres du club, j'ai le sentiment qu'ils comprennent que la fonction d'assureur ne disparaît pas avec celle de conseiller, notamment en cas de dysfonctionnements pouvant porter une atteinte grave à la santé des salariés.

Les travaux engagés par la CARSAT Aquitaine sur les addictions vont-ils devenir un programme régional ?

Frédérique CAUMONTAT

À l'origine, il y avait une demande sur le sujet d'une organisation patronale dans le cadre des comités techniques régionaux (CTR) de la CARSAT Aquitaine. Nous avons présenté aux partenaires sociaux les travaux du club ressources humaines santé et il est très probable que ce sujet fasse l'objet d'une offre de formation régionale de la CARSAT Aquitaine à proposer auprès des entreprises dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion 2018-2021.

Après les addictions et la qualité de vie au travail, quel sera le prochain thème traité au sein du club ressources humaines santé ?

Chantal VILLOTTA-GERMAIN

Nous n'avons pas encore pris de décision sur le sujet mais cela sera discuté par l'ensemble des membres du club, soit parce que le sujet est prospectif, soit parce qu'il est au contraire criant au sein d'une entreprise du club.

L'action de la MSA dans le champ des AT/MP. Médecine du travail et service médical

Par Franck Duclos, *Directeur délégué aux politiques sociales de la MSA*



Franck Duclos, diplômé de l'École Polytechnique et de l'École nationale supérieure de techniques avancées (ENSTA), est directeur délégué aux politiques sociales de la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA) depuis 2012. Auparavant à la CNAMTS durant sept ans, il fut notamment directeur adjoint et directeur administratif et financier du groupe UGECAM. Ingénieur en chef de l'armement, il a également travaillé à la Direction du Budget et comme chef du pôle budgétaire au cabinet du ministre de la santé et des solidarités.

Introduction

La Mutualité Sociale Agricole (MSA) est une organisation professionnelle gestionnaire du service public qui gère la protection sociale et familiale de l'ensemble de la profession agricole (exploitants et salariés agricoles), soit près de six millions de personnes bénéficiant d'au moins une prestation au régime agricole au 1^{er} janvier 2015. La population active agricole compte 500 000 exploitants et 1,2 millions de salariés (nombre trimestriel moyen ou 800 000 ETP). Organisme privé chargé de la gestion du service public, la MSA se caractérise par son système démocratique fondé sur les valeurs mutualistes de solidarité et de responsabilité, une conception globale de la protection de chaque adhérent que traduit sa gestion en « guichet unique », une organisation décentralisée permettant un service de proximité.

Placée sous la triple tutelle du ministère de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt, du ministère des affaires sociales et du ministère du budget, la MSA repose sur une structure décentralisée avec, au niveau national une Caisse Centrale (CCMSA), et au niveau départemental ou pluri départemental, 35 Caisses de MSA et de nombreuses agences locales au contact des assurés du monde agricole.

Ces trente-cinq MSA sont toutes à vocation générale : elles proposent une offre globale de prestations sociales pour leurs assurés, ce qui différencie la MSA des autres organismes de Sécurité Sociale et constitue son originalité. Elle émet et recouvre les cotisations et verse les prestations pour toutes les branches de la sécurité sociale agricole (maladie, famille, vieillesse, accidents du travail).

Elle assure enfin, des missions pour compte de tiers, de prélèvement des cotisations en maladie et retraite complémentaires, de versement des prestations en maladie complémentaire ; d'infogérance au profit d'autres régimes de sécurité sociale, notamment. Ses élus maillent le territoire et représentent les trois collèges d'exploitants, de salariés et d'employeurs de main d'œuvre. Leur nombre important, de trois élus pour deux administratifs, témoignent également de la vitalité d'un mutualisme très ancré dans les territoires.



La MSA est chargée dans ce cadre de la Santé au Travail et de la Prévention des Risques Professionnels auprès des entreprises affiliées à la MSA. Des médecins et infirmiers en santé au travail et des conseillers en prévention des risques professionnels accompagnent ainsi les entreprises agricoles dans leurs projets d'amélioration des conditions de travail, de la sécurité et de la santé en général des différents opérateurs.

La prévention des risques professionnels en agriculture est donc assise sur les bases mises en place par les politiques nationales, mais en tenant compte logiquement de certaines spécificités : les différentes populations à surveiller (salariés et non-salariés), les entreprises agricoles (petite taille et dispersion), les risques professionnels spécifiques pour certains (produits phytopharmaceutiques, risques liés aux animaux, aux machines).

L'agriculture n'a pas échappé aux mutations sociales, économiques, structurelles et technologiques du travail. Le constat dans le monde agricole est là : des maladies professionnelles en augmentation, des accidents du travail en diminution mais avec des critères de gravité stables (cependant en augmentation au niveau des coûts), des accidents mortels toujours trop nombreux, des désordres psychosociaux fréquents et graves et tout autant liés aux organisations du travail qu'à l'environnement socio-économique.

I- Aspect démographique, les populations agricoles

En tant que régime de protection sociale des travailleurs agricoles, la MSA intervient auprès de deux populations différentes : les salariés et les non-salariés (exploitants) dont la prévention des risques professionnels et le suivi médico-professionnel ne sont pas identiques, en lien avec une réglementation et des moyens subséquents différents.

En 2015, le nombre trimestriel moyen de salariés agricoles s'élève à 1,2 million, soit 1,3 milliard d'heures de travail déclarées par les employeurs de main d'œuvre. L'activité des entreprises affiliées au régime agricole se décompose en quatre grands secteurs : la Production agricole, les industries de Transformation agro-alimentaire, le Tertiaire agricole incluant banques, assurances et services à l'agriculture, ainsi que les activités dites de « Paysagistes et centres équestres et autres activités » orientées vers les services à la personne ou à l'entreprise (paysagisme, centres équestres, employeurs, artisans ruraux, particuliers).

Concernant les non-salariés agricoles, 560 000 personnes sont couvertes par l'assurance Accidents du travail et des maladies professionnelles des exploitants agricoles (ATEXA) en 2015. Il s'agit des exploitants agricoles, collaborateurs et aides familiaux. Les secteurs des élevages de bovins et des grandes cultures regroupent le plus d'affiliés avec respectivement 30,2 % et 17,0 %.

I.1/ Le Plan Santé-Sécurité au Travail 2016-2020 en Agriculture

Présentation générale

Conçu pour tous les travailleurs agricoles par les experts des services Santé-sécurité au travail de la MSA, le plan 2016-20 fixa les orientations stratégiques pour mener des programmes d'actions en direction de populations agricoles salariés et non-salariés.

La mission de service public de la MSA l'amène, de par sa connaissance des accidents du travail et des maladies professionnelles, à accompagner les entreprises dans l'évaluation des risques professionnels et la mise en œuvre des mesures de prévention, qu'elles soient techniques ou organisationnelles.

La Santé-sécurité au travail (SST) est une spécificité de la MSA qui est le seul régime de sécurité sociale à avoir la charge de cette mission, en cumulant les compétences de prévention des risques professionnels et de santé au travail. Depuis 1999, un plan pluriannuel SST pour 5 ans est préparé au niveau central et approuvé par le conseil central de la MSA. Le choix des priorités de prévention devient le choix de la caisse départementale ou pluri départementale, en fonction d'un état des lieux local, régional et national. Et depuis 1982, progressivement, les médecins du travail, les conseillers en prévention, les infirmiers santé travail et les administratifs dédiés sont placés sous la responsabilité du médecin du travail chef dans chacune des MSA du réseau.

Le 5^{ème} plan Santé-sécurité au travail pour les années 2016-2020 de la MSA est issu d'une démarche participative. Il présente des orientations partagées par l'ensemble des acteurs de la santé au travail de MSA mais également les partenaires sociaux, organisations patronales et salariales consultées au cours de son élaboration dans le cadre des comités techniques nationaux de prévention, de manière à bien articuler les légitimités démocratiques respectives de ces organisations et celles des élus MSA au conseil central. Il expose les axes prioritaires pour les cinq ans à venir, les actions qui seront menées vers les assurés, qu'ils soient salariés, employeurs ou exploitants. Les métiers de l'agriculture présentent des risques spécifiques liés à la diversité des activités, le travail avec le vivant et l'utilisation de nombreux équipements.

L'approche GDR pour la construction du plan

En tant qu'organisme gestionnaire du risque AT-MP en charge d'une mission de service public orientée sur la promotion de la prévention des risques professionnels auprès des entreprises, la MSA a une démarche de gestion des risques professionnels pour améliorer l'efficacité et l'efficacité de sa politique publique, mieux maîtriser et réduire les risques. L'objectif est de croiser une logique de service public avec une logique assurantielle, c'est-à-dire, pour le secteur des AT-MP, de renforcer les ressources humaines dédiées et les moyens financiers dans les secteurs et activités agricoles qui « coûtent » le plus cher aussi bien socialement qu'économiquement.

Les risques professionnels en agriculture sont nombreux et leurs conséquences toutes aussi variées, des manifestations les plus bénignes aux effets les plus graves et incapacitants.



Dans la construction du plan SST 2016-2020, ces risques ont été contextualisés en fonction :

- ▼ Des travailleurs (âge, ancienneté, genre, statut, ...) ;
- ▼ Des activités (plus ou moins de risques et des risques plus ou moins spécifiques) ;
- ▼ Des entreprises (des TPE aux grands groupes) ;
- ▼ De nombreux autres facteurs (contexte économique, social, ...).

Le ciblage à partir de ces différents critères tient compte de la grande variabilité de situation générée par les multiples facettes des expositions professionnelles de la population agricole et permet de définir les priorités d'action. Au final, chaque programme d'actions mis en œuvre doit pouvoir répondre à une question fondamentale : « Pourquoi ? » de façon à agir là où des risques bien identifiés impactent fortement la santé et la sécurité d'un grand nombre de travailleurs.

En cohérence avec la mission de service public, le plan SST 2016-2020 prévoit un pilotage renforcé par une mobilisation de l'ensemble des acteurs des services SST et une orientation des moyens sur un nombre limité de priorités, justifiées entre autres par une importante sinistralité en termes de volume et de coût. Inclus dans le pilotage, le suivi du plan repose sur des mesures d'indicateurs de réalisation et de résultats, en cours et en fin de plan.

Quelques risques ou thèmes ont des répercussions plus importantes que les autres compte-tenu de leur volumétrie ou de leur coût. Ces sont les suivants :

- ▼ le risque animal et la sécurité au contact des animaux dans les secteurs de l'élevage. Concernant les exploitants agricoles, les maladies professionnelles sont dues une fois sur deux au risque animal et 56 % des accidents de travail des exploitants agricoles sont liés aux activités en élevage (notamment bovin) mais également dans le secteur équin où l'on constate un nombre très important d'accidents de travail.
- ▼ le risque équipements de travail agricoles. Ce risque représente entre 17 % et 18 % des cas d'AT pour les deux populations.
- ▼ le risque TMS (troubles musculo-squelettiques). Près de neuf maladies professionnelles sur dix sont des TMS.
- ▼ le risque de chute avec dénivelation. Concernant les exploitants agricoles, près du tiers des mouvements accidentels sont des pertes d'équilibre et chutes de la victime.
- ▼ les ATMP dit graves non mortels.

Les ATMP graves non mortels, s'ils ne regroupent qu'une petite partie des ATMP (moins de 8 % des AT chez les salariés, moins de 13 % chez les non-salariés ; moins de 33 % des MP chez les salariés, moins de 20 % chez les non-salariés) représentent à l'inverse une part considérable des dépenses du régime des ATMP :

- ▼ s'agissant des AT proprement dits, suivant les années d'observation, entre 70 et 80 % du coût des AT sont dus aux AT graves non mortels chez les salariés ; cette proportion est de l'ordre de 45 à 60 % chez les non-salariés.
- ▼ s'agissant des MP, 80 % de leurs coûts viennent des MP graves non mortelles chez les salariés, 54 % chez les non-salariés.

Compte-tenu de la diversité des AT graves non mortels, de par leur dispersion sur l'ensemble des filières ou risques connus dans le secteur agricole, la MSA a mis en place une enquête sur la période de sa COG afin d'améliorer la connaissance des facteurs déterminants de ces accidents dans l'optique d'efficacité des actions de prévention pour réduire la gravité des AT. Trois secteurs sont concernés par cette enquête : la viticulture, les jardins et espaces verts (JEV) pour les salariés et les élevages de bovins chez les non-salariés.

Les priorités du plan SST

Les plans Santé-Sécurité au travail mis en place de longue date au niveau national et en agriculture ont impulsé une démarche fondamentale : se donner des priorités permettant d'agir à partir d'un double diagnostic «sécurité» : celui posé par les entreprises et celui relevant de l'analyse des acteurs de la SST. Le Plan SST 2016-2020 devra continuer dans cette voie, en améliorant la pertinence de ses programmes d'actions par une démarche de ciblage réfléchie reposant sur des orientations stratégiques institutionnelles. Ceci permettra de prévenir les risques liés aux expositions professionnelles, quelles que soient leurs conséquences (à court et à long terme), de prévenir l'usure au travail et de promouvoir le maintien dans l'emploi. Il doit s'agir d'une véritable promotion de la santé et de la sécurité au travail pour l'ensemble des populations actives agricoles.

En cohérence avec les orientations du Plan Santé au Travail n° 3 (PST3), piloté par l'État, de « favoriser l'appropriation de la culture d'évaluation et de prévention des risques par tous les acteurs » et de « développer des services d'accompagnement à l'évaluation des risques au profit des PME-TPE » qui consistent à « changer et renforcer l'approche du DUERP au profit d'un document traduisant un processus pilote de prévention raisonné et opérationnel », la MSA s'attachera dans la mise en œuvre de son plan SST 2016-2020 à renforcer en particulier auprès des entreprises des secteurs d'activité identifiés comme prioritaires, l'accompagnement collectif à la mise en place d'une démarche d'évaluation des risques.

Six grands axes ont été dégagés par ce plan :

Comme évoqué plus haut :

- ▼ Le risque animal
- ▼ Le risque machine et le risque chute de hauteur
- ▼ Les TMS



- ▼ L'exposition au risque chimique, puisque près de 10 % des salariés sont exposés à des produits chimiques cancérogènes, mutagènes et reprotoxiques.
- ▼ Les risques psychosociaux, avec 35 à 60 % des travailleurs, qui évoquent des pressions psychosociales au travail.
- ▼ L'employabilité des actifs agricoles car l'allongement de la durée de la vie professionnelle pose de nouvelles problématiques de maintien en emploi qui doivent être prises en compte.

Par ailleurs, la MSA portera :

- ▼ l'évaluation des risques professionnels et la mise en place de plans d'action propres à chaque entreprise, comme une démarche incontournable de progrès pour la sécurité et les conditions de travail des salariés.
- ▼ la promotion de la qualité de vie au travail dans le milieu agricole. La qualité de vie au travail (QVT) consiste à inciter les entreprises au développement de la prévention en démontrant que les investissements dans la santé et la sécurité, outre qu'ils participent au bien-être des personnes, sont effectivement rentables pour l'entreprise.

Pour chaque priorité, ont été définies des actions précises (issues de l'expérience ou de nouvelles actions) à mettre en œuvre par l'ensemble des 35 MSA afin de pouvoir évaluer à terme l'effort fourni. Ces actions font pour la plupart l'objet d'un protocole et d'une mise en main d'un outillage par la CCMSA. Leurs développements et leurs adaptations/enrichissements doivent être accompagnés tout le long du plan. Des objectifs cibles de réalisation des actions ont été communiqués aux MSA avec le plan SST national approuvé par le conseil central dès juillet 2015. Chaque MSA, au cours de la période juillet - novembre 2015, a décliné le plan SST national en plan SST local et a proposé des objectifs cibles sur chacune des actions nationales. La CCMSA a arbitré de novembre à février 2016 sur les cibles proposées par chaque MSA de manière à la fois à atteindre les ambitions nationales tout en tenant compte des situations locales.

I.2/ Focus sur des actions portées par le plan ou non

Agir sur la conception des machines

Les accidents mettant en cause une machine représentent dans le milieu agricole 30 % des AT mortels, plus d'1 AT sur 6 et 20 % des coûts de réparation pour l'organisme de sécurité sociale MSA. Dans une logique de prévenir les risques le plus en amont possible (prévention primaire) et le plus efficacement possible, le plan SST est axé sur une intervention dès la conception des matériels en agissant au niveau de leur normalisation et de leur réglementation afin de développer des solutions innovantes plus sûres. Pour ce faire, à chaque année du plan SST (2017 à 2020) est identifié un nombre limité de machines pour lesquelles chaque MSA est amenée à réaliser des enquêtes après accidents ou des observations d'activité de travail. Les matériels annuellement retenus correspondent aux

matériels générant le plus d'accidents et les analyses de la MSA sont inscrites dans un calendrier normatif. Ainsi la MSA portera dans les instances de normalisation ou de réglementation en concertation avec le ministère de l'agriculture, la connaissance des circonstances des accidents et les difficultés d'utilisation dans des environnements de travail réels. De tels éclairages permettront d'être davantage exigeant et plus efficace sur les mesures réglementaires à prendre dès la conception des machines en matière de prévention des risques professionnels.

Le « guichet unique » de la MSA

Le vieillissement de la population active, l'allongement de la durée de la vie professionnelle et l'expansion des maladies, notamment des maladies chroniques, expliquent aujourd'hui les raisons pour lesquelles des salariés et des non-salariés agricoles sortent du marché de l'emploi, faisant ainsi progresser les ruptures professionnelles liées à l'état de santé de l'individu.

Maintenir en emploi les travailleurs souffrant d'un problème de santé ou d'un handicap devient ainsi un enjeu pour la population agricole et donc un enjeu institutionnel pour la MSA, pris en compte en particulier dans le cadre de ses objectifs COG (par l'action des cellules pluridisciplinaires de maintien en emploi) et du plan santé et sécurité au travail en agriculture 2016-2020, via l'axe employabilité et préservation de la santé au travail.

Les cellules pluridisciplinaires de maintien en emploi : manifestation du guichet unique MSA

La cellule pluridisciplinaire de maintien en emploi (dite CPME) est une instance de concertation et d'accompagnement du travailleur agricole en risque de désinsertion professionnelle.

Avec l'accord préalable de l'assuré, la CPME assure un accompagnement renforcé et individualisé de celui-ci grâce à la détection précoce d'un éventuel problème de santé pouvant impacter son aptitude au poste de travail.

La prise en charge du travailleur agricole fragilisé est assurée en cinq étapes :

- ▼ la détection de la situation à risque
- ▼ l'alerte à la CPME
- ▼ la phase de coordination et de définition de l'action par la CPME
- ▼ la mise en œuvre et le suivi de l'action
- ▼ l'évaluation de l'action.

En outre, afin que l'assuré puisse bénéficier d'un interlocuteur unique sur ce projet, un pilote « maintien en emploi » l'accompagne individuellement et le suit tout au long de son parcours.

La CPME a la volonté de prendre en compte la situation globale de l'assuré pour favoriser ses chances de maintien : les informations médicales (dans le respect du secret médical), économiques et sociales de l'assuré sont donc analysées afin d'identifier l'action la plus adéquate à sa situation socio-professionnelle.



Pour ce faire et ainsi optimiser au mieux ce temps d'accompagnement et d'action, la MSA mobilise son guichet unique en favorisant un travail en pluridisciplinarité entre les services concernés : l'action sanitaire et sociale (conseiller social), le service santé et sécurité au travail (médecin du travail du travail, conseiller en prévention, infirmier) et le contrôle médical (médecin-conseil), tous représentés *a minima* en sein de la cellule.

L'axe employabilité et préservation de la santé au travail : la coordination recherchée entre médecin du travail, médecin-conseil et médecin traitant, acteurs pivot du maintien en emploi

L'un des domaines où l'on note un déficit de coordination préjudiciable à l'assuré est celui concernant la médecine de ville et la médecine du travail.

Mais, parce que la coordination entre les professionnels de santé assurant le suivi ou l'accompagnement médical de l'assuré est nécessaire pour maintenir en emploi les travailleurs agricoles en difficulté, médecin du travail, médecin-conseil et médecin traitant doivent collaborer, de manière efficace, en identifiant notamment les outils qui leur permettront d'interagir le plus en amont possible d'une éventuelle rupture du parcours professionnel.

Aussi, dans le cadre du plan SST 2016-2020, une action est-elle à mettre en évidence : la visite de pré-reprise, outil favorisant le maintien en emploi du salarié agricole et identifiée comme telle dans le cadre de la réforme El Khomri de l'été 2016 et du PST3.

Initiée par le salarié, le médecin traitant ou le médecin-conseil pour les salariés en arrêt de travail, elle permettra au médecin du travail d'anticiper les besoins nécessaires à une reprise professionnelle en recommandant notamment à l'employeur, avec l'accord du salarié :

- ▼ des aménagements et adaptations du poste de travail ;
- ▼ des préconisations de reclassement ;
- ▼ des formations professionnelles à organiser en vue de faciliter le reclassement du salarié ou sa réorientation professionnelle.

Les cellules de prévention du suicide

La prévention du suicide est un enjeu fort pour le soutien de nos populations agricoles et la MSA s'est engagée à développer, au travers du nouveau plan de prévention du suicide 2016-2020, le « guichet unique » et le rôle des élus. La mise en place de cellules pluridisciplinaires de prévention (CPP) est le dispositif majeur de prévention primaire, secondaire et tertiaire. C'est un travail en pluridisciplinarité qui aborde les problématiques des personnes en situations de fragilité : précarité, handicap, risques psychosociaux et suicide.

Quelques chiffres sur l'activité 2015 des cellules pluridisciplinaires des MSA :

- ▼ En 2015 :
 - 1 106 situations détectées, 852 nouvelles situations accompagnées, 243 situations urgentes avec un risque suicidaire, soit 22 % des situations détectées.
 - Depuis 2012, 2 003 situations accompagnées et 2 396 nouvelles situations accompagnées.

Les contributeurs aux signalements aux CPP sont très variés et viennent principalement :

- ▼ Des travailleurs sociaux (327),
- ▼ Des services MSA : agents d'accueil (122) + autre service MSA (116)
- ▼ Des services médicaux MSA (105)
- ▼ Des organismes professionnels OPA (83)
- ▼ De l'intéressé lui-même (76), son entourage (59)
- ▼ Des élus MSA (53)
- ▼ Mais aussi parfois des médecins généralistes, des psychologues.

Les partenaires des CPP sont de plus en plus nombreux. On peut citer :

- ▼ Les Organisations Professionnels Agricoles (OPA), les associations locales, les ARS, les conseils départementaux
- ▼ Des conventions sont co-signées pour une synergie d'actions efficaces principalement avec des réseaux de psychologues pour 53,1 % des partenariats MSA-Psychologues.

Ces cellules s'appuient sur un réseau de sentinelles avec des sessions de formations spécifiques au repérage des signes de risques suicidaires et des séances de sensibilisation du public pour plus de 2/3 des MSA.

En outre, cette action de terrain est complétée par un approfondissement de la connaissance du phénomène avec l'INVS puis Santé Publique France et par un numéro d'écoute (Agri'écoute).

Conclusion

S'appuyant notamment sur une logique de gestion du risque, le nouveau plan SST 2016-2020 a fait le choix de s'investir particulièrement sur certaines priorités, de façon à agir grâce à l'effort de l'ensemble des MSA là où les risques sont bien identifiés et impactent fortement la santé et la sécurité d'un grand nombre de travailleurs. Mais au-delà du PSST, d'autres activités de prévention dont les aides financières, les études et recherches, la mise en œuvre des obligations liées aux missions de service public, viennent renforcer les actions du plan.

La transversalité entre les services des MSA, le rôle des élus, la proximité territoriale des services concourent à l'efficacité de ces actions de prévention des risques professionnels.

Les métiers de la prévention des risques professionnels

Par Georges Lischetti, Ingénieur conseil régional, Directeur des risques professionnels à la CARSAT Alsace-Moselle



De 2001 à ce jour : successivement Ingénieur Conseil spécialité Chimie (2001-2006), responsable du pôle formation (2007-2008), responsable de la circonscription du Bas Rhin (2009-2012), puis Ingénieur Conseil Régional (à compter de 2013).

De 1978 à 2001 : diverses fonctions, techniques et managériales, dans l'industrie chimique.

I- La prévention : une idée qui a mis du temps à émerger

I.1/ Les prémices de la prévention au XIX^{ème} siècle

La prise en compte des accidents du travail et des maladies professionnelles fut, au fil du temps, une succession de « révolutions sociales » qui ont accompagné les diverses révolutions industrielles. Elles ont mené notre société d'un monde agricole vers un système mondialisé dans lequel la génération et la gestion des données sont sur le point de créer plus de richesses que le travail.

Le rapport du Docteur Villermé de 1840 intitulé « Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie »¹, décrit avec précision les effets de l'industrie sur ceux qu'elle emploie. La nécessité de prendre des mesures pour « prévenir » les effets catastrophiques du travail sur la santé de la population, confirmée par le constat que près de 90 % des conscrits venant des départements industriels sont réformés car déjà physiquement diminués, verra la promulgation en 1841 d'une loi² limitant à huit ans l'âge d'admission des enfants dans les entreprises. Il faudra attendre trente-trois années supplémentaires pour que cette limite d'âge soit portée à douze ans !

Ce rapport évoque, sans forcément la nommer, la nécessité impérieuse de mettre en place des actions volontaires de prévention, ne serait-ce que sur l'argument suivant : « De si grands intérêts valent bien la peine qu'on y réfléchisse. Rappelons ici aux chefs de l'industrie, qui doivent plus particulièrement s'en émouvoir, que les ouvriers des manufactures forment la masse du peuple dans beaucoup de villes, et qu'on ne les conduit, qu'on ne les modère aisément que quand on a leur confiance ».

Des industriels novateurs font certainement le lien à cette époque entre cette situation et les effets liés à la généralisation des machines dans les manufactures. C'est ainsi qu'en 1867, la

¹ <http://sspsd.u-strasbg.fr/IMG/pdf/Villermé1.pdf>

² Votée sous le ministère d'Adolphe Thiers en 1840, elle fut promulguée le 21 mars 1841.



Société industrielle de Mulhouse (société savante créée en 1826 par des industriels protestants et reconnue d'utilité publique en 1832) créa les bureaux de l'Association des propriétaires d'appareils à vapeur (qui est devenue Apave), qui va aider ces industriels à prendre en compte les risques des machines à vapeur. Ce sera à terme, avec sa « sœur » l'Apave du Nord, les structures qui seront à l'origine, bien plus tard, de la première réglementation d'application nationale sur la sûreté de fonctionnement des machines à vapeur³.

La défaite des troupes françaises à Sedan en 1870 va définitivement convaincre l'État que des mesures fortes doivent être prises pour faire cesser les conséquences désastreuses liées aux conditions du travail sur l'état physique des citoyens. En découlera une structuration de l'inspection du travail ayant pour mission la protection légale des enfants et la prévention, autant que possible, des maladies professionnelles et des accidents de l'ensemble des salariés.

La loi de 1898 vient confirmer le manque d'efficacité d'une approche basée uniquement sur la persuasion des industriels menée jusque-là. L'employeur sera dès lors civilement responsable de l'ensemble des accidents survenant dans son entreprise. Il ne sera plus question de responsabilité pour faute (sauf cas exceptionnels), mais de responsabilité basée sur la notion de « risque professionnel » avec en contrepartie une indemnisation qui restera forfaitaire. Les entreprises sont donc amenées à « s'assurer » contre ce risque auprès d'assureurs privés, ou d'assumer ce risque via un dispositif d'auto-assurance (comme dans les mines et certaines branches d'activités). C'est en 1919 que l'indemnisation de certaines maladies liées à l'activité professionnelle sera rendue possible avec la création des premiers « tableaux de maladies professionnelles ».

I.2/ La prévention est devenue un axe prioritaire lors de la création de la Sécurité sociale

Après-guerre, la Sécurité sociale fut créée par les ordonnances d'octobre 1945, pour prendre à sa charge un certain nombre de risques sociaux. Certains étaient liés à des sinistres (maladie, invalidité...), d'autres étant la conséquence d'événements heureux influant sur le revenu de la famille (naissance par exemple). Les risques liés à la vie professionnelle : risques de l'insécurité de l'emploi, d'une insuffisance de rémunération de l'activité professionnelle, de lésions corporelles dans l'exécution du travail... pouvaient dès lors entrer dans le champ des risques sociaux.

L'idée de transférer l'assurance des accidents du travail vers la Sécurité Sociale était suggérée avant la libération dans le « Plan Parodi », mais il fallut attendre la loi du 30 octobre 1946 pour intégrer la protection contre les accidents du travail et les maladies professionnelles dans le champ de la Sécurité Sociale.

La gestion actuariale laissée jusqu'alors aux assureurs privés ne souffrait d'aucune critique. En revanche, la prévention ne bénéficiait que d'un faible engagement de

3 La nouvelle réglementation des appareils à vapeur fonctionnant à terre (rapport au Président de la République du 7 octobre 1907, décret du 9 octobre 1907. Circulaire ministérielle du 29 octobre 1907), par MM. A. Olry et P. Bonet, Lille, impr. de L. Danel, 1908 (notice BnF no FRBNF31036337)

leur part. Après être passé d'une logique de responsabilité à celle d'une réparation forfaitaire, un pas de plus sera franchi afin de promouvoir la notion de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles et même d'affirmer une volonté de redonner à la victime sa capacité de travail au travers de la mise en œuvre de soins appropriés⁴.

La lecture de l'exposé des motifs de la loi du 30 octobre laisse apparaître clairement une volonté de privilégier une nouvelle approche basée sur la prévention autant primaire que tertiaire. La circulaire 147 SS du 5 juillet 1949 préconise le renforcement du contrôle de sécurité.

II- La création d'un métier spécifique de « préventeur » au sein des caisses régionales

II.1/ Des compétences en rapport avec les risques

Ce sont les caisses régionales de Sécurité sociale (dénomination jusqu'en 1967 lorsqu'elles deviendront les caisses régionales d'assurance maladie, puis caisse d'assurance retraite et santé au travail en 2010) qui auront en charge la gestion des risques professionnels. Prenant la place des compagnies d'assurance qui ne sont plus autorisées à couvrir ce risque, une priorité d'embauche est alors offerte au personnel précédemment employé par ces sociétés d'assurance. Cette priorité permet de faire appel à « des personnels compétents et effectuant déjà ce travail avec un certain entraînement »⁵.

Les caisses régionales interviennent directement dans les entreprises en invitant les employeurs à « prendre toutes mesures justifiées de prévention ». Pour ce faire, elles recrutent des contrôleurs de sécurité et des ingénieurs conseils dont « les compétences techniques sont de qualité, et acquises dans les domaines générant les sinistres les plus nombreux » à cette époque. Les statistiques d'accidents étaient à l'époque élaborées par ces caisses à partir d'une liste d'éléments matériels composée de 42 familles dont 25 couvrant des machines et appareils. C'est dire l'importance forcément accordée aux spécialistes des domaines de la mécanique.

La circulaire 147 SS du 5 juillet 1949 préconise le renfort du contrôle et donne des préconisations sur l'embauche de contrôleurs de sécurité et d'ingénieurs conseils, dont le nombre pourrait être fonction des taux de cotisation payés par les entreprises. Il est spécifiquement stipulé que la relation sera à faire entre les compétences embauchées au vu des spécialisations et des activités industrielles de la région. Ces personnels seront formés par l'institut national de sécurité (INS) et disposeront d'un agrément délivré par les ministères du travail et de la Sécurité sociale.

Au fil du temps, une adaptation permanente aux évolutions industrielles et aux nouveaux processus générateurs de risques sera demandée à ces caisses.

La circulaire 24 SS du 30 mars 1960 précise par exemple les missions (et donc les compétences attendues) incombant aux ingénieurs conseils et aux contrôleurs de sécurité. Les premiers cités se consacrent plus particulièrement à « des études ou recherches, la responsabilité

4 Édition INRS ED 926 (2004) « Transfert de l'assurance accidents du travail à la Sécurité Sociale »

5 Édition INRS ED 926 (2004) « Transfert de l'assurance accidents du travail à la Sécurité Sociale » : page 73



d'un secteur déterminé (contrôle, enseignement, propagande), l'encadrement des contrôleurs, la visite d'usines ou de chantiers des entreprises importantes possédant elles-mêmes un ingénieur de sécurité ». Le paragraphe se termine par : « Il serait en effet regrettable, à tous points de vue, que l'agent de contrôle de la caisse régionale apparaisse moins qualifié que le représentant de l'employeur ». Les contrôleurs, sous l'autorité d'un ingénieur sont des agents de terrain visitant des secteurs déterminés, qu'ils soient professionnels ou géographiques. Ce choix déterminera les critères d'embauche ; soit disposer des connaissances d'un métier, soit avoir une formation générale et technique. Le niveau de qualification (ouvrier qualifié ou BEP) sera complété d'une « longue pratique d'une profession ».

La circulaire 76 SS du 17 juin 1963 réprecise la nécessité de veiller aux compétences techniques exigées lors des recrutements des contrôleurs et de l'indispensable assiduité à la formation continue proposée par l'INS. Le constat est fait que le personnel issu des anciennes compagnies d'assurance disposait en fait de valeurs professionnelles inégales.

Une nouvelle circulaire n° 43 S.S du 19 mai 1965 redéfinit le profil de recrutement des contrôleurs de sécurité. Si pour les ingénieurs, il avait toujours été exigé la possession par l'intéressé d'un diplôme d'ingénieur reconnu et de cinq années d'expérience professionnelle, le niveau des contrôleurs était variable d'une caisse à l'autre. Cette circulaire instaure pour ces derniers la double exigence d'une expérience de trois années de « pratique industrielle » et d'un niveau brevet professionnel (BP), brevet d'enseignement industriel (BEI) ou d'un brevet de technicien. Ces diplômes sont les précurseurs des bacs +2 exigés de nos jours.

II.2/ Une organisation variable des services prévention sur le territoire

Dès la création des caisses régionales, la possibilité leur a été donnée d'imposer des mesures de prévention, soit par la voie des dispositions générales s'adressant à l'ensemble des employeurs exerçant la même activité, soit par voie d'injonctions. Cette prérogative a été voulue pour permettre aux agents assermentés des caisses de disposer d'un droit similaire au dispositif de mise en demeure de l'inspection du travail. En cas d'inexécution des mesures prescrites par les contrôleurs ou les ingénieurs, ce sera la caisse régionale qui pourra imposer une cotisation supplémentaire tant que le risque subsistera. Ce dispositif dissuasif est conçu pour être une incitation à la prévention et non une sanction pénale.

Chaque caisse régionale dispose donc des mêmes moyens d'action, tout en s'organisant, en concertation avec les partenaires sociaux qui administrent ces caisses, en tenant compte des spécificités et des atypismes du tissu économique régional. Il n'y a pas d'organisation type, pas de règle sur le nombre et le ratio entre contrôleurs de sécurité et ingénieurs conseils. Certaines caisses travaillent avec une polyvalence des contrôleurs, d'autres avec des spécificités métiers, certaines caisses disposent d'antennes ou d'agences, d'autres sont centralisées...

La circulaire 76 SS du 17 juin 1963 fait le constat des disparités de fonctionnement des caisses et préconise une homogénéisation de l'organisation des « tournées » en la basant sur la sinistralité et dotant le contrôleur de fiches de situations et de fiches d'analyse. Ces dernières devaient lui permettre de préparer d'une part des visites de prévention en « action normale » et d'autre part de déterminer les établissements nécessitant des « actions prioritaires ». Cette même circulaire a pour objet d'orienter l'activité des services prévention pour harmoniser les visites d'établissement, les enquêtes suite à accident, les actions « d'éducation » dans l'entreprise, le recours aux centres psychotechniques et aux laboratoires, la distribution de matériel de soins d'urgence... autant d'éléments traités différemment par chaque caisse.

Un point commun à toutes les caisses est lié au fait que contrôleurs et ingénieurs bénéficient tous d'une formation initiale de professionnalisation lors de leur entrée dans l'institution, garantissant une démarche de prévention et une approche des entreprises partagée au sein de la branche accident du travail / maladie professionnelle (branche AT/MP) de la Sécurité sociale. Cette formation initiale est sanctionnée par l'obtention d'un agrément qui est obligatoire pour la pratique du métier de préventeur (ingénieurs et contrôleurs). Cet agrément, au-delà de son but de formation, confère aux préventeurs des droits d'accès et de contrôle dans les entreprises, droits que l'on retrouve résumés dans les articles L. 422.3 et R. 422.4 du code de la Sécurité sociale⁶ figurant au dos de la carte professionnelle de ces préventeurs.

II.3/ Les principales activités des ingénieurs conseils et des contrôleurs de sécurité

Les services prévention des risques professionnels des CARSAT ont pour mission principale la diminution des accidents du travail et des maladies professionnelles. Pour cela, ils s'appuient sur des moyens humains et financiers qui leur permettent d'être des acteurs majeurs de la prévention des risques professionnels en région :

- ▼ en développant des actions vers les branches professionnelles et en intervenant auprès des entreprises,
- ▼ en établissant des statistiques relatives aux accidents de travail et maladies professionnelles,
- ▼ en utilisant complémentairement les incitations financières (cotisations supplémentaires, ristournes, aides financières simplifiées, contrats de prévention),
- ▼ en organisant des formations à l'intention des entreprises,
- ▼ en diffusant de la documentation,
- ▼ en conduisant des actions au niveau de la conception,
- ▼ en contribuant à la formation initiale avec l'éducation nationale et l'enseignement supérieur,
- ▼ en contribuant au développement de la pluridisciplinarité.

Aujourd'hui, de façon non exhaustive, les agents des services prévention exercent les activités⁷ suivantes (en gras le cœur de métier) :

6 <https://www.legifrance.gouv.fr/>

7 Les évolutions des métiers de la prévention. Groupe de travail DRP/CARSAT – Décembre 2014 – CARSAT Pays-de-Loire



- ▼ Les ingénieurs conseils contribuent à la définition et à la mise en œuvre des orientations stratégiques de prévention des risques professionnels en collaboration avec les partenaires internes et externes et sont investis dans :
 - le recueil et la diffusion de données statistiques,
 - **l'animation du dialogue avec les instances paritaires de la branche AT/MP,**
 - la programmation et le pilotage de l'activité du service,
 - **le management des équipes,**
 - **l'intervention vers les entreprises,**
 - la formation,
 - **la mise en œuvre et la gestion des incitations financières positives et négatives,**
 - **la construction, l'animation, le développement de partenariats,**
 - **l'animation de réseaux,**
 - **l'évaluation et la capitalisation des actions,**
 - **le reporting,**
 - la coopération avec les autres métiers de la branche AT/MP,
 - la participation à des programmes / actions nationales ou inter branches.
- ▼ Les contrôleurs de sécurité contribuent à la prévention des risques professionnels en mettant en œuvre des actions ayant pour objectif de réduire le nombre et la gravité des accidents de travail et des maladies professionnelles et d'améliorer les conditions de travail des salariés. Ils sont entre autres missionnés pour :
 - **l'intervention vers les entreprises,**
 - la formation,
 - **la mise en œuvre et la gestion des incitations financières positives et négatives,**
 - la construction, l'animation, le développement de partenariats,
 - l'animation de réseaux,
 - **l'évaluation et la capitalisation des actions,**
 - **le reporting,**
 - la coopération avec les autres métiers de la branche,
 - la participation à des programmes / actions nationales ou inter branche.

Sans entrer dans les détails de chaque activité, explicitons en quelques-unes :

- ▼ La branche AT/MP est une des dernières branches qui conserve le **paritarisme** comme un de ses piliers de fonctionnement. Les services prévention des CARSAT sont accompagnés par deux types d'instances paritaires, la CRATMP et les CTR. La CRATMP⁸ qui, par délégation du Conseil d'administration, est garante de la définition de la politique régionale et de la bonne gestion budgétaire du service. Elle s'appuie sur des CTR⁹ dont le nombre fixé par arrêté varie d'une région à l'autre et dont les prérogatives

8 Commission régionale des accidents du travail et des maladies professionnelles

9 Comités techniques régionaux

sont d'ordre plus technique (traitement des dossiers de minoration et de majoration, recommandations régionales, etc.). **Les ingénieurs sont en charge de l'animation de ces diverses instances.**

- ▼ Un autre rôle fondamental de l'activité des ingénieurs est le **management des équipes**. En effet de nombreux ingénieurs sont en charge d'équipes de contrôleurs et de personnels administratifs.
- ▼ **L'intervention directe en entreprise** est plus souvent l'apanage des contrôleurs de sécurité. Les ingénieurs conseils sont, selon le cas, amenés également à pratiquer ces visites. Elles sont légitimées entre autres par les pouvoirs que confèrent les articles L. 422.3 et R. 422.4 précédemment cités. La difficulté réside dans le fait que les préventeurs ne peuvent visiter la totalité des entreprises (la moyenne nationale des visites est d'environ 3 % d'entreprises visitées annuellement) et qu'ils doivent apporter la même attention à une TPE qu'aux grands groupes. Le choix concernant les entreprises visitées repose sur des critères de sinistralité, sur des thématiques nationales dictées par le Contrat Pluriannuel de Gestion, sur des métiers ou activités à risques avérés (le BTP par exemple), suite à un AT grave, etc. Afin de rendre ces choix les plus pertinents possibles, la branche AT/MP doit être en possession de statistiques de sinistralité fiables et exploitables qui reposent essentiellement sur le travail des services tarification et des CPAM.
- ▼ Parmi les outils d'incitations financières dont disposent les préventeurs, citons la **majoration du taux de cotisation** suite à une injonction faite à l'entreprise pour inobservation constatée des mesures de prévention et la minoration de taux soit sur la partie trajet, soit sur la partie collective du taux travail pour des entreprises qui mettent en œuvre des moyens de prévention remarquables. Les contrôleurs de sécurité et les ingénieurs conseils concourent ensemble à la mise en place de ces mesures.
- ▼ **D'autres incitations financières** sont gérées par les préventeurs des caisses. Citons les Aides Financières Simplifiées qui s'adressent à des TPE/PME de moins de 50 salariés et les contrats de prévention qui s'adressent à des entreprises de moins de 200 salariés. Toutes ces incitations financières sont financées par le Fonds National de Prévention des Accidents de Travail.
- ▼ Compte tenu de l'importance du champ d'investigation au regard des moyens des caisses, le travail en **partenariat** prend une place prépondérante dans l'activité des Ingénieurs et des contrôleurs. Ils nouent ces partenariats et en **animent les réseaux**.
- ▼ Dans un monde où il faut prouver la pertinence des actions, l'évaluation a pris une ampleur plus importante depuis quelques années. Chaque action doit pouvoir être évaluée *a posteriori* et, dans ce domaine, la totalité des préventeurs est impliquée, chacun pour sa partie. Cette tâche incombe généralement plus aux ingénieurs qu'aux contrôleurs.
- ▼ Enfin la **conduite de projets**, tant nationaux sur des chantiers délégués que régionaux est une partie majeure de l'activité des ingénieurs. Cela requiert de nouvelles compétences que l'on abordera plus avant.



Les descriptions détaillées de ces métiers (présentation, activité et compétences) sont accessibles dans le répertoire des métiers¹⁰ de l'UCANSS sous les références ingénieur conseil (Code 503) et contrôleur de sécurité (Code 505). Si les activités des ingénieurs et des contrôleurs peuvent paraître similaires, il n'en est rien. Elles sont complémentaires et peuvent, en partie, se recouper.

III- Un métier qui évolue, en lien avec les risques au sein des entreprises

III.1/ La prévention en entreprise a connu des évolutions importantes

De nombreux facteurs concourent aux transformations passées et à venir du métier de préventeur. Sans être totalement exhaustif, il est possible d'en citer quelques-uns.

Depuis la prise en compte des accidents du travail par la branche AT/MP, le suivi statistique des accidents montre une baisse¹¹ quasi ininterrompue du nombre d'accidents du travail. Cette division par quatre des sinistres est multifactorielle. Elle est imputable aux évolutions du tissu industriel qui a vu disparaître un nombre important de situations de travail dangereuses, aux efforts faits par les entreprises en termes de prévention des risques, mais aussi à la qualité du travail des préventeurs. Par contre, le nombre de maladies professionnelles ne marque pas le pas. Leur prise en compte fait appel à une approche différente de celle de l'accident.

Le développement du tertiaire, l'explosion des emplois dans le domaine de l'aide à la personne, la densification du travail, la segmentation des tâches, l'apparition de risques émergents (risques psychosociaux, risques biologiques, exposition aux nanomatériaux, ...) sont autant d'évolutions qui requièrent du point de vue de la prévention d'autres compétences et de nouveaux outils.

Les concepts qui sous-tendent la prévention ont également changé. Pour qu'une idée soit acceptée, il faut que son concept soit largement partagé et ne heurte pas les mentalités, les croyances, les habitudes d'une société.

Dans les années 1950, vu le nombre important de sinistres, la démarche de prévention était basée sur l'analyse de l'accident afin qu'il ne se reproduise plus.

Dès la décennie suivante, l'approche dichotomique entre un facteur humain et un facteur technique est apparue. L'accident est devenu la conséquence d'une défaillance mécanique et/ou d'une erreur humaine.

Les années 1970 ont vu naître des concepts de sécurité intégrée, de la supériorité de la protection rapportée (protection collective) sur celle qui sera portée (protection individuelle). Durant cette décennie, l'approche systémique (modélisation) est

¹⁰ <http://dom-extra.ucanss.fr/ucanss/public/prod/eRDM.nsf/wmRechercheRDM?openform>

¹¹ <http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/statistiques-et-analyse/etudes.html> / Baisse des accidents du travail sur le long terme : sinistralité et éléments explicatifs par secteur d'activité – Point de repère n° 32 décembre 2010

appliquée au champ de la prévention qui, de ce fait, devient plurifactorielle. L'INRS¹² (ex INS) développe à ce moment la méthode de l'arbre des causes. La prévention passe d'une analyse *a posteriori* de l'accident à une analyse *a priori*.

Les années 1980 se nourrissent des évolutions précédentes pour promouvoir un développement des sciences pluridisciplinaires. Il ne s'agit plus d'opposer les sciences de l'ingénieur (mécanique, chimie ...) aux sciences humaines (médecine, psychologie, ...), voire aux sciences sociales (économie, sociologie, ...). L'idée fait chemin qu'il faut combiner ces approches et former les personnes pour qu'elles s'imprègnent des autres disciplines.

Des théoriciens de la cyndinique (science du danger) prônent depuis les années 1990 l'avènement des notions telles la maîtrise des risques, la prise en compte du risque résiduel, les méthodes de hiérarchisation des risques et donc de priorisation des mesures de prévention.

Aujourd'hui, les réflexions continuent, sans pour autant rejeter les concepts précédents. La prévention se détourne d'une analyse des accidents et d'une évaluation des risques basée uniquement sur le passé pour mettre en œuvre de nouvelles synergies afin de travailler sur tous les aspects du travail (sécurité physique, modes de management, implication des individus, adaptation des comportements individuels, organisation ...). Cette nouvelle approche doit permettre de réduire au plus proche de 0 la probabilité de survenue d'événements graves et mortels. Ce processus est promu par l'OIT¹³ et l'AISS (association internationale de Sécurité sociale) sous le concept de « Vision Zéro »¹⁴. Les caisses et les préventeurs auront à s'adapter à ces évolutions, comme ils l'ont fait jusqu'alors.

L'environnement socio-économique est lui aussi en perpétuelle évolution.

Les services de santé au travail, se sont dotés de compétences pluridisciplinaires. Les intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP), derniers venus d'une transposition tardive de la directive européenne de 1989 faisant obligation de « désignation d'une personne compétente en sécurité par le chef d'entreprise », se structurent et apportent des réponses aux entreprises.

Les CHSCT ont désormais la possibilité de s'adresser à d'autres structures pour obtenir des informations validées en termes de prévention des risques.

Avec le développement des nouvelles technologies, les nouveaux modes de sous-traitance, les habitudes de travail dématérialisées, les risques changent ou sont transférés et leur repérage devient plus difficile. La densification des rythmes de travail, la sensibilité aux aspects de « bien-être au travail » et de « qualité de vie au travail » font évoluer les attentes et les représentations des salariés.

D'autres partenaires font partie du paysage. Sans être exhaustif, nous pouvons citer l'OPPBTP¹⁵, le réseau des ARACT¹⁶, l'éducation nationale et l'enseignement supérieur, les organisations professionnelles, les chambres consulaires, etc.

Enfin, n'oublions pas l'évolution des attentes de l'entreprise. Les grandes entreprises s'inscrivent aujourd'hui dans des démarches de développement durable et de responsabilité sociétale. Ces

¹² Institut National de Recherche et de Sécurité

¹³ Organisation Internationale du travail

¹⁴ <http://www.eurogip.fr/fr/eurogip-infos-actu?id=4240>

¹⁵ Organisme Professionnel de Prévention du Bâtiment et des Travaux Publics

¹⁶ Association Régionale de l'Amélioration des Conditions de Travail



évolutions les amènent à s'ouvrir à d'autres réseaux qui peuvent également leur apporter des réponses en termes de prévention des risques professionnels.

L'écart, qui a toujours existé entre les grandes entreprises et les TPE, sur la capacité de mise en œuvre des exigences minimales en santé / sécurité voire en hygiène sur le lieu de travail, semble encore se creuser alors que nous ne disposons pas des ressources nécessaires pour atteindre directement les entreprises de très petite taille qui sont souvent les plus vulnérables.

Ce constat pousse notre réseau à innover vers des actions permettant de toucher les TPE. Ces actions passent par l'expérimentation de mise en jeu d'acteurs jusque-là ignorés par les préventeurs. Ces innovations indispensables ont une répercussion forte sur l'approche du métier de préventeur qui doit s'adapter en permanence.

III.2/ Les profils recrutés ont suivi ces évolutions

Toutes ces évolutions ont amené la Sécurité sociale à modifier au fil du temps les profils de recrutement des ingénieurs conseils et des contrôleurs de sécurité. Reprenant au départ les agents des compagnies d'assurance, puis embauchant des ingénieurs et des ouvriers spécialisés dotés d'une forte expérience de terrain, les recrutements ont dû prendre en compte les conséquences de ces évolutions. Ces évolutions ont eu également des répercussions sur le contenu et la forme de l'agrément, que nous évoquerons plus loin.

De nos jours, les conditions d'embauche sont¹⁷ :

- ▼ pour les contrôleurs de sécurité : bac + 2 avec trois ans d'expérience professionnelle minimum,
- ▼ pour les ingénieurs conseils : un diplôme d'ingénieur reconnu par la commission des titres d'ingénieur avec cinq ans d'expérience professionnelle minimum.

Cette obligation d'avoir une expérience professionnelle antérieure est essentielle et permet le recrutement de personnes connaissant le monde de l'entreprise, élément indispensable pour pouvoir proposer et promouvoir nos messages de prévention de façon adaptée aux contraintes du monde du travail et ce, avec la crédibilité nécessaire.

Au vu des évolutions précédemment citées, les profils de recrutement ont considérablement évolué. Au côté des techniciens que sont les contrôleurs de sécurité et les ingénieurs conseils, sont apparus de nouveaux profils tels des ergonomes et des psychologues du travail par exemple.

D'autres profils sont apparus avec le développement des formations d'ingénieurs ou DUT en hygiène sécurité et environnement (HSE). Ces nouveaux profils fort intéressants sont venus compléter nos compétences habituelles.

Afin d'être le plus efficace et le plus pertinent en entreprise, nous devons veiller à un équilibre subtil entre ces nouvelles compétences et nos compétences techniques « ancestrales ». De cet équilibre dépend la qualité de nos prestations.

17 Circulaire de 1989 n° 626/89

III.3/ L'agrément des ingénieurs conseils et des contrôleurs de sécurité : un outil spécifique pour un métier particulier.

Afin d'accomplir leur mission en entreprise, les agents des services prévention, contrôleurs de sécurité et ingénieurs conseils ont été dotés, par le législateur, des mêmes prérogatives que les inspecteurs du travail, à savoir un accès aux entreprises sans restriction possible sous peine de délit d'entrave (application du L 422-3). Ce droit s'accompagne du devoir inhérent au secret professionnel auquel sont soumis les agents, qui pour cela, prêtent serment au tribunal d'instance.

À côté de cet aspect juridique, l'agrément a également une vocation formatrice en conférant aux nouveaux embauchés la culture prévention nécessaire à l'exercice de leur métier. La première réforme structurelle profonde intervient par la lettre ministérielle du 9 janvier 1987 qui remanie le recrutement, la formation, l'agrément et la titularisation des ingénieurs conseils.

L'arrêté du 23 juillet 1997 viendra de nouveau modifier les conditions d'agrément des ingénieurs et des contrôleurs, ce qui influencera les modes de recrutement et de formation. Dès lors, l'agrément est délivré par le directeur général de la caisse nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

Cet agrément est un prérequis indispensable à l'exercice du métier de préventeur.

Le dernier arrêté statuant sur l'agrément est daté du 15 février 2015. Il a entraîné une refonte en profondeur de l'organisation et du contenu de la formation initiale après embauche des contrôleurs et des ingénieurs, en vue de l'obtention de l'agrément.

La formation se décompose en deux parties distinctes :

- ▼ un tronc commun contrôleur/ingénieur : assuré par l'EN3S et l'INRS, s'appuyant sur quatre modules d'une semaine répartis sur quatre mois, et conclu par un passage devant un jury de pré-agrément devant statuer sur l'aptitude ou non du candidat à poursuivre son cycle de formation,
- ▼ à la suite de ce tronc commun, les formations se séparent en vue de l'agrément final. Cette seconde partie est assurée uniquement par l'INRS pour les contrôleurs, par l'INRS et l'EN3S pour les ingénieurs. En parallèle de ces modules de formation, les ingénieurs et les contrôleurs doivent préparer un mémoire traçant un travail personnel qu'ils devront présenter au jury d'agrément final.

Ce nouveau référentiel de formation insiste moins que par le passé sur l'aspect technique et plus sur de nouvelles compétences telles que la conduite de projets, l'approche partenariale, le déploiement de nouvelles méthodologies d'action, etc.

Une fois l'agrément obtenu et l'affectation professionnelle définie par la caisse connue, le nouvel embauché va devoir se confronter à un métier multidisciplinaire en perpétuel changement. Afin de mettre en œuvre sur son périmètre les actions conçues tant par le national que par le régional, il va devoir élaborer ses propres stratégies d'approche des entreprises ou des partenaires avec lesquels il va devoir travailler. Cette grande diversité des tâches et l'évolution permanente de celles-ci obligent le réseau AT/MP à se doter d'un solide programme de formation continue. L'opérateur essentiel de ce programme est l'INRS, mais de nouveaux opérateurs apparaissent tels que l'EN3S ou des organismes de formation privés.



D'essentiellement technique, la formation continue des ingénieurs et des contrôleurs évolue vers d'autres compétences indispensables comme la communication, le marketing, les approches partenariales, l'animation de réseaux, le management, etc.

IV- Regards sur l'avenir

Que sera la prévention de demain, que sera le métier des ingénieurs et des contrôleurs ? Voilà des questions auxquelles les réponses sont difficiles à définir. Elles dépendent de beaucoup de paramètres dont certains sont maîtrisés mais d'autres encore inconnus.

Comment continuer à s'adapter aux évolutions des entreprises et des risques rencontrés ? On peut prendre pour exemple le secteur du médico-social, secteur en plein essor et qui présente de nombreux risques pour la santé des salariés (taux de fréquence 2015 de plus de 65 dans les EPHAD par exemple). Nos collègues sont amenés de plus en plus à intervenir dans ce secteur. Est-ce que leur profil actuel répond à ces nouveaux enjeux ? Devons-nous faire encore évoluer nos recrutements pour nous permettre d'embaucher des personnes, des dirigeants issus de ce secteur ? Ou devons-nous faire évoluer notre formation interne pour adapter nos approches ?

La nécessité de s'adapter et d'intégrer l'évolution de nos politiques publiques se fait de plus en plus prégnante. Nos ingénieurs et contrôleurs devront ainsi mettre en œuvre des programmes, ciblant des entreprises, des risques ou des publics particuliers. Les préventeurs, en plus d'une bonne connaissance du monde de l'entreprise, devront pouvoir intégrer le fait que leur action s'inscrit dans un ensemble plus vaste répondant à des objectifs d'une politique plus globale.

Tout cela conduit assez naturellement à un nécessaire équilibre entre expertise technique et approche plus généraliste.

Notre relation à l'entreprise va devoir encore plus se professionnaliser. D'une approche individuelle nous allons vers une approche de grands comptes que sont les groupes. La problématique des TPE dont la multiplicité nous interdit une méthode classique nous oblige à déployer des nouvelles approches indirectes. Que de changements et d'évolutions en perspectives !

La seule chose qui soit sûre, c'est que tant qu'il y aura des hommes au travail, il y aura des risques professionnels, des accidents du travail et des maladies professionnelles, et donc un impérieux besoin de préventeurs qui imagineront les solutions de demain pour continuer inlassablement la mission qui leur a été confiée en 1946 : « Diminuer le nombre d'accidents du travail et de maladies professionnelles et en diminuer le coût socio-économique. »

Optimiser le bien-être au travail et la performance globale : enjeux et perspectives

Par **Olivier Bachelard**, *Professeur, Directeur du campus de Saint-Étienne emlyon business school*

© Christine Chaudagne



*Professeur à **emlyon business school** et directeur du campus de Saint-Étienne, après avoir exercé une carrière d'enseignant-chercheur, puis de directeur de la formation continue de l'École Nationale Supérieure de la Sécurité Sociale (EN3S) et directeur délégué de l'École Supérieure de Commerce (ESC) Saint-Étienne. Psychologue du travail, Docteur, Habilité à Diriger des Recherches (HDR) en sciences de gestion, ses recherches portent sur la gestion des ressources humaines et la santé au travail. Il est l'auteur de nombreux articles et ouvrages dont : Vers un leadership au service du management public. Favoriser l'émergence de compétences collectives, avec Romuald Normand, CNDP, 2014, Le bien-être au travail, Presse de l'EHESP, 2017.*

Les managers publics sont tellement sollicités par la recherche d'efficience (productivité, réactivité, flexibilité, qualité) que la question du management de la santé, de la qualité de vie, du bien-être au travail ne seront pas en tête de leurs priorités actuelles. Aussi, notre objectif consiste à faire évoluer la prise de conscience des managers publics au sujet de cette problématique et proposer des pistes de progrès pour y faire face. En effet, nous sommes convaincus que dans la phase de digitalisation actuelle sans précédent, l'articulation des questions de travail, de son organisation et de ses modalités d'exécution avec les besoins de performance globale sont indispensables pour repenser nos organisations publiques. Sans apporter de réponses gravées dans le marbre, nous proposons de réfléchir à l'appropriation de cette question par les managers publics actuels ou futurs afin de dessiner des organisations viables et vivables.

Cette réflexion a été formalisée dans un ouvrage Bachelard (2017) « *qui a pour objectif de proposer des clés concrètes pour un fonctionnement optimisé du service public favorisant l'innovation et l'engagement. Accompagner les agents, les aider à évoluer dans leurs pratiques, mieux gérer leurs émotions et développer des logiques coopératives transversales sont autant de clés pour éviter que l'urgence et les problèmes du quotidien ne s'imposent au détriment d'une logique plus solidaire* ». Dans ce livre, huit études de cas - de la sécurité sociale à l'hôpital, de la marine nationale à la fonction publique territoriale en passant par les policiers d'élite -, sont décortiquées par des praticiens et des chercheurs qui les abordent chacun sous un angle différent. Les parties éclairages et mises en perspective traitent notamment les problématiques de gouvernance et de dialogue social, de prévention de la souffrance et du stress ou de l'impact de l'injustice organisationnelle.



Les pratiques de management du bien-être au travail concernent tout autant les directions générales, les services fonctionnels, dont la GRH, que les lignes d'encadrement. Ainsi, il revient aux managers de s'assurer que le pilotage opérationnel du management du bien-être au travail, la mise en œuvre par les différents acteurs de l'entreprise (CHSCT, managers, agents), seront conformes à la stratégie définie par la direction.

Les différentes pratiques du dirigeant nous renvoient par conséquent à la question de la pertinence des politiques et des outils du bien-être au travail, et de sa cohérence avec la politique de GRH. Par exemple, une injonction objective et rationnelle de qualité de service d'une direction générale doit être en phase avec la perception subjective que les agents se font de cette dernière appropriée par l'ensemble du collectif de travail de l'entité considérée, le tout inscrit dans le contexte nécessairement contingent. De plus, le degré de formalisation des outils peut être très variable, de même que les résultats de ce choix. Une absence d'outil formalisé peut s'accompagner dans des structures de petites tailles, d'un fonctionnement efficient. Par exemple, l'absence de suivi d'indicateurs comme l'absentéisme de courte durée, peut très bien s'accompagner, si nous le calculons effectivement d'un taux très faible, si la conscientisation et l'appropriation par le collectif de travail est réelle. Par contre, les structures complexes, de grandes tailles, compte tenu de la multiplicité des agents concernés, de la diversité des métiers, de l'absence de régulations directes, doivent être en mesure d'afficher des instruments ou des dispositifs de gestion, les différents champs de la GRH et du management du bien-être au travail donc « d'un investissement de forme ».

Cet investissement de forme structurant aussi bien la stratégie adoptée que le contenu concret des actions mises en œuvre, doit permettre des gains de quatre natures complémentaires :

- ▼ Des gains d'efficience et de qualité de service (indicateurs bien maîtrisés),
- ▼ Un développement de dynamique collective (qualité des relations interpersonnelles et de la coopération, espace de paroles et d'échanges, clarification des processus de décision, soutien et disponibilité de la hiérarchie, développement de l'autonomie avec les moyens associés,...)
- ▼ Une amélioration du bien-être et de la qualité de vie au travail (prendre en compte la réalité vécue par agents au-delà du prescrit, prendre en compte l'histoire collective, partage de sens du travail, garantie d'une justice organisationnelle,...)
- ▼ Un apaisement des relations sociales.

I- Le management du bien-être au travail

En France, la notion même de santé au travail a considérablement évolué en cinquante ans. Nous pouvons situer le point de départ dans les années 1970 avec la création de l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail

(ANACT) établissement public à caractère administratif français créé en 1973, et placé sous la tutelle du Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Le contexte était celui d'une France industrielle marquée par le travail à la chaîne avec une focalisation sur les conditions physiques de travail. Dans les années 1980, les travaux des chercheurs ont davantage porté sur la Qualité de Vie au Travail en intégrant les organisations, les horaires de travail, avant de se focaliser dans les années 1990 sur l'équilibre entre la vie professionnelle et la vie personnelle. Dans les années 2000, avec la médiatisation du phénomène de harcèlement moral qui a réellement débuté avec la publication du livre de Hirigoyen (1998) et son concept de pervers-narcissique, la notion de risques psychosociaux a occupé le devant de la scène. Ce n'est que plus récemment que la notion de bien-être au travail s'est imposée. L'un des précurseurs étant Thévenet (2000), mais à l'époque, le plaisir de travailler était moins populaire que la dénonciation de la souffrance au travail (le fameux tripalium à la vie dure depuis son utilisation par les romains envers les esclaves rebelles). Pour Thévenet (2017), « Le bien-être au travail est évidemment un phénomène collectif puisqu'il concerne toutes les institutions. En quelques années, il est devenu un élément de responsabilité sociale, un souci politique, un objectif, une norme » mais il nous alerte également « Tout comme on est forcément contre la pénibilité, on ne peut que militer en faveur du bien-être mais il ne suffit pas que des principes aillent de soi à peu de frais pour fonder concrètement une politique managériale. On ne peut donc éluder la question de savoir pourquoi faire du bien-être un sujet d'entreprise et donc une préoccupation managériale ».

Bien entendu les travaux comme ceux de Clot (2010) et son célèbre ouvrage « *Le travail à cœur pour en finir avec les risques psychosociaux* » ont alerté sur la perte de sens du travail et le phénomène de désengagement que les managers de terrain avaient déjà largement constatés. Le travail réel est progressivement devenu invisible comme le dénonce Gomez (2012) « *La gestion du travail a été opérée à partir d'écrans, de tableaux, de normes, d'indicateurs de traçabilité et de suivis, de reportings, de systèmes informatisés de gestion de flux, de systèmes de contrôle de gestion, etc... Les organisations sont devenues des appareils à extraire de l'information destinée à assurer, en flux continu et de bas en haut, la concordance entre le résultat observé à tous les niveaux et le résultat prescrit au sommet* ». Ce phénomène ne concerne pas que les organisations publiques mais touche également les entreprises privées soumises à une organisation bureaucratique et dont les résultats sont reliés à des objectifs financiers. Gomez (2012) nous alerte donc sur la nécessité de prendre en compte le travail dans sa globalité, c'est-à-dire par-delà la dimension objective survalorisée de bien intégrer les dimensions subjectives et collectives du travail. Cette prise en compte du travail dans sa globalité ne relève pas « *d'un supplément d'âme ou une poussée d'humanisme, mais la compréhension fine des questions économiques qui se posent aux organisations : retrouver, avec le sens du travail réel, des capacités nouvelles de création de valeur.* » Gomez (2017).

Le lien entre le bien-être au travail et la performance globale passe par la création de valeur et comme tout objet de gestion par l'évaluation de sa dimension financière. Comme le souligne Soenen (2017) « *Pour saisir les enjeux économiques de la santé au travail, il faut distinguer d'une part les éléments liés aux coûts de la non-santé et d'autre part la contribution potentielle du capital santé à la performance économique et sociale* ».



Toutefois, comme le montrent nos différents travaux, le dirigeant public manque de temps et d'expertise sur cette question complexe (nos entreprises publiques sont sur-managées et présentent souvent un déficit en matière de leadership, Bachelard, Normand (2014). Cet investissement sera d'autant plus faible que l'importance de l'enjeu est faible à ses yeux (pour le dirigeant public, les gains et les coûts d'une politique de diversité sont difficiles à évaluer). Pour autant, nous ne voulons pas dire que les managers publics se désintéressent de cette question, bien au contraire. Nous avons souvent rencontré des dirigeants très sensibilisés au problème des conditions de travail et du risque de santé au travail, car pour eux, chaque agent est un homme clé dans le processus de production de service. Par contre, si le coût de la non prévention Santé Sécurité au Travail est relativement simple à appréhender à court terme, le gain en matière de compétence collective, de bien-être, n'est pas très mobilisateur car le plus souvent, il n'est pas formalisé, il n'est qu'intuitif, contrairement par exemple au gain d'un ETP en matière de productivité.

II- Une articulation GRH/SST salubre pour le dirigeant public.

La définition de 1946 du préambule à la constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « *la santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ».

Cette définition de l'OMS nous indique que la santé ne relève pas seulement de la dimension biologique, mais aussi de l'ordre psychique et de l'ordre social. La santé est donc un état, un idéal qui résulte d'un équilibre, d'un sentiment d'harmonie multidimensionnel instable. Dejours (1995) illustre bien cette dynamique en introduisant la notion de normalité qui correspond à un état où les maladies sont stabilisées et les souffrances compensées. La mise en œuvre de défenses contre l'expression de la maladie du corps ou du psychisme est selon lui une démarche active. Pour Dejours (1995), « Les maladies ne demanderaient qu'à s'exprimer dans le corps et le fonctionnement psychique, dès lors que la lutte et les défenses s'affaiblissent ou deviennent inefficaces face à un changement de l'environnement ». Ainsi, il est possible de structurer une politique managériale étayée par une gestion des ressources humaines qui favorise cet équilibre ou au contraire impose un mode d'organisation du travail pathogène.

Il est donc plus que jamais nécessaire pour les agents de direction, pour les responsables RH et plus généralement pour les managers publics, de réfléchir à la mise en œuvre d'organisations et donc de pratiques professionnelles sources de plaisir au travail, de motivation renouvelée pour les salariés, d'autant plus que nos organisations se transforment de plus en plus vite sous la double contrainte budgétaire et technologique (la digitation transformant considérablement nos organisations et notre relation à l'utilisateur). La capacité à accompagner l'installation de ces nouvelles technologies de production qui impactent l'activité de travail pour susciter une dynamique de dépassement durable de l'existant évaluable, aussi bien en matière de bien-être que de performance, est aujourd'hui inévitable.

II.1/ L'enjeu juridique

Historiquement, l'évolution du champ de la Santé Sécurité au Travail s'est traduite par la structuration progressive d'une responsabilité des modes de gestion dans l'apparition des accidents et des maladies professionnelles. Le cadre législatif s'est renforcé progressivement avec une obligation de résultat en matière de prévention et un rôle accru des services de santé au travail avec la possibilité pour le médecin du travail de proposer un aménagement de poste ou de prononcer une inaptitude pour raison médicale. De plus, les agents disposent d'un droit de retrait des situations qu'ils jugent dangereuses. Ce phénomène du renforcement du cadre juridique est d'ailleurs l'un des trois grands thèmes structurant la fonction ressources humaines.

De nos jours, l'amélioration des conditions de vie professionnelle dépassant largement la seule pénibilité physique, comment l'employeur peut-il satisfaire raisonnablement son obligation de préserver la santé de ses agents ? Comment mieux associer la question de la santé des agents à la gestion opérationnelle des compétences et des carrières ? Dans quelle mesure l'organisation publique est-elle également amenée à se soucier du bien-être de ses agents dans le cadre des politiques publiques ?

Au-delà des accidents du travail, des maladies professionnelles, des risques psychosociaux (et en particulier le stress), l'organisation publique doit remettre en question ses logiques d'action actuelle du travail, ses méthodes actuelles de performance (lean, certification des comptes, management par les processus, démarche qualité,...), bref, ses procédés productifs de services. La progression de ces risques en matière de santé au travail généralement imputables à plusieurs facteurs, amène à repenser les champs de responsabilité au sein de nos trois fonctions publiques.

Comme le montre Masse (2017), le cadre juridique de la fonction publique en matière de santé au travail et de bien-être a profondément changé en trois accords successifs : novembre 2009 sur la santé-sécurité au travail, octobre 2013 sur la prévention des risques psychosociaux et février 2015 sur la qualité de vie au travail. Le passage de la prévention des risques à la construction de la santé au travail a développé une dynamique de régulation sociale qui favorise le bien-être au travail. Cette obligation légale peut devenir une opportunité que saisit le dirigeant public pour peser sur les membres de l'encadrement, afin de parvenir à formaliser une politique et sa mise en œuvre. Le travail sur cette problématique peut même, in fine, être l'occasion pour le dirigeant de développer un projet cohérent, intégré et de longue haleine pour innover et structurer le champ du bien-être au travail et de la performance

Ainsi comme le souligne Debout (2017) « *Entre le déni et la stigmatisation, il y a la place pour une appréciation distanciée des événements et de leur corrélation pour développer une véritable culture de la prévention du risque psychosocial dans la fonction publique* ». Nous devons donc nous interroger pour savoir quelles nouvelles pratiques managériales permettraient de réduire ces risques induits par les nouvelles conditions de travail et par les exigences de performance et la digitalisation massive. Comment favoriser la concertation et la construction d'une approche collective sur la santé au travail, associant l'ensemble des acteurs impliqués ?



II.2/ L'enjeu économique

L'enjeu économique de la non-prévention de la sécurité, santé au travail est considérable. Le Bureau International du Travail a estimé à l'occasion de la journée mondiale pour la sécurité et la santé au travail que les coûts économiques des accidents et des maladies liés au travail représentent l'équivalent de 4 % du produit intérieur brut à l'échelle mondiale. Face à cette estimation globale, il convient donc de pouvoir fournir au dirigeant des instruments d'identification et de mesure des coûts de non prise en compte de la prévention, le gestionnaire étant sensible à la productivité, à la rentabilité et à l'efficacité. L'une des clés de cette démarche de sensibilisation, pensons-nous, passe par la pluridisciplinarité. En effet, pour aborder le phénomène de la SST, de bien-être et de la GRH, une analyse globale s'impose. L'approche par les coûts cachés (où autrement dit par le rapport coût/bénéfice des actions) correspond bien à cet enjeu. Nous préconisons donc d'aborder l'évaluation économique de la mise en place d'organisation innovante privilégiant le double gain efficience et bien-être au travail.. Nous pensons nécessaire de démontrer aux managers le bienfondé économique de structuration d'une démarche intégrée de prévention pour réduire les conséquences de la non prise en compte du management de la SST (absentéisme, dégradation de la santé des agents, baisse de la productivité, de motivation, retard,...). Toutefois, comme le souligne Soenen (2017), *« L'attention portée à la santé peut alors être envisagée comme une activité visant à protéger le capital humain. À la différence d'autres formes de capital, le capital humain est incorporé. Contrairement au capital financier, il ne peut devenir propriété d'un tiers ; il est simplement mis à disposition par l'individu (il est inappropriable). Ceci pose d'ailleurs un dilemme au sens de de la micro-économie classique, puisqu'investir dans le développement d'un capital inappropriable n'est pas un choix d'allocation de ressources efficient. En effet, le capital étant incorporé dans l'individu, celui-ci échappe à l'organisation dès que ce dernier la quitte. D'autre part, le caractère incorporé du capital humain impose une autre limite, celle des capacités physiques et mentales de l'individu, et plus globalement de sa santé, voire de son bien-être, dont il dépend. Un salarié mécontent, malade, ou absent, ne produit rien et ce quelle que soit la valeur de son capital humain ».*

II.3/ L'enjeu social et sociétal

La Responsabilité Sociale de l'Entreprise (RSE) aujourd'hui enrichit les débats à la fois académiques et managériaux. Mais cette notion très protéiforme est bien difficile à saisir, tant les pratiques émergentes relevant de la RSE sont hétérogènes. En effet, ce courant de gestion n'a pour l'instant pas valeur de norme et pose le problème de la validation des pratiques cachées derrière des discours, des politiques, des représentations plus ou moins implicites des organisations.

En effet, la RSE peut être investie très différemment par les dirigeants : elle peut être un élément de vision, mais aussi de simple communication publique. Cette RSE peut également être un outil de décision stratégique, de pilotage de la performance, de motivation des salariés.

L'enjeu semble global, car les dirigeants peuvent en attendre un retour en matière de performance (plus de productivité, de qualité, ...), un retour humain (plus d'investissement de la part des salariés), un retour en matière d'image (meilleure réputation). Aborder la RSE par l'angle du bien-être au travail est sûrement un point d'entrée à forte valeur tant il peut placer l'Homme au cœur des préoccupations pour aussi permettre un développement durable de l'entreprise (management des risques, sécurité, performance, motivation, ...). Neveu (2003) attire en particulier notre attention sur la problématique de l'épuisement professionnel. Même si c'est une problématique difficile à aborder, l'organisation du travail doit être interrogée sous ses différents aspects (horaire, charge de travail, définition des tâches, rôle de l'encadrement) de manière à remettre en cause les pratiques pour aller dans le sens d'une employabilité durable des salariés. *« C'est ainsi que la réponse du gestionnaire aux problèmes de santé mentale au travail doit obligatoirement transcender l'expérience individuelle pour adresser le champ d'une ingénierie globale de la performance ».*

Si, dans de nombreuses structures publiques, des actions sont menées, des initiatives sont prises, comme indiqué dans les cas pratiques de l'ouvrage de Bachelard (2017), ce besoin d'échange, de confrontation des expériences et de validation des bonnes pratiques reste donc une impérieuse nécessité pour les managers publics de bâtir collectivement des démarches qui visent à articuler les enjeux économiques, techniques, sociaux et humains afin de rentrer dans un cycle vertueux. Comme le souligne Thevenet (2017), *« Tout le monde s'accorde à prédire une transformation profonde de notre vie en société : dans l'attente de son émergence, la qualité du collectif au sein d'organisations existantes s'impose comme un défi ».*

II.4/ L'enjeu organisationnel : la fidélisation des Ressources Humaines

Nous connaissons bien l'impact de la qualité des conditions de travail sur l'absentéisme : ainsi, pour un dirigeant comme pour un manager, l'enjeu de la motivation et de la mobilisation des agents est important surtout au regard du développement des compétences. Ceci est d'autant plus vrai, qu'en cette période de départ en retraite massif, l'intégration de nouvelles générations d'agents modifie les dynamiques collectives au sein des équipes.

Les sciences de gestion analysent la problématique de la gestion des compétences et des carrières au travers des théories de deux approches conceptuelles complémentaires, centrées sur la satisfaction et l'implication des salariés, principales variables explicatives de l'engagement à l'égard de l'organisation. La motivation au travail ne suit pas un schéma simple du type stimulus réponse. Elle est reliée au sens que le salarié donne à sa conduite et à son vécu de sa situation de travail. De ce fait, il est très difficile de relier la motivation au travail et la performance des agents. La satisfaction de l'agent est un état émotionnel positif qui résulte de l'évaluation faite de son emploi (tâches, relations avec les autres agents, avec la hiérarchie, rémunération). La représentation qu'a le salarié de son rôle au travail est fondamentale pour les psychosociologues. Ainsi, dans cette approche, les salariés sont durablement investis car ils sont satisfaits des conditions matérielles, y compris conditions de vie au travail, ... D'autre part, les théories de l'implication privilégient l'étude des rapports entre les agents et l'organisation sous trois perspectives complémentaires : dans une perspective psychologique d'identification, dans une perspective comportementale ou attitudinale.



Nadisis (2017), nous propose cinq leviers pour un bien-être au travail qui soit source de performance organisationnelle :

- ▀ La mobilisation d'émotions positives, du ressenti subjectif, du bien-être au travail,
- ▀ L'engagement au travail car lorsque l'agent est absorbé dans l'action, il investit l'ensemble de ses compétences,
- ▀ Les relations sociales au travail, une ressource positive pour l'action pour développer le lien social,
- ▀ Une même vision pour avancer ensemble car le sens de l'action est la quatrième facette du bien-être au travail,
- ▀ Les accomplissements, c'est-à-dire les réussites concrètes, qui donnent à chacun envie d'aller plus loin.

III- La formation des dirigeants et des managers

Nous avons vu que la gestion du bien-être au travail a fortement évolué ces dernières années, le cadre réglementaire s'est structuré, les acteurs sociaux sont de plus en plus sensibles à cette dimension centrale de l'équilibre contribution/rétribution structurant la relation de travail.

La compréhension des réalités du bien-être au travail des agents s'appuie aujourd'hui sur une analyse plurielle qui interroge tout autant les individus que les collectifs, les conditions matérielles que les modalités organisationnelles. Ce point de vue est d'autant plus d'actualité que l'on est face aux nouvelles pathologies (risques psychosociaux, troubles psycho-relationnels,...), et plus précisément face à leur résistance aux politiques de prévention encore insuffisamment centrées sur le bien-être et la qualité de vie au travail. Cette résistance aux formes traditionnelles de prévention oblige dorénavant les dirigeants à penser une certaine complexité pour que l'efficacité et la qualité de service soit un enjeu commun, pour que le bien-être rime avec bien-être, pour que la logique soit de type gagnant-gagnant. Parmi la multiplicité des facteurs qui jouent sur la santé des salariés, les modalités organisationnelles et la gestion des incertitudes apparaissent de plus en plus incontournables. Poilpot-Rocaboy (2017), nous rappelle que le bien-être au travail est un ressenti qui découle du vécu du rapport individuel au travail et des émotions qu'il génère (qu'est-ce que je fais, comment je le fais, pour quoi et pour qui). Mais si le présent est une dimension temporelle essentielle pour construire le bien-être au travail, le passé et le futur sont aussi importants. Pour Poilpot-Rocaboy (2017), le passé repose sur l'héritage collectif (l'histoire de l'organisation, de ses us et coutumes) et individuel (l'usure des corps et des esprits), mais aussi de la nostalgie des situations passées que ce soit en matière de locaux, d'ambiance, de contenu de travail (c'était mieux avant !). Le rapport au futur est également déterminant car le moi a besoin de repères nous disent les psychologues (Quel contenu d'emploi ? Que sera mon cadre de travail demain ? Quelle évolution professionnelle ?). La difficulté pour un agent à se représenter le futur de manière positive, à comprendre la place

qu'il tiendra dans l'organisation va le projeter dans un environnement d'incertitude qui génère une méfiance envers la direction et sa capacité de rendre possible le bien-être au travail demain. Bien entendu une telle situation est anxiogène et consommatrice d'énergie, qui ne sera pas utilisée dans le présent au service de la performance. *« Intégrer cette dimension temporelle amène à repenser le recrutement des dirigeants et managers afin de s'assurer qu'ils soient capables de comprendre l'histoire, d'analyser le réel, de concevoir, d'expliquer et de mettre en œuvre le projet d'avenir de l'organisation ».*

La prise en compte d'un nombre toujours plus important de paramètres associée à la notion de contingence en matière de rencontre entre les individus, les collectifs à géométrie variable nous obligent à repenser la formation des dirigeants et des managers. Le traditionnel cloisonnement disciplinaire (d'un côté des enseignements de contrôle de gestion et de comptabilité, de l'autre des apports en marketing de service et par ailleurs des fondamentaux sur le management d'équipe) reflète assez bien nos organisations en silo. La nécessité d'une approche pédagogique plus intégrée, plus expérientielle par l'action nous semble indispensable, sinon plusieurs pièges guettent le manager en manière de bien-être au travail :

- ▼ Le premier consiste à penser que la réussite managériale passe par le respect d'une doctrine et donc que tout échec est une transgression de cette doctrine (ce qui génère de la culpabilité).
- ▼ Le deuxième consiste à penser que le critère de vérité du management c'est l'efficacité, ce qui nous pose une question en matière de bien-être au travail : qu'est-ce qu'un management du bien-être efficace ?
- ▼ Le troisième consiste à penser que la bonne solution existe et que sa mise en œuvre ne présente pas d'inertie, d'incertitude.

Bien entendu, il existe plusieurs niveaux d'encadrement avec des problématiques spécifiques. Entre un cadre dirigeant [qui manage des ensembles très vastes, structurés, en tenant compte de différentes parties prenantes (tutelle, représentants syndicaux, pouvoir politique,...), s'appuyant sur des experts disposant de compétences importantes] et le manager de proximité, il est nécessaire de développer des approches différentes.

Dans le premier cas, il est opportun de travailler en formation sur la mise en œuvre de politiques claires en matière de santé, intégrées dans la stratégie de l'entreprise et mesurables à l'aide d'indicateurs pertinents représentant la complexité de la vie de l'organisation. Ces derniers, contingents, doivent être facilement appropriables par les différents niveaux de l'organisation.

Pour les managers de proximité, les agents de maîtrise qui gèrent des équipes d'employés ou d'ouvriers, pris entre les injonctions des différents fonctionnels, chargés de mettre en œuvre des procédures souvent élaborées sans concertation et l'animation quotidienne des équipes le rôle en matière de management de la santé est primordial alors qu'ils ne disposent la plupart du temps ni de formation en matière de management de la santé, ni de temps suffisant pour intégrer cette dimension, ni de marge de manœuvre en matière de gestion.

Nonobstant, l'inadéquation entre les formations initiales des cadres et le travail de management opérationnels a déjà été souligné par Mintzberg (2005) qui réclame *« des managers, des vrais ! »* pas des techniciens bardés d'outils focalisés uniquement sur la dimension objective du travail, sans rapport avec la réalité des relations interpersonnelles des organisations.



Par-delà les pratiques de coaching, de gestion du stress proposées pour aider les cadres à faire face aux difficultés dont les limites éthiques, les ambiguïtés ont été montrées par Brunel (2004), il nous paraît nécessaire de développer une réflexion collective sur l'organisation du travail et le travail lui-même. De nombreux auteurs ont déjà montré les conséquences de l'individualisation de la gestion des contradictions.

En conclusion, la prise en compte intégrée de la problématique du bien-être au travail, de la qualité de vie dans la politique générale d'une organisation publique est selon nous, source de performances économiques et sociales. Des réflexions ancrées sur les pratiques, permettent de consolider la prévention primaire, anticipatrice de manière à éviter au maximum le développement dans nos organisations publiques, de processus pathogènes à l'origine de trop nombreuses situations de souffrances retournées contre les agents eux-mêmes (maladies), contre les collègues de travail (conflits), ou contre les usagers (agressivité et perte de qualité de service). Au contraire, la confrontation des pratiques managériales, le partage d'expérience, le développement de la recherche en matière de bien-être au travail, de qualité de vie au travail, articulés avec un développement des formations initiales et continues vont dans le sens de la performance globale de nos organisations publiques et de l'optimisation de la qualité de service.

Bibliographie

Bachelard O., (2017), *Le bien-être au travail. Pour un service public performant et bienveillant*, Presses de l'EHESP.

Bachelard O., Normand R., (2014), *Vers un leadership au service du management public. Favoriser l'émergence de compétences collectives*, éditions CANOPE.

Brunel V., (2004), *Les managers de l'âme*, La découverte.

Clot Y., (2010), *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*, La découverte.

Debout M., (2017), Prévention et traitement de la souffrance au travail, in Bachelard O., *Le bien-être au travail. Pour un service public performant et bienveillant*, Presses de l'EHESP.

Dejours C., (1995), Comment formuler une problématique de la santé en ergonomie et en médecine du travail ? , *Le travail humain*, tome 58, N°1.

Gomez P.-Y., (2017), La perte de sens, le fondement économique d'une crise, in Bachelard O., *Le bien-être au travail. Pour un service public performant et bienveillant*, Presses de l'EHESP.

Gomez P.-Y., (2012) *Le travail invisible*, François Bourin.

Hirigoyen M.-F., (1998), *Le harcèlement moral : la violence perverse au quotidien*, Éditions La Découverte & Syros.

Masse M., (2017), Gouvernance, dialogues sociaux et bien-être au travail, in Bachelard O., *Le bien-être au travail. Pour un service public performant et bienveillant*, Presses de l'EHESP.

Mintzberg H., (2005), *Des managers, des vrais ! Pas des MBA.*, Éditions d'Organisation.

Nadisic T., (2017), Bien-être et efficacité des agents chargés du service public, in Bachelard O., *Le bien-être au travail. Pour un service public performant et bienveillant*, Presses de l'EHESP.

Neveu J-P., (2003), Stress et épuisement professionnel, in Allouche J., *Encyclopédie des ressources humaines*, Paris, Vuibert, pp 1421, 1425.

Poilpot-Rocaboy G., (2017), Triptyque temporel et bien-être au travail : l'illustration d'un établissement de santé, in Bachelard O., *Le bien-être au travail. Pour un service public performant et bienveillant*, Presses de l'EHESP.

Soenen G., (2017), Santé au travail : le rôle de l'injustice organisationnelle comme facteur de stress, in Bachelard O., *Le bien-être au travail. Pour un service public performant et bienveillant*, Presses de l'EHESP.

Thevenet M., (2017), Le bien-être au travail, une dimension collective, in Bachelard O., *Le bien-être au travail. Pour un service public performant et bienveillant*, Presses de l'EHESP.

Thévenet, M., (2000), *Le plaisir de travailler*, Les Éditions d'Organisation.

La maladie chronique à l'épreuve de l'entreprise : une réalité et un enjeu pour demain

(synthèse du mémoire réalisé dans le cadre du Master 2 Droit des RH et management de l'économie sociale) – Université de Versailles – Saint-Quentin

Par **Patricia Courtial**, Directrice-adjointe, CARSTAT Rhône-Alpes



Patricia COURTIAL est actuellement Directrice Adjointe en charge de la Santé au travail et de l'Accompagnement social à la CARSAT Rhône-Alpes. Auparavant, elle a exercé plusieurs emplois au sein de la sécurité sociale dont directrice de la CPAM de Haute-Saône, directrice de la formation continue de l'EN3S, DRH... Elle s'est intéressée à la question des salariés atteints de pathologies chroniques dans le cadre de son mémoire de Master 2 Droit – RH et management de l'économie sociale et solidaire obtenu à l'Université de Versailles – Saint-Quentin.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, **une maladie chronique est une affection de longue durée** qui, en règle générale, évolue et nécessite une prise en charge sur une période de plusieurs années ou plusieurs décennies associée à une menace d'invalidité et de complication. Il existe de nombreuses formes de pathologies chroniques évolutives dont les retentissements sur la vie quotidienne et sur la vie au travail seront différents.

Les maladies chroniques les plus répandues sont les maladies cardio-neurovasculaires (7,6 millions de personnes), le diabète (2,9 millions), les maladies respiratoires (2,9 millions), le cancer (1 000 nouveaux cas/jour dont la moitié concerne la population active¹), la sclérose en plaques (plus forte croissance annuelle : +10 %)², la polyarthrite. Enfin les maladies psychiques ou psychoses sont considérées comme pathologies chroniques et touchent 890 000 personnes. Les progrès de la médecine ont transformé des maladies au pronostic vital souvent défavorables en maladies chroniques. L'âge moyen d'apparition des maladies diffère en fonction des pathologies mais les plus de 50 ans sont les plus touchés. Elles ont la plupart du temps un caractère extraprofessionnel. Mais elles peuvent être accentuées par l'organisation et /ou les conditions de travail.

Actuellement, **on estime qu'un salarié sur quatre est atteint d'une maladie chronique évolutive (MCE)**. Le recul de l'âge légal de la retraite et l'avancée en âge des salariés laissent penser que ce sujet est émergent et qu'il deviendra un enjeu pour les entreprises dans les prochaines années. Ainsi, les employeurs (dont les organismes du service public de la sécurité sociale) ne peuvent ignorer cette réalité, les impacts sur le salarié, le collectif de travail, la performance globale. Certaines entreprises ont déjà pris conscience de ces enjeux. Elles ont choisi de s'inscrire dans une démarche volontariste intégrée à leur stratégie RH.

¹ Source Cap Santé en Entreprise – un diagnostic personnalisé- plaquette d'information-p8

² Source : rapport plan d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011



I- Les maladies chroniques : un paradigme en émergence pour l'entreprise

I.1/ Le dilemme pour les salariés : taire ou non sa maladie

Au sein de l'entreprise, le premier concerné par la MCE est le salarié lui-même. La maladie change radicalement et souvent négativement l'idée que la personne se fait de son avenir. Si chacun réagit à sa façon, la maladie induit au moins l'un de ces trois éléments : une limitation fonctionnelle des activités ou de la participation sociale, une dépendance vis-à-vis d'un traitement, d'un régime, d'une assistance et la nécessité de s'inscrire dans un parcours médico-social. Les personnes malades se définissent rarement comme handicapées mais les capacités physiques ou morales sont souvent altérées. La maladie est d'abord un éprouvé qui signale que le corps résiste à ce qu'on lui commande, qu'il ne peut plus faire ce qu'il faisait avant. Réaliser qu'on est devenu comme étranger à soi-même, et durablement est une véritable épreuve³.

Par ailleurs, concomitamment à la maladie, le salarié est souvent confronté à la complexité administrative, à un risque d'instabilité financière et sociale. Une étude de la DREES montre une baisse des revenus pour un quart des personnes deux ans après un diagnostic de cancer⁴. Pour certains salariés, une des principales craintes sera la perte de son emploi du fait de la maladie. L'enquête ESTEV montre que l'altération de l'état de santé augmente le risque de sortir de l'emploi. En analyse descriptive, 15 % des personnes se déclarant en mauvaise santé sont sorties de l'emploi quatre ans plus tard alors qu'elles ne sont que 5,8 % dans une population se déclarant en bonne santé⁵.

Pour les salariés malades, encore plus que pour les autres salariés, le travail à une valeur sociale, une place occupée dans la société. Selon la confiance qu'il portera à son entreprise et son système de management, il sera encouragé ou non à faire connaître son état de santé.

Au moment de la connaissance de sa maladie par le salarié, et après la déstabilisation occasionnée, ce dernier est souvent soumis à un dilemme entre évoquer ou non sa maladie, et le cas échéant, à quelle(s) personne(s) en parler. Dans 9 cas sur 10, la maladie n'est pas visible. Quel que soit sa décision, la maladie est installée et elle aura des répercussions.

Dans l'option d'annoncer sa maladie, le soutien pourra être plus important de la part des collègues, du collectif de travail mais le risque est la stigmatisation. En fonction des maladies, des interrogations ou jugements peuvent être portés sur le mode de vie (ex : consommation d'alcool, surpoids, tabac...). Dans le cas des malades

3 Que font les 10 millions de malades ? Vivre et travailler avec une maladie chronique. Dominique LHUILLER et Anne-Marie WASER- Erès- p10

4 Cité dans « Maladies chroniques et travail : au-delà des idées reçues » sous la direction d'Olivier OBRECHT et Marie-Claude HITTINGER-LE GROS – Éditions santé et presse Sciences Po- p.32

5 Cité dans « Maladies chroniques et travail : au-delà des idées reçues » sous la direction d'Olivier OBRECHT et Marie-Claude HITTINGER-LE GROS – Éditions santé et presse Sciences Po- p.35

atteints de VIH, 62 % ont choisi de taire leur maladie sur le lieu de travail de crainte d'être jugés.

Si le choix se porte vers le déni. Le salarié pense ne pas faire l'objet de stigmatisation et « être comme les autres », « comme avant la maladie ». Mais, il risque est d'avoir une confusion entre les symptômes engendrés par la maladie et les comportements qualifiés de désengagement (ex : fatigue et fainéantise ; perte de mémoire et manque d'attention...). Cette incompréhension peut rester ancrée après l'annonce de la maladie par méconnaissance de cette dernière.

A *contrario*, quand le salarié fait le choix de rendre publique sa maladie, et que des aménagements peuvent être trouvés, il est confronté au regard des autres. Il peut être amené à justifier des aménagements trouvés auprès des collègues ou de la hiérarchie, et doit faire preuve qu'il les « mérite »⁶.

Dans tous les cas, le salarié met en place des stratégies individuelles de régulation pour maintenir sa place dans l'organisation, atteindre la performance attendues mais avec un risque de dégradation de sa santé (ex : travail en dehors de l'entreprise, non prise de traitement, diminution ou absence de pauses...).

1.2/ Les impacts sur le collectif de travail et la performance globale

Si le salarié est le premier impacté par la MCE, les conséquences sont importantes sur le collectif de travail.

La conséquence la plus visible sur le collectif est celle liée aux périodes d'absences plus ou moins répétées, plus ou moins longues qui désorganisent le travail. Que le salarié ait décidé de rendre public son état de santé ou non, les arrêts de travail peuvent persister comme injustifiés par le collectif de travail. L'absentéisme a un impact sur l'organisation du travail et sur les relations entre les salariés. Il oblige à une nouvelle répartition du travail sur les présents. Ces derniers peuvent ne pas trouver légitime d'assurer cette surcharge, d'autant que les reports de charge de travail se font de manière empirique. Le collectif pallie les dysfonctionnements.

Par conséquent, les malades sont objets (et producteurs) de jugements moraux qui rendront leur situation plus ou moins confortable selon les caractéristiques du milieu de travail. La maladie relève ici le poids des dimensions normatives du travail⁷. Le manager confronté à la présence d'un collaborateur atteint d'une MCE dans son équipe doit en gérer les conséquences au quotidien. En fonction des absences, ou de la présence (avec aménagement ou non), il doit revoir l'organisation de son unité de travail en répartissant la charge de travail sur les autres salariés et/ou en assumant lui-même l'activité et/ou en la différant. Quel que soit la ou les solutions mises en œuvre, il s'expose aux critiques de son équipe et au risque de subir des injonctions paradoxales de sa hiérarchie en cas de dégradation des résultats. Pour un manager, la présence d'un salarié atteint de MCE est souvent vécue comme une perte de productivité, une source de dysfonctionnement et de stress. Au final, il aura tendance à préférer une absence de longue durée qui pourra être compensée par un CDD ou de l'intérim à des

6 La nouvelle revue du travail- Santé au travail : regards sociologiques- Recherche action sur le retour et le maintien en activité de salariés touchés par une maladie chronique- Guillaume HUYEZ-LEVRAT et Anne-Marie WASER

7 Santé précaire au travail : quelques perspectives sociologiques- Sylvie CELERIER- Centre d'Études de l'Emploi (CEE)-2008 -p3



absences répétitives ou un retour à l'emploi « aménagé ». Parfois, les entreprises choisissent de ne pas prendre en compte la personne malade dans l'effectif de travail. Elle devient une employée qui s'ajoute et aide en fonction des besoins⁸.

L'augmentation du nombre de salariés atteints de MCE a un coût sur la performance globale des entreprises et pourtant, une minorité d'entre-elles semble en avoir pris conscience. Il est difficile d'évaluer le coût des MCE pour les entreprises. Mais, plusieurs éléments peuvent être pris en compte : la perte de compétences, l'absentéisme, le coût des inaptitudes, et des coûts indirects (logistique, perte de productivité, dysfonctionnement organisationnel, formation...). 80 % des salariés atteints de MCE ont un emploi au moment du diagnostic de la maladie. Deux ans plus tard, un tiers des personnes ont perdu ou quitté leur emploi ou sont en arrêt de travail. Si 80 % des DRH reconnaissent ne pas avoir une vision précise de ce que représente le coût de l'absentéisme dans leur entreprise. Plusieurs études tendent à démontrer que le poids économique n'est pas négligeable. Ils représenteraient environ 45 milliards € pour les entreprises du secteur privé et 60 milliards € en ajoutant les coûts indirects. Les éléments pris en compte sont la rémunération (maintien de salaire), la politique de remplacement (CDD, intérim, heures supplémentaires...), les dysfonctionnements organisationnels engendrés... S'il est difficile de distinguer le coût lié aux maladies chroniques des autres motifs d'absentéisme maladie, selon l'Institut for Health and Productivity Management, le poids économique des maladies chroniques devrait doubler en Europe au cours des vingt prochaines années.

Par ailleurs, la majorité des entreprises « subissent » les procédures d'inaptitude au travail au détriment d'un investissement dans le maintien à l'emploi. 95 % des procédures d'inaptitude se soldent par un licenciement⁹ très coûteux en montant, en temps et en perte de compétences. Dans, la plupart des entreprises la recherche de poste n'est pas menée très efficacement et le licenciement est préféré à d'autres solutions.

Pourtant, il en va de la responsabilité de l'entreprise de privilégier le plus possible le maintien dans l'emploi et d'orienter le salarié vers une reconnaissance de travailleur handicapé. Cette solution allie deux avantages : limiter le risque financier lié à l'inaptitude et répondre à l'obligation légale de compter dans les effectifs a minima 6 % de salariés handicapés. À titre d'exemple, l'entreprise DOMUS VI a dédié 200 000 € au financement de son accord d'entreprise sur la prévention de l'inaptitude et la reconversion professionnelle. Cette somme a été établie à partir d'une estimation des coûts des licenciements pour inaptitude et des contentieux liés¹⁰.

8 Maladies chroniques évolutives – Pluridisciplinarité et maintien dans l'emploi en Aquitaine- nouvelle approche -Equal

9 Plan Santé au travail 2026-2020- Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social

10 Liaisons sociales quotidien 17016 -10 février 2016

II- Transformer une contrainte en opportunité

La question de la gestion des salariés atteints d'une maladie chronique évolutive a la particularité d'être à la croisée de la santé au travail et de la santé publique. Plusieurs auteurs, la dénomme la santé du travail. Ce terme a l'avantage de bien cerner l'ensemble des thématiques que l'entreprise devra développer dans le cadre d'un plan d'actions qui en fonction de sa stratégie pourra être intégré au plan santé au travail, au projet d'entreprise, au SDRH...

Dans tous les cas, l'entreprise sera confrontée à la nécessité de faire travailler ensemble de nombreux acteurs dont les points de vue peuvent être divergents (les salariés malades, les salariés, les managers, les ressources humaines, le CHSCT, la médecine du travail, l'équipe de direction...) et à rechercher un équilibre entre des solutions individuelles mais aussi collectives, au travers d'une organisation plus agile.

La deuxième partie de cet article a pour objectifs de proposer aux employeurs de travailler sur un plan d'actions en cinq axes de travail. Ainsi, les employeurs qui le souhaitent auront le pouvoir de transformer une contrainte en opportunité de renforcer leur politique RH et la performance globale de l'entreprise. Dans ce contexte,

Axe 1 : Rendre visibles les salariés atteints de maladie chronique

Pour mettre en œuvre un accompagnement dédié aux salariés atteints de MCE encore faut-il les connaître. C'est la plupart du temps, la première réaction des directeurs et/ou DRH. 17 % des salariés atteints de cancer et 34 % des diabétiques préfèrent se taire. Le cadre législatif actuel a pour but de sécuriser le salarié malade. Pour autant, certaines rigidités du code du travail et de la déontologie médicale peuvent conduire à produire le contraire et à fragiliser le salarié malade. La législation française et les termes qu'elles utilisent : inaptitude, invalidité, travailleur handicapé... stigmatisent le salarié concerné. Ce vocabulaire jugé comme négatif renforce le fait que les maladies chroniques soient souvent taboues. Par conséquent, il est essentiel de changer le regard des différents interlocuteurs sur les salariés malades et d'informer le salarié malade de tous ses droits. La fondation Cap santé propose aux entreprises la réalisation d'un diagnostic sous forme d'étude psycho-sociale. Elle a pour objectif de déterminer quelle image les salariés peuvent avoir de la place du malade dans leur entreprise. Il a pour but d'apprécier l'attitude des salariés face à la maladie, leur degré de confiance envers leur entreprise, leurs collègues et eux-mêmes pour gérer des éventuels problèmes de santé. En parallèle, la méthode préconise de calculer les coûts inhérents à la maladie.

Plusieurs entreprises (Crédit Mutuel, la SNCF, la métropole de Toulouse..) ont mis en place des actions de communication positive et de sensibilisation sur la maladie, le handicap, formé les managers sur les conséquences de la maladie, la posture à adopter...La SNCF a choisi de mettre en place des actions de sensibilisation sur les maladies chroniques intégrées dans son accord cadre handicap. Sa démarche a consisté à organiser des conférences en direction des managers, des ressources humaines, des agents de production, des services sociaux, médicaux sur le thème « l'annonce de la maladie, le maintien dans l'emploi »¹¹.

11 Entreprise et carrières – l'enquête « comment organiser le travail des maladies chroniques »- n°1280



La formation du management est un axe important. Dans un vaste plan sur la santé au travail, la ville et la métropole de Toulouse ont choisi de former plus de 1 400 managers notamment sur la gestion des restrictions médicales, le rôle « social » du manager. Les programmes de formation initiale et continue des managers devront intégrer la gestion des salariés malades et/ou handicapé¹².

Axe 2 : Prévenir la désinsertion et maintenir dans l'emploi

Une fois les salariés malades connus et les managers sensibilisés, il est nécessaire de les aider à identifier les acteurs ressources au sein de l'entreprise, leurs droits, les leviers possibles pour éviter la désinsertion et optimiser le maintien dans l'emploi. Les entreprises qui se sont déjà engagées dans une démarche de maintien dans l'emploi ont pour la plupart fait reposer leur démarche sur une fonction dédiée : le référent handicap ou le référent santé. Les organismes de sécurité sociale disposent tous d'un référent santé sécurité au travail dont la formation pourrait être complétée par un module sur les maladies chroniques au travail. Par ailleurs, des entreprises (Delpyrat, la MNT...) ont élaboré des guides papier ou multimédia pour permettre aux malades de connaître leurs droits et devoirs.

La maladie chronique entraîne des absences d'une durée plus ou moins longue, parfois répétées rendant le retour à l'emploi et le maintien dans l'emploi complexes. De plus, la législation en vigueur rend difficile le maintien du contact entre l'employeur et le salarié malade. L'employeur n'a pas la possibilité de déclencher une visite de pré-reprise qui lui permettrait pourtant de préparer le retour et les aménagements afférents. Le dialogue social et la négociation d'un accord d'entreprise rendent possible de discuter entre partenaires du principe du maintien du contact entre l'employeur et le salarié pendant les périodes d'arrêt de travail. C'est ce qu'à réaliser l'entreprise DOMUS Vi, 3^{ème} groupe de services aux personnes âgées en France (1 600 salariés) qui a intégré dans son accord d'entreprise sur la prévention de l'inaptitude et la reconversion professionnelle ce principe permettant d'anticiper les retours à l'emploi. Cet accord a été signé par la CGT et FO¹³. Par ailleurs, tout employeur a la possibilité d'adresser à son salarié un courrier pour l'informer de la possibilité de solliciter une visite de reprise en insistant sur les avantages pour le salarié. Cette information peut aussi être intégrée dans le guide à l'attention des salariés malades.

Dans le cadre des actions sur la Prévention de la Désinsertion Professionnelle (DPD), des cellules co-animées par la CPAM, le service social de la CARSAT et le service médical peuvent être des appuis pour les salariés atteints de pathologie chronique et leur employeur dans la construction de plans d'actions adéquat pour le maintien dans l'emploi. Mais ces dispositifs restent « confidentiels ».

Le médecin du travail ou encore l'ANACT sont des ressources pour procéder à des études de poste. La démarche consiste à interroger les compatibilités entre les caractéristiques des situations de travail et les impacts de la maladie et des

12 Entreprise et carrières – l'enquête « comment organiser le travail des maladies chroniques »- n°1280

13 Liaisons sociales quotidien – 10 février 2016

traitements du salarié. Les maladies chroniques rendent la question organisationnelle plus complexe car la chronicité et l'évolution (défavorable ou favorable) obligent à une évaluation permanente de l'adéquation des solutions avec l'état de santé¹⁴.

Axe 3 : Passer de la santé au travail à la santé du travail

La majorité des maladies chroniques sont sans lien avec le travail. Mais, une bonne hygiène de vie et la prévention peuvent contribuer à limiter le nombre de malades chroniques et /ou retarder les effets de la maladie et /ou mieux lutter contre ses effets.

Comme le souligne le plan santé au travail 3, le positionnement de l'entreprise lui permet d'être à la croisée de la santé au travail et de la santé publique. Elle peut permettre aux salariés de se maintenir en meilleure état de forme en initiant des actions de lutte contre le tabagisme, les addictions, en prodiguant des conseils en nutrition, en incitant à la pratique sportive.

D'après l'étude Goodwill (2015), une personne sédentaire qui se met à la pratique de l'activité physique et sportive en entreprise améliore sa productivité de 6 à 9 %.

Par ailleurs, l'Assurance Maladie par l'intermédiaire des CPAM, de leurs services en santé, de leurs actions auprès des médecins et la CARSAT dans ses missions de santé au travail pourraient devenir des acteurs clés dans l'accompagnement et la prise en charge des salariés atteints de MCE dans les entreprises en intégrant un volet « travail/emploi » à l'accompagnement post hospitalisation (PRADO) et dans SOPHIA. Cette offre complémentaire pourrait faire l'objet d'un partenariat CARSAT/CPAM.

Axe 4 : Réfléchir à des organisations plus souples et adaptées

Au-delà des actions en direction des salariés, et /ou des managers et des équipes, les maladies chroniques et leurs incidences sur le travail nécessitent une réflexion attentive sur l'organisation du travail, son assouplissement et la recherche de solutions innovantes. Au demeurant, la question de l'organisation est centrale en matière de santé au travail.

La mise en place d'une stratégie RH sur les maladies chroniques peut être l'occasion de réaffirmer l'intérêt d'examiner systématiquement le volet santé de toute organisation ou changement d'organisation. Certaines organisations peuvent générer ou renforcer des symptômes de MCE et a fortiori exclusion de l'emploi. Ainsi, une partie des actions aura une portée générale et l'ensemble des salariés pourront tirer profit d'une démarche ciblée sur une seule catégorie.

Les MCE rendent la question organisationnelle encore plus complexe car la chronicité et l'évolution de la maladie (favorable ou défavorable) obligent à une évaluation permanente de l'adéquation des solutions mises en œuvre avec l'état de santé du salarié, et le cas échéant, à adapter, rechercher de nouvelles pistes. Pour les entreprises qui en ont les moyens, l'apport d'un ergonomiste est une plus-value.

Par ailleurs, des solutions d'aménagements horaires peuvent être activées. Le mi-temps thérapeutique est le plus souvent utilisé mais il est nécessaire de penser à des assouplissements

14 Travail et Changement - Travailler avec une maladie chronique évolutive – publication ANACT – juillet-août 2015



des horaires pour permettre le suivi d'un traitement ou le respect d'un horaire de prise de repas (ex : diabète)... Le télétravail apparaît comme un levier dans les accords des entreprises qui ont mis en place des plans d'actons concernant les salariés atteints de pathologie chronique (ex : Cap Gemini, Nestlé France, Astrium...).

Enfin, une initiative innovante de la Mairie de Bordeaux mérite d'être soulignée. Elle a créé dix postes tremplin sur lesquels les salariés sont affectés dans l'attente de solution de reclassement.

Axe 5 : Coordonner les nombreux acteurs concernés par le sujet

La question des maladies chroniques a la particularité de concerner un nombre important d'acteurs au sein de l'entreprise : le directeur, les ressources humaines, les managers, les élus du personnel, les salariés malades, les salariés non malades, le médecin du travail (et/ou l'infirmier du travail), l'assistante sociale du travail.

Le constat actuel est que la majorité des entreprises gèrent les situations au coup par coup, de manière individuelle et sans politique globale. Lorsque des dispositifs existent, ils sont actionnés en tant que de besoin. Ils se confrontent régulièrement à des incompréhensions entre les différents acteurs (conflits de logique). Le secret médical s'ajoute comme source de complexité.

Par conséquent, l'employeur a intérêt à privilégier une gestion en mode projet et une approche pluridisciplinaire visant à impliquer tous les acteurs et notamment des salariés atteints de pathologies chroniques ou des associations de malade, les membres du CHSCT.

Comme tout projet, la démarche doit en premier lieu être portée par le Directeur et le Comité de Direction. Elle peut être pilotée par la RH ou faire l'objet d'un co-pilotage RH/CHSCT. Elle déroulera les étapes classiques d'une gestion de projet : état des lieux, plan d'actions, communication, évaluation, suivi... Le sujet étant délicat voire tabou, l'accompagnement d'un consultant spécialisé public ou privé peut être une plus-value.

En conclusion,

La problématique des salariés atteints de maladie chronique est à prendre en compte par l'entreprise, elle doit faire l'objet d'une stratégie globale alliant santé publique et santé au travail. Les solutions dépassent le champ de l'entreprise elle-même, certaines d'entre-elles concernent la législation à faire évoluer, l'articulation entre la médecine de ville et la médecine du travail, les associations de malades, les acteurs du système de santé (l'assurance maladie, les CARSAT, les organismes complémentaires, de prévoyance...), la formation.

L'intégration du sujet dans le Plan cancer et dans le Plan Santé Travail 3 démontre sa prégnance et une prise de conscience de l'urgence de son traitement concerté par les pouvoirs publics et les entreprises. Le sujet est en passe de devenir un

axe incontournable de la politique RH et de la stratégie des entreprises privées et publiques.

Pour autant, comme pour d'autres sujets, et en fonction de la montée en charge des plans d'actions dans les entreprises, il sera peut-être nécessaire de déployer des mesures législatives contraignantes et /ou incitatives comme au Pays-Bas seuls pays de l'OCDE où les absences pour maladie et l'entrée en invalidité ont baissé .

Au sein de l'entreprise, des actions simples et pragmatiques peuvent être mises en place sous l'impulsion de la direction mais nécessairement portée par l'ensemble des parties prenantes. La majorité de ces actions, prioritairement dédiées à la question des maladies chroniques peuvent avoir une portée générale en matière d'organisation, de bien-être et santé au travail, de réduction de l'absentéisme...Il est encore trop tôt pour évaluer le retour sur investissement des actions mises en œuvre et sur la performance globale des entreprises engagés dans ces démarches. Toutefois, un premier bilan positif est d'ores et déjà possible en termes de cohésion sociale et image de marque.

D

L'APPROCHE INTERNATIONALE

sorte de...
plus en p...
rait être...
cisément, il...
ication de la peti...
rtises et savoirs qu...
Car il peut reven...
ici au moins deux...
fants (pour leur so...
é du travail ? la pa...
e, en gros, par les...
ternelle) a-t-elle se...
é de la question p...
mpose) finance-t-on...
se-t-on des presta...
ndre un tel sujet s...
s, d'observations, e...
n d'abondance que...
s comme d'investig...
T. C'est peu dire qu...
être toujours conve...
multiples rapports...

Les lignes directrices de l'AISS

Par **Bernd Treichel**, *Expert en prévention et Sécurité sociale à l'Association Internationale de la Sécurité Sociale (AISS)*



Bernd Treichel a travaillé en tant qu'avocat avant de rejoindre la Bureau International du Travail comme expert pour le développement des systèmes d'inspection du travail. Ensuite, il a travaillé pour le Conseil des états de la mer baltique à Stockholm en tant que conseiller principal avant de rejoindre l'Association Internationale de la Sécurité Sociale à Genève.

Les Lignes directrices de l'AISS en matière de prévention des risques professionnels, de promotion de la santé sur le lieu de travail et de retour au travail et de réintégration professionnelle proposent aux institutions de sécurité sociale une définition plus large du concept de prévention.

Les tendances mondiales observées dans le domaine de la santé au travail traduisent une évolution de la nature des risques. Ainsi, tandis que les taux de mortalité due aux accidents du travail reculent, les conséquences des problèmes de santé liés au travail gagnent en importance. Aujourd'hui, la population active doit à la fois faire face aux risques professionnels « traditionnels » et à l'apparition d'une multitude de nouveaux problèmes de santé, liés au travail ou non. Les nouvelles technologies, les risques ergonomiques, l'évolution démographique, le stress et autres facteurs psychosociaux sont autant de phénomènes qui affectent la vie et la santé des travailleurs. Les facteurs professionnels et non professionnels exercent une influence de plus en plus forte sur la santé et les performances au travail, et la santé des travailleurs joue dorénavant un rôle capital dans la viabilité des régimes de sécurité sociale.

Dans ce contexte, la prévention est désormais abordée de manière plus large, l'approche traditionnelle, fondée sur la gestion technique des risques, cédant la place à une culture de la prévention plus globale, dans le cadre de laquelle la sécurité, la santé et le bien-être sont liés. Cette approche plus vaste et plus intégrée nécessite la mobilisation de divers acteurs de la société et une conception harmonisée de la prévention.

I- L'approche tridimensionnelle de la sécurité et de la santé au travail définie par l'AISS

Les institutions de sécurité sociale jouent un rôle déterminant, concourant à la mise au point, à la promotion et à la conduite d'activités de prévention avec pour objectif de réduire le nombre d'accidents et de maladies liés au travail ainsi que les demandes d'indemnisation en découlant.



À cette fin, elles se sont accordées sur une définition plus large du concept de prévention dans le cadre des Lignes directrices de l'AISS.

La préservation de la santé de tous est un objectif essentiel pour les systèmes de sécurité sociale. Les différents acteurs qui jouent un rôle dans la société doivent se mobiliser pour prévenir et éliminer les risques, professionnels ou non, qui menacent le bien-être.

Les approches de la prévention et les services fournis dans ce domaine diffèrent d'un pays à l'autre, reflétant les différences de développement économique, de politiques menées et de cadres juridiques. En règle générale, les pouvoirs publics intègrent, après consultation des partenaires sociaux, les activités de prévention à la législation en matière de santé et de sécurité au travail, laquelle est ensuite appliquée par les autorités compétentes, à travers l'inspection du travail.

Dans beaucoup de pays, les institutions de sécurité sociale complètent ces services et contribuent à la prévention des risques professionnels. Les institutions de sécurité sociale prenant en charge l'indemnisation des accidents et maladies liés au travail - et dans certains cas la réadaptation des travailleurs qui en sont victimes -, elles ont stratégiquement un grand intérêt à contribuer à l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs.

Pour concourir à la mise en place d'une approche intégrée de la prévention, l'AISS a mis au point des Lignes directrices internationalement reconnues portant sur trois domaines: la prévention des risques professionnels; la promotion de la santé sur le lieu de travail; le retour au travail et la réintégration professionnelle.

Les Lignes directrices de l'AISS offrent aux institutions de sécurité sociale un accès à des standards internationaux sur un aspect spécifique de la prévention, constituant une base de comparaison pour mettre en œuvre des améliorations administratives. Chaque série de Lignes directrices s'accompagne de ressources complémentaires, de références et de liens vers des exemples de bonnes pratiques qui permettent d'approfondir les connaissances et facilitent l'application des Lignes directrices.

II- Les Lignes directrices de l'AISS en matière de prévention des risques professionnels

Les Lignes directrices de l'AISS en matière de prévention des risques professionnels qui portent sur les risques professionnels pris en charge par les institutions de sécurité sociale, proposent à ces dernières un ensemble exhaustif de concepts et d'outils de prévention leur permettant de développer leurs capacités, infrastructures, programmes et activités en la matière, tout en prenant en compte leurs spécificités nationales et institutionnelles.

Les Lignes directrices fournissent des mesures qui visent à aider les institutions de sécurité sociale à mener des activités de prévention en vue de réduire le nombre

d'accidents et de maladies liés au travail ainsi que les demandes d'indemnisation en découlant. C'est en incluant tous les acteurs concernés, notamment les partenaires sociaux, les autorités gouvernementales et les spécialistes de la prévention, que les institutions de sécurité sociale parviendront à promouvoir activement une culture de la prévention et ce, en encourageant l'amélioration des performances dans ce domaine, tant au niveau de l'entreprise qu'à l'échelle nationale.

En vue de structurer et de prioriser les activités en matière de santé et de sécurité au travail, les institutions de sécurité sociale établissent un modèle de prévention ciblant quatre domaines d'intervention: la santé et la sécurité au travail, la sécurité de la technologie, les capacités individuelles de prévention et les comportements, et enfin la clarté des consignes et des conseils.

Les Lignes directrices se divisent en deux parties:

- ▼ La Partie A, intitulée « Conditions essentielles des programmes de prévention » (Lignes directrices 1 à 9), traite des questions structurelles devant être prises en compte par les institutions de sécurité sociale pour que ces dernières puissent soutenir et faciliter l'adoption d'approches préventives en collaboration avec les entreprises et dans l'intérêt de ces dernières.
- ▼ La Partie B, intitulée « Activités et services de prévention » (Lignes directrices 10 à 37), traite quant à elle des activités et des services de prévention pouvant être proposés.

III- Les Lignes directrices de l'AISS en matière de promotion de la santé sur le lieu de travail

Les Lignes directrices de l'AISS en matière de promotion de la santé sur le lieu de travail contiennent des informations qui permettront aux institutions de sécurité sociale de disposer d'un cadre d'action. Elles constituent essentiellement un « mode d'emploi » qui indique la marche à suivre pour élaborer et mettre en œuvre des programmes de promotion de la santé sur le lieu de travail à la fois pérennes et fondés sur les besoins dans les organisations clientes, qu'il s'agisse d'entreprises, d'organismes ou d'organisations des secteurs public ou privé.

Les Lignes directrices s'articulent autour de deux grands axes :

- ▼ les institutions de sécurité sociale vues comme ayant pour mission de faciliter l'application de bonnes pratiques au sein de leurs organisations clientes et les différents aspects de ce rôle ;
- ▼ les institutions de sécurité sociale vues comme des modèles à suivre et les actions à mener pour accéder à ce statut.

Dans la majorité des cas, les institutions de sécurité sociale ne sont pas tenues par la loi de s'impliquer dans la promotion de la santé. Cependant, elles ont de nombreuses raisons de le faire, notamment les suivantes :

- ▼ *L'éthique* : les institutions de sécurité sociale ont un rôle de premier plan à jouer dans la prévention des accidents et des problèmes de santé et dans la promotion du bien-être par l'intermédiaire du lieu de travail ;



- ▼ *Les prestations sociales et la viabilité financière* : la promotion du bien-être sur le lieu de travail va de pair avec une meilleure santé, un travail plus sûr et le maintien dans l'emploi. Ceci garantit une source de financement durable pour les dispositifs de réadaptation et d'indemnisation tout en limitant le recours à des mesures de réadaptation et d'indemnisation coûteuses ;
- ▼ *L'équité* : la réduction des inégalités en matière de santé est positive pour un grand nombre d'acteurs, notamment pour les gouvernements, les systèmes de santé, les systèmes de sécurité sociale, les employeurs et les individus.

Lorsque les institutions de sécurité sociale sont acteurs de la promotion de la santé sur le lieu de travail, leur rôle est d'encourager activement et d'accompagner les employeurs qui mettent en place des programmes de promotion de la santé dans leur entreprise, ce qui peut les conduire à allouer du temps et des ressources à cette mise en place. Ce soutien peut également inclure le temps investi et les ressources dans de tels développements ou fournir des systèmes d'incitation tels que la réduction des cotisations d'assurance des employeurs qui ont un bon rendement programme de promotion de la santé au travail.

Les Lignes directrices comportent trois parties :

La Partie A : Conditions essentielles à la promotion de la santé sur le lieu de travail (Lignes directrices 1 à 10), porte sur les problématiques structurelles auxquelles il faut répondre pour que les institutions de sécurité sociale puissent encourager et aider leurs clients – entreprises et organisations du secteur public ou privé – à concevoir des stratégies cohérentes de promotion de la santé au travail.

La Partie B : Évaluation des besoins et planification (Lignes directrices 11 à 18), porte sur les ressources et processus nécessaires à l'évaluation et à la recherche de consensus.

La Partie C : Services et activités de promotion de la santé sur le lieu de travail (Lignes directrices 19 à 28), décrit les actions et mesures spécifiques que les institutions de sécurité sociale peuvent envisager pour aider les lieux de travail à élaborer et mettre en œuvre des programmes de promotion de la santé au travail.

IV- Les Lignes directrices de l'AISS en matière de retour au travail et de réintégration professionnelle

Les Lignes directrices de l'AISS en matière de retour au travail et de réintégration professionnelle portent sur la façon dont les institutions de sécurité sociale peuvent collaborer avec d'autres parties prenantes en vue de soutenir les personnes qui sont en arrêt maladie et qui conservent un lien avec un employeur spécifique.

Le retour au travail occupe une place centrale au sein d'un ensemble de processus destinés à faciliter la réintégration professionnelle des personnes dont l'aptitude au travail diminue à la suite d'un accident ou d'une maladie d'origine professionnelle ou non professionnelle. Parce qu'ils tiennent compte des besoins individuels, de

l'environnement de travail, des besoins et des obligations juridiques des entreprises, les processus de retour au travail constituent une stratégie coordonnée visant à favoriser le maintien dans l'emploi, considéré comme une première étape pour éviter que les personnes qui voient leur capacité de travail diminuer ne quittent prématurément la vie active.

Les Lignes directrices sont axées sur les personnes qui sont en arrêt maladie de courte ou longue durée et qui conservent un lien avec un employeur spécifique. Elles s'appliquent quelle que soit la cause, professionnelle ou non professionnelle, de l'arrêt de travail.

Les Lignes directrices sont organisées en deux parties :

La Partie A, intitulée Retour au travail: conditions, principes et Lignes directrices de base (Lignes directrices 1 à 5, porte sur l'identification des parties prenantes, le fondement juridique du programme et la nécessité d'avoir pour référence de bonnes pratiques internationales. Elle traite aussi des moyens dont dispose une institution de sécurité sociale pour influencer le système.

La Partie B, intitulée Retour au travail: principes et Lignes directrices spécifiques (Lignes directrices 6 à 32), porte sur sept aspects spécifiques, qui constituent une préoccupation commune à l'ensemble des institutions de sécurité sociale lorsqu'elles mettent en œuvre un programme de retour au travail.

Les Lignes directrices de l'AISS en matière de retour au travail et de réintégration professionnelle ont été élaborées afin :

- ▼ de décrire les choix stratégiques que peuvent faire les institutions de sécurité sociale pour parvenir à mettre en place des programmes de retour au travail fondés sur les bonnes pratiques ;
- ▼ d'impulser un dialogue sur les programmes de retour au travail fondés sur les bonnes pratiques que peuvent mettre en place les institutions de sécurité sociale ;
- ▼ d'identifier les caractéristiques indispensables à la réussite de ces programmes ;
- ▼ de proposer des outils concrets pour la mise en œuvre des programmes.

V- Mise en place d'une stratégie de prévention

L'expérience internationale démontre clairement qu'aussi souhaitables qu'elles soient, les mesures prises pour restaurer les liens des bénéficiaires de prestations d'invalidité avec le marché du travail sont extrêmement coûteuses et ont une efficacité souvent limitée.

Il convient donc d'orienter la majorité des stratégies vers la réduction des risques professionnelles à travers la prévention et vers promotion de la santé sur le lieu de travail. Au cas échéant, il est essentiel de s'orienter vers le maintien dans l'emploi des personnes victimes d'une maladie ou d'un accident qui risquent de perdre leur travail, avec toutes les conséquences économiques, sociales et psychologiques qui en découlent.

Cette nouvelle orientation constitue un changement de paradigme, qui voit les institutions modernes de sécurité sociale cesser de jouer le rôle de « payeur » pour tenir celui d'« acteur ».



Si tous ces aspects qui sont mentionnées dans les Lignes directrices de l'AISS sont pris en compte de façon systématique, on peut s'attendre à une amélioration continue en matière de prévention. En règle générale, ceux-ci sont intégrés à une stratégie de prévention qui fixe des objectifs de réduction du nombre d'accidents du travail et de maladies professionnelles dans un délai précis et définit un cadre de collaboration avec d'autres intervenants, dont les partenaires sociaux et les autorités responsables de la santé et de la sécurité et de la réhabilitation et de la réinsertion professionnelle.

Une stratégie de prévention efficace veille aussi à ce que l'indemnisation des accidents et maladies professionnelles soient viables sur le plan financier. L'AISS a mené une étude internationale qui calcule le rendement potentiel de la prévention pour les entreprises intitulée « Calcul du rendement international de la prévention pour les entreprises : coûts et avantages des investissements dans la sécurité et la santé au travail »¹. Reposant sur une approche méthodologique scientifique, cette étude révèle que si un employeur investit 1 euro (EUR) dans des mesures de prévention sur le lieu de travail, il peut générer un rendement pouvant atteindre 2,2 EUR. En d'autres termes, le rendement de la prévention s'élève à un taux exceptionnel de 1:2,2.

Cette découverte offre aux systèmes d'assurance contre les accidents du travail un argument puissant pour convaincre les travailleurs et les employeurs pris en charge par leurs régimes d'investir dans la prévention. Les résultats de ces études démontrent en outre la nécessité pour les régimes d'assurance qui n'indemnisent que le coût des accidents de repenser leur stratégie et de développer des programmes de prévention qui récompensent les entreprises qui obtiennent d'excellents résultats en termes de sécurité et de santé au travail.

À l'instar de la prévention des risques professionnels, les avantages potentiels des programmes de retour au travail sont également considérables, tant pour les employés et les entreprises que pour les systèmes de sécurité sociale. L'Organisation de la sécurité sociale de Malaisie a, par exemple, évalué le rendement potentiel de ses investissements dans les programmes de retour au travail à 1:2,4.

L'ensemble de trois Lignes directrices sur la prévention sont au cœur du Centre pour l'excellence de l'AISS, qui a vocation à promouvoir la bonne gouvernance, une performance élevée et la qualité des services dans le domaine de l'administration de la sécurité sociale. Outre les services supplémentaires qu'elle offre et les événements qu'elle organise, l'AISS propose une formation et un soutien pour aider les institutions à appliquer les Lignes directrices. Les Lignes directrices tendent à encourager les systèmes d'assurance contre les accidents du travail à, non seulement, indemniser les victimes d'accidents du travail, mais également à mettre en œuvre des stratégies de prévention afin d'éviter que ces accidents ne se produisent, et à garantir aux victimes une réadaptation médicale et professionnelle.

1 ISSA, 2013: Calculating the international return on prevention for companies: Costs and benefits of investments in occupational safety and health; www.issa.int/rop

Lancé à l'occasion du Forum mondial de la sécurité sociale, à Doha, en 2013, **le Centre pour l'excellence** vise à faciliter le transfert de connaissances entre les institutions membres de l'AISS afin de les aider à parvenir à l'excellence administrative. Il a notamment pour rôle de promouvoir l'application des Lignes directrices de l'AISS en matière d'administration de la sécurité sociale, qui constituent des normes professionnelles pour l'administration de la sécurité sociale reconnues à l'échelle internationale. Parce qu'elles ont valeur de référence en matière d'améliorations, les Lignes directrices de l'AISS aident les membres à définir les objectifs à atteindre pour parvenir – durablement – à l'excellence administrative.

Maintien dans l'emploi des victimes d'AT/MP : Quelles pratiques chez nos voisins ?

Par Catherine Lecoanet, traductrice à Eurogip et Raphaël Haeflinger, directeur d'Eurogip



Traductrice de formation, Catherine Lecoanet travaille particulièrement sur la prévention de la désinsertion professionnelle et le maintien dans l'emploi en Europe. Ces recherches ont donné lieu à des notes de problématique pour accompagner les politiques françaises en la matière.



Depuis 2007, Raphaël Haeflinger dirige EUROGIP, un groupement d'intérêt public constitué par la CNAMTS et l'INRS dont la vocation est d'être un observatoire et un centre de ressources sur l'assurance et la prévention des risques professionnels à l'international.

Résumé

Maintenir dans l'emploi les victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles est un enjeu crucial pour l'Europe, confrontée à un important bouleversement démographique et notamment au vieillissement de sa population active.

Cet article passe en revue les approches choisies par quatre pays qui ont une expérience significative dans ce domaine. Celles-ci reposent sur deux logiques : gérer plus efficacement les cas d'assurance ou miser sur la réinsertion professionnelle comme levier d'une politique active de l'emploi.

Dans tous les cas, l'accent est davantage mis sur la capacité résiduelle de travail que sur le handicap. Pour un retour réussi et durable au travail, ces approches prônent non seulement de mettre en place des actions précoces, mais aussi de considérer l'individu dans toutes ses dimensions, en particulier physiologique, professionnelle et sociale.



Introduction

Le maintien dans l'emploi des victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles (AT/MP) est une question qui prend une importance grandissante en Europe pour des raisons à la fois démographiques et économiques. Le vieillissement de la population, l'arrivée à l'âge de la retraite de la génération dite du baby-boom et l'entrée généralement plus tardive des jeunes sur le marché du travail font craindre une pénurie de main-d'œuvre. Outre que des compétences vont commencer à manquer, les employeurs sont de plus en plus conscients qu'il est nécessaire de promouvoir le maintien des salariés dans l'emploi et de faciliter la réinsertion professionnelle des accidentés du travail. En effet, plus les arrêts de travail sont longs, plus les chances de retour à l'emploi sont faibles. Par ailleurs, les problèmes de santé et de sécurité au travail ont un coût élevé pour les systèmes de protection sociale préfigurant une importance grandissante de la réadaptation et de la réinsertion professionnelle.

Faire face à ces changements démographiques est d'ailleurs l'un des trois défis contenus dans le Cadre stratégique de l'Union européenne en matière de santé et de sécurité au travail 2014-2020. Les actions à mener visent notamment à favoriser une vie professionnelle durable et à promouvoir les mesures de réadaptation et de réinsertion. Cela passe par l'application des conclusions du projet pilote du Parlement européen « Travailler dans des conditions plus sûres et plus saines à tout âge : la sécurité et la santé au travail dans le contexte d'une population active vieillissante » mené de 2013 à 2015 par l'EU-OSHA.

La plupart des pays européens ont mis en place une stratégie de maintien dans l'emploi et de prévention de la désinsertion professionnelle des victimes d'AT/MP mais certains pays ont davantage d'expérience en la matière, comme l'Allemagne, la Suisse, le Danemark et les Pays-Bas.

Bien que ces pays poursuivent le même objectif, les approches diffèrent quelque peu. En effet, les mesures mises en œuvre en Allemagne et en Suisse sont plus particulièrement axées sur une gestion plus efficace des cas d'assurance alors qu'au Danemark et aux Pays-Bas, elles s'inscrivent davantage dans le cadre d'une politique active de l'emploi.

I- Gestion plus efficace des cas d'assurance

I.1/ L'Allemagne fait de la gestion de la réinsertion professionnelle une mission statutaire

Le thème du maintien dans l'emploi et de la réinsertion professionnelle et sociale des victimes d'AT/MP est très important en Allemagne. Cela s'explique avant tout par le vieillissement de la population et la diminution de la main-d'œuvre. Sachant que, d'ici à 2050, la population active devrait diminuer drastiquement et que la

pénurie de travailleurs qualifiés coûterait des sommes considérables à l'économie allemande, il s'avère indispensable de prendre des mesures pour maintenir la main-d'œuvre dans l'emploi et faciliter le retour au travail des victimes d'AT/MP.

En Allemagne, l'assurance accident obligatoire (*die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung* – DGUV) a statutairement une triple mission : la prévention, la réadaptation et l'indemnisation. Elle a pour principe que la réadaptation intervient avant l'indemnisation (*Rehabilitation vor Rente*). L'indemnisation est donc l'ultime étape quand les deux précédentes ont échoué. C'est pourquoi le suivi médical et la réinsertion professionnelle et sociale de l'assuré ont une importance primordiale. De plus, étant donné qu'en cas d'arrêt de travail d'un salarié, les six premières semaines sont à la charge de l'employeur, ce dernier est fortement incité à organiser la prévention et, le cas échéant, le retour à l'emploi.

Dans cette optique, des mesures ont été prises, y compris sur le plan législatif, avec l'introduction en 2004 du concept de gestion de la réinsertion professionnelle (*Betriebliches Eingliederungsmanagement* – BEM). Depuis lors, quand un salarié a été en arrêt de travail au-delà de six semaines cumulées au cours des douze derniers mois, l'employeur est tenu de mettre en œuvre le programme de gestion de la réinsertion professionnelle du salarié.

Cette démarche associe le salarié concerné mais l'accord de ce dernier est indispensable, la participation à ce programme se faisant sur une base volontaire.

Ce programme comporte les cinq étapes suivantes :

a) la gestion de l'information (système d'alerte précoce)

Le service du personnel de l'entreprise est informé des arrêts de travail de plus de six semaines sur les douze derniers mois par le système de traitement informatisé des données de l'entreprise ;

b) la prise de contact avec le salarié

Un entretien doit être organisé entre l'employeur et le salarié concerné, entretien auquel doit participer le conseil d'établissement¹.

Lors de cet entretien, le salarié doit être informé des objectifs de la gestion de la réinsertion professionnelle. À ce stade, le salarié a le droit de refuser de participer au programme proposé.

c) l'analyse du cas

Si le salarié accepte de participer au programme, un entretien est organisé entre l'employeur, le médecin du travail et le conseil d'établissement pour faire une analyse de la situation du salarié. Si nécessaire, l'employeur peut aussi faire appel à divers acteurs extérieurs (organismes d'intégration des handicapés, assurance invalidité-vieillesse, assurance accident, assurance maladie, agence pour l'emploi...). Cet entretien porte sur l'analyse du poste de travail, la comparaison des exigences requises pour le travail et des capacités du salarié, la nécessité d'aménager le poste de travail, les éventuels besoins de formation.

¹ La loi du 15 janvier 1972 sur l'organisation interne de l'entreprise prévoit l'institution, dans tous les établissements comportant au moins cinq salariés, d'un conseil d'établissement disposant d'un pouvoir de codécision dans trois domaines : affaires sociales, questions de personnel et affaires économiques. Le conseil d'établissement se compose uniquement de représentants des salariés.



d) La mise en place de l'équipe de réadaptation

En fonction des besoins de réadaptation identifiés lors de l'analyse du cas, une équipe de réadaptation est constituée au sein de l'entreprise. Cette équipe décide des mesures générales ou individuelles à mettre en œuvre. Elle travaille également avec les partenaires extérieurs et veille au bon déroulement de cette action en réseau.

e) l'application des mesures de réadaptation

Une équipe de réadaptation est chargée de mettre en œuvre les mesures de réadaptation. Elle est également responsable de l'assurance qualité.

Les mesures de réadaptation placent la victime au centre des préoccupations, l'important n'étant pas de réussir rapidement mais de parvenir à une réinsertion durable dans la société et le monde du travail. L'objectif est que la victime d'AT/MP retrouve le meilleur état de santé possible et puisse retravailler dans les meilleures conditions. Pour cela, toutes les possibilités de travail au sein de l'entreprise sont, en premier lieu, examinées, puis à l'extérieur de l'entreprise, si le maintien dans l'entreprise s'avère impossible. Quel que soit le cas de figure, le nouveau poste ne doit pas conduire à une rétrogradation économique ni sociale.

La DGUV verse des prestations aux salariés : prestations en nature (soins médicaux, paramédicaux, dentaires, médicaments, prothèses, soins à domicile, en établissements de cure, en centres de réadaptation et dans les hôpitaux) et prestations en espèces (allocations pour incapacité, prestations au titre de la participation à la vie active, allocations de transition visant à indemniser la perte de capacité de gain, prestations pour l'adaptation de véhicules, l'aménagement du logement, l'aide-ménagère, l'encadrement psychosocial, le sport de réadaptation).

La DGUV verse également des prestations à l'employeur, le plus souvent sous forme de subventions, pour maintenir les accidentés du travail dans leur emploi. Dans certains cas, elle peut prendre en charge le coût de l'embauche à l'essai d'une victime d'AT/MP pour une durée de trois mois maximum. Cela permet à l'employeur d'apprécier si la personne est apte à effectuer le travail sans entraîner un important investissement financier. La DGUV peut également prendre en charge les coûts d'aménagement du poste de travail.

On observe en Allemagne une tendance à mettre en œuvre les moyens d'éviter les incapacités professionnelles de longue durée et à développer la prise de conscience précoce des risques de désinsertion professionnelle.

Les mesures de réadaptation mises en place par la DGUV portent leurs fruits. En moyenne, 97 % de tous les accidentés du travail reprennent une activité professionnelle, soit au même poste, soit sur un poste similaire. Il est à noter qu'un accompagnement intensif de la victime augmente les coûts administratifs mais permet de réduire la durée d'incapacité de travail et les coûts d'indemnisation.

De l'avis de la DGUV, il serait souhaitable de coopérer davantage avec les médecins du travail et de renforcer leur motivation à promouvoir la réinsertion des patients car ils ont une bonne connaissance des produits, des matériels et des risques au poste de travail puisqu'ils sont chargés de la prévention et des examens de dépistage.

I-2/ La Suisse développe le concept de *case management*

En Suisse, la loi n'accorde à l'assurance accident aucune compétence en matière de réinsertion professionnelle, cette attribution revenant à l'assurance invalidité. Cette dernière dispose d'une série de mesures qui visent à rétablir, sauvegarder ou améliorer la capacité de gain des personnes atteintes dans leur santé physique ou psychique. Mais ces mesures portent uniquement sur la réadaptation professionnelle des assurés et ne couvrent pas les autres aspects de la vie.

Lors de la 5^e révision de la loi sur l'assurance invalidité (LAI)², la Suva³ – la plus grande assurance accident obligatoire suisse – avait proposé de prendre la gestion de la réinsertion professionnelle de ses assurés mais le Parlement en a décidé autrement, cette mission restant du ressort de l'assurance invalidité. Cette proposition était guidée par le fait que le partage de compétences ne permet pas la mise en place d'un suivi unique tout au long du parcours de réadaptation, ce qui pose des problèmes, notamment en cas de dommages corporels entraînant le paiement de rentes. C'est pourquoi, dans bien des cas et lorsque l'assurance invalidité ne peut intervenir, la Suva initie et coordonne elle-même la réinsertion des personnes accidentées.

Au début des années 2000, confrontée à une hausse des coûts d'assurance et à une augmentation du nombre de rentes d'invalidité, la Suva a entamé une refonte de sa gestion des sinistres professionnels. À cette époque, 50 % des accidents occasionnaient 2 % des coûts d'assurance, 45 % des accidents, 18 % des coûts et 5 % des accidents généraient à eux seuls 80 % des prestations d'assurance. Il était clair qu'il fallait améliorer la prise en charge de cette dernière catégorie d'accidents. C'est ainsi que la Suva a élaboré le *New Case management* (Nouvelle gestion des cas). Ce programme, mis en œuvre à partir de 2003, propose une prise en charge très complète des victimes qui prend en compte non seulement les aspects médicaux mais aussi les aspects professionnels, sociaux et familiaux. L'expérience montre que les victimes qui bénéficient d'un suivi global précoce et adapté de leur situation ont de meilleures perspectives de guérison et de réinsertion.

Dans ce processus, les *case managers* (gestionnaires de cas) spécialement formés jouent un rôle central. Ils sont actuellement plus de 120 à travailler dans les 19 agences de la Suva, chacun traitant 35 cas en moyenne par an. L'accompagnement intensif par les *case managers* débute le plus tôt possible et se poursuit jusqu'au terme de la guérison. Il comprend notamment la sauvegarde du poste de travail, le maintien de la capacité de gain ainsi que la coordination des prétentions à l'égard d'autres assureurs.

Dans le cadre du *case management*, le traitement des cas a été organisé en trois processus distincts : cas standards, normaux et complexes. Les accidentés qui ont un parcours de guérison complexe sont au centre de ce dispositif, prévoyant un encadrement global et précoce. En effet, plusieurs études l'attestent, les chances de réinsertion diminuent environ

² La révision a débuté en 2006 et le texte révisé est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2008.

³ La Suva (*Schweizerische Unfallversicherungsanstalt* – Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents) est une entreprise indépendante de droit public à but non lucratif. Elle assure près de la moitié des salariés suisses, soit environ deux millions de personnes, contre les accidents et maladies professionnels et plus de 100 000 entreprises, principalement du secteur secondaire (entreprises industrielles et artisanales). Elle couvre aussi les accidents non professionnels.



de moitié après une incapacité de travail de six mois. C'est pourquoi la Suva axe son action sur le dépistage précoce des cas complexes, le suivi complet et intensif des accidentés et le ciblage de la réinsertion professionnelle.

Le degré de complexité élevé de ces cas incite à les traiter en réseau, au sein d'une équipe de gestion à laquelle appartiennent toujours, outre le *case manager*, un médecin d'arrondissement de la Suva et un responsable des recours. En fonction des besoins ou de la situation, l'équipe de gestion fait appel à des spécialistes internes (cliniques de réadaptation de la Suva de Bellikon et Sion, par exemple) ou externes (services de placement ou conseillers professionnels).

Dans le traitement d'un cas complexe, le degré de gravité de l'accident n'est pas le seul facteur décisif. Quatre autres facteurs jouent un rôle important : le diagnostic médical, la personnalité de la victime, l'environnement social et l'environnement professionnel.

Si le diagnostic médical est toujours le point de départ, les autres facteurs conditionnent généralement davantage le résultat final au cours du temps. Une étude réalisée par la clinique de réadaptation de Bellikon sur la chronicité des douleurs dorsales a révélé que ces douleurs ne deviennent chroniques que chez 15 % des patients lorsqu'ils ont la garantie de retrouver leur emploi et évoluent dans un environnement social favorable alors qu'elles deviennent chroniques chez 85 % des patients lorsqu'il y a des incertitudes professionnelles et/ou des problèmes sociaux.

Les cas complexes sont traités selon la méthode dite des cinq étapes :

- a) le contrôle de la couverture visant notamment à apprécier au fond la compétence de la Suva (par exemple, la couverture d'assurance) mais surtout à initier le processus de gestion par le biais d'un entretien personnel avec la personne accidentée ;
- b) une analyse de la situation au cours de laquelle le *case manager* n'examine pas seulement les faits objectifs mais aussi les facteurs humains qui peuvent exercer une influence sur la convalescence du patient ;
- c) une planification de la marche à suivre (par exemple le maintien d'un mode de vie structuré, les objectifs thérapeutiques, le retour progressif au travail) en collaboration avec toutes les personnes impliquées dans le processus ;
- d) la gestion proprement dite, au cours de laquelle le *case manager* accompagne et soutient la personne accidentée, coordonne les prestations avec les autres assurances, entreprend les démarches appropriées auprès de l'employeur et favorise, si nécessaire, l'insertion dans une nouvelle profession. Enfin, le gestionnaire vérifie en permanence le degré de réalisation des objectifs fixés avec la personne accidentée et les autres parties prenantes au processus, auquel doit être associée la famille ;
- e) les travaux de clôture statistiques et comptables et un *debriefing* au cours duquel le *case manager* fait le bilan.

Les résultats et les enseignements sont consignés dans une banque de données regroupant l'ensemble des bonnes pratiques à l'intention des autres *case managers*.

Depuis l'introduction du *New Case Management* en 2003, le nombre de rentes d'invalidité allouées a baissé de 34,2 % et la tendance est similaire au niveau des coûts.

En matière de réinsertion, le taux de réussite est de l'ordre de 80 à 90 %.

Année	Nombre de cas complexes	Réinsertions réussies chez l'ancien employeur	Réinsertions réussies chez un nouvel employeur
2009	14 299	10 670 (74,6 %)	2 229 (15,6 %)
2010	13 413	9 239 (68,9 %)	2 295 (17,1 %)
2011	10 738	7 227 (67,3 %)	1 748 (16,3 %)
2012	9 408	6 193 (65,8 %)	1 678 (17,8 %)
2013	9 793	6 136 (62,7 %)	1 794 (18,3 %)

II- Réinsertion professionnelle, levier d'une politique active de l'emploi

II.1/ Le Danemark met l'accent sur la capacité de travail, non sur le handicap

Au Danemark, le maintien dans l'emploi et la réadaptation professionnelle relèvent de la compétence des communes. La réadaptation est ouverte à toutes les personnes souffrant d'une capacité de travail réduite notamment suite à une maladie, un accident du travail ou une maladie professionnelle.

Depuis une quinzaine d'années, le Danemark mène une politique active en matière de maintien dans l'emploi. Diverses mesures ont été prises en ce sens, notamment :

- ▼ l'accord signé en 2000 par le gouvernement et de nombreux partis politiques sur l'ouverture du marché de l'emploi à tous⁴,
- ▼ la réforme des pensions d'invalidité de 2003,
- ▼ la loi sur l'absentéisme de 2009.

L'accord sur l'ouverture du marché de l'emploi à tous et la réforme des pensions d'invalidité visaient à ce que toutes les personnes présentant une incapacité de travail temporaire ou durable puissent valoriser leurs capacités et participer à une vie active. La réforme des pensions d'invalidité a été adoptée pour renforcer l'action en faveur de l'emploi plutôt que d'accorder des aides passives. L'attention est portée sur le potentiel de l'individu (capacité de travail) plutôt que sur ses limites (handicap) afin de l'aider à être activement présent sur le marché de l'emploi. Ce n'est que s'il est impossible d'aider l'intéressé à revenir sur le marché du travail que celui-ci peut se voir octroyer une pension d'invalidité.

Dans le cadre de ce dispositif a été introduite la méthode dite de la capacité de travail (*arbejdsevmetoden*) qui vise à décrire et évaluer la capacité de travail d'un individu. Selon

4 Un « marché de l'emploi ouvert à tous » (*et rummeligt arbejdsmarked*) est une notion centrale de la politique de l'emploi danoise. Il ne s'agit pas simplement d'accès au marché de l'emploi mais d'espace pour chacun.



cette méthode, le conseiller communal⁵ détermine avec la personne concernée son potentiel vis-à-vis du marché de l'emploi afin d'évaluer si elle peut immédiatement se mettre sur le marché du travail ou s'il y a lieu qu'elle entame un processus de développement qui améliorera sa capacité de travail afin de subvenir à ses propres besoins, totalement ou en partie. Cette méthode doit être utilisée dans les dossiers de réadaptation, d'emploi « flexible » ou « protégé »⁶ et de pension d'invalidité. Elle doit également être utilisée dans les dossiers d'aide à la réinsertion et d'indemnités journalières pour maladie.

Lors de l'évaluation de la capacité de travail, les services de la commune sont tenus d'appliquer la méthode de la capacité de travail et d'élaborer, conjointement avec l'assuré, un bilan de son potentiel personnel.

La loi de 2009 sur l'absentéisme repose sur l'idée qu'il faut aider les personnes malades à maintenir le lien avec leur lieu de travail, et ce par un dialogue accru avec l'employeur et par des initiatives permettant aux malades d'être plus actifs durant leur arrêt de travail. Ces initiatives renforcent l'action des entreprises, des communes, des caisses d'assurance chômage et des médecins traitants pour maintenir les malades dans l'emploi.

La commune, chargée du suivi des arrêts de travail, est tenue par la loi de demander des informations au salarié arrêté via un questionnaire. Lors du premier suivi, le dossier est classé et examiné selon qu'il est :

- a) non problématique : l'assuré devrait pouvoir reprendre son travail sans mesures complémentaires,
- b) « à risque » : l'assuré est suivi de près en vue de son retour à l'emploi car il existe pour lui un risque de perte de la capacité de travail,
- c) « de longue durée » : la nature de la maladie donne à penser que le processus sera très long et qu'un emploi flexible ou une pension sera l'issue vraisemblable.

En outre, l'employeur doit s'entretenir avec le salarié malade au plus tard au cours de la 4^e semaine d'arrêt de travail afin de définir comment et quand il pourra retravailler. Le but est de déterminer ce que le salarié peut faire, combien de temps il va être arrêté et quels aménagements peuvent être envisagés pour lui pendant un certain temps (autres fonctions, possibilités de repos, travail à domicile...). L'employeur doit rapporter certaines informations issues de cet entretien aux services de la commune afin que le centre d'emploi (*jobcenter*) ait une indication, à un stade précoce, de l'éventuelle nécessité de mettre en œuvre une action d'aide au retour à l'emploi.

5 La commune est le guichet d'entrée unique pour la plupart des services publics. Tous les services aux citoyens relèvent de la compétence des communes, notamment la sécurité sociale, les pensions d'invalidité, les centres d'emploi, les offres de réadaptation.

6 L'emploi flexible est un emploi aménagé pour tenir compte de la réduction de la capacité de travail d'un salarié alors que l'emploi protégé est un emploi aménagé pour une personne percevant déjà une pension d'invalidité mais qui souhaite tout de même travailler. Dans les deux cas, il s'agit d'un aménagement avec une aide financière pour l'employeur. Ces emplois sont subventionnés par les communes.

Au niveau des communes, la loi prévoit un entretien dans tous les cas dans un délai de 8 semaines après l'arrêt de travail, plus rapproché dans les dossiers « à risque ». Le centre d'emploi doit prendre contact avec l'employeur afin d'envisager, en concertation avec lui, les perspectives de retour (éventuellement progressif) à l'emploi du salarié et peut proposer des mesures « actives » d'insertion de la personne arrêtée dans le cadre d'un plan de suivi.

Il est à noter que l'employeur peut désormais demander un nouveau type de document médical, une « déclaration de capacité » qui, au lieu d'indiquer que le salarié est en incapacité de travail, précise ses perspectives de retour à l'emploi à temps complet ou partiel, éventuellement à son domicile, ou dans des fonctions différentes de celles qu'il occupe habituellement.

Cette déclaration peut être utilisée en cas d'incertitude quant aux fonctions que le salarié peut exercer ou quant aux mesures à prendre pour qu'il reprenne le travail à temps complet ou partiel. La déclaration de capacité se compose de deux parties :

- ▼ **la première partie**, à remplir conjointement par l'employeur et le salarié sur la base d'un entretien, décrit la réduction des capacités du salarié du fait de la maladie, les fonctions qui sont mises en cause par la maladie et les initiatives dont l'employeur et le salarié sont éventuellement convenus pour prendre en compte l'état de santé du salarié.
- ▼ **la deuxième partie** est à remplir par le médecin traitant, sur la base d'un entretien avec le salarié et des informations indiquées dans la première partie. Le médecin évalue la description de la réduction de la capacité de travail du salarié et de son potentiel de travail. Il évalue la durée prévue des aménagements et la durée nécessaire de l'arrêt de travail partiel ou total. L'employeur peut exiger l'élaboration d'une déclaration de capacité de travail à tout moment. L'employé est tenu de se rendre à l'entretien si son état de santé le permet.

Il a été observé ces dernières années une augmentation très marquée de reprise du travail à temps partiel après un arrêt de travail. Les communes ont largement adopté cette mesure comme moyen de maintenir le malade en contact avec son lieu de travail.

Un organisme très actif en matière de maintien dans l'emploi est le CABI (*Center for aktiv beskaeftigelsesindsats*, centre pour une stratégie active en faveur de l'emploi). C'est un centre d'information sous la tutelle du ministère de l'Emploi. Il fournit et diffuse de l'information, des méthodes, bonnes pratiques, outils utiles aux entreprises et aux centres d'emploi afin de mettre en place des conditions optimales pour que toute personne présentant un potentiel de travail puisse avoir un rôle actif sur le marché du travail.

Le CABI s'efforce donc de soutenir les entreprises dans leur responsabilité sociale, de renforcer la coopération entre les centres d'emploi et les entreprises et d'améliorer les possibilités de chaque individu.

À ce titre, il a développé le « mentorat », dispositif qui va au-delà de l'action en faveur du retour à l'emploi d'une personne après un arrêt maladie.

Lorsque, après un arrêt maladie, la personne est prête à revenir à son emploi mais que le centre d'emploi estime, au cas par cas et suite à une évaluation, qu'il y a lieu de l'accompagner,



un mentorat peut être mis en place au sein de l'entreprise pour l'aider dans son retour au travail. Souvent, c'est un collègue, un cadre, un supérieur hiérarchique qui devient mentor mais cela peut être un prestataire extérieur. Tout dépend du type d'emploi qu'occupait la personne. Le mentorat peut consister en 1 ou 2 heure(s) d'accompagnement par jour, 5 heures par semaine, par exemple, pour aider la personne à avoir une vision d'ensemble de son travail, à établir des priorités... Il n'y a pas de limite au nombre d'heures mais tout doit être prévu et organisé très précisément. Un accord est trouvé entre le centre d'emploi et l'employeur pour décider du nombre d'heures à prévoir, la prestation du mentor étant payée par les pouvoirs publics, qui achètent en quelque sorte les services du mentor.

Dans le cas d'un retour à un emploi précédemment occupé, c'est généralement au sein de l'entreprise qu'est trouvé le mentor, non à l'extérieur.

Le centre pour l'emploi peut financer l'intervention d'un mentor dans pratiquement toutes les formes d'actions en faveur de l'emploi tant que l'on estime qu'un mentor sera déterminant pour le maintien dans l'emploi ou l'obtention d'un emploi.

L'aide financière du centre pour l'emploi consiste à couvrir les coûts salariaux de l'employé qui servira de mentor ou la rémunération d'un consultant externe, ou à fournir un des mentors employés par le centre pour l'emploi. Le centre pour l'emploi peut également former des mentors.

Dans le cadre de projets pilotes, des seniors ont servi de mentors dans différents services de la commune d'Aarhus afin de prévenir ou réduire l'absentéisme pour maladie. Ils sont intervenus à la fois pour des employés ayant des arrêts maladie courts, des employés risquant des congés maladie de longue durée et des employés ayant eu un long arrêt maladie et s'appêtant à revenir au travail. Selon une évaluation faite par le CABI de 2012 à 2014, cette action a permis de prévenir les arrêts maladie ou d'en réduire la durée.

II.2/ Les Pays-Bas misent sur la responsabilité conjointe de l'employeur et du salarié dans le retour à l'emploi

Les Pays-Bas n'ont plus d'assurance spécifique AT/MP depuis 1966, date à partir de laquelle cette assurance a été intégrée au système général de sécurité sociale. Une loi unique sur l'incapacité de travail (*Wet arbeidsongeschicktheid* – WAO) couvrait tous les cas d'incapacité de travail, quelle qu'en soit la cause. Dans les années 1980, 25 % de la population en âge de travailler touchait une allocation au titre de cette loi. Une série de réformes sociales ont été entreprises dans les années 1990 en vue de réduire les coûts et d'améliorer l'efficacité du système. Ces réformes ont notamment contribué à responsabiliser davantage l'employeur en matière de réinsertion professionnelle et de prévention de l'absentéisme. Divers dispositifs ont été mis en place pour promouvoir le retour au travail et les critères d'évaluation du degré d'incapacité de travail ont été resserrés. À l'issue des réformes, la WAO a été remplacée, en 2006, par la loi relative au travail et au revenu en fonction

de la capacité de travail (*Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen* - WIA) qui privilégie la capacité de travail résiduelle du salarié plutôt qu'une protection des revenus, comme c'était le cas auparavant. Cette loi a eu pour effet de limiter fortement l'accès à l'invalidité, notamment par des visites médicales beaucoup plus sévères.

Les réformes sociales ne se sont pas limitées à favoriser les emplois et transférer la charge financière des accidents du travail et des maladies professionnelles du secteur public aux employeurs, elles ont également visé à responsabiliser ces derniers en leur conférant un rôle actif en matière de réinsertion des salariés en arrêt maladie. Les employeurs sont désormais tenus d'adopter une politique de prévention des maladies et se trouvent directement responsables de l'encadrement de l'absentéisme et des conditions de travail.

En ce qui concerne les congés maladie, l'employeur continue à verser 70 % du salaire pendant les deux premières années, au terme desquelles une prestation d'invalidité peut éventuellement être versée. Durant cette période, employeur et salarié doivent collaborer pour favoriser la guérison et le retour à l'emploi. Pendant ces deux premières années, l'employeur ne peut pas mettre fin au contrat de travail du salarié mais il peut être dérogé à cette disposition par voie de convention collective.

Le parcours de réintégration est le suivant pour les congés maladie de plus de quatre semaines :

- ▼ au plus tard la 6^{ème} semaine après le début du congé, l'*arbodienst* (service des conditions de travail) ou le médecin d'entreprise effectue une « analyse du problème » (description des symptômes, du lien avec les conditions de travail, les possibilités de réintégration...). Cette analyse est inutile si l'absence est de courte durée ou s'il n'y a pas de possibilités de réintégration (incapacité telle que le salarié devra inévitablement faire une demande de WIA).
- ▼ au plus tard la 8^{ème} semaine, l'employeur doit rédiger un plan de mise en œuvre :
 - a) qui décrit comment le cas va être abordé ou résolu, avec la collaboration du salarié ;
 - b) qui nomme un *case manager*. Celui-ci a surtout pour rôle de vérifier le respect des délais et des étapes réglementaires. Il coordonne et suit l'avancement du processus de réintégration et entretient le contact avec l'*arbodienst*. Le *case manager* est souvent un cadre de l'entreprise (par exemple le responsable hiérarchique du salarié malade) mais il peut aussi être un collaborateur du département ressources humaines, l'*arbodienst* ou un organisme de réintégration ;
 - c) qui précise les activités prévues dans trois catégories : adaptation au travail, formations et thérapies, activités pour permettre la reconversion.

Une évaluation est effectuée au terme de la première année.

À la fin du processus, un rapport de réintégration doit être rédigé, il est nécessaire pour pouvoir déposer une demande de prestations WIA.

Sur la base de ce rapport, un organisme spécifique, l'UWV⁷ examine si l'employeur a suffisamment contribué ou non à la réintégration du salarié. Cet organisme est habilité à infliger des amendes s'il considère que l'employeur n'a pas assez œuvré pour le retour à l'emploi du salarié.

7 UWV : *Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen* (Institut pour la gestion des assurances des salariés) est un organisme de droit public placé sous l'autorité du ministre des Affaires sociales. Il est chargé de mettre en œuvre les assurances sociales telles que WW (assurance chômage), WAO (incapacité de travail des salariés), WAZ (incapacité de travail des indépendants), *Ziektewet* (indemnités maladie)...



Ce type de parcours peut aussi s'appliquer à des congés maladie de courte durée qui se répètent, afin d'éviter l'allongement des absences pour maladie.

Conclusion

Les politiques de maintien dans l'emploi mises en place par les pays présentés font toutes apparaître un changement radical d'approche vis-à-vis des problèmes de santé au travail : désormais, l'accent est davantage mis sur la capacité résiduelle de travail que sur le handicap. Une grande importance est accordée à la détection précoce des risques de désinsertion professionnelle pour éviter la chronicisation des maladies et le risque d'exclusion définitive du marché du travail.

Un fait nouveau mérite d'être souligné : le retour au travail ne se fait plus uniquement lorsque le salarié a récupéré sa capacité de travail à 100 %. Il se fait souvent de manière progressive, par le biais d'un emploi flexible, aménagé ou à temps partiel.

Toutes les expériences montrent que, plus les arrêts de travail se prolongent, plus le risque de perdre son emploi est important. Il apparaît qu'une action précoce et considérant l'individu dans sa globalité – sous l'angle de la santé mais aussi de la vie professionnelle, familiale et sociale – augmente sensiblement les chances de retour durable et réussi à l'emploi.

Ces exemples montrent également que certains facteurs favorisent le maintien dans l'emploi comme les actions de médiation en entreprise, le développement d'un plan de retour au travail et l'évaluation du lieu de travail. Il apparaît en effet que les interventions qui prennent en compte le lieu de travail donnent de meilleurs résultats que celles qui portent uniquement sur les soins médicaux et que l'implication d'une personne qui coordonne le processus de retour au travail est souvent un gage de réussite des actions destinées à assurer le maintien dans l'emploi.

2

PRIX DE L'EN3S 2017

portance
plus en p
rait être
cisément, il s
cation de la peti
rtises et savoirs qu

Car il peut revenir

ici au moins deux

enfants (pour leur so

é du travail ? la pa

e, en gros, par les

ternelle) a-t-elle se

é de la question p

mpose) finance-t-on

se-t-on des presta

ndre un tel sujet

s, d'observations, e

n d'abondance que

s comme d'investig

"T. C'est peu dire qu

être toujours conv

multiples rapports

« Inégalités »

L'apport majeur du livre d'Anthony Atkinson

Par Mireille Elbaum, Présidente du Haut Conseil pour le Financement de la Protection Sociale (HCFIPS)



Mireille Elbaum est inspectrice générale des affaires sociales, présidente du Haut Conseil pour le Financement de la protection sociale.

L'attribution au livre d'Anthony Atkinson « Inégalités » du prix du jury constitué par l'EN3S pour « distinguer un ouvrage particulièrement marquant dans le champ de la protection sociale » ne s'est pas voulue un simple hommage, bien qu'elle soit intervenue juste après le décès de l'auteur le 1^{er} janvier 2017.

Ce livre, publié en anglais en 2015 sous le titre *Inequality*, est sous-titré, *What can be done ?*¹, ce qui n'est pas repris par le titre français. Traduit en français début 2016², il a une portée très forte pour ceux qui réfléchissent sur les politiques sociales et c'est ce qui m'a donné l'envie d'y consacrer ces quelques développements.

Le texte qui suit n'est donc pas un hommage général à l'œuvre de Tony Atkinson, que j'ai eu brièvement l'occasion de rencontrer au Conseil d'analyse économique ou lors des travaux sur les indicateurs sociaux européens, mais avec lequel je n'ai pas eu la chance de travailler directement comme d'autres chercheurs français ou européens (notamment Thomas Piketty, Éric Marlier ou Holly Sutherland).

C'est avant tout une réaction personnelle pour faire part d'une secousse et d'une leçon : la secousse est provoquée par la justesse, la clarté et la puissance des analyses de ce livre majeur, consacré à un sujet sur lequel j'ai moi-même un peu travaillé par le passé ; la leçon est celle d'un grand économiste sur la nécessité de rendre transparentes et de mettre en débat les analyses issues de la théorie économique, sur l'humilité à conserver vis-à-vis du caractère « têtu » des données statistiques et surtout sur la volonté de continuer obstinément à proposer, y compris au niveau européen, des remèdes aux évolutions qui, quoique présentées comme inéluctables, nous paraissent inacceptables, fussent ces remèdes pour partie utopiques et sujets à contestation.

Ce texte tente donc simplement, au plus près de l'ouvrage, de mentionner les raisons pour lesquelles l'apport de ce livre est pour moi particulièrement important. Huit raisons sont successivement évoquées, ayant trait à la fois aux analyses qu'il présente et aux orientations ou propositions qu'il porte.

1 Anthony B. Atkinson, *Inequality. What can be done ?*, Harvard University Press, 2015.

2 Anthony B. Atkinson, *Inégalités*, coll. « Économie humaine », Éditions du Seuil, 2016.

I- Une approche qui considère la pauvreté comme l'une des dimensions des inégalités et non comme un phénomène spécifique, circonscrit à « l'exclusion »

En France comme en Europe, les objectifs affichés des politiques sociales depuis la fin des années 1990 ont largement mis en avant, avec d'ailleurs un succès relatif, la réduction de la pauvreté et la « lutte contre l'exclusion ». C'est notamment le cas au niveau européen, en particulier dans le cadre de la Stratégie Europe 2020, mais aussi, s'agissant des politiques françaises, dans le cadre des « plans pluriannuels contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale », même si les politiques de redistribution intervenues ces dernières années ont organisé des « redéploiements » plus larges des ménages aisés vers plusieurs catégories de ménages modestes³.

Cet objectif de concentration des politiques sociales sur la pauvreté a pour intérêt d'être relativement consensuel et de ne pas être remis en cause, directement, au gré des alternances politiques, même si l'attitude vis-à-vis des politiques « d'assistance » peut notablement changer d'une sensibilité politique à une autre. Il s'agit aussi d'un plus petit commun dénominateur en Europe, qui a pour avantage politique de ne pas mettre directement en cause les politiques dites « d'attractivité économique » (qui se muent fréquemment en « moins disant fiscal »), mises en place par les États, non plus que leurs conceptions divergentes du rôle de l'intervention publique dans le fonctionnement du système économique et social. Il offre ainsi un apparent terrain de réconciliation entre les conceptions « social-démocrate » et « libérale » des politiques sociales, tout en circonscrivant les priorités communément reconnues à ces dernières.

L'accent mis sur la pauvreté et les politiques de lutte contre les exclusions a permis, comme le montrent Denis Clerc et Michel Dollé, dans leur livre également primé par le jury de l'EN3S⁴ de faire apparaître le caractère pluridimensionnel de la pauvreté (revenus, santé, logement, éducation, accès à la culture...), de mieux appréhender ses aspects liés aux « conditions de vie », de mettre en exergue certaines populations dont la pauvreté est la moins tolérable (enfants pauvres, sans domicile...), et surtout de contribuer à la reconnaissance d'une revendication légitime de droit à la parole et à la citoyenneté sociale de la part d'individus devenus pour partie « invisibles ».

Il a néanmoins eu pour corollaire de dissocier le traitement de la pauvreté des processus économiques qui l'engendrent et de conduire à des politiques spécifiques « pour les exclus » le plus souvent limitées, en termes de revenus, à une action circonscrite, *via* les minima sociaux, à « l'intensité de la pauvreté »⁵ et

3 Voir notamment Marie-Cécile Cazenave, Maëlle Fontaine, Juliette Fourcot, Antoine Sireyjol et Mathias André, « Les réformes des prestations et prélèvements intervenues en 2014 pénalisent les 50 % des ménages les plus aisés et épargnent les 10 % les plus modestes », in *France, portrait social*, Insee Références, édition 2015 et Mathias André, Anne-Lise Biotteau, Marie-Cécile Cazenave, Maëlle Fontaine, Michaël Sicsic et Antoine Sireyjol, « Les réformes des prestations et prélèvements intervenues en 2015 opèrent une légère redistribution des 30 % les plus aisés vers le reste de la population », in *France, portrait social*, Insee Références, édition 2016.

4 Denis Clerc et Michel Dollé, *Réduire la pauvreté. Un défi à notre portée*, coll. « Alternatives économiques », Les Petits matins, 2016.

5 L'intensité de la pauvreté mesure l'écart entre le seuil de pauvreté (cf. *infra*) et le revenu médian des personnes pauvres.

à des politiques de « réinsertion » susceptibles de générer des phénomènes de « stigmatisation » ou de « non demande » de la part des publics auxquels elles sont en principe destinées⁶.

Le livre d'Atkinson s'inscrit dans une autre perspective, et en revient volontairement à des « fondamentaux », dans un rappel qui, apparemment simple, est selon moi salutaire. Dans la partie de son ouvrage consacrée au diagnostic, il resitue ainsi la pauvreté comme l'une des traductions ou des manifestations des inégalités de situations, ce qu'elle est à l'évidence du point de vue statistique lorsque l'on considère, au plan monétaire, la définition des seuils et des taux de pauvreté⁷.

Sans omettre les dimensions liées à l'inégalité des chances ou des consommations (y compris en matière d'éducation ou de santé), il réaffirme à cet égard la place centrale que doit conserver l'inégalité des résultats, et en son sein, l'inégalité des revenus, prolongée par celle des patrimoines, dans l'analyse qui sert de fondement aux politiques publiques. Il rappelle que, au-delà des positions de départ, la société ne peut être indifférente (et de fait elle ne l'est pas) « à ce qui se passe après que le coup d'envoi de la course a été tiré » et que « l'inégalité des résultats alimente directement l'inégalité des chances à la génération suivante », en étant la source « d'un avantage injuste ». Faisant droit, davantage qu'aux thèses de John Rawls, à l'apport d'Amartya Sen, dont le concept de « *capabilities* » articule à l'approche des inégalités de résultats la palette effective des possibilités offertes aux individus⁸, il reconnaît que les revenus n'en sont que l'une des dimensions, mais néanmoins, sur le terrain économique « une source d'injustice majeure ». Et il ajoute que « l'usage des ressources ne se limite pas à la consommation » et que les revenus ont de fait une portée plus large, appréhendant mieux les capacités de choix et « le pouvoir que peut donner la fortune », qu'ils contribuent à constituer.

En corollaire, Tony Atkinson exprime des doutes vis-à-vis d'une approche de la pauvreté limitée à la « privation sévère » et souligne, plus globalement, que se concentrer sur la pauvreté aboutit à des « stratégies trop étroites », qui ne permettent pas de prendre en compte « l'interdépendance entre les bonnes et les mauvaises fortunes économiques » : il souligne ainsi, graphique à l'appui, que dans les pays de l'OCDE, « les taux de pauvreté plus élevés s'accompagnent en général de parts plus élevées des très hauts revenus ».

Ce rappel, à l'issue d'une revue de littérature examinée point par point, de la nécessité de s'appuyer de façon centrale sur des approches relatives aux revenus, que d'aucuns ont pu juger trop simples, voire triviales, me paraît particulièrement salutaire : elle réaffirme que le terrain des inégalités de revenus est l'un de ceux qui permet le mieux « d'appréhender nos sociétés globalement », et que cette appréhension globale est une condition nécessaire pour que les politiques de lutte contre la pauvreté ne soient pas, de fait, elles-mêmes vouées à l'échec.

6 Philippe Warin, *Le non-recours aux politiques sociales*, Presses universitaires de Grenoble, coll. « Libres cours – politique », 2016.

7 Le taux de pauvreté mesure la part de la population dont le niveau de vie (défini comme le revenu par unité de consommation) est inférieur à un seuil, dit seuil de pauvreté ; celui-ci est par convention égal à une fraction, le plus souvent 60%, de la médiane des niveaux de vie. Il s'agit d'une mesure relative, qui est l'un des indicateurs des inégalités de distribution des revenus.

8 Amartya Sen, *Repenser l'inégalité*, édition française, Éditions du Seuil, 2000.



II- Une analyse du processus d'accroissement des inégalités qui aborde l'ensemble de ses aspects (historiques, internationaux, économiques, sociétaux), et donne une place centrale à la régulation publique et à la redistribution

S'agissant de l'évolution sur longue période des inégalités de revenus dans les pays industrialisés, en particulier aux États-Unis et au Royaume-Uni, le constat présenté par Anthony Atkinson est clair : elles sont reparties à la hausse à partir de 1979, avec un « tournant vers l'inégalité » qui s'est poursuivi (États-Unis) ou maintenu (Royaume-Uni) dans les deux décennies suivantes. Cela a forgé chez l'auteur la conviction que, quels que soient les désaccords possibles quant à l'échelle souhaitable des écarts de revenu, leur niveau actuel est devenu excessif, voire insoutenable, ce qui se retrouve aussi, de façon exacerbée, au niveau des inégalités de patrimoine.

Ce constat n'est pas nouveau et a notamment été formulé dans plusieurs rapports de l'OCDE⁹. L'un des apports de l'ouvrage d'Atkinson est cependant de chercher, avec une extrême clarté pédagogique, à conjuguer les approches pour éclairer les mécanismes qui sont à l'origine de ces évolutions, en mettant en évidence la pluralité des processus et leurs interdépendances. L'approche historique est pour lui une dimension essentielle dont, tout en la centrant sur les États-Unis, le Royaume-Uni et l'Europe continentale, il souligne, quoique brièvement, l'intérêt qu'il y aurait à l'élargir à l'Amérique latine et aux pays en développement, pour lesquels il préconise un accroissement de l'aide des pays industrialisés.

Cette analyse sur longue période le conduit, dans la lignée des travaux menés par Thomas Piketty sur le cas français¹⁰, à montrer l'importance de l'incidence des guerres, mais aussi de la montée de l'activité féminine, de la diffusion de la propriété et de l'épargne aux couches moyennes et populaires, et, enfin et surtout, du rôle des institutions encadrant la fixation des salaires (négociation collective et salaire minimum), de l'État providence et de l'imposition des revenus, mécanismes dont le plein effet s'est exercé entre les années 1950 et la fin des années 1970.

Concernant les évolutions plus récentes, il n'omet pas de mentionner les phénomènes d'homogamie, qui contribuent à accroître les écarts de situation des ménages, et l'articulation aux inégalités « verticales » de revenus, d'inégalités de genre et de génération, qu'il importe selon lui de considérer soigneusement aux différentes étapes du cycle de vie. Il examine la traduction sur ces inégalités à la fois des transformations du marché du travail et des modes de constitution du capital, en envisageant la part qu'y prennent le progrès technique et la mondialisation, dont il décrit les effets mais pointe aussi les incertitudes, par exemple sur l'ampleur et les conditions de la substitution capital-travail, qui rendent ces évolutions loin d'être inéluctables.

9 Voir notamment OCDE, « Les inégalités restent élevées dans un contexte de reprise modérée », *Point sur les inégalités de revenus*, novembre 2016, OCDE, *Tous concernés : pourquoi moins d'inégalité profite à tous*, 2015 ou plus anciennement OCDE, *Croissance et inégalités : distribution des revenus et pauvreté dans les pays de l'OCDE*, 2008.

10 Thomas Piketty, *Les hauts revenus en France au XX^e siècle. Inégalités et redistributions 1901-1998*, Grasset, 2001.

Au-delà des débats sur la part des revenus du capital et le rendement de ce dernier, cristallisés par l'ouvrage récent de Thomas Piketty¹¹ dont Atkinson reprend et salue l'apport, il évoque l'importance spécifique des modes de dévolution et d'administration du capital, qui, pour les particuliers comme pour les entreprises, sont parfois dissociés de sa détention, mais influent sur les pouvoirs de marché et les lieux de contrôle et de décision économique. Il analyse la fonction spécifique de la propriété immobilière, qui est à la fois un vecteur important des inégalités de patrimoine, mais qui a pendant un temps contribué à sa diffusion au sein des catégories si ce n'est modestes, du moins moyennes de la population. Plus fondamentalement, Atkinson n'hésite pas à évoquer le rôle des « changements de rapports de force », et il souligne la nécessité de s'intéresser aux « interactions sociales et économiques », et plus précisément à la confrontation entre facteurs macro-économiques et « règles qui confèrent des droits »¹², que ces droits portent sur la répartition des revenus ou sur le pouvoir qu'ont les salariés et les consommateurs d'influer sur leur formation et leur utilisation.

Mais, si sa volonté est manifeste d'aborder la question des inégalités en prenant en compte l'ensemble de leurs déterminants et en essayant d'en mettre en évidence les interactions et les enchaînements, Atkinson n'entreprend pas, il faut le noter, d'aller vers ce qui pourrait être une vision théorique complète de l'évolution des économies capitalistes, laquelle pourrait le conduire à dénier toute possibilité d'infléchissement à moins de bouleverser ou de « démonter » le modèle.

Sa démarche consiste plutôt à prendre appui sur une gamme très large de travaux à dominante statistique et économique pour en extraire des éclairages et des enseignements, dont puisse être tirée une combinatoire directement utile pour une action publique orientée vers la réduction des inégalités. Résolument attaché, parce que c'est l'idée d'action qui l'inspire, aux explications proches de la réalité des faits, il fait miroiter les différents facteurs d'accroissement des inégalités comme autant de terrains pragmatiques pour une intervention publique qui, selon lui, devrait les investir simultanément. Ces terrains privilégiés portent à la fois sur la régulation des mécanismes institutionnels qui, dans leur diversité, président à la constitution des revenus et des patrimoines, et, de façon centrale, sur les politiques sociales et fiscales de redistribution. Et si la politique fiscale, et en particulier l'impôt progressif, a évidemment une place essentielle dans les réflexions de Tony Atkinson, les politiques de transferts sociaux y prennent aussi une part notable, à travers trois ou quatre propositions dont l'intitulé général, « la sécurité sociale pour tous » n'est, par son contenu, pas sans surprendre les observateurs du système français (cf. *infra* points VII et VIII).

III- Un hommage aux matériaux construits par les statisticiens, et une attitude qui se veut humble mais résolue dans l'utilisation de ces données

Cette volonté « d'arrimage » à la réalité conduit Anthony Atkinson à faire primer dans sa démarche l'analyse des données statistiques, et à l'appuyer de façon centrale sur les travaux de construction de données, réalisés à la fois sur longue période et au niveau international. Le

11 Thomas Piketty, *Le Capital au XXI^e siècle*, coll. « Les Livres du nouveau monde », Éditions du Seuil, 2013.

12 Atkinson reprend cette expression à Andrea Brandolini, dans un document publié à la *London School of Economics* en 1992.



fondement de son raisonnement est de les faire parler sans se laisser abuser par ce qu'on voudrait leur faire dire, mais sans non plus se laisser prendre au piège de leurs limites et de leur complexité.

Cette attitude d'Anthony Atkinson l'a conduit à s'impliquer directement dans la construction des indicateurs sociaux européens, notamment issus du système SILC¹³ et liés à la méthode ouverte de coordination (MOC)¹⁴, ainsi, qu'avec Thomas Piketty, dans la reconstitution de séries longues sur les inégalités de revenus intégrant les plus hauts revenus, pour partie négligés par les sources statistiques usuelles¹⁵.

Au-delà du labeur investi dans la construction et l'interprétation de ces données, Atkinson en extrait dans son ouvrage des conclusions fortes, bien qu'il soit parmi les mieux placés pour identifier et discuter leurs limites, et exprimer les caveat nécessaires quant aux enseignements susceptibles d'en être tirés. Il passe d'ailleurs ces problèmes en revue dans son ouvrage : au-delà de l'appréhension des très hauts revenus, il évoque par exemple la question du passage des rémunérations de « catégories de travailleurs » au revenu des personnes employées, l'alternative entre une approche des inégalités au niveau des ménages ou à celui des individus, le caractère conventionnel des échelles d'équivalence servant à mesurer les niveaux de vie individuels, et les difficultés à apprécier « l'équivalent-revenu » correspondant à la valeur des services publics comme la santé, l'éducation ou les services sociaux¹⁶. De façon plus large, il pointe les difficultés à disposer de données fiables sur les fortunes et le capital, et, pour passer des ressources aux patrimoines, l'épineux problème de la prise en compte des plus ou moins-values « latentes » qui, non réalisées, ne sont pas directement comptabilisées au sein des revenus perçus. En termes d'instruments d'analyse, il connaît mieux que quiconque, pour avoir proposé un indicateur alternatif, les problèmes que pose l'utilisation du coefficient de Gini pour appréhender la dispersion des revenus¹⁷, et expose les problèmes de principe que pose la comparaison des coefficients calculés avant et après redistribution, en l'absence de « contrefactuel » décrivant ce qu'auraient été les comportements des agents économiques en l'absence de ces politiques.

Mais cette connaissance et cette discussion « transparente » des limites des outils statistiques ne le conduisent pas à refuser d'émettre des constats forts à partir

13 *EU Statistics on Income and Living Conditions* (EU-SILC).

14 Anthony B. Atkinson et Éric Marlier (eds), *Income and Living Conditions in Europe*, Eurostat statistical books, European Union, 2010.

15 Anthony B. Atkinson et Thomas Piketty (dir.), *Top Incomes over the Twentieth Century*, Oxford University Press, 2007 et Anthony B. Atkinson et Thomas Piketty (dir.), *Top Incomes : A Global Perspective*, Oxford University Press, 2010.

16 Les statisticiens ajoutent quand ils le peuvent au revenu disponible la valeur estimée de certains de ces transferts publics en nature, ce qui conduit à calculer un « revenu disponible ajusté », mais l'identification de leurs bénéficiaires et leur valorisation posent, par exemple en matière de santé, d'importants problèmes de principe et de faisabilité, qui conduisent à ce que ces estimations soient souvent produites dans des études *ad hoc*.

17 L'indice de Gini synthétise la concentration des revenus décrite par une courbe de Lorenz, à savoir l'écart entre la distribution observée et une situation de parfaite égalité où chaque individu recevrait le même pourcentage du revenu total. Tony Atkinson a proposé un indice alternatif (portant son nom), qui prend en compte l'aversion de la population pour l'inégalité. Un indice d'Atkinson valant x % signifie que la population accepterait de perdre x % de son revenu actuel pour que la distribution devienne égalitaire ; cette mesure, qui dépend de la valeur donnée au paramètre « d'aversion pour l'inégalité », permet, à la différence de l'indicateur de Gini, d'accorder plus d'importance à l'inégalité des revenus dans le bas de la distribution.

d'indicateurs parfois « frustes », lorsque leur robustesse apparaît suffisante, que des enseignements « puissants » peuvent en être tirés et qu'ils permettent de forger, sans crainte de se tromper, les convictions utiles au débat démocratique sur le sens des évolutions en cours.

Atkinson rend ainsi hommage dès les premières pages de son ouvrage « aux laborieuses enquêtes statistiques »¹⁸ que les théoriciens de l'économie ont parfois eu tendance à laisser de côté, et l'on peut penser que, si éloigné qu'il soit des doctrines globalisantes, il fait là un clin d'œil personnel à la fameuse formule née sous la plume de de Lénine « Ceci est un fait. Les faits sont têtus¹⁹ ». Et cette position humble mais résolue dans l'utilisation des données est pour moi l'une des leçons que de ce grand scientifique au long de son ouvrage.

IV- Des explications lumineuses sur les éclairages et les limites des analyses économiques, avec des critiques « internes » rigoureuses qui laissent voir les fondements des politiques de régulation et de redistribution

La « pique » formulée, dès l'entrée, sur la position de certains économistes vis-à-vis des enquêtes statistiques s'accompagne d'une remarque selon laquelle l'étude de l'inégalité des revenus a longtemps été marginalisée en économie, où les problèmes de répartition ont parfois, même si c'est beaucoup moins le cas aujourd'hui, pu être relégués au second plan.

Et ce ne sont bien sûr pas des querelles corporatistes entre statisticiens et économistes qui justifient cette remarque, de la part d'un chercheur comme Tony Atkinson qui a lui-même été un économiste reconnu dans le champ de la taxation optimale et de la théorie du bien-être²⁰. Elle est motivée par la réflexion qu'il a mûrie sur le fait que la théorie économique doit pour être utile être confrontée aux conditions empiriques de validité des résultats qu'elle prédit, et que l'hétérogénéité, que décrit notamment la dispersion des revenus, est l'un des facteurs qui remet le plus fortement en cause certains enseignements des modèles économiques, tout en étant, comme l'indique Robert Solow, « l'essence d'une économie moderne », et donc une source essentielle de renouvellement de son analyse.

Le meilleur service que rend dans ce livre Tony Atkinson aux économistes est ainsi d'exposer, sur les terrains qu'il considère comme pertinents pour la réduction des inégalités, les enseignements de la théorie économique de façon la plus transparente possible, sans recourir à aucune équation (autrement qu'en note de bas de page), mais aussi de discuter la validité de ces enseignements au regard non seulement des études empiriques, mais aussi du réalisme des hypothèses sur lesquelles elles sont fondées. C'est donc non pas à une remise en cause des méthodes et des résultats de l'analyse économique à laquelle Atkinson se livre ici, mais à

18 Atkinson reprend à son compte avec une actualité frappante une expression et une observation provenant d'un texte de l'homme politique Hugh Dalton, écrit dès 1920.

19 Vladimir Ilitch Oulianov, dit Lénine, *Lettre aux camarades*, octobre 1917.

20 Il est notamment connu pour le théorème dit « Atkinson-Stiglitz », qui envisage les conditions théoriques dans lesquelles la taxation de la consommation ou des revenus du capital issus de l'épargne (vecteurs de possibilités de consommation future) est ou non pertinente par rapport à la simple taxation des revenus du travail perçus dans la période précédente (ces conditions se réfèrent à l'hypothèse de « séparabilité » ou non des préférences individuelles pour la consommation immédiate, l'épargne et le travail).



une « critique interne » fructueuse qui envisage les conséquences du plus ou moins grand réalisme des hypothèses sur lesquelles les modélisations sont assises. Cette façon de procéder n'est évidemment pas nouvelle : elle fonde par exemple en large part les développements de l'économie du travail et de l'économie de la santé qui envisagent les conséquences des défauts d'information des acteurs et des phénomènes de concurrence imparfaite d'une part sur la forme et la rémunération des contrats de travail, d'autre part sur l'assurabilité des soins de santé au regard des phénomènes de sélection ou d'anti-sélection des risques, et de l'éventualité d'aléas moraux *ex ante* ou *ex post*.

Atkinson passe néanmoins, de façon particulièrement lumineuse, au tamis de cette approche critique certaines analyses usuelles : celles des effets de la mondialisation et du changement technologique, celles des politiques d'emploi et de rémunération des entreprises, qu'il considère comme compatibles avec la rationalité économique lorsqu'elles intègrent des « normes sociales » et des usages visant des « considérations d'équité », pour peu que ces normes soient suffisamment diffusées et partagées pour ne pas provoquer des phénomènes d'instabilité, et enfin la question du pouvoir de marché des entreprises, qui, en situation de concurrence monopolistique, a besoin d'être contrebalancé, y compris pour des raisons d'efficacité économique, et peut l'être, par exemple, par des codes éthiques²¹, mais aussi par le renforcement de la négociation collective et du pouvoir des travailleurs.

Comme l'ont fait dans leur domaine les économistes de la santé, Atkinson tire de cette « critique interne » un ensemble de justifications à une intervention publique susceptible de prendre des formes diverses et formule une série de propositions à cette aune. En matière de changement technologique, il insiste par exemple sur le fait que les différentiels de productivité qui peuvent se créer au détriment des services, et notamment des services publics tels l'éducation ou la santé (effet dit « Baumol ») ne doivent pas conduire à dévaloriser les investissements en capital humain qui y sont réalisés²², mais impliquent en même temps que ces services soient modernisés et rendus plus efficaces, tout en y préservant la qualité du contact humain. Il justifie également, *a contrario* de la littérature économique usuelle, une politique de la concurrence qui tienne compte de la répartition en influant sur les conditions d'accès des ménages pauvres à la gamme des produits mis sur le marché ou aux conditions d'implantation des commerces et des services. Il assume enfin la nécessité d'offrir des taux de rendement réels garantis aux petits épargnants, à un niveau proche du taux de croissance de l'économie, alors que le marché ne les garantit pas spontanément.

C'est évidemment dans le domaine des politiques sociales et de redistribution que ces raisonnements trouvent le plus à s'appliquer. Atkinson revient ainsi dans les chapitres finaux de son ouvrage sur l'arbitrage entre équité et efficacité que propose habituellement l'économie du bien-être, à travers une opposition entre

21 Il reprend en cela les analyses formulées par Kenneth Arrow en 1973 sur « la responsabilité sociale et l'efficacité économique ».

22 La valorisation anticipée de ces secteurs doit selon lui tenir compte des progrès de l'ensemble de l'économie.

ampleur de la redistribution et « taille du gâteau » (en l'occurrence le revenu total) résultant de l'activité économique. Mettant en lumière les conditions restrictives dans lesquelles ses théorèmes s'appliquent (concurrence et information parfaites, jeu complet de marchés équilibrant l'offre et la demande présentes et futures...), il montre que la remise en cause de ces hypothèses résultant de l'observation du « monde réel » conduit à ce que la réduction de l'inégalité puisse ne pas avoir de coûts en matière d'efficacité. Cette complémentarité entre efficacité et équité s'observe notamment en matière de rémunérations, dès lors que la demande et surtout l'offre de travail suivent des modèles plus riches que les formes canoniques : cela conduit à questionner l'impact négatif systématiquement attribué au relèvement du salaire minimum, alors que celui-ci peut, dans certains cas, rendre l'activité plus attractive. De même, les effets des allocations de chômage sur son occurrence ou sur sa durée ne peuvent être étudiés indépendamment des conditions dans lesquelles ces prestations sont versées, et donc du cadre institutionnel dans lequel s'exerce le contrôle et l'accompagnement des chômeurs, et ils incluent un maintien dans la population active de chômeurs qui auraient pu basculer vers l'inactivité. Enfin, la redistribution *via* les transferts publics ou les dépenses fiscales n'est pas forcément le sujet le plus problématique pour la compétitivité des entreprises nationales : la couverture des dépenses de retraite ou de santé doit être payée par les ménages ou les entreprises même lorsqu'elle ne relève pas du domaine public, et les coûts du logement peuvent aussi avoir, dans certains pays, une incidence notable sur la fixation des salaires, et donc sur le niveau du coût du travail.

Et il ferait beau voir que Tony Atkinson puisse être accusé de « négationnisme économique »²³ lorsqu'il démontre que des marges de manœuvre importantes existent ainsi pour réduire les inégalités sans crainte pour la croissance et l'efficacité du système économique, alors que cette affirmation ressort justement pour lui de la confrontation de la théorie économique à la réalité des faits.

V- Un espoir maintenu dans l'apport des coopérations européennes et internationales, qui passe « par-dessus » les déceptions de l'Europe sociale

Un autre point de vue assumé par Tony Atkinson dans son ouvrage est de réaffirmer son soutien aux coopérations internationales et européennes engagées notamment dans les domaines sociaux et fiscaux, en dépit de leurs lenteurs et de leurs incertitudes.

Parallèlement à son souhait d'un développement de l'aide en faveur des pays en développement, il estime que des progrès ont été accomplis et sont encore envisageables à court terme en matière de coopération fiscale internationale. Si la voie semble ouverte à davantage de transparence concernant la fraude et la dissimulation fiscales, la concurrence fiscale entre États ne semble cependant guère en voie d'être freinée, y compris au sein de l'Union européenne, et le moins-disant fiscal reste aujourd'hui directement revendiqué par certains pays comme un avantage comparatif. L'optimisme affirmé par Atkinson ne s'étend

²³ D'après le titre d'un ouvrage publié en 2016 par Pierre Cahuc et André Zylberberg, qui a donné lieu à un très vif débat dans la communauté des économistes.



en outre pas aux négociations commerciales internationales, engagées par la Commission européenne et les États-Unis sur des bases qu'il estime notoirement déséquilibrées au détriment des États, des consommateurs et des travailleurs²⁴.

Concernant la coordination des politiques sociales européennes, Tony Atkinson se veut fidèle à l'engagement qui a été le sien depuis plus de 40 ans dans ce processus de coopération, et il souligne par exemple que les réflexions conduites dans les années 1970 sur la création d'un « assurance chômage européenne » auraient pu, si elles avaient été suivies d'effets, être prémonitoires. Son engagement personnel a été particulièrement fort en faveur du développement des analyses comparées et des indicateurs sociaux servant de référence la « méthode ouverte de coordination » (MOC) qui a été associée à la « stratégie de Lisbonne », initiée à partir de 2000²⁵. Ce processus a conduit à des progrès notables en matière de comparaison statistique des systèmes de protection sociale, mais son bilan d'ensemble a été mitigé. L'adoption en 2010 d'une nouvelle stratégie européenne, dite « Europe 2020 », qui accorde une place plus limitée à la protection sociale, reste défendue par Atkinson en raison de l'objectif de réduction de la pauvreté qu'elle promeut, même si cet objectif, établi en référence à un indicateur composite, peut être jugé comme relativement rhétorique et n'a pas, en tout état de cause, été considéré comme devant être effectivement respecté.

La défense de ce processus est à la fois liée à l'expérience personnelle de Tony Atkinson et à l'importance qu'il accorde au fait que l'Union européenne ait été ainsi conduite à « expliciter ses ambitions ». Sans doute aussi, au moment du bouclage de son ouvrage, les débats politiques préalables aux élections de mai 2015 au Royaume-Uni faisaient-ils se rapprocher l'éventualité d'un référendum sur le Brexit, susceptible de menacer ces acquis. Et il est vrai que la perspective du Brexit vient désormais ébranler l'ensemble de ce processus, y compris en matière d'outils statistiques et de simulation partagés²⁶, alors même que le projet de « socle européen des droits sociaux » esquissé par la Commission européenne en 2016 ne trace pour l'instant qu'un contour très flou aux possibilités de renforcement du processus de convergence des politiques sociales dans les pays qui resteront adhérents à l'Union.

24 La France s'est prononcée à l'été 2016 pour l'arrêt des négociations entre l'Union européenne et les États-Unis sur le partenariat transatlantique de commerce et d'investissement (PTCI ; TTIP en anglais), dont la poursuite est désormais, pour d'autres raisons, sujette à caution suite à l'élection de Donald Trump.

25 Anthony B. Atkinson, Bea Cantillon, Éric Marlier, Brian Nolan, *Taking Forward the EU Social Inclusion Process. An Independent Report Commissioned by the Luxembourg Presidency of the Council of the European Union*, 2005 et Anthony B. Atkinson, Bea Cantillon, Éric Marlier, Brian Nolan, *The EU and Social Inclusion*, The Policy Press, University of Bristol, 2007.

26 Ces outils comprennent notamment le modèle de micro-simulation EUROMOD, qui permet de simuler les législations fiscales et sociales comparées d'un ensemble de pays européens et qui est dirigé par Holly Sutherland, de l'*Institute for Social and Economic Research* (ISER) de l'université de l'Essex, avec laquelle Tony Atkinson a beaucoup travaillé.

VI- Des orientations qui s'apparentent à une perspective « d'utopie réaliste »

Dans un contexte politique marqué par la présence d'un gouvernement à dominante conservatrice au Royaume-Uni depuis 2010 et des avancées pour le moins « prudentes » de l'Union européenne, nombre des propositions présentées par Tony Atkinson dans la deuxième partie de son livre, et qu'il décline spécifiquement pour le cas britannique, peuvent paraître difficilement réalisables à un horizon de court-moyen terme, sentiment qu'accroît l'actualité des pays anglo-saxons depuis l'année 2016.

Ces propositions sont celles d'un économiste engagé, qui estime indispensable de présenter, face à une montée des inégalités désormais largement reconnue comme insoutenable, des réponses directes à la question « *What can be done ?* » et ce, même si ces réponses ne trouvent pas de débouché direct dans le débat politique immédiat. On peut à cet égard penser, à la lecture des orientations qu'il propose, que celles-ci relèvent, même s'il le nie en partie, d'une perspective « d'utopie réaliste » qui, mise en avant par Edgar Morin et un ensemble de chercheurs réunis autour de lui²⁷, a des résonances frappantes dans l'ouvrage d'Atkinson.

Utopie, parce qu'alors que pour Morin, « l'important est de ne pas accepter le fait accompli » ni « admettre la victoire du victorieux », Atkinson estime que ses propositions mises en œuvre « conjointement pourraient faire évoluer nos sociétés vers un niveau d'inégalité sensiblement inférieur », en considérant que « réduire l'inégalité doit être prioritaire pour tous », quelles que soient les fonctions qu'ils occupent dans la société. Assumant des mesures dont une frange des lecteurs « doutera de leur réalisme », il juge important d'agir sur « les forces motrices économiques des revenus marchands » comme, de façon plus classique, sur l'impôt progressif et la protection sociale. Et il n'hésite pas à avancer dans tous ces domaines des propositions ambitieuses, voire iconoclastes, comme la garantie d'un emploi public au salaire minimum pour les chômeurs, un « code des usages » issu d'un dialogue social national sur les rémunérations, l'institution au niveau national d'un « revenu de participation » complété par un revenu de base pour les enfants à l'échelle européenne, le retour à une forte progressivité de l'impôt sur le revenu (jusqu'à un taux de 65% dans la tranche supérieure), ou une taxation des dons et héritages sous forme d'un impôt progressif assis sur ces rentrées de capital tout au long de la vie du bénéficiaire (cf. *infra*).

Utopie réaliste néanmoins, dans la mesure où, à l'instar d'Edgar Morin, la position d'Atkinson est clairement de tenir compte « d'un réel, complexe, multiple, incertain »²⁸ en tentant de faire « le lien » entre les problèmes et les terrains d'action. Ce « réalisme » ne passe pas pour lui, à la différence d'autres acteurs, par la multiplication d'expérimentations ou le développement d'initiatives pensées à l'échelle locale. C'est sur le terrain des politiques économiques et sociales générales qu'Atkinson se situe et prend le parti « d'affronter la complexité »²⁹, en organisant dans la troisième partie de son ouvrage une revue et une discussion des arguments susceptibles d'être présentés à l'encontre des propositions qu'il formule, justement par

27 Edgar Morin, « Réalisme et utopie », *Diogenes*, n° 209, janvier-mars 2005 et Rencontres de Chateaufallon, *Pour une utopie réaliste. Autour d'Edgar Morin*, Arléa, 1996.

28 Edgar Morin, *op. cit.*

29 Jean-Paul Fitoussi, « Le refus d'affronter la complexité (à partir de la politique économique des dix dernières années) », in Rencontres de Chateaufallon, *Pour une utopie réaliste. Autour d'Edgar Morin*, Arléa, 1996.



ceux qui douteront de leur réalisme (« Le gâteau va-t-il rétrécir ? Est-ce impossible avec la mondialisation ? Pouvons-nous nous le permettre ? »).

Sa démarche se veut à cet égard résolument pragmatique, puisque, quelque ambitieuse et large puisse être la « résonance » de ses propositions, il tente d'en décliner l'application concrète au système britannique, en estimant à la fois leur coût budgétaire et leurs incidences sur la répartition des revenus à l'aide d'un modèle impôts-prestations. Sans doute cette déclinaison reste-t-elle à ce stade assez fruste, et met-elle en branle des transferts financiers qui peuvent faire hésiter par leur ampleur.

Mais l'attitude de transparence et de « mise en débat » qu'adopte Atkinson à travers cette méthode, en identifiant les « gagnants » et les « perdants » aux mesures qu'il propose, mérite d'être relevée, dans la mesure où, à la différence de beaucoup de programmes politiques, elle illustre la conviction qu'il s'agit d'un point de passage obligé pour rapprocher utopie et réalité dans des sociétés qui se veulent démocratiques.

La valeur qu'accorde Tony Atkinson au travail de base des statisticiens s'étend ainsi à la confection et à l'usage d'outils de micro-simulation (du type des modèles « impôts-prestations »), auxquels il a lui-même beaucoup contribué, et qui peuvent être mobilisés pour éclairer décideurs politiques et acteurs sociaux sur les impacts, au moins de premier niveau³⁰, des politiques qu'ils envisagent. Et son honnêteté intellectuelle est à cet égard manifeste, puisqu'il reconnaît, à partir des estimations réalisées, les limites inhérentes à l'utilisation des seules politiques de redistribution socio-fiscales pour obtenir, dans un pays comme le Royaume-Uni, une réduction de très grande ampleur des inégalités et de la pauvreté³¹.

VII- Des propositions pour partie ancrées dans le contexte social et institutionnel britannique

Même si Tony Atkinson pense que ses propositions ont vocation à concerner « un vaste ensemble de pays », certaines d'entre elles sont, de façon intéressante à noter, pour partie inspirées du contexte britannique, qui est aussi le cadre dans lequel elles sont déclinées et évaluées *ex ante* dans la dernière partie de son ouvrage.

Ce contexte est marqué par une ampleur des inégalités de revenus qui reste élevée au regard des pays de l'ancienne Union européenne à 15, avec des indicateurs

30 Les modèles de micro-simulation usuels, comme le modèle INES développé en France par l'Insee et la Drees, sont des modèles « statiques », qui permettent, à partir d'échantillons représentatifs d'individus ou de ménages, d'identifier les gagnants et les perdants d'une modification de la législation fiscale ou sociale, en tenant compte de « l'enchevêtrement » de ces législations. Ils sont principalement utilisés pour des évaluations *ex ante* « à comportements constants », ce qui est une limite incontestable, dans la mesure où les agents économiques sont susceptibles de réagir aux gains ou pertes de revenu que ces différentes mesures entraînent pour eux. D'où la nécessité de discuter également, comme le fait d'ailleurs Atkinson, de leurs répercussions possibles sur les comportements économiques des acteurs.

31 Atkinson estime que l'ensemble des mesures budgétaires et fiscales qu'il propose permettrait, en termes d'inégalité globale et de pauvreté des enfants, de ramener le Royaume-Uni dans la moyenne des pays de l'OCDE, ce qui peut paraître limité eu égard à l'ampleur des transferts envisagés et implique aussi selon lui une action en amont sur les revenus « avant prélèvements et transferts ».

principaux (coefficients de Gini, rapports inter-déciles ou inter-quintiles) qui se rapprochent davantage de ceux des pays du Sud que du Nord de l'Europe, et une évolution qui semble, après des périodes de stabilité voire de diminution (2011-2013), récemment et tendanciellement repartie à la hausse³². Cette situation britannique est, il faut le noter, à la fois liée à l'amplitude des écarts de revenus primaires, et, selon les calculs de l'OCDE, à un rôle limité de la redistribution opérée par l'ensemble des impôts et transferts³³, bien que ces derniers réduisent de façon significative les taux de pauvreté. La faiblesse du taux de chômage britannique, redescendu à 5,3% en 2015, s'accompagne d'un développement du temps partiel subi et de modalités d'emploi très flexibles³⁴, dont un symbole est le « contrat de travail zéro heure » qui, rendu possible par les « zones grises » de la législation du travail, a vu son usage se développer pour concerner en 2015 entre 0,8 et 1,7 million de travailleurs³⁵.

Au plan des politiques publiques, des débats importants ont eu lieu au Royaume-Uni sur le relèvement du salaire minimum : ils ont abouti, après mai 2015, à la création pour les plus de 25 ans d'un *National Living Wage* venant à partir d'avril 2016 se superposer au salaire minimum national lui-même introduit en 1999, et dont l'ambition affichée est d'atteindre 60% du revenu médian à l'horizon 2020³⁶. En corollaire toutefois, le gouvernement a profondément réformé, en les réduisant, les crédits d'impôt dont bénéficiaient les ménages à bas revenus. Leur réforme, engagée depuis 2013, comportait d'un côté l'unification, consensuelle quant à son principe, de six prestations sociales ou crédits d'impôt dont bénéficiaient les personnes sans emploi, les familles ou les travailleurs à bas revenus³⁷, dans le cadre d'un Universal Credit mis en œuvre de façon progressive³⁸. Elle a toutefois été assortie de restrictions financières importantes, comportant, outre le gel de leurs montants, une forte réduction de leurs seuils d'éligibilité, ainsi que du plafond d'aides sociales (Benefit Cap) introduit dès 2013 à l'ensemble des prestations dont peut bénéficier un ménage et dont le montant ne tient pas compte pour les couples de la composition de la famille^{39 40}. Cette réforme a suscité depuis 2010 plusieurs séries d'interrogations quant à son impact, d'une part sur la progressivité des revenus des travailleurs faiblement rémunérés, d'autre part sur la situation des familles sans emploi ou à bas revenus, par ailleurs confrontées à une augmentation continue des coûts du logement⁴¹.

Plusieurs autres traits du modèle social britannique méritent aussi d'être relevés, en « arrière-plan » des réflexions d'Anthony Atkinson. Il s'agit notamment de la pratique peu répandue du

32 Resolution Foundation, *Living Standards 2017: the past, present and possible future of UK incomes*, janvier 2017.

33 OCDE, « Les inégalités restent élevées dans un contexte de reprise modérée », *op. cit.*

34 Conseil d'orientation pour l'emploi, *Les réformes des marchés du travail en Europe*, novembre 2015, Tome 2 Monographies.

35 Jacques Freyssinet, « Les contrats « zéro heure » : un idéal de flexibilité ? », *Chronique internationale de l'IRES*, n°155, septembre 2016.

36 Il a été fixé à 7,20 livres en avril 2016, contre 6,70 livres auparavant pour le salaire minimum des plus de 21 ans.

37 Il s'agit de la *Jobseeker's Allowance*, de l'*Income Support*, de l'*Employment Support Allowance* destinée aux personnes handicapées, du *Child Tax Credit*, du *Working Tax Credit* et de l'*Housing Benefit*.

38 Il ne concernait encore au printemps 2016 que les personnes sans enfant et les chômeurs éligibles à la *Jobseeker's Allowance*.

39 Florence Lefresne, « Le triomphe du *New public management* dans la crise », *Chronique internationale de l'IRES*, n°148, décembre 2014 et Conseil d'orientation de l'emploi, *op. cit.*

40 Ce plafond a été ramené en 2016 de 26 000 à 20 000 livres par an (23 000 livres à Londres) pour les couples et concerne un large ensemble de transferts, y compris les prestations familiales et les aides au logement, mais il ne s'applique pas aux bénéficiaires de revenus du travail suffisant à ouvrir au *Working Tax Credit*.

41 Resolution Foundation, *Making the most of UC*, juin 2015 et Resolution Foundation, *Universal Challenge. Making a success of Universal Credit*, mai 2016.



dialogue tripartite avec les partenaires sociaux au niveau national⁴², de la faible association du secteur non marchand aux mesures spécifiques de la politique de l'emploi, des contours très réduits de l'assurance chômage qui verse, à partir d'un niveau de salaire minimal, des prestations forfaitaires pendant une durée limitée à six mois⁴³ et du caractère également circonscrit des pensions de retraite publiques⁴⁴, qui laissent une place importante à l'épargne individuelle et aux dispositifs privés de pensions professionnelles⁴⁵, lesquels deviendront obligatoires à l'horizon 2018 mais ont un contenu très variable en termes de « qualité »⁴⁶.

Le Royaume Uni connaît également une situation spécifique en matière de logement, dans la mesure où la propriété y reste un statut d'occupation fortement dominant (avec 70% de propriétaires en 2010), mais où tant l'accession que les locations « au prix du marché » induisent des dépenses de plus en plus substantielles pour les ménages à revenu modeste ou moyen, tandis que le logement social a été recentré sur les plus vulnérables. Des difficultés particulières existent enfin concernant la fiscalité locale sur les biens immobiliers : après l'épisode de l'abandon de la *poll tax*, la *council tax* instaurée en 1993 reste établie sur la base d'un classement des logements remontant à 1991 et conserve un caractère régressif par rapport à la valeur de ces biens.

Ce contexte éclaire d'un jour particulier l'accent mis par Atkinson sur certaines orientations, même si elles s'inscrivent dans des objectifs à visée plus générale. Il insiste ainsi sur l'établissement d'un cadre juridique permettant une représentation équitable des travailleurs par les syndicats et sur l'instauration d'un dialogue social national à travers un « Conseil économique et social » qui aurait notamment à se pencher sur un « code des usages » pour les rémunérations supérieures au salaire minimum, pour lequel il défend un niveau voisin des deux-tiers du salaire médian. Il souhaite que l'État joue un rôle de dernier ressort en matière de politique de l'emploi en proposant un emploi rémunéré au salaire minimum, dans le secteur public ou non lucratif, aux personnes en recherche d'emploi ; cette action se concentrerait dans un premier temps sur les chômeurs de longue durée ayant cotisé au moins un an à la sécurité sociale, ce qui la rapprocherait de certaines formes d'emplois aidés pratiquées en France. En matière de transferts et de fiscalité, il insiste sur l'apport crucial qu'aurait pour lutter contre la pauvreté des enfants une « prestation enfant » universelle d'un niveau suffisant et prône, dans le cadre de l'impôt progressif sur

42 En dehors de la *Low Pay Commission* qui émet des recommandations sur le niveau du salaire minimum.

43 Le volet assurantiel de l'indemnisation du chômage est la *Contribution-based Jobseeker's allowance*, (JSA-C) qui nécessite le versement d'un montant minimal de cotisations au cours des deux dernières années et prévoit pour les plus de 25 ans le versement d'une allocation forfaitaire de 73,10 livres par semaine pendant une durée maximale de 26 semaines.

44 La *new State Pension* d'un montant de 155, 65 livres par semaine est versée à taux complet à partir de 35 ans de durée d'assurance et à partir de l'âge de 65 ans pour les générations nées entre 1953 et 1978, cet âge devant ensuite être porté à 66 puis à 67 ans.

45 La génération de l'obligation de couverture par un dispositif de retraite complémentaire privée s'accompagne de la création d'un régime professionnel national à cotisations définies (le *National Employment Savings Trust-NEST*) destiné à offrir une prestation de retraite adaptée aux travailleurs à bas et moyens salaires ainsi qu'aux petits employeurs.

46 Conseil d'orientation des retraites, *Panorama des systèmes de retraite en France et à l'étranger*, octobre 2016, et Florence Lefresne et Catherine Mathieu, « Le système de retraite britannique : réformes en cours et défis de la crise », *Contribution au colloque Protection sociale d'entreprise IRES-CNAM-IRDES*, 2010.

le revenu, un abattement sur les revenus du travail pour les travailleurs peu ou moyennement rémunérés, à l'image de l'*Earned Income Tax Credit* (EITC) américain ou de l'ancienne prime pour l'emploi (PPE) française.

L'importance majeure qu'ont au Royaume-Uni l'accès à la propriété immobilière et la constitution des plans de retraite éclaire par ailleurs l'attention portée par Tony Atkinson à la situation des épargnants, ainsi qu'à « l'équilibre des pouvoirs » dans la gestion de leurs fonds et, plus largement, du capital. Il souhaite à la fois, comme cela a été dit auparavant, la garantie d'un taux d'intérêt réel positif aux petits et moyens épargnants et le versement généralisé d'une dotation en capital (qu'il appelle « héritage minimum ») lors du passage à l'âge adulte. En matière de gestion des entreprises, il appelle à la constitution d'un fonds souverain national détenant des participations dans des entreprises ou des biens immobiliers, et permettant des investissements qui ne visent pas seulement la rentabilité à court terme recherchée par les fonds privés, y compris certains fonds de retraite dont les détenteurs n'ont pas, de fait, le contrôle.

Tony Atkinson évoque enfin les perspectives ouvertes par une « rénovation des assurances sociales » qui accroîtrait les prestations servies en matière de retraites et d'assurance chômage, dont le champ et le montant sont, dans le cas britannique, particulièrement limités. Il met en avant le concept d'une « sécurité sociale pour tous », permettant d'échapper au recours systématique à des conditions de ressources assorties de taux marginaux d'imposition élevés et de problèmes de non-recours. On peut toutefois remarquer qu'il met aussi sous cette rubrique l'idée d'un « revenu de base », dit « de participation », venant compléter la protection sociale, tout en envisageant une alternative entre un tel dispositif et l'extension des assurances sociales proprement dites.

VIII- Des enseignements qui valent aussi pour les politiques sociales françaises

Bien que la situation de la France diffère de celle du Royaume-Uni ou de l'Amérique du Nord par l'étendue des interventions de l'État, des transferts redistributifs et des assurances sociales, l'ouvrage de Tony Atkinson comporte des enseignements qui peuvent éclairer la réflexion sur nos propres politiques sociales.

Certes, le plan d'action qu'il propose comprend des propositions qui peuvent être discutées, dans leur contenu ou dans leur ampleur, mais leur objectif consiste surtout à « aller de l'avant » pour parvenir à « réduire sérieusement l'inégalité », se rapprocher de « l'idée d'une société juste » et, ainsi, permettre que « la démocratie fonctionne correctement ». Ces préoccupations sont aussi, compte tenu de la montée des tensions populistes, celles auxquelles les politiques publiques françaises sont directement confrontées.

Ce n'est point ici le lieu de revenir en détail sur certaines mesures qui font débat en France, telles le seuil maximal de taxation des plus hauts revenus, l'idée d'un « revenu de base » ou celle d'une « dotation en capital » destinée aux jeunes. Mais ces sujets ont vocation à faire partie du débat démocratique, pour peu que les engagements des uns et des autres soient



assortis, suivant l'exemple d'Atkinson, d'évaluations qui laissent place au jugement des citoyens sur leurs incidences économiques, sociales et financières.

D'autres enseignements peuvent également être retenus de ses propositions, pas forcément plus consensuels, mais à mon sens aussi majeurs pour la conduite des politiques sociales. Je mentionnerai de nouveau sept points, cette fois de façon très brève :

- ▼ **la prise en compte des implications sociales des politiques relatives au changement technologique et à la concurrence** : si Tony Atkinson met surtout l'accent sur « la dimension humaine de la fourniture de services », il est aussi nécessaire, l'avènement des plateformes numériques l'a montré, d'anticiper et de contrebalancer les conséquences de ces changements sur les statuts et la protection sociale des travailleurs, qu'il importe de conforter⁴⁷ ; en matière de concurrence, la « prise en compte de la répartition » qu'Atkinson appelle de ses vœux mériterait d'inclure le développement des clauses sociales (insertion) dans les marchés publics et surtout la régulation, aujourd'hui beaucoup trop faible, des pratiques de détachement des travailleurs en Europe⁴⁸ ; de façon plus générale, l'évolution des formes d'emploi (contrats courts, temps partiel contraint, emplois intermittents...) accentue, au stade des revenus primaires, la dispersion des revenus salariaux, et demande des régulations qui vont au-delà des seules politiques de salaire minimum et de redistribution.
- ▼ **la nécessaire diversité des politiques d'emploi, préservant la place des emplois non marchands** : les propositions d'Atkinson, bien que peu centrées sur les questions d'insertion et de qualification, soulignent la nécessité de politiques d'emploi qui s'engagent sur un objectif de réduction du chômage en faisant appel à la diversité des instruments disponibles, depuis la formation et les incitations financières aux travailleurs et aux entreprises, jusqu'au recours aux emplois non marchands ; sa proposition que l'État joue pour les chômeurs le rôle d'employeur de dernier ressort contrebat à cet égard la tentation périodique qu'ont les politiques d'emploi françaises de remettre en cause ce type de contrats aidés, précieux pour la réinsertion sociale des chômeurs âgés ou de longue durée ;
- ▼ **le rôle clé de l'assurance chômage et de son articulation avec les dispositifs de revenus minima** : les réflexions de Tony Atkinson illustrent le rôle pivot de l'assurance chômage, à la fois vecteur de droits constitués au titre des assurances sociales et support de la redistribution vers les ménages à bas revenus⁴⁹. Cette double fonction implique dans le cas français de préserver sa générosité en période de basse conjoncture, en évitant une politique

47 Nicolas Amar et Louis-Charles Viossat, *Les plateformes collaboratives, l'emploi et la protection sociale*, Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, n°2015-121R, mai 2016.

48 Laurent Cytermann, « Le détachement des travailleurs au sein de l'Union européenne », in Haut Conseil du financement de la protection sociale, *Point d'étape sur les évolutions du financement de la protection sociale*, mars 2014.

49 Haut Conseil du financement de la protection sociale, *Rapport d'étape sur la clarification et la diversification du financement des régimes de protection sociale*, juin 2013.

« pro-cyclique » de rééquilibrage des comptes, d'en faire un support élargi, voire généralisé, de sécurisation de l'ensemble des formes d'emploi et d'envisager de façon cohérente son articulation avec les dispositifs de minima sociaux (indexation, cumul, basculement...), qui reste un point aveugle du système français d'indemnisation à trois piliers (allocations d'assurance, de « solidarité » et RSA).

- ▼ **la pertinence d'une prestation pour enfant non soumise à condition des ressources et financée par des prélèvements progressifs** : la mise en œuvre d'une prestation enfant substantielle et généralisée est pour Tony Atkinson une pierre angulaire de la redistribution, applicable à tous les pays et n'entrant pas en contradiction avec le développement de prestations ou de services en nature ; il souligne le caractère préférable d'une prestation sans condition de ressources bénéficiant à tous les enfants, afin de marquer la valeur que la société attache à chaque enfant indépendamment du revenu de sa famille et éviter les écueils liés à une attribution non automatique ; la progressivité du dispositif peut alors être accentuée par son financement *via* un impôt progressif, la prestation ayant elle-même vocation à être imposée comme l'ensemble des ressources de la famille ; or, il faut le noter, ces principes de financement n'ont, à la différence des pays scandinaves, jamais été complètement mis en œuvre dans le système français d'allocations familiales qui s'est en outre orienté, dans la période récente, vers davantage de sélectivité ;
- ▼ **l'idée d'un critère de « participation sociale » comme contrepartie possible à un revenu garanti** : Tony Atkinson considère comme « une chimère » la mise en place d'un revenu réellement « universel » et pense que, même sans conditions de ressources, le versement d'un revenu de base devrait avoir pour condition d'éligibilité une « contribution à la société », qu'elle se traduise par l'occupation d'un emploi, le suivi d'actions de formation ou d'insertion, la délivrance de soins (*care*) à des personnes fragiles, ou des activités associatives ou bénévoles. Quoi que l'on pense de la pertinence et de la faisabilité d'un tel dispositif, cette notion de « participation sociale » peut faire réfléchir sur l'élargissement souhaitable des conditions d'acquisition des droits ou des critères de perception des revenus garantis (prestations de chômage et/ou d'assistance sociale...), à travers la reconnaissance d'activités utiles à la collectivité sans être exclusivement orientées vers l'emploi ;
- ▼ **la révision des modes de taxation des héritages et donations et de l'assiette des taxes foncières** : plusieurs études ont montré que la fiscalité des transmissions donne lieu en France à une progressivité discutable, fonction du lien de parenté avec le donataire ou le défunt et exonérant certains biens ; la proposition d'Atkinson consistant à la structurer autour d'un impôt progressif, dont le taux augmenterait en fonction de l'ensemble des rentrées de capital reçues par un bénéficiaire au cours de sa vie, a à cet égard le mérite de la cohérence et pourrait être étudiée pour servir d'inspiration à une réforme éventuelle⁵⁰ ; de même, la ré-estimation des valeurs locatives servant au calcul des taxes foncières reste, dans le cas français comme britannique, un sujet en chantier, susceptible, au-delà des expérimentations en cours dans quelques départements, de modifier l'incidence redistributive de la fiscalité locale⁵¹ ;

50 Clément Dherbécourt, « Comment réformer la fiscalité des successions ? », *France Stratégie, Actions critiques 2017-2027*, janvier 2017.

51 Patrick Artus, Antoine Bozio et Cecilia Garcia-Peñalosa, « Fiscalité des revenus du capital », *Les notes du conseil d'analyse économique*, n°9, septembre 2013.

- 
- ▼ la combinaison optimale à trouver entre cotisations et impôts pour financer le système de protection sociale : bien qu'elle soit spécifique à chaque pays et par nature moins présente dans les systèmes « beveridgiens », cette préoccupation est reprise par Tony Atkinson dans ses réflexions sur « la sécurité sociale pour tous » ; cet équilibre entre cotisations et impôts est particulièrement discuté et délicat à trouver dans le système français, compte tenu des politiques d'allègement de charges développées depuis les années 1990 et du statut mixte, ou du moins juridiquement incertain, de la contribution sociale généralisée (CSG)⁵² ; or, cet équilibre a une importance majeure, à la fois au regard de la progressivité souhaitée des prélèvements sociaux, et pour asseoir un système de protection sociale qui soit suffisamment universel et redistributif, mais qui donne aussi le sentiment « d'acquérir des droits » à ceux qui y contribuent. À cet égard, les travaux du Haut Conseil du financement de la protection sociale ont souligné que des assurances sociales principalement financées par cotisations ne contredisent en rien la mise en œuvre de mécanismes de solidarité ou de redistribution, qui sont présents dans l'ensemble des segments de la protection sociale, à la fois dans une dimension « horizontale » (par exemple entre ménages sans enfants et familles) et « verticale » (entre ménages modestes et ménages aisés)⁵³. Toutefois, la jurisprudence constitutionnelle ne laisse en France que de très faibles marges de manœuvre au législateur pour rendre plus progressifs les prélèvements sociaux sur les personnes protégées (cotisations et CSG), ce qui pose en soi largement question^{54 55}.

Le livre de Tony Atkinson est donc en conclusion, pour moi, une leçon d'humilité et de pragmatisme vis-à-vis des données statistiques, de clarté et de rigueur vis-à-vis des travaux économiques. C'est aussi une invitation à ne pas renoncer aux idéaux de justice, même empreints d'utopie, lorsque l'on réfléchit aux évolutions des politiques économiques et sociales. Réhabilitant l'intervention publique, les assurances sociales et la redistribution, c'est surtout une leçon d'optimisme et d'espoir dont les acteurs de ce champ ont particulièrement besoin.

52 La CSG a été juridiquement qualifiée d'imposition en droit interne et de cotisation en droit européen.

53 Haut Conseil du financement de la protection sociale, *Rapport d'étape sur la clarification et la diversification du financement des régimes de protection sociale*, op.cit.

54 Alors que la couverture de certains risques (famille, soins de santé) est devenue universelle, la progressivité des prélèvements sociaux se concentre paradoxalement sur ceux qui incombent aux employeurs, à travers les exonérations générales de cotisations applicables aux emplois peu qualifiés.

55 Haut Conseil du financement de la protection sociale, *Rapport sur la lisibilité des prélèvements et l'architecture financière des régimes sociaux*, juillet 2015.

3

ÉTUDES ET RECHERCHES

portance
us en p
rait être
cisément, il s
ication de la peti
rtises et savoirs qu

Car il peut revenir

ici au moins deux

enfants (pour leur so

é du travail ? la pa

e, en gros, par les

ternelle) a-t-elle se

é de la question p

mpose) finance-t-on

se-t-on des presta

ndre un tel sujet

s, d'observations, e

n d'abondance que

s comme d'investig

"T. C'est peu dire qu

être toujours conv

multiples rapports

Les quatre leviers de la redistribution

Par Elvire Guillaud, Université Paris 1, CES et LIEPP Sciences Po

elvire.guillaud@univ-paris1.fr

et Michaël Zemmour, Université Lille 1, CLERSE et LIEPP Sciences Po

michael.zemmour@univ-lille1.fr

L'étude qui sous-tend cet article a été financée conjointement par l'EN3S et Sciences Po dans le cadre d'une convention de recherche. Elle bénéficie du soutien apporté par l'ANR et l'État au titre du programme d'Investissements d'avenir dans le cadre du labex LIEPP (ANR11LABX0091, ANR 11 IDEX000502).

Nous remercions chaleureusement Laurent Caussat, Marie-Cécile Cazenave, Conchita D'Ambrosio et Bruno Palier qui ont participé au conseil scientifique de l'étude pour leurs apports et suggestions. Les erreurs qui pourraient subsister sont de l'entière responsabilité des auteurs.

Résumé

Nous étudions la redistribution monétaire en décomposant analytiquement quatre leviers : taux d'imposition, progressivité de l'impôt, taux de transferts sociaux, degré de ciblage des transferts. L'analyse porte sur 22 pays de l'OCDE, pour un ensemble de 67 observations, étalées dans le temps de 1999 à 2013. Nous nous appuyons sur les micro-données du Luxembourg Income Study sur le revenu des ménages, que nous complétons par l'imputation de données fiscales non observées. Notre analyse montre que la fiscalité produit un effet redistributif supérieur à celui des transferts en espèces (hors pensions de retraite) dans la plupart des pays. L'effet plus ou moins redistributif des transferts sociaux dépend davantage de leur niveau moyen que d'une différence de ciblage. En revanche c'est à la fois le taux d'imposition et la progressivité qui expliquent l'effet redistributif du système fiscal. Enfin, on observe une incompatibilité entre forte progressivité et haut niveau de prélèvements obligatoires.

I- Les leviers de la redistribution monétaire

De nombreux travaux de comparaison internationale traitent des politiques de redistribution et de leur efficience, mais ceux-ci se focalisent généralement sur l'aspect fiscal ou sur l'aspect social de la redistribution. Par exemple, les travaux de Piketty et Saez (2007) ont mis l'accent sur le degré de progressivité de l'impôt (et singulièrement de l'impôt sur le revenu), tandis qu'une littérature abondante se focalise sur l'effet des transferts sociaux en espèces, et de leur caractère plus ou moins ciblé (Brady et Bostic, 2015). Or, une approche analytique de la réduction des inégalités monétaires met en évidence quatre leviers distincts pour réduire les inégalités entre le revenu primaire et le revenu disponible.



Ces quatre leviers sont résumés par l'équation suivante¹ :

$$\text{Redistribution monétaire} = \text{Taux de prélèvement} \times \text{progressivité} + \text{Taux de transfert} \times \text{ciblage} - \varepsilon$$

L'objectif de la présente étude est de ne pas céder à un effet de focal (ne mesurer que la redistribution fiscale, ou que la redistribution sociale) dans la mesure où, d'une part, l'importance relative de ces deux moyens varie d'un pays à l'autre, et d'autre part, il existe un effet d'interaction, souvent négligé, entre progressivité et niveau (de prélèvements et de prestations). Comme le montre la formule, la progressivité considérée seule ne révèle absolument rien de l'effet redistributif d'un système fiscal : on peut atteindre exactement le même degré de réduction des inégalités par un système mêlant forte progressivité et faible taux d'imposition, ou par un système mêlant faible progressivité et haut niveau d'imposition. En revanche, pour des niveaux élevés de prélèvement ou de prestation, une variation modérée de la progressivité ou du ciblage peut entraîner des effets redistributifs importants.

Si ces effets théoriques sont connus, aucun pays ne pousse au maximum les quatre leviers. En réalité, chaque pays met en œuvre un modèle de redistribution qui lui est propre, fruit d'arbitrages économiques et politiques. Notre étude consiste donc à mesurer les valeurs de ces différents paramètres, pour rendre compte de l'efficacité des différentes configurations nationales existantes. Précisons enfin que notre étude se concentre sur la description des systèmes de prélèvements et prestations et ne porte pas sur les éventuels effets retour de ces systèmes sur l'emploi et les salaires.

II- Périmètre de l'étude

L'analyse porte sur 22 pays de l'OCDE, pour un ensemble de 67 observations, étalées dans le temps de 1999 à 2013. Les données utilisées sont les micro-données du Luxembourg Income Study (LIS) qui compile et harmonise des enquêtes nationales sur le revenu des ménages. Les données du LIS sont considérées par la littérature comme étant les plus exhaustives et comparables pour mesurer l'effet des prestations sociales².

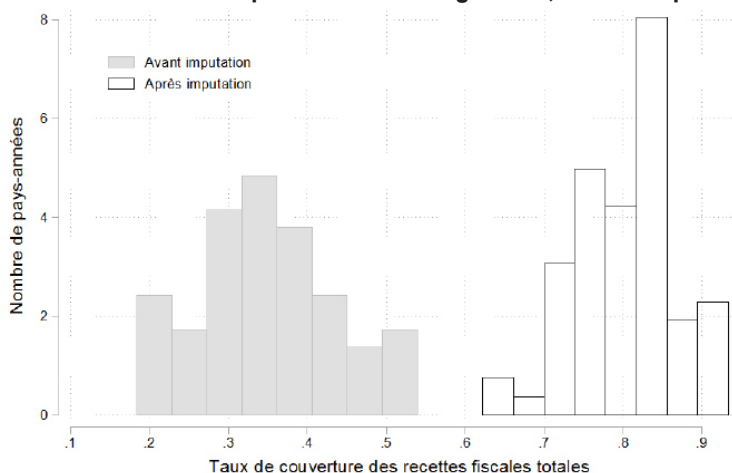
De manière originale, nous y imputons les prélèvements obligatoires non observés (cotisations employeur, et le cas échéant, cotisations salarié – y compris CSG pour la France), sur la base de données fiscales OCDE et de données de consommation Eurostat. Les prestations en nature, les avantages sociaux issus des entreprises, ainsi que les impôts locaux sont exclus de l'étude. Nous prenons en compte l'ensemble des transferts sociaux, et plus de 80% de l'ensemble des prélèvements

1 Il s'agit ici d'une forme simplifiée, l'équation exacte est précisée dans Zemmour et Guillaud (2017). Voir également Guillaud, Olckers et Zemmour (2017). Nous négligeons ici le terme ε , qui correspond à l'effet du reclassement des ménages : la part des prélèvements (prestations) dont l'effet n'est pas de diminuer l'inégalité de revenus, mais de modifier l'ordre des ménages entre deux concepts de revenu. Dans la plupart des cas, ce terme est faible et négligeable.

2 En cela notre étude complète les études conduites en micro-simulation pour les pays européens à l'aide du module EUROMOD de la Commission Européenne (Avram, Levy et Sutherland, 2014 ; Verbist et Figari, 2014), et aboutit à des résultats compatibles. Elle s'en distingue dans la mesure où elle inclut aussi des pays non européens (États-Unis, Australie, Canada), et s'appuie davantage sur des comportements observés que simulés.

obligatoires (contre 35% pour les études précédentes utilisant les micro-données du LIS) : impôt sur le revenu, cotisations sociales, et taxes sur la consommation. Ce faisant, nous levons un biais de comparaison important de la littérature qui ne considère généralement, par manque de données, que l'impôt sur le revenu et les cotisations salarié (Figure 1). L'imputation des données fiscales manquantes accroît sensiblement la mesure de la redistribution opérée par les prélèvements obligatoires dans des pays comme la France, la Suède, la République Tchèque ou l'Allemagne où les cotisations employeur sont significatives. Enfin, nous construisons une première estimation de l'effet anti-redistributif des taxes sur la consommation.

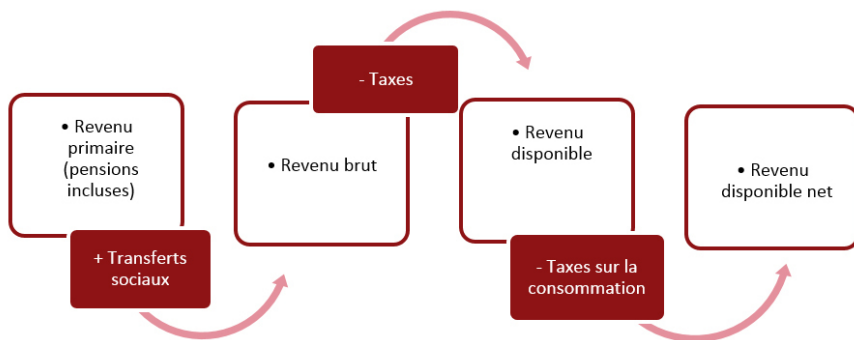
Figure 1. Taux de couverture des prélèvements obligatoires, avant et après imputation



Nous proposons une analyse séquentielle de la redistribution (Figure 2) qui va du revenu primaire au revenu brut par l'ajout des transferts ; puis du revenu brut au revenu disponible via la soustraction des impôts et cotisations sociales ; et enfin au revenu disponible net via la soustraction des taxes sur la consommation. La redistribution est mesurée par l'écart entre les coefficients de Gini aux différentes étapes du revenu.

La population considérée est l'ensemble des ménages, y compris les ménages de retraités. Par souci de comparabilité, les retraites publiques sont incluses dans la distribution primaire du revenu au même titre que les retraites privées, et les transferts sont analysés hors pensions. Une analyse séparée de l'effet des retraites publiques sur l'égalité des revenus est également conduite.

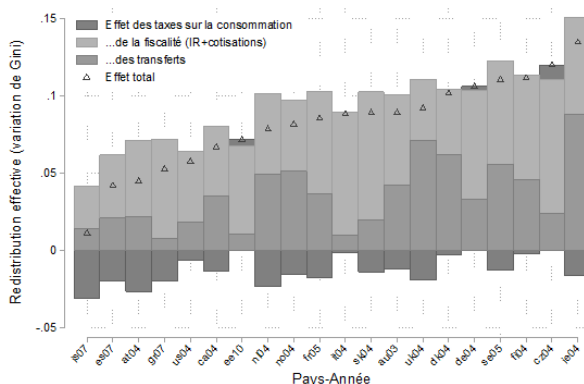
Figure 2. Enchaînement séquentiel des différents concepts de revenu



III- Principaux résultats

En premier lieu, nos résultats montrent la prépondérance de la redistribution fiscale (par les impôts sur le revenu et les cotisations sociales) par rapport à la redistribution sociale (par les transferts, hors pensions). Un petit nombre de pays (Irlande, Royaume-Uni, Danemark, Norvège, Islande) privilégie les transferts sociaux, tandis que dans tous les autres pays la redistribution fiscale domine (Figure 3). Pour la France, la Suède, les Pays-Bas et la Finlande, ce diagnostic est conditionnel à la prise en compte des cotisations sociales employeur dans la réduction fiscale des inégalités. De plus, il doit s'interpréter du strict point de vue de l'effort de réduction des inégalités monétaires. Une analyse qui intégrerait la fourniture de biens et services en nature (santé, éducation) donnerait probablement des résultats contrastés.

Figure 3. Contribution respective des transferts et prélèvements à la réduction des inégalités

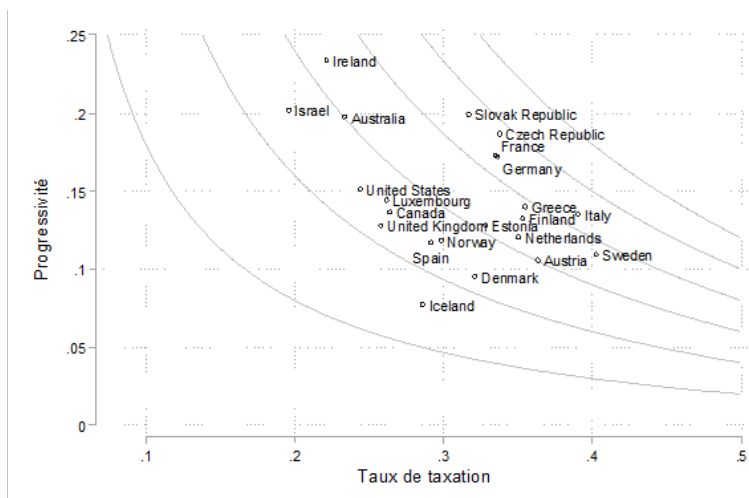


L'effet redistributif important des pensions publiques est en outre confirmé par l'analyse complémentaire que nous menons. Ainsi, le montant des retraites publiques est fortement corrélé à l'égalité du revenu disponible : cela est dû au fait que (i) les retraites publiques sont distribuées de manière plus égalitaire dans la population que les revenus du travail et du capital (incluant les retraites privées) ; (ii) leur financement repose sur d'importants prélèvements obligatoires qui réduisent les inégalités entre actifs et inactifs.

En second lieu, notre étude met en lumière l'impact décisif du niveau moyen des transferts sociaux dans la redistribution sociale. Pour expliquer les performances variées des économies en matière de réduction des inégalités, le taux moyen des prestations (hors pensions) est déterminant, tandis que le degré de ciblage de ces prestations sur les populations les plus pauvres ne joue que très peu. Ce résultat s'explique par le fait que les transferts sociaux étant faibles dans la plupart des pays, leur ciblage n'augmente que très marginalement l'efficacité du système (voir Equation 1).

L'efficacité de la redistribution fiscale en revanche dépend de la combinaison du taux et de la progressivité des prélèvements : plusieurs pays atteignent des redistributions identiques par des configurations très différentes. Par exemple, l'Autriche et l'Australie obtiennent des niveaux de redistribution fiscale identiques (baisse du Gini de 0.06), mais le taux de prélèvement sur revenu brut atteint 36% en Autriche où la progressivité est modérée, alors qu'il n'est que de 23% en Australie où la progressivité des taxes est bien plus marquée (Figure 4).

Figure 4. La redistribution fiscale, combinaison du taux de taxation et de la progressivité



Lecture : Chaque ligne correspond à un niveau de réduction d'inégalité mesuré en point de Gini. La ligne inférieure correspond à une réduction de 0,02 point de Gini. La réduction des inégalités s'accroît de 0,02 point de Gini en passant d'une ligne à l'autre.



Notre étude donne également une mesure, plus sommaire, de l'effet anti-redistributif des taxes sur la consommation. Les taxes sur la consommation ont un effet globalement régressif, plus fort avant la crise de 2008. Cependant, cet effet négatif est inférieur de moitié à l'effet redistributif du système fiscal, et largement inférieur à l'effet redistributif du système de transfert hors pensions (Figure 3). Sans être négligeable, l'effet des taxes sur la consommation apparaît donc comme un effet de troisième ordre, qui érode marginalement la redistribution monétaire.

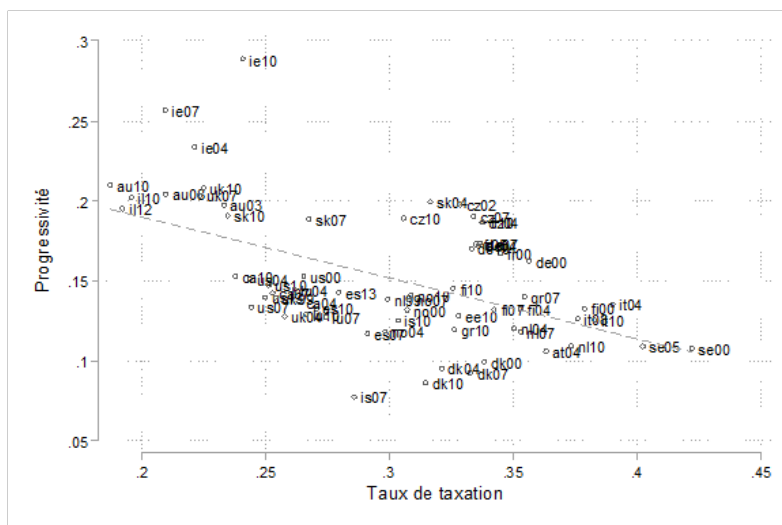
Concernant la position spécifique de la France, celle-ci apparaît parmi les pays ayant une redistribution globale (hors retraite) relativement marquée (0.10 point de Gini). L'essentiel de cette redistribution passe par les prélèvements obligatoires - IR, CSG et cotisations (0.06 points de Gini) qui excèdent la redistribution par les transferts en espèces hors pensions (0.04 points de Gini). Cette configuration la rapproche de l'Allemagne, de la Finlande, ou de l'Australie (Figure 3). Les prélèvements obligatoires en France apparaissent d'un niveau relativement élevé et la progressivité est également relativement marquée (Figure 4). Il est à noter que la progressivité que nous mesurons est en partie l'effet des barèmes (IR et exonérations de cotisations employeur), mais également le résultat d'un effet d'assiette : une partie significative du revenu des ménages les plus modestes, composé de transferts, n'est pas ou peu imposable aux différents prélèvements (notamment les prélèvements sociaux)³. La progressivité des prélèvements sociaux est certes moindre que celle de l'IR, mais leur taux étant plus élevé ceux-ci contribuent significativement à la réduction des inégalités. Ce diagnostic diffère sensiblement de celui fait par la plupart des comparaisons internationales concernant la France, qui se concentrent généralement sur l'effet du seul impôt sur le revenu et sous-estiment ainsi fortement la redistribution du système socio-fiscal français.

IV- L'empreinte d'arbitrages entre progressivité et taux de prélèvement

Pour finir, nos résultats montrent l'existence d'un arbitrage de facto entre progressivité et niveau de prélèvement. Ainsi, une forte progressivité des taxes (que l'on inclue ou non les taxes sur la consommation) ne coexiste nulle part avec un haut niveau d'imposition (Figure 5). Ce résultat original, valable sur un large échantillon de pays-années et sur des données observées au niveau des ménages, confirme les observations de Verbist et Figari (2014) sur un échantillon de 15 pays européens avec des données simulées. En outre, ce résultat est conciliable avec un autre résultat de la littérature selon lequel les systèmes sociaux généreux (haut niveau de dépenses sociales) se trouvent dans des économies à faible progressivité fiscale (Lindert 2004).

3 Ce phénomène se retrouve également en Suède ou en Allemagne.

Figure 5. Corrélation négative entre taux de taxation et progressivité



Nos résultats peuvent se lire à la lumière du « paradoxe de la redistribution » développé par Korpi et Palme (1998) : la redistribution n'est pas la simple conséquence de paramètres techniques. Le budget des politiques sociales est lui-même fonction de la structure de la fiscalité et des prestations sociales, à travers la médiation politique. La redistribution effective qui en découle et que nous observons dans cette étude est le fruit de ces interactions politiques.

Références

- Avram, S., Levy, H., Sutherland, H. (2014).** Income redistribution in the European Union. *IZA Journal of European Labor Studies*, 3(1), 1-29.
- Brady, D., Bostic, A. (2015).** Paradoxes of Social Policy Welfare Transfers, Relative Poverty, and Redistribution Preferences. *American Sociological Review*, 80(2), 268-298.
- Guillaud, E., Olckers, M., Zemmour, M. (2017).** Four levers of redistribution: The impact of tax and transfer systems on inequality reduction. LIS working paper series No. 695.
- Korpi, W., Palme, J. (1998).** The Paradox of Redistribution and Strategies of Equality: Welfare State Institutions, Inequality, and Poverty in the Western Countries. *American Sociological Review*, 63(5), 661-687.
- Lindert, P. H. (2004).** Growing public: Volume 1, the story: Social spending and economic growth since the eighteenth century (Vol. 1). Cambridge University Press.



Piketty, T., Saez, E. (2007). How Progressive is the U.S. Federal Tax System? A Historical and International Perspective. *Journal of Economic Perspectives*, 21(1), 3-24.

Verbist, G., Figari, F. (2014). The redistributive effect and progressivity of taxes revisited: An International Comparison across the European Union. *FinanzArchiv: Public Finance Analysis*, 70(3), 405-429.

La protection sociale du sportif salarié

(thèse soutenue à l'université Jean Moulin Lyon 3 en 2016 – 675 pages)

Par Xavier Aumeran, chargé d'enseignement aux Universités Jean Moulin Lyon 3 et Paris 1 – Panthéon-Sorbonne



Docteur en droit privé, Chargé d'enseignement aux Universités Jean Moulin Lyon 3 et Paris 1 – Panthéon – Sorbonne. Membre de l'Équipe de recherche Louis Josserand (Lyon 3), ses travaux de recherche portent principalement sur le droit de la protection sociale et le droit du travail

Le travail effectué dans cette thèse se propose d'associer le droit de la sécurité sociale, droit général, interprofessionnel et d'ordre public, avec un secteur d'activité particulier, le sport.

Au-delà de son actualité, l'association est fructueuse en raison des particularismes que présente l'activité sportive salariée, lesquels se retrouvent parfois dans d'autres activités professionnelles.

Il en est ainsi sa nature, l'activité sportive exposant l'individu à des risques professionnels (blessures, maladies,...) d'une intensité rare et impliquant systématiquement l'évolution de celui-ci vers une nouvelle activité professionnelle. Il s'agit également de son organisation institutionnelle, à travers le pouvoir tutélaire des fédérations sportives nationales et internationales. Il s'agit enfin de l'organisation contractuelle de l'activité, par l'implication d'une diversité d'acteurs, parmi lesquels le clubs, mais aussi les partenaires privés et publics, ou encore les organisateurs de manifestations sportives..

L'activité sportive rémunérée présente l'ambivalence d'une structuration à la fois en retard sur les techniques collectives de prise en charge des risques avec un recours massif à l'assurance individuelle, à l'épargne, au paternalisme et aux solidarités de métier ; mais également une structuration à l'évidence novatrice face aux impératifs de transitions et mobilités professionnelles, à la capacité de mobilisation de la norme négociée de protection sociale, à la nécessaire articulation des dispositifs de protection.

L'association menée des champs disciplinaires permet donc de confronter le droit de la protection sociale à ses limites et ainsi de dégager des perspectives de développement pour l'ensemble des actifs.

Cette thèse entend ainsi montrer que les dispositions légales de sécurité sociale applicables au sportif salarié sont incomplètes et impliquent un recours à la sécurité sociale professionnelle, organisée autour de la norme conventionnelle, afin d'assurer une prise en charge adaptée.

Le travail effectué s'articule en deux temps successifs.



La première partie s'intéresse au caractère incomplet des dispositions légales de sécurité sociale. Pour autant, celles-ci ne sont pas inadaptées à saisir l'activité sportive salariée. En effet, et en dépit de sa généralité, il apparaît que le droit de la sécurité sociale dispose d'une capacité certaine à intégrer les particularités de l'activité sportive. Il n'y a donc pas lieu de substituer une protection sociale conventionnelle à la Sécurité sociale, mais simplement de compléter cette dernière, voire parfois de pallier ses carences.

Dès lors, la seconde partie démontre l'efficience de la norme conventionnelle à servir de vecteur essentiel à une sécurité sociale professionnelle du sportif, et plus largement de l'actif. Les techniques contractuelles évoquées permettent de forger, au plus près de l'individu, des règles adaptées aux besoins de protection. Il s'agit notamment d'assurer une réparation améliorée en cas de réalisation d'un risque et de prévenir ces derniers par le développement de structures paritaires, d'un suivi médical efficient, d'un maintien de l'employabilité de l'individu et d'un accompagnement socioprofessionnel. La proposition de règles adaptées permet à la norme négociée d'articuler les formes existantes de protection et les acteurs concourant déjà à la sécurité sociale professionnelle du sportif salarié. À cette fin, le décroisement des droits de la protection sociale, du travail et du sport est encouragé.

Ce travail montre que l'activité sportive rémunérée constitue manifestement un laboratoire des mutations de l'activité professionnelle et de la protection sociale qui leur est associée. Alors que les formes d'organisation de l'activité professionnelle sont en constante évolution, le sujet est particulièrement d'actualité

Quand la prison prend soin : enquête sur les pratiques professionnelles de santé mentale en milieu carcéral en France et en Allemagne¹

Travail de recherche doctorale financé par l'attribution d'une bourse EN3S

Par Camille Lancelevée, chargée d'études à la direction de l'administration pénitentiaire, ministère de la Justice



Camille Lancelevée est docteure en sociologie de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales (EHESS, Paris) et chargée d'études à la direction de l'administration pénitentiaire, ministère de la Justice. Elle a été lauréate de la bourse de thèse de l'EN3S en 2009.

Incarcérer pour soigner : quand la prison devient hospitalière ?

À la fin des années 1990 en France, plusieurs observateurs tirent la sonnette d'alarme face à l'augmentation du nombre de personnes présentant des troubles mentaux en prison. La publication d'un rapport sur la gestion de la santé dans les établissements pénitentiaires en décembre 1999 par Pierre Pradier, ancien président de Médecins du Monde est relayée dans la presse nationale par des articles aux titres hyperboliques : « L'horreur psychiatrique », « Le désastre psychiatrique carcéral », « Prison : un enfer pour les malades mentaux »². Cette indignation s'affiche dans deux rapports parlementaires qui marquent l'apogée d'un épisode d'indignation publique autour des dysfonctionnements des prisons françaises, jugées bien en-deçà des standards d'une société démocratique avancée. Pour les rapporteurs de l'Assemblée Nationale et du Sénat, la présence importante de personnes présentant des troubles mentaux en prison est l'une des mutations les plus frappantes de la population pénale³.

L'expression de « prison asile » devient l'expression phare de ce mouvement d'indignation. On la retrouve dans les rapports parlementaires, dans des publications militantes, telles que l'ouvrage publié par l'Observatoire international des prisons en 2005 sur les conditions de détention dans les prisons françaises : « Les réformes présentes et à venir tendent pourtant à faire de la prison l'asile du XXI^e siècle⁴ ». L'expression revient fréquemment sous la plume de psychiatres exerçant en milieu pénitentiaire : on retrouve ainsi dans les articles et rapports de l'époque les noms d'Evry Archer, Catherine Paulet, Philippe Carrière, Odile Dormoy, Gérard Laurencin, Betty Brahmy, Cyrille Canetti ou encore Christiane de Beaurepaire, psychiatres ou chefs de psychiatrie en milieu carcéral. Dans son audition devant les députés, Evry Archer, alors chef de service psychiatrique à Lille explique ainsi : « Il s'agit là d'une régression,

1 Thèse disponible sur le portail documentaire de l'EN3S.

2 France Soir, Jean-François Crozier, 8 décembre 1999 ; L'Humanité, E.F., 8 décembre 1999 ; Libération, Jacqueline Coignard et Dominique Simonnot, 7 décembre 1999.

3 Mermaz Louis, Floch, Jacques, *Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur la situation dans les prisons françaises, Assemblée nationale*, juin 2000, p.65. Hyst Jean-Jacques, Cabanel Guy-Pierre, *Rapport du Sénat sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France*, juin 2000, p.44

4 Observatoire International des Prisons, *Les conditions de détention en France*, La Dispute, 2005.



d'un retour à une confusion des institutions et des fonctions sociales : placement dans un même lieu de malades mentaux et de délinquants, comme cela se faisait à La Bastille, par exemple, avant la distinction entre la prison républicaine et la psychiatrie moderne. » Et tous s'inquiètent de voir la prison « endosse(r) une vocation asilaire perdue par les hôpitaux psychiatriques »⁵. Dans ces publications, aux statuts et aux intentions différentes, « l'asile » semble constituer un idéal-type négatif, dont le sens est sous-entendu : asile est synonyme d'un espace de relégation, un lieu de mise à l'écart. Il charrie un univers de représentation qui semble tout droit tiré des descriptions anti-psychiatriques des années 1970, qui voyaient alors l'hôpital psychiatrique comme une institution déshumanisante, soupçonnée de chroniciser les pathologies en tenant les malades à l'écart de la société sous une tutelle psychiatrique arbitraire. La référence à l'asile est donc utilisée pour dénoncer une prison qui accueille des fous mais ne les soigne pas – ou mal.

Dernier épisode d'un long feuilleton autour du partage entre crime et folie, cette indignation témoigne d'un désajustement de l'institution carcérale par rapport au public qu'elle accueille. Néanmoins, nous allons montrer dans cet article comment le rôle de la prison comme lieu de soin semble validé, une décennie plus tard, à la faveur d'un contexte de panique morale autour de la dangerosité présumée des auteurs d'infractions présentant des troubles mentaux. Si la prison, critiquée pour son caractère asilaire, semble devenir un lieu de soin légitime, la difficulté à délimiter les contours du problème des troubles mentaux entre santé et sécurité publique se traduit cependant, au sein des établissements pénitentiaires par des questionnements professionnels nombreux autour des missions de l'institution, entre soigner et punir.

Cet article s'appuie sur les résultats du volet français d'une recherche doctorale (Lancelevée, 2016) portant sur les pratiques professionnelles de santé mentale en milieu carcéral en France et en Allemagne. Alors que l'Allemagne dispose depuis les années 1930 d'hôpitaux psycho-légaux (*Maßregelvollzug*) pour les auteurs d'infractions présentant des troubles mentaux, les prisons françaises se dotent, à partir des années 1970, de services psychiatriques destinés aux personnes détenues. L'entrée de professionnels en santé mentale dans les établissements pénitentiaires pose la question de l'hybridation du soin et de la peine. Cette thèse interroge cette hybridation dans une perspective comparative franco-allemande : en revenant sur les liens historiques tissés entre psychiatrie et système pénal dans les deux pays, l'analyse montre comment les héritages institutionnels éclairent le rôle des professionnels en santé mentale dans la division du travail de prise en charge des personnes placées sous main de justice. À partir des terrains ethnographiques (observations et entretiens) réalisés dans deux prisons allemande et française d'une durée respective de cinq mois, la thèse étudie les modalités d'articulation des pratiques psychiatriques et pénitentiaires : si la prison de Tourion (France) se présente comme une institution fragmentée, dans

5 Cyrille Canetti dans *Le Monde* du 17 avril 2002

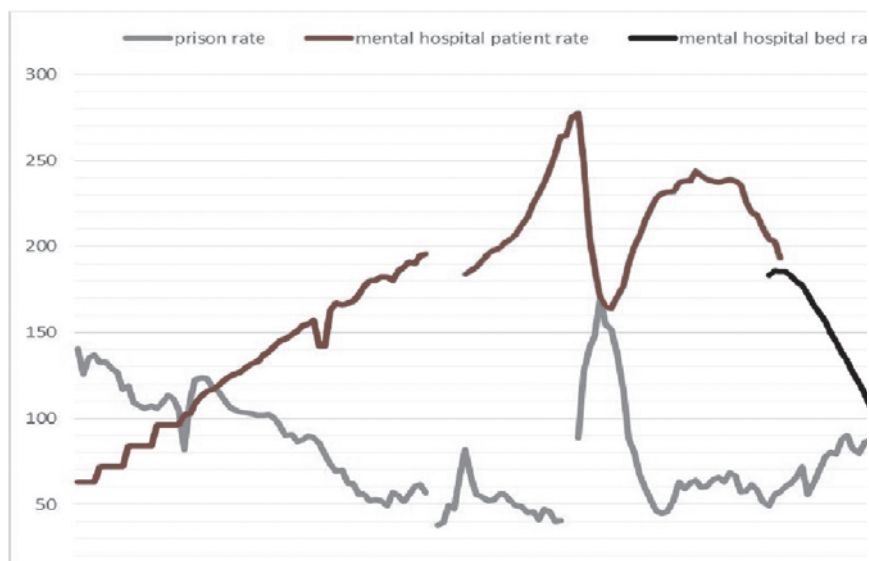
laquelle les services de soin psychiatrique se tiennent en marge du traitement pénitentiaire, la prison de Grünstadt (Allemagne) est le lieu d'une coopération renforcée des personnels soignants et pénitentiaires autour du suivi psychocriminologique des personnes détenues. Dans les deux pays cependant, la présence de ces professionnels engendre des effets ambivalents : tout en produisant de l'attention pour la souffrance psychique des personnes détenues, elle participe à légitimer l'idée que la peine de prison pourrait être thérapeutique. Cette thèse illustre in fine les ambivalences contemporaines d'une institution pénitentiaire, dans laquelle s'entrelacent la peine et le soin dans des agencements insolites, mais également l'un des derniers lieux d'accueil de certaines formes de folie.

I- Troubles mentaux en prison : entre problème de santé publique et enjeu de sécurité nationale.

En l'absence d'étude longitudinale, l'hypothèse d'une augmentation des troubles mentaux en prison ne peut être confirmée avec certitude. Néanmoins, une enquête épidémiologique de 2004 (Falissard *et al.*, 2006) affiche des prévalences psychiatriques très importantes : environ 30% des personnes détenues présenterait au moins un trouble psychiatrique grave. Un faisceau d'indices semble par ailleurs confirmer cette augmentation. En réponse à ce phénomène, la mise en place d'unités psychiatriques dédiées exclusivement aux personnes détenues (les UHSA, unités hospitalières spécialement aménagées) vient valider l'idée que l'institution carcérale peut être pourvoyeuse de soins psychiatriques de qualité – et que les auteurs d'infraction présentant des troubles mentaux graves pourraient y avoir leur place.

I.1/ De l'asile à la prison : des « vases communicants » ?

À partir de l'étude des statistiques hospitalières et carcérales depuis le milieu des années 1850, Bernard Harcourt et Sacha Raoult mettent en évidence un « effet miroir » entre les deux institutions : à l'époque contemporaine, le graphique tiré de leur étude laisse penser que la prison prendrait en charge ceux que l'hôpital psychiatrique n'accueille plus.



Légende du graphique : Population incarcérée (courbe grise) et hospitalisée (courbe orange) et nombres de lits d'hospitalisation en psychiatrie (courbe rouge) entre 1851 et 2006. Graphique tiré de Harcourt, Raoult, 2014.

Il n'y a évidemment pas de transfert direct de population ou de vases communicants entre l'hôpital et la prison, néanmoins, plusieurs indices corroborent l'impression partagée par les acteurs du monde carcéral d'une augmentation massive du nombre de personnes présentant des troubles mentaux en prison.

Tout d'abord, le pourcentage de personnes déclarées irresponsables pénalement ne cesse de diminuer depuis le début des années 1980⁶ en raison des transformations combinées de l'expertise psychiatrique et de la pratique pénale. Un nombre important d'experts psychiatres tend en effet à plaider en faveur d'une « responsabilisation pénale » des personnes présentant des troubles mentaux (Protais, 2016), tandis que la révision du code pénal en 1992 permet de condamner à des peines de prison les personnes dont le discernement aurait été non « aboli » mais « altéré » par un trouble mental au moment des faits. En outre, si aucune étude ne le confirme, les observateurs de la justice témoignent d'une sévérité pénale accrue des juridictions (et notamment des jurys populaires) à l'égard des personnes dont le discernement aurait été altéré.

Par ailleurs, la politique d'ouverture des hôpitaux psychiatriques, qui se traduit notamment par une diminution importante des capacités d'accueil et du nombre de lits des services hospitaliers a vraisemblablement favorisé la précarisation des patients les moins bien insérés socialement, susceptibles de tomber dans un cercle

6 Barbier Gilbert, Demontès Christiane, Lecerf Jean-René, Michel Jean-Pierre, Prison et troubles mentaux : Comment remédier aux dérives du système français ? Rapport d'information du Sénat n°434 (2009-2010) fait au nom de la commission des lois et de la commission des affaires sociales, mai 2010.

vicieux fait de petite délinquance, de prises en charge ponctuelles en milieu libre et de passages en prison, à la suite de procédures de jugement accélérées telles que les comparutions immédiates.

De plus la prison est suspectée de contribuer à l'augmentation des troubles mentaux du fait de mauvaises conditions de détention (hygiène, insalubrité, surpopulation, éloignement familial) et de la difficulté à donner corps à l'objectif de réinsertion (manque d'activités, difficultés pour trouver un logement et un emploi à la sortie). Dans ces conditions, rien d'étonnant à ce que le mal-être se développe, que les suicides se multiplient (Duthé et al., 2011), mais également que les pathologies s'aggravent. Une psychiatre explique ainsi : « On observe des décompensations psychiatriques sur le mode de bouffées délirantes aiguës chez des sujets qui n'avaient jamais été repérés comme malades mentaux à l'extérieur » (Brahmy, 2005).

I-2/ En prison mais à l'hôpital

Dans ce contexte, la réponse des pouvoirs publics à l'indignation soulevée par la « prison-asile » apparaît tout à fait paradoxale : alors que tous dénoncent la présence en prison de personnes qui n'y auraient pas leur place, le ministère de la justice annonce, en 2002, la création « d'unités spécialement aménagées » (qui deviendront UHSA avec un H pour « hospitalières »). Face à l'alternative de faire sortir les malades mentaux⁷, le choix est fait de faire entrer un peu plus l'hôpital psychiatrique en milieu carcéral. Ces nouvelles structures hospitalières sont présentées comme une réponse technique à la difficulté d'hospitaliser des personnes détenues en milieu ouvert (difficulté d'organiser des escortes, réticences des équipes hospitalières, question de la garde statique, etc.) et comme la suite logique de la longue histoire de l'amélioration de l'accès aux soins de santé mentale (voir tableau). Depuis 1986, les services médico-psychologiques régionaux offrent en effet un niveau de prise en charge ambulatoire et d'hospitalisation de jour ; les UHSA, qui proposent une hospitalisation complète, avec ou sans consentement sont présentées⁸ comme un complément nécessaire à ce dispositif. En somme, ces nouvelles unités flambant neuves témoignent de la volonté d'humanisation de l'institution carcérale – tout en validant l'idée que les auteurs d'infraction présentant des troubles mentaux pourraient être soignés en prison. Cette création institutionnelle soulève donc la question de savoir à quoi sert la prison, i.e. si elle ne sert pas principalement, pour certains détenus qui purgeront tout ou partie de leur peine en UHSA, à prodiguer du soin.

7 Il faut attendre 2011 pour que l'idée de revoir les procédures en amont de l'incarcération resurgisse, dans un rapport du Sénat portant sur « la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux ayant commis des infractions ». En 2014, le ministère de la Justice met en place deux mesures visant à corriger un éventuel mauvais aiguillage : la suspension de peine pour raison psychiatrique (dont les modalités d'application restent cependant à étudier, en effet, les personnes admises en soins psychiatriques sans leur consentement en sont exclues) et l'obligation, pour les juridictions, de considérer l'altération du discernement comme une circonstance atténuante (ou, et la nuance est importante, de motiver leur décision dans le cas contraire). Voir les articles 51 et 17 de la loi n°2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales.

8 Cette terminologie est reprise dans les publications officielles, voir par exemple le guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice publié en 2012.



1967	6 Centres médico-psychologiques régionaux (CMPR) gérés par l'administration pénitentiaire
1977	17 CMPR gérés par les directions départementales de l'action sanitaire et sociale
1986	26 Services Médico-Psychologiques (SMPR), création du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire. Intervention ambulatoire et 250 places d'hospitalisation de jour. Les personnes détenues dont l'état serait jugé incompatible avec un maintien en détention sont hospitalisées d'office dans les services psychiatriques hospitaliers en vertu de l'article D. 398 du code de procédure pénale.
2002	17 (prévues) Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA). Hospitalisations complètes avec ou sans consentement. Il existe aujourd'hui 9 UHSA qui disposent de 450 lits d'hospitalisation (Lyon, Nancy, Toulouse, Orléans, Paris, Lille, Rennes, Bordeaux, Marseille).

Présentées comme une solution de continuité en matière d'accès aux soins psychiatriques en prison, les UHSA sont mises en place dans un contexte de préoccupation des pouvoirs publics pour la question de la « dangerosité ». En attestent les différents rapports commandés par les autorités publiques sur la question (les rapports dits « Burgelin » en 2005, « Garraud » et « Goujon, Gautier » en 2006, « Lamanda » en 2008)⁹ qui produisent une certaine confusion entre ce qui relève du trouble mental et ce qui relève du crime. Si ces textes rappellent régulièrement « le caractère pluriel et multifactoriel de la dangerosité », ce n'est souvent qu'une précaution de langage, qui n'empêche pas les auteurs de parler ensuite au singulier de « la » dangerosité, englobant derrière ce concept flou le risque de récidive des actes jugés les plus intolérables (violences sexuelles) et la violence supposée des individus présentant de graves troubles psychiatriques. Cette notion, que de nombreux auteurs jugent tout bonnement indéfinissable (voir Cartuyvels et al., 2012) permet également d'entretenir l'idée que la criminalité renvoie à un trouble individuel, qui doit pouvoir être pris en charge par la psychiatrie ou la psychologie. Fusionnent ainsi dans ces rapports et dans les lois qui s'en inspireront¹⁰ « deux figures fantasmatiques [...] : le « criminel monstrueux » et le « fou dangereux » (Moreau, Protais, 2009). C'est la prison qui est sollicitée pour neutraliser – mais également traiter – ces personnes dont il semble devenu indispensable de se protéger. La mise en place des UHSA entre ainsi en résonance avec une transformation plus profonde de la pénalité, qui tend à s'appuyer sur le soin pour légitimer la peine.

9 Tous ces rapports visent à apporter « des réponses à la dangerosité » et seront une source d'inspiration pour étendre l'arsenal législatif visant à « lutter contre la récidive ».

10 Tout particulièrement la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale qui dans son intitulé même produit de la confusion entre la question du traitement des auteurs d'infractions présentant des troubles mentaux et de la récidive des personnes condamnées à de longues peines. Signe de cette confusion, en août 2007, à la suite de l'enlèvement d'un enfant, Nicolas Sarkozy propose de faire des UHSA alors en projet, un « hôpital pour pédophiles » (voir Collectif Contrast, 2015).

II- Soigner ou punir ? Confusion morale, tensions professionnelles

Loin de constituer un programme institutionnel unique et fédérateur, la tendance à faire de la peine un moment de traitement produit des tensions et des conflits importants entre les différents groupes professionnels inscrits dans l'espace pénitentiaire. À partir de l'analyse de deux situations observées au cours du terrain de recherche réalisé dans la maison d'arrêt de Tourion entre mai et octobre 2011, cette partie entend illustrer les effets ambivalents de ces mouvements croisés de criminalisation des malades mentaux et de pathologisation du crime sur le traitement des personnes détenues.

II-1/ Malade ou déviant ? La figure du fou criminel

Depuis le début du 19^{ème} siècle, la question de savoir où commence le crime et où s'arrête la folie a fait couler beaucoup d'encre : les quelques historiens qui se sont intéressés à la question (Renneville, 2003 par exemple) montrent qu'il y a toujours eu une zone grise dans laquelle cette distinction entre crime et folie est source de débats sans fin. Les observations conduites en milieu carcéral permettent de réfléchir à la délimitation fluctuante de cette zone grise, qui produit ce que Lorna Rhodes a appelé une « angoisse taxinomique » c'est-à-dire une difficulté à caractériser les comportements et à opérer cette distinction entre déviance et maladie (Rhodes, 2000). Cette angoisse taxinomique soulève des enjeux de division sociale et morale du travail tout particulièrement entre professionnels pénitentiaires et professionnels de santé et produisent une certaine confusion entre crime et folie.

Un matin de mai 2010, l'accès à la prison de Tourion est bloqué par des surveillant(e)s en signe de protestation contre ce qu'ils estiment être une dégradation de leurs conditions de travail dans des prisons surpeuplées et face à des détenus qu'ils jugent de plus en plus violents. L'événement déclencheur a eu lieu la veille : un agent a été agressé par un détenu au moment où il ouvrait la porte de sa cellule. L'homme a jeté en direction du surveillant une casserole d'huile bouillante, que celui-ci a réussi à esquiver partiellement. Il a été brûlé superficiellement à la tête et au dos, transféré au service des grands brûlés de l'hôpital voisin et il est en état de choc selon les collègues qui manifestent ce matin-là. Une semaine plus tard, je discute de l'événement avec l'une des directrices de l'établissement. Selon elle, l'émoi est d'autant plus grand que le surveillant blessé « n'est pas du genre provocateur » et que « personne n'a prévu cette réaction du détenu ». L'homme, que la directrice désigne par son patronyme, Kadar, avait certes passé quelques jours en hospitalisation d'office en état de « décompensation psychotique » avant l'événement, mais « il n'y avait pas eu d'incident depuis son retour, il y a quelques semaines », jusqu'à cette agression, en apparence planifiée : « en plus de l'huile, il avait préparé une lame artisanale, il a été particulièrement difficile à maîtriser ». La directrice m'explique : « cette agression est en train de relancer la machine du « qu'est-ce qu'il fait en prison ? Il n'a pas toute sa tête, il devrait être à l'hôpital, pas chez nous ! » ; D'autant que les personnels ne sont pas formés, donc la peur est un peu exacerbée ». Quant au détenu, j'apprends qu'il a été sanctionné de 30 jours de quartier disciplinaire, le maximum légal. Selon la directrice : « on ne pouvait pas faire autrement vu la gravité de l'agression ». Mais elle m'explique qu'elle attend l'avis des psychiatres. « Vu le profil, je pense qu'il va repartir en HO



(hospitalisation d'office) et c'est mieux, parce que, pour nous, il est ingérable ». Quelques mois plus tard, l'affaire est portée devant la justice : sous la plume d'un journaliste local, on peut lire que l'homme explique son geste par la colère. Au tribunal, il dit avoir été « poussé à bout par l'administration » qui refusait de le laisser travailler et d'accéder à sa demande de transfert. L'avocat du détenu tente de faire valoir son irresponsabilité et insiste sur « l'impasse dans laquelle se trouvent les délinquants à mi-chemin entre l'hôpital psychiatrique et la prison ». Monsieur Kadar est condamné à dix-huit mois de prison ferme supplémentaires et 1 500 euros de dommages et intérêts.

Extraits du journal de terrain, Tourion, 2011

Cet événement extraordinaire vient s'inscrire dans ce qu'on pourrait appeler la « mémoire vive » de l'institution comme une histoire que tous connaissent et que tous redoutent. Cette anecdote, comme toutes celles auxquelles elle succède, contribue à nourrir l'idée que la folie serait à l'origine de comportements irrationnels, imprévisibles, dangereux : violences monstrueuses, suicides spectaculaires, etc. Ces comportements sont appréhendés par les personnels pénitentiaires au travers des risques qu'ils comportent : risque d'agression d'abord, mais également risque de faute professionnelle s'ils n'ont pas été en mesure d'anticiper une agression ou un suicide. Les personnels pénitentiaires ont ainsi le sentiment d'avoir la lourde charge d'un problème qui ne relève pourtant pas de leur compétence : les troubles mentaux.

On peut ici souligner que les discussions autour du cas de Monsieur Kadar se concentrent sur les motivations (préméditation, mobile, etc.) du geste, au détriment d'une réflexion sur le contexte carcéral. Les tentatives de suicide soulèvent en prison le même type de questionnement : a-t-on affaire à une stratégie, du chantage ou à une authentique souffrance ? Or, la réduction du geste à sa seule dimension stratégique (manipulation) ou à sa seule dimension pathologique (souffrance, maladie) fait abstraction du contexte : celui de conditions de détention difficiles dans une maison d'arrêt surpeuplée. Dans le cas de Monsieur Kadar, comme dans de nombreuses autres situations, on peut se demander si la folie du geste n'est pas pour partie déterminée par la prison, qui constitue en effet une « structure sociale fragile aux effets imprévisibles » notamment parce qu'elle propose peu d'espaces de négociation et de conflictualisation (Chauvenet et al., 2008).

Mais la résolution tout à fait paradoxale de cette affaire illustre la confusion morale qui entoure la prise en charge des troubles mentaux : l'homme ne semble pas 'avoir sa place en prison', il est pourtant condamné à une peine de prison supplémentaire et sanctionné d'un séjour de 30 jours au quartier disciplinaire. Il est condamné mais on espère qu'il sera placé aussi vite que possible en hospitalisation sans consentement pour décharger la détention d'une situation jugée ingérable. Sur le plan judiciaire et disciplinaire, Monsieur Kadar est jugé responsable de ses actes, mais sur le plan médical, on le considère comme incapable de consentir à des soins.

Au final, Monsieur Kadar risque de passer une part substantielle de sa peine dans un service hospitalier. Malade mais aussi coupable, il est finalement condamné... à se soigner.

Les professionnels composent ici de façon pragmatique avec les moyens à disposition, mais l'ensemble des décisions prises témoigne de l'ambivalence morale du traitement apporté, entre punition et soin. La définition du « bon traitement » génère dans d'autres situations des tensions professionnelles, tout particulièrement autour du mandat des équipes de santé mentale.

II.2/ Punir ou soigner ? Des soins à la demande du juge

Si certains souhaiteraient voir les mesures d'obligations et d'injonction de soin¹¹ s'étendre au quotidien carcéral, il n'y a jusqu'à aujourd'hui aucune obligation à entreprendre des soins psychiatriques ou psychothérapeutiques en prison. Néanmoins, comme vont le montrer les extraits de terrain présentés ci-dessous, la justice ne se prive pas d'influer sur la conduite des soins, par l'intermédiaire des juges d'application des peines. Ces juges constituent un acteur central de la détention : ils ont en effet le pouvoir de raccourcir la durée de la détention par le jeu des réductions et des aménagements de peine ; leurs décisions sont donc particulièrement déterminantes pour les personnes détenues. Les extraits proposés ci-dessous sont tirés d'une commission d'application des peines¹². Pour chaque personne détenue, le juge tente de repérer les indices qui lui permettraient de trancher en faveur ou en défaveur d'une réduction de peine supplémentaire. Or, la mise en œuvre d'un suivi psychiatrique fait partie des indices de mérite et suscite de la part du juge des commentaires fréquents :

À propos de Monsieur Kuru, qui a fait « des démarches partout, y compris au SMPR [service de soins psychiatriques] où il est sur liste d'attente », le JAP s'exclame : « Mais il n'a pas besoin de suivi lui, c'est un vol ! ». Le substitut du procureur s'interroge, de même, pour Monsieur Wynck : « SMPR ? Pourquoi ? ». Regardant le dossier, il se met à rire à gorge déployée : « Il est là pour chèque falsifié ! Ah oui, c'est sûr, ça révèle une lourde souffrance les chèques sans provision ! Non mais ! ». À l'inverse, le suivi est recommandé dans d'autres cas : « Monsieur Fouquet, son casier judiciaire, c'est agressions sexuelles à gogo, il faut qu'il fasse des soins ! ». La conseillère pénitentiaire objecte : « Oui, mais il souffre de grosses carences intellectuelles ! ». « Raison de plus ! » commente la juge. Idem pour Monsieur Tulpan, condamné pour vol avec violence et prévenu pour viol en réunion. C'est la directrice qui s'étonne ici : « Il est prévenu pour viol et pas suivi par le SMPR ? ». En réponse, la JAP indique sur son ordonnance : « Il faudrait profiter de cette incarcération pour entamer un suivi psychologique ».

Journal de terrain, 19 mai 2011

11 Ces soins à la demande de la justice, qui existent depuis les années 1950, ont vu leurs modalités de contrôle s'étendre dans les années 1990. Ainsi, la mesure de « l'injonction de soin » est créée en 1998 par la loi relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs. Au cours des années 2000, les contrôles sont renforcés et le champ d'application de cette mesure s'élargit à d'autres infractions (atteintes criminelles à la vie, les enlèvements et séquestrations, les actes de torture et de barbarie, la destruction volontaire de biens par explosif ou incendie).

12 Au cours de ces commissions, le juge détermine le quota de réduction de peines supplémentaires et éventuellement de crédits de réduction de peines à attribuer à chaque personne détenue. Cette commission réunit en outre un substitut du procureur, un représentant de la direction, les chefs de bâtiment, ainsi qu'un représentant du service pénitentiaire d'insertion et de probation.



Ces différents commentaires témoignent de la façon dont les juges d'application des peines – et les différents auxiliaires de justice et personnels pénitentiaires – appréhendent les soins psychiatriques. Ceux-ci sont avant tout considérés comme des soins techniques, visant à résoudre un problème défini sous un angle criminologique : celui de la récidive, et tout particulièrement des récidives jugées les plus graves : ainsi, la prise en charge d'un homme condamné pour des agressions sexuelles est jugée plus importante que celle d'un homme condamné pour vol. Dans cette scène, le juge s'octroie un rôle de prescripteur de soins par le biais des « ordonnances judiciaires » qu'il remet aux personnes détenues – le terme judiciaire *d'ordonnance* est ici révélateur de cette concurrence des logiques judiciaires et médicales. En prescrivant des soins, le juge vient peser sur le comportement des personnes détenues qui ont tout intérêt à se conformer à ses attentes, et, ainsi, modifier la file active des services psychiatriques. Du côté des personnels de santé mentale, ces interférences du juge sont accueillies comme autant de tentatives d'instrumentalisation du soin psychiatrique. Individuellement et collectivement, ces acteurs de santé développent des tactiques et stratégies diverses destinées à résister aux formes de contrôles judiciaires et pénitentiaires de leur activité : refus de participer aux réunions pluridisciplinaires, certificats stéréotypés sans indication du contenu ni de la fréquence des soins, etc. Mais ces demandes de la justice produisent aussi des formes de coopération et contribuent aussi à faire bouger les lignes du soin en milieu carcéral : on observe par exemple une spécialisation de certains psychiatres et psychologues autour des auteurs de violences sexuelles (Lancelevée, 2016).

Conclusion

La question de la prise en charge des infracteurs présentant des troubles mentaux a suscité d'incessants débats depuis la création de la prison et de l'hôpital modernes. Ces débats tiennent à la difficulté de distinguer de manière claire et définitive ce qui relève de la pathologie mentale de ce qui relève de la déviance sociale. L'augmentation du nombre de personnes présentant des troubles mentaux et la mise en place de services psychiatriques en prison témoignent du déplacement du centre de gravité de la prise en charge de ce public à la croisée du soin et de la folie vers la prison. Ce rééquilibrage institutionnel soulève, en milieu carcéral, des enjeux cruciaux pour les professionnels de santé mais également pour les professionnels pénitentiaires. Si les ministères de la Santé et de la Justice ont tenté et tentent toujours par le moyen de groupe de travail et de guides méthodologiques de clarifier et de détailler les missions de chaque groupe professionnel, le quotidien ne cesse de soulever des enjeux tout à la fois identitaires et moraux pour les différents professionnels à l'œuvre en prison. Mais ces enjeux sont également politiques et économiques. Économiques, car les tensions autour du mandat des équipes psychiatriques en milieu carcéral, entre santé mentale, maintien de l'ordre et lutte contre la récidive posent la question du financement des professionnels et services

de santé par le ministère de la Santé. Politiques enfin, car ces transformations de la prison s'inscrivent dans un mouvement de défense sociale qui se pare, en l'instrumentalisant, des atours humanistes du soin.

Bibliographie

Brahmy Betty, 2005. « Psychiatrie et prison », *Études*, vol.6, n°402, p.751760.

Cartuyvels Yves, Lancelevée Camille, Bessin Marc, Cliquennois Gaëtan, Dugué Frédéric, 2012. *Ce que la dangerosité fait aux pratiques. Entre soin et peine, une comparaison Belgique-France*, Rapport de recherche pour la Mission de recherche « Droit et Justice », 236p.

Chauvenet Antoinette, Orlic Françoise et Rostaing Corinne, 2008. *La violence carcérale en question*, Paris, PUF, 347p.

Collectif Contrast, 2015. « La création des UHSA: une nouvelle régulation de l'enfermement ? », *Déviance et Société*, vol.39, n°4, p. pp.429-453.

Duthé Géraldine, Hazard Angélique, Kensey Annie et Pan Ké Shon, 2011. « L'augmentation du suicide en prison en France depuis 1945 », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n° 4748, p. 506510.

Harcourt Bernard, Raoult Sacha, 2014. *The Mirror Image of Asylums and Prisons: An International Study*. Columbia Law School Working Paper Series, n°486, 35p. <http://web.law.columbia.edu/law-economic-studies/working-papers>

Lancelevée Camille, 2016. *Quand la prison prend soin. Pratiques professionnelles de santé mentale en milieu carcéral en France et en Allemagne*, Thèse de sociologie à l'EHESS, 472p.

Moreau Delphine et Protais Caroline, 2009. « L'expertise psychiatrique entre l'évaluation de la responsabilité et de la dangerosité, entre le médical et le judiciaire. », *Champ penal/Penal Field*, vol. V. (<http://champpenal.revues.org/7120>).

Protais Caroline, 2016. *Sous l'emprise de la folie ? : L'expertise judiciaire face à la maladie mentale*, Paris, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, 312p.

Renneville Marc, 2003. *Crime et folie : deux siècles d'enquêtes médicales et judiciaires*, Paris, Fayard, 526p.

Rhodes Lorna, 2000. « Taxonomic Anxieties: Axis I and Axis II in Prison », *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 14, n° 3, p. 346373.

Ce que la Dépendance fait au métier d'infirmière libérale.

Ethnographie d'une épreuve de professionnalité¹

Travail de recherche doctorale financé par l'attribution d'une bourse EN3S.

Par Véronique Feyfant, chercheure associée au Centre d'Études des Rationalités et des Savoirs



Véronique Feyfant est docteure en sociologie. Sa recherche doctorale a porté sur le métier d'infirmière libérale qu'elle a elle-même exercé sur la période des dix années qui ont précédé son doctorat. Elle est actuellement chercheure associée au Centre d'Études des Rationalités et des Savoirs, composante du Laboratoire Interdisciplinaire Solidarités, Sociétés, Territoires à Toulouse. Elle enseigne la sociologie à l'Université de Toulouse Jean Jaurès.

Résumé :

Qu'est-ce que le fait de travailler auprès de personnes qualifiées de dépendantes, vivant à leur domicile, fait au métier d'infirmière libérale ? Les infirmières libérales exercent leur métier avec ce statut libéral qui les contraint en même temps qu'il leur donne la caractéristique majeure de leur professionnalité : l'autodétermination d'une grande partie de leur activité. Cette autodétermination sera mise à l'épreuve lorsque les infirmières devront partager leur travail avec d'autres professionnelles, notamment dans le cadre de l'accompagnement des personnes qu'elles qualifient de dépendantes. Les réponses que les infirmières apportent à ce défi nous révèlent un métier en recomposition qui, en plus d'avoir les caractéristiques du travail sanitaire, endosse celles du travail social. De ce fait, la prise en considération qu'elles font d'éléments contextuels plus larges que ceux mobilisés dans l'évaluation courante de la dépendance nous permet de proposer la notion de dépendance situationnelle.

Qu'est-ce que le fait de travailler auprès de personnes qualifiées de dépendantes, vivant à leur domicile, fait au métier d'infirmière libérale ? L'enjeu de cette question est à la fois social, politique et sociologique. L'enjeu social réside dans les solutions que propose une société pour s'occuper de ceux qu'elle qualifie de dépendants. Qui, de professionnels ou de non-professionnels, va aider, soigner, accompagner les personnes qui en ont besoin ? Quelle part de ce travail sera endossée par les infirmières libérales² ? Sur le terrain, comment s'opère

¹ Thèse disponible sur le portail documentaire de l'EN3S.

² Assumant l'entorse faite à la langue française en ne cédant pas à la règle qui veut que le masculin soit neutre, nous avons fait le choix de parler d'infirmière plutôt que d'infirmier. À cela nous donnons deux raisons : d'une part les « infirmières » de sexe masculin ont été rares dans notre enquête (il est même un infirmier qui nous parlera de lui en tant qu'« infirmière »). D'autre part, les hommes sont minoritaires numériquement dans la profession : ils ne représentent que 13 % de l'ensemble des infirmières. De la même façon, et pour les mêmes raisons, nous parlons toujours au féminin des intervenantes à domicile des autres métiers telles que les aides à domicile, ou les aides-soignantes. De façon courante, nous parlons des professionnelles.



concrètement le partage des tâches permettant que les personnes restent vivre à leur domicile ? L'enjeu est aussi politique, et ce à double titre. D'une part les publics dépendants (personnes âgées, personnes en situation de handicap) font l'objet de politiques sociales dans lesquelles la question de l'aide professionnelle est récurrente. D'autre part, les aidants professionnels comptent parmi eux les infirmières libérales qui sont la cible de velléités politiques du contrôle tant de leur démographie que de la nature et du volume de leur activité. L'enjeu est scientifique, enfin, car la question posée en incipit propose d'interroger deux domaines investis par la sociologie : celui de la dépendance et celui des professions et groupes professionnels.

Le travail de recherche présenté ici permet de mettre en évidence le lien entre ces deux domaines d'études sociologiques en montrant leur influence réciproque. D'un côté, les infirmières libérales autodéterminent l'organisation de leur travail et élargissent leur conception de la dépendance à la prise en considération de cette organisation (nous parlerons alors de dépendance situationnelle). D'un autre côté, les situations de dépendance, quand elles font intervenir des professionnels du soin, de l'aide et de l'accompagnement, vont mettre le métier d'infirmière libérale à l'épreuve et le faire évoluer vers un métier aux conceptions et aux pratiques voisines de celles du travail social. La question initiale revient à interroger, dans un premier temps, la professionnalité des infirmières libérales (I) avant d'étudier, dans un deuxième temps, l'expression de cette professionnalité dans les situations de dépendance vécues par les personnes dont les infirmières s'occupent (II).

Encadré méthodologique

Dans le but de décrire des actions en situation avant de mettre en évidence de logiques d'actions et de les analyser, une méthodologie qualitative de type ethnographique fut choisie. Des entretiens furent obtenus auprès de 51 personnes (personnes qualifiées de dépendantes, infirmières libérales, aides à domicile, responsables de centre de soins, aides-soignantes, auxiliaires de vie sociale, membres de la famille,...). Des observations furent menées (soins, réunions, tournées des infirmières,...). L'ensemble des données ont permis de dresser treize monographies. Nos présences répétées aux domiciles, ainsi que la multiplication des moments d'enquête a autorisé l'utilisation de la méthode de l'analyse comparative continue (Strauss, 1992) dans laquelle des allers-retours permanents sont effectués entre terrain et analyse des données. Nous souhaitons, dans une quête de « neutralité », inhérente à notre propre situation d'ancienne praticienne, rester au plus près de ce terrain, le considérer comme le terreau de nouvelles hypothèses, laisser venir à nous ces réflexions, à partir des données recueillies le plus « objectivement » possible.

I- Définir la professionnalité des infirmières libérales

La professionnalité se comprend comme étant le résultat attendu de l'action de professionnels (Demaillay, 2014 : 593). Dans cette définition, Lise Demaillay précise que la professionnalité est « *la résultante du lien socialement construit entre trois phénomènes* » : les ressources des professionnels, les exigences liées à des situations de travail, et enfin la reconnaissance sociale de la mise en adéquation entre les ressources et les situations de travail. Face à des situations de travail, le professionnel engage des réponses, qui peuvent parfois être exceptionnelles, et dont il assurera la régulation, individuellement ou collectivement. La professionnalité peut alors s'étudier en analysant les relations que les professionnels entretiennent entre le contenu de leur travail en situation, la finalité de ce travail, et les moyens entrepris.

Accorder un statut libéral à un groupe professionnel revient à lui reconnaître la faculté de décider lui-même de cette mise en adéquation entre ses ressources et les situations de travail qu'il rencontre. Étudier un métier qui s'exerce avec un statut libéral autorise donc à examiner comment sont déterminés le contenu et la finalité du travail, et de la même façon comment sont engagés les moyens mis en place pour atteindre cette finalité. Mais il ne faut pas omettre d'étudier qui détermine ce contenu et cette finalité, et engage ces moyens, de façon à analyser le rapport entre statut libéral et autonomie de décision. Or, le métier d'infirmière libérale étant réglementé (il répond à une définition et à des textes de lois qui l'encadrent), l'étude des liens entre statut, réglementation, et activité paraît heuristique. Comment s'exprime le métier d'infirmière lorsqu'il s'exerce avec un statut libéral ? Répondre à cette question permet de définir la professionnalité des infirmières libérales.

La professionnalité des infirmières libérales françaises d'aujourd'hui est le résultat d'une construction sociale (Demaillay, 2014) qui lie trois niveaux d'action : macro, méso et microsocial. D'un côté, le niveau macro permet de mettre en évidence la naissance du groupe professionnel à travers l'histoire et la législation réglementant l'activité de ce groupe. D'un autre côté, aux niveaux méso voire microsocial, cette professionnalité est aussi le résultat de l'appropriation par les infirmières libérales des contraintes et opportunités (Strauss et Corbin, 2003) qui s'offrent à elles. Notre analyse porte sur l'articulation de ces trois niveaux classiquement distingués, dans l'analyse sociologique, en niveaux macro, méso et microsociologiques. Dans ce but, nous analysons les infirmières libérales à partir de leur statut libéral. Ce statut leur est conféré par une législation, qui est le résultat d'une histoire (niveau macro). Chaque infirmière ou chaque groupe d'infirmières décline ce statut au niveau méso d'un cabinet ou encore au niveau micro de chacune des infirmières en interaction avec des professionnels ou d'autres personnes. Nous savons que les infirmières libérales travaillent le plus souvent en cabinet de groupe (Douguet et Vilbrod, 2007 : 131 et suivantes). La question est alors de savoir comment un collectif s'organise alors même que chacun de ses éléments travaille sans unité de temps ni de lieu. Est-ce que cela favorise l'expression des individualités ? Ou au contraire est-ce que ce niveau méso du collectif contraint fortement les actions de chacun au niveau micro ? À travers l'articulation entre ces trois niveaux d'analyse, nous mettons en évidence l'articulation entre trois niveaux d'actions professionnelles par laquelle les infirmières libérales incarnent leur professionnalité. Nous définirons la professionnalité des infirmières libérales en parcourant tour



à tour ces différents niveaux, allant de l'histoire de leur groupe professionnel à leur activité quotidienne.

I.1/ Une professionnalité définie par un héritage déterminant et une législation encadrante

En même temps que les porte-paroles syndicaux de la profession prennent le relais de l'OCDE et de l'OMS³ pour insister sur le poids économique que représente l'efficience de l'activité infirmière libérale, les autorités françaises, en la personne de la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé⁴, comme en la personne d'un représentant d'une Agence Régionale de Santé et d'une représentante d'une Caisse Primaire d'Assurance Maladie⁵, incitent les infirmières libérales à plus d'« engagement », de « mise en valeur », voire à « forcer les barrages ». En d'autres termes, les infirmières libérales sont invitées à s'emparer d'une place plus importante dans l'espace des professions de santé et à faire preuve de plus d'autonomie professionnelle. Mais dans le même temps, la Cour des Comptes (2015) dénonce un manque de régulation étatique de la profession et préconise une évolution des activités infirmières libérales vers les « pratiques avancées » qui, sous couvert d'une plus grande spécialisation et donc d'un plus grand prestige, ne font que reproduire la division du travail médical. Les infirmières libérales se trouvent à la croisée d'injonctions étatiques à l'autonomie et de préconisations de la part d'une instance conseillant les autorités étatiques à les maintenir dans une dépendance au travail médical. Cette photographie de la profession est le résultat d'une histoire et d'une situation juridique - puisque les infirmières libérales appartiennent à une profession de santé, qui est, de fait, réglementée. L'histoire de la profession, pour commencer, peut se résumer en une combinaison d'éléments tels que le poids de l'institution hospitalière, une domination masculine (« les médecins après les évêques », selon Petitat, 1989), et la filiation généalogique des médecins qui ont été à l'initiative de la création des infirmières laïques. En créant les infirmières laïques, les médecins ont tiré la leçon de l'expérience de travail avec les religieuses. Ils ont conservé ce qui leur convenait : la soumission, l'obéissance ; ils ont rejeté ce qui ne leur convenait pas : la soumission à Dieu, l'obéissance à l'Ordre. L'héritage religieux est, quant à lui, constitué d'un patrimoine moral : les infirmières laïques doivent présenter les qualités d'honnêteté, de dévouement, de désintéressement, d'absence de vices qui ne sont autres que les vertus morales des religieuses officiant jusque-là auprès des malades. Les infirmières doivent avant tout leur acte de naissance aux médecins, pas aux religieuses. Comme les médecins, les infirmières constituent une profession de santé et en cela s'inscrivent dans la réglementation détaillée dans le Code de Santé Publique. Les infirmières libérales se voient proposer, en plus, une Convention Nationale avec l'assurance

3 OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économiques. OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

4 Marisol Touraine en 2013, au moment de l'observation menée dans le cadre du 40^{ème} congrès national du Syndicat National des Infirmières et Infirmiers Libéraux.

5 Ces deux personnes étaient présentes et se sont exprimées au 40^{ème} congrès national du Syndicat National des Infirmières et Infirmiers Libéraux.

maladie. Cette Convention, en précisant les prérogatives infirmières, et en délimitant leur territoire d'exercice, fait exister le métier (Douguet et Vilbrot, 2007 : 146). Enfin, la Nomenclature Générale des Actes Professionnels permet de dresser la liste des actes autorisés parmi lesquels figurent ceux relevant du rôle propre des infirmières, rôle présenté dans le Code de Santé Publique comme étant celui dont relèvent *les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes*⁶. Ce rôle propre, qui n'est pas nodal dans les activités infirmières hospitalières (Acker, 1991), est plus largement présent dans l'activité infirmière s'effectuant dans les domiciles. L'arsenal juridique retrouvé dans l'exercice libéral est à la fois contraignant et pourvoyeur d'une liberté permettant aux infirmières libérales d'exercer d'une part des facultés de jugement en évaluant des situations (ce qu'elles auraient pu faire avec encore plus de libéralité si l'histoire ne leur avait pas fait manquer un rendez-vous avec un rôle social plus large en faisant disparaître les infirmières visiteuses d'hygiène sociale à la veille de la seconde Guerre Mondiale), et d'autre part une liberté dans la façon d'organiser le mode de fonctionnement de leurs cabinets. C'est à partir de leurs pratiques professionnelles et des décisions qu'elles sont amenées à prendre quotidiennement que nous proposons d'analyser maintenant la professionnalité des infirmières libérales.

1.2/ Une professionnalité définie par l'activité inhérente au statut libéral

Les particularités de l'exercice libéral avec lequel les infirmières font le choix de travailler sont constitutives de leur métier et participe à la définition de celui-ci plus que ne le fait leur appartenance au groupe professionnel des infirmières : les infirmières libérales se définissent elles-mêmes comme libérales avant de se définir comme infirmières. Leur professionnalité est liée à la manière dont les infirmières libérales organisent leurs cabinets. *Faire unité et pouvoir choisir* sont les mots d'ordre. Cette professionnalité se définit donc par la manière dont les infirmières libérales s'emparent de ce qui leur est autorisé par le statut libéral, c'est-à-dire avec un esprit d'autodétermination de leur activité de soin et d'organisation de leur travail.

Par l'obligation de continuité des soins⁷ qui leur est faite, les infirmières sont contraintes à partager le travail entre collègues d'un même cabinet de façon à assurer un service permanent. Le tour de rôle induit par cette obligation de continuité de soins a pour conséquence d'obliger l'infirmière qui travaille un jour à prendre une décision quant à la nature, l'organisation ou la charge de travail : malgré des conventions établies par les infirmières entre elles, chaque nouvelle sollicitation de soins s'accompagnera d'un questionnement et d'une prise de décision. Dans l'exemple d'un nouveau patient qui contacte le cabinet pour avoir des soins quotidiens qui prennent du temps, toute infirmière se posera les questions suivantes : est-il possible d'admettre ce nouveau patient dans la tournée ? Combien de temps est-il raisonnable de consacrer à ce type de soins ? Ces questions s'imposent d'autant plus que la décision d'accepter un nouveau patient pèsera sur le travail des autres infirmières lorsque viendront leur tour de travailler. Nous aurions pu imaginer un partage paisible entre infirmières puisque chacune subira et fera subir à tour de rôle. L'analyse du fonctionnement des cabinets d'infirmières libérales laisse voir, en

6 Article R. 4311-3 du Code de Santé Publique.

7 Article R4312-30 du Code de Santé Publique.



effet, une volonté de cohésion de l'équipe. Et dans le même temps, des moments de tensions, de crises, voire de conflits ouverts entre infirmières ont été relatés. C'est alors qu'intervient un travail de régulation, menés dans le cadre d'interactions. Facteurs de cohésion et facteurs de régulation cohabitent et nous amènent à qualifier les cabinets d'infirmières libérales de collectifs en recherche d'équilibre permanent car en menace perpétuelle de déséquilibre. Par ce travail de cohésion – régulation, elles travaillent à l'unité de leur cabinet.

Les facteurs de cohésion sont des situations créées par les infirmières qui font l'objet de négociations. Nous présentons ici quatre de ces facteurs. Le *partage du temps de travail* est le premier d'entre eux. Établir les plannings fait l'objet d'un accord. Chacune des infirmières fait valoir ses droits à travailler selon le volume de jours par mois convenu avec ses collègues, en même temps qu'elle fait valoir ses droits à ne pas travailler les jours qui ne lui conviennent pas. Le fait de se réunir, de discuter, de trouver des compromis, constitue une pratique organisationnelle permettant la cohésion du groupe. Cette pratique est l'expression d'une autonomie au sens strict du terme. En effet, ce sont les infirmières qui déterminent entre elles les normes à partir desquelles seront définies les règles de fonctionnement interne. Le *partage du travail administratif* permet la cohésion du groupe en ce sens qu'il répartit un travail pouvant être vécu comme contraignant (facturation des soins, gestion du cabinet, ...). L'organisation trouvée par chaque cabinet à ce propos souligne à la fois leur autonomie (leur faculté à autodéterminer leurs propres normes) et la liberté de manœuvre dont elles jouissent (puisque aucune instance de contrôle ne vient juger leurs choix). La *règle d'or du partage équitable du travail* est le troisième facteur de cohésion que nous avons identifié. Les soins effectués de façon hebdomadaire ou pluri hebdomadaire sont planifiés de façon à répartir la charge de travail sur l'ensemble des jours de la semaine. La *règle d'or* consiste à ne pas laisser le travail prévu un jour à sa collègue qui travaillera le lendemain. Elle est le résultat de négociations tacites : chacune s'arrangera pour que les soins soient effectués comme ils ont été prévus collectivement. Le quatrième et dernier facteur de cohésion que nous présenterons ici est la tenue d'un discours commun qui agit comme un ciment : les infirmières jugent que le regard que les personnes extérieures portent sur l'équipe infirmière la fait tenir en tant qu'unité⁸. Ainsi, si des différences de pratiques sont relevées par des observateurs extérieurs, et qu'ils en font la remarque aux infirmières, la réaction de celles-ci confirme alors la règle du groupe qui est de ne pas montrer à l'extérieur (du groupe constitué par les infirmières) les dissensions ou désaccords existant à l'intérieur. Pour le dire autrement, les infirmières peuvent être en désaccord entre elles et avoir des points de vue différents tant que ces différences ne sortent pas du groupe qu'elles constituent, tant qu'elles peuvent tenir un discours uniforme face à l'extérieur. Elles peuvent également avoir des pratiques différentes, malgré une recherche apparente de consensus à l'intérieur du groupe, tant que ces différences de pratiques, visibles à l'extérieur, s'expriment à l'intérieur de relations individualisées entre infirmières et patients. L'individualisation

8 Il peut s'agir du regard porté par des patients, comme du regard porté par les différents partenaires professionnels avec lesquels les infirmières sont en relations régulières.

des relations se retrouvent également entre infirmières et médecins avec lesquels celles-là travaillent régulièrement. En guise de conclusion, nous pouvons dire qu'un cabinet d'infirmières libérales trouve sa cohésion sur le mode de l'ordre négocié.

Nous relevons donc deux premières caractéristiques de l'exercice libéral des soins infirmiers : d'une part l'existence de pratiques différenciées qui se déroulent à l'intérieur d'un collectif lui-même à la recherche d'une image unifiée, d'autre part l'existence de pratiques différenciées qui sont sources de relations personnalisées.

Pratiques différenciées et relations personnalisées sont l'expression d'individualités. Notre question est de savoir comment l'expression de ces individualités, lorsqu'elles sont discordantes, est régulée à l'intérieur du collectif infirmier de façon à ce que se poursuive l'activité de ce collectif. Le travail de régulation des individualités discordantes se fait entre infirmières, dans le cadre d'interactions au cours desquelles se donne à voir un travail d'imposition de statut des unes envers les autres (Strauss, 1992). Plusieurs facteurs individuels permettant une imposition de statut ont été identifiés. Il peut s'agir par exemple de l'ancienneté dans le cabinet, d'une spécialisation reconnue dans un domaine (notamment par l'obtention d'un DU⁹), du volume de jours travaillés (la parole de celle qui travaille plus souvent aura plus de poids que celle qui travaille moins de jours par mois), ou encore de l'investissement personnel dans le cabinet (selon qu'une infirmière en est la fondatrice ou bien qu'elle ne travaille dans ce cabinet que par opportunité, son investissement variera).

Une troisième caractéristique du travail infirmier libéral est donc la régulation des individualités.

Ce travail de régulation peut également s'appliquer à des facteurs non-humains tels que le temps, c'est-à-dire un facteur externe censé structurer l'activité des infirmières libérales. En effet, le temps est évoqué de façon continue par les infirmières car il façonne la pratique infirmière. Chaque soin est pensé par la durée nécessaire à son exécution. Cette durée permettra de planifier les soins les uns en fonction des autres, et donc d'organiser la journée de travail. La vitesse d'exécution des soins sera modulée en fonction de la planification prévue : les infirmières accélèrent lorsqu'elles sont en retard et ralentissent lorsqu'elles sont en avance. Mais s'il est vrai que le temps façonne les pratiques, il est tout aussi vrai que les pratiques professionnelles façonnent à leur tour le cadre temporel. Cela est vrai au niveau collectif (il y a la pratique d'établir ensemble un planning de travail, de s'entendre sur la façon de construire une tournée, ...) ou individuel (raisons personnelles, souvent familiales, de commencer tôt et de finir tôt sa tournée). L'autonomie et l'autocontrôle que l'on peut concéder aux infirmières libérales lorsqu'elles se dictent leurs propres horaires et maîtrisent les temps passés en soins relèvent d'une forme d'« autonomie collective » dans lesquelles les normes individuelles s'expriment (de façon contraintes et limitées, mais s'expriment tout de même) dans le cadre de normes collectivement construites et de normes socialement acceptées. C'est ainsi que les infirmières libérales ne subissent pas passivement l'effet structurant du facteur temps. La quatrième caractéristique de l'activité professionnelle infirmière ici démontrée est que les infirmières libérales gardent la main, collectivement, sur des facteurs externes censés les structurer.

Une cinquième et dernière caractéristique apparaît dans cette étude : les infirmières libérales

9 Diplôme Universitaire (en cicatrisation des plaies, ou en gériatrie par exemple).



se donnent les moyens de sélectionner les soins et les bénéficiaires de ces soins. Alors même que les patients ont le libre choix des praticiens¹⁰ et doivent désigner lesquels interviendront chez eux, nous avons pu observer que les infirmières élaborent des critères leur permettant d'honorer ou non les demandes qui leur sont faites : elles établissent les limites d'un secteur géographique qu'elles définissent elles-mêmes et qui changent au gré de l'évolution de l'activité du cabinet, elles définissent la « complexité » de la situation de la personne en fonction de critères sociaux, familiaux ou matériels liés à l'habitat, ... Ces éléments sont autant d'arguments pour refuser d'intervenir chez certaines personnes. Mais la nature du soin demandée, l'activité du moment dans le cabinet (forte ou faible), la valeur monétaire du soin demandé, sa valeur symbolique, la possibilité ou non de pouvoir se faire aider par des auxiliaires de vie sociale par exemple vont aussi peser dans la décision infirmière de répondre favorablement ou non à la demande d'un patient de venir effectuer des soins chez lui. En sélectionnant, les infirmières se donnent la liberté d'orienter la nature de l'activité de leur cabinet. Elles donnent ainsi un profil à leur métier.

Les cadres historiques et juridiques du métier d'infirmière libérale sont donc à comprendre comme présentant les limites d'un espace qui offre des possibilités d'expression de pratiques professionnelles et non comme un déterminant de ces pratiques. L'ensemble des caractéristiques inventoriées ci-dessus - l'auto-organisation du travail, la régulation collective interne d'individualités et de pratiques différenciées, la construction de relations personnalisées, le fait de garder la main sur un facteur censément structurant tel que le temps, l'établissement de critères de sélection permettant d'orienter la nature et le volume de l'activité - se résument en un mot qui permet de définir la professionnalité des infirmières libérales : l'autodétermination.

L'autodétermination est le maître-mot pour définir le métier d'infirmière libérale. Il est maintenant temps de répondre à notre questionnement : qu'est-ce que le fait de travailler auprès de personnes qualifiées de dépendantes, vivant à domicile, fait au métier d'infirmière libérale ?

II- La professionnalité des infirmières libérales éprouvée : quelles réponses ?

Avant d'examiner en quoi le fait de travailler auprès des personnes qualifiées de dépendantes constitue une épreuve pour la professionnalité des infirmières libérales et de préciser la notion d'épreuve de professionnalité, nous souhaitons justifier l'usage de la locution « personnes qualifiées de dépendantes ». Dans cette recherche, la dépendance a été considérée comme un contexte dans lequel s'expriment des métiers. Toutefois, considérer la dépendance comme un contexte ne signifie pas la réifier. Nous choisissons de ne pas partir des conceptions de la dépendance qui font débat (paradigme biomédical versus fondement de la

10 Article L1110-8 du Code de Santé Publique.

cohésion sociale) et laissons les acteurs enquêtés la définir. La dépendance sera donc celle que les infirmières libérales qualifient comme telle. C'est pourquoi, au cours de ce travail, nous ne parlerons pas des personnes dépendantes mais des personnes qualifiées de dépendantes. Nous considérons que la dépendance n'est pas un état mais bien plutôt un qualificatif attribué par les rédacteurs des politiques publiques, largement repris dans les milieux professionnels de santé et médico-sociaux, mais aussi dans le langage commun. Les personnes qualifiées de dépendantes dans cette recherche le sont par les infirmières enquêtées.

Réfléchir à partir de la notion d'épreuve revient à interroger la part d'incertitude avec laquelle les professionnelles doivent composer pour travailler, prendre des décisions, et assumer les conséquences de ces décisions. L'épreuve est ici comprise comme un défi (Martucelli, 2006, 2015). Le système de soins et de services variés qui se met en place à domicile autour des personnes qualifiées de dépendantes forme un espace de rencontres « obligé » (Cresson et al, 2003). Ces rencontres contraintes permettent d'établir des relations mais mettent également les professionnels au défi de « travailler ensemble », dans des situations variées, quelquefois sur un temps long. Un défi se pose alors à l'autodétermination des infirmières libérales. Dans les situations de travail liées à la dépendance, que devient cette autodétermination ?

Nous étudierons comment les infirmières libérales relèvent le défi à travers les réponses qu'elles apportent à trois niveaux d'actions liés : les activités (pratiques professionnelles), les relations interprofessionnelles et les environnements (domicile, territoire géographique).

II.1/ Sortir des modèles de pensée

Commençons par une pratique professionnelle couramment observée : la toilette, quelquefois appelée soin d'hygiène. Cette pratique cristallise des enjeux de territoires professionnels. Elle permet donc d'analyser comment la professionnalité des infirmières libérales est éprouvée. En effet, d'autres métiers que celui d'infirmière libérale peuvent prétendre effectuer ce soin ; les métiers d'aide-soignante ou d'auxiliaire de vie sociale par exemple. Les infirmières libérales qui effectuent ce soin le font après avoir analysé la situation de la personne, à la demande d'un médecin, et juger que ce soin leur revenait (de par sa technicité, de par les risques qu'encourent la personne, ...). Mais à travers le travail d'analyse des situations que font les infirmières et à travers les décisions qu'elles prennent, les relations avec l'ensemble des professionnels concernés se trouvent affectées. Les infirmières justifient leurs actes à partir de modèles de pensée appris lors de leur formation initiale. Elles disposent de deux modèles de conception de l'être humain : d'un côté le modèle biomédical qui conçoit l'être humain comme un ensemble biologique en état d'équilibre que la maladie vient perturber, dans lequel l'homme est un individu biologique ; d'un autre côté le modèle holistique qui considère l'être humain comme formé de différentes composantes imbriquées (biologique, psychologique, sociale, culturelle, économique, ...). C'est à partir de ce dernier modèle que se sont construites les théories de soins infirmiers qui vont modeler les pratiques infirmières. En créant un outil d'analyse de la situation d'une personne¹¹, les infirmières se détachent de l'emprise médicale

¹¹ Il s'agit de la démarche de soins infirmiers, connue par l'ensemble de la profession. En libéral, cette démarche de soins a été formalisée sous la forme d'un document CERFA qui sert à analyser la situation et à transmettre aux caisses d'assurances maladie le résultat de cette analyse.



et permettent que leur soit reconnu un rôle autre que médicalement prescrit. C'est d'ailleurs en mobilisant ce modèle qu'une des infirmières étudiées explique le fait d'avoir transgressé une prescription médicale (au motif qu'elle connaissait ce patient mieux que le médecin, dans plus de dimensions que strictement biologique et médicale) et opère par conséquent une extension de son territoire professionnel en direction de celui du médecin. Par ailleurs, en jonglant avec l'un ou l'autre des modèles, les infirmières confortent des relations d'autorité. Ainsi, face aux aides-soignantes (professions paramédicales), les infirmières mobilisent le modèle biomédical pour souligner leur proximité avec les médecins, alors que face aux auxiliaires de vie sociale, elles vont plutôt mobiliser le modèle holistique de façon à se placer sur un registre commun avec ces professionnelles, celui d'un être humain considéré dans ses multiples dimensions (psychologique, sociale, culturelle, ...). Les infirmières libérales iront même plus loin. En effet, face à ces éventuelles concurrentes que représentent les auxiliaires de vie sociale, les infirmières vivent une épreuve de professionnalité : elles modifient leur façon de voir et de faire les choses sans avoir la certitude que les décisions qu'elles prennent sont ajustées. En l'occurrence, elles se décentrent des deux modèles de pensée qui structurent leur activité et intègrent les auxiliaires de vie sociale dans leur analyse de la situation. Elles les intègrent à deux niveaux : d'une part en tenant compte de leur présence comme facteur décisionnel du fait de garder ou de déléguer le soin, et d'autre part en transformant d'éventuelles concurrentes en partenaires de soins, sur lesquelles elles pourront exercer une relation d'autorité.

II.2/ Échanger le *sale boulot*

La notion de *sale boulot* chez Everett Hughes (1996) renvoie au fait que toute activité professionnelle, même parmi les plus prestigieuses, comporte une partie non valorisante, volontiers cachée, qu'il nomme « dirty work ». Chez cet auteur, il y a donc hiérarchisation des tâches à l'intérieur d'une catégorie professionnelle, ou hiérarchisation des professionnels entre ceux qui exécutent et ceux qui n'exécutent pas ce *sale boulot*. À domicile, la distribution des tâches relevant de ce *sale boulot* ne suit pas un déplacement linéaire superposable à la position hiérarchique des professions mais est plutôt le résultat d'arrangements, tacites ou explicites. La toilette fait partie de ces actes pouvant être qualifiés de *sale boulot*, mais il en existe d'autres : lever, coucher, prise de repas... Ces différents *sales boulots* ne sont pas toujours dévalorisés par les infirmières libérales. Faire une toilette peut être valorisée parce qu'elle est source d'informations précieuses (en donnant un accès visuel à l'état de la peau, elle permet une évaluation de l'état nutritionnel de la personne). Mais surtout, les *sales boulots* ne sont pas dévalorisés tant qu'ils peuvent être échangés avec d'autres professionnelles. En effet, les différentes tâches attribuées à chaque métier intervenant à domicile peuvent glisser d'un métier à l'autre (des aides à domicile peuvent se retrouver à laver les pieds d'une

personne alors que les infirmières installeront cette personne à table). Dès que les échanges entre professionnelles cessent, le *sale boulot* reprend sa connotation péjorative. Cet exemple met en évidence que ce qui importe les infirmières libérales n'est pas tant le partage du travail que l'échange : la relation avec les autres professionnelles peut modifier le profil du métier. Échanger le *sale boulot* revient à déterminer le profil de leur métier en tenant compte d'autres professionnelles.

II.3/ Accepter une hétéronomie décisionnelle

Les toilettes peuvent être effectuées par trois types de personnel : soit du personnel social (l'auxiliaire de vie sociale ou l'aide à domicile), soit du personnel dépendant d'un service médico-social (l'aide-soignante), soit encore par les infirmières libérales elles-mêmes. Il revient aux infirmières libérales de prescrire qui fera la toilette considérée. Cela relève de leur rôle propre. Pour les aider dans leur prise de décision de prescription de toilettes, les infirmières libérales disposent d'un outil déjà évoqué, la Démarche de Soins Infirmiers (DSI). Ce document organise le recueil d'informations concernant une personne, afin de permettre l'analyse de sa situation et de prescrire la prise en charge la plus adaptée. Le scénario paraît simple : le médecin, averti de la situation de perte d'autonomie d'une personne prescrit une DSI. L'infirmière, informée de la prescription médicale, se rend au domicile de cette personne afin de recueillir les informations nécessaires à l'analyse de la situation, et de prescrire à son tour quelle professionnelle interviendra (du secteur sanitaire ou social), pour quel type d'acte (toilette ou aide à la toilette), avec quel volume horaire et à quelle fréquence. Le recueil de données examine les différentes dimensions de l'être humain considérées dans le modèle holistique. L'expertise infirmière est censée être centrée sur la personne. Or, cette recherche montre que la prescription de toilette peut être aliénée, entres autres, par du personnel hospitalier (qui impose aux infirmières libérales d'intervenir comme condition nécessaire au retour à domicile de la personne), par des familles (qui choisissent de faire intervenir des aides-soignantes), par des auxiliaires de vie sociales (qui décident de mettre en place une aide à la toilette), par les personnes qualifiées de dépendantes elles-mêmes (qui négocient avec les infirmières la poursuite de leur intervention). Les infirmières répondent à des demandes nées d'expertises faites par d'autres, à l'extérieur de leur cabinet infirmier. Elles acceptent l'hétéronomie de la décision et ajustent leur relation, de soins ou d'autorité. Ces exemples illustrent le fait que leur volonté de poursuivre la relation, ou encore de *tenir le lien* comme il est dit à propos du travail social, gouverne leur attitude et leur impose un travail d'ajustement permanent.

II.4/ Opérer une « domesticisation » des pratiques professionnelles

Ce travail d'ajustement se poursuit dans la façon d'occuper l'espace de travail très particulier qu'est un domicile. Cet environnement matériel, qui est avant tout un lieu d'intimité, devient un lieu de travail et d'installation de professionnelles (en y important du matériel de soins par exemple). Ce faisant, le domicile opère sur la professionnalité des infirmières en favorisant une « domesticisation » de leurs pratiques professionnelles. La réorganisation de l'espace



nécessaire au déroulement des soins a souvent fait parler de médicalisation du domicile. Or, nous observons plutôt une « domesticisation » des pratiques professionnelles infirmières¹². L'intérêt porté au linge personnel (en l'économisant par exemple), ou encore le fait d'être attentif aux modifications des lieux deviennent le quotidien de professionnelles qui travaillent dans des domiciles dans lesquels d'autres professionnelles interviennent. Par ailleurs, la question se pose de la capacité des infirmières libérales à respecter ou à adapter les règles d'asepsie acquises à l'hôpital, au cours de leur formation initiale, dans cet environnement qu'est le domicile. Les entretiens informels qui se sont déroulés après des moments d'observation reprennent le fait que les infirmières libérales ne suivent pas ces règles à la lettre. Les justifications infirmières de cet écart à la norme sont fondées sur un discours infirmier catégorisant le domicile comme un lieu qui ne serait pas dangereux, à l'inverse de l'hôpital qui contient de multiples germes pathogènes. Les infirmières justifient leur dérogation aux règles d'asepsie par le discours selon lequel la personne qualifiée de dépendante est habituée aux germes présents à son domicile, et qu'ils ne représentent donc pas un danger pour elle. Les infirmières ne tiennent pas compte des directives¹³ les enjoignant à la prudence en matière du risque de contaminations qu'elles représentent elles-mêmes en allant d'un domicile à l'autre par exemple. Le fait d'être dans un domicile, donc dans un lieu privé, paraît « immuniser » ces infirmières et les rendre imperméables à toute transmission de germes. Le domicile des personnes qualifiées de dépendantes agit sur les infirmières comme une bulle, un territoire aux frontières impénétrables, même par les germes. Mais au-delà de la considération du domicile comme un lieu privilégié, protégé, c'est la question du décentrement des normes professionnelles qui est mise en évidence ici. À domicile, les infirmières libérales créent un nouveau système normatif en matière d'hygiène de l'environnement. L'hygiène devient plus ménagère qu'hospitalière.

II.5/ Se laisser déposséder de son autodétermination en participant à un entre soi pluri professionnel

En définissant leur territoire géographique d'intervention, les infirmières libérales font preuve d'autodétermination : elles tentent de se rapprocher d'un équilibre souhaité entre une activité (volume, nature) et des temps de déplacements (contraintes géographiques). Mais une fois ce territoire déterminé, celui-ci va

12 Nous préférons le néologisme « domesticisation » au terme de « domestication ». La première raison est que le suffixe « isation » permet la symétrie avec la « médical-isation », notion sur laquelle nous nous sommes appuyée, et dont nous nous détachons pour interpréter nos données. La seconde raison est que la domestication, même si elle définit, entre autre, un phénomène que l'on peut observer ici, à savoir l'acquisition de caractères comportementaux nouveaux résultant d'une interaction prolongée, contient aussi l'idée d'un contrôle de la part des communautés humaines qui domestiquent les autres, c'est-à-dire une domestication des infirmières par les personnes qualifiées de dépendantes. Ce n'est pas l'idée développée ici : nous resterons sur ce que le « domestique », compris comme un lieu mêlant intime et social, avec ses caractéristiques physiques, peut faire au métier d'infirmière, et non à ce qu'il peut faire comme lieu de « dressage » dans un but d'exploitation.

13 Les textes réglementaires de la profession infirmière (Code de Santé Publique) s'appliquent aux domiciles dans lesquels les mesures de sécurité du patient doivent être assurées comme en institution. L'absence ou l'insuffisance de données épidémiologiques concernant les transmissions de germes liées aux soins s'accompagnent d'une banalisation du risque.

devenir à son tour structurant de leur activité par l'effet des services qu'il propose et qui interfèrent dans l'activité infirmière. Les infirmières libérales mettent en place un jeu interactionnel avec des professionnels médicaux, paramédicaux, ou encore avec les intervenantes du travail du social avec qui elles sont amenées à composer. Les jeux interactionnels se déroulent à l'intérieur des domiciles mais également, de façon plus large, dans un environnement institutionnel. En effet, des structures implantées sur ce territoire géographique interviennent également dans les domiciles, et les infirmières libérales sont en relation avec ces structures pour partager le travail. Il s'agit essentiellement des Services de Soins Infirmiers À Domicile (SSIAD) ou des Services d'Aides et d'Accompagnement à Domicile (SAAD). Or le partage du travail ne se décide pas seulement au cours de l'action, à l'intérieur des domiciles, comme nous avons pu le voir jusqu'à maintenant. Il est aussi le résultat des interactions entre les infirmières libérales et les responsables de ces structures. Ces dernières régulent les interactions entre leur personnel et les infirmières libérales en mettant en place des temps de rencontres et d'échanges, en gardant la main sur ces moments (organisation et animation), ou encore en se plaçant comme intermédiaire dans la circulation téléphonique des informations entre les différentes professionnelles. Cette régulation permet de créer des normes communes, voire un savoir collectif de travail, auprès des personnes qualifiées de dépendantes. En d'autres termes, elle permet de mettre en place un *entre soi*. En participant à cet *entre soi*, les infirmières libérales se laissent déposséder de quelques prérogatives liées à leur statut libéral, notamment celle de choisir et d'autodéterminer leur travail. En effet, les responsables de ces services peuvent aller jusqu'à réguler l'activité des infirmières en proposant des ressources, en négociant, voire en imposant des décisions. Les relations que les infirmières libérales entretiennent avec les Services de Soins Infirmiers à Domicile et les Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile leur permettent de manœuvrer autour de leur territoire professionnel : le garder, en céder une partie, négocier pour cela. Les relations que les infirmières libérales ont avec ces interlocutrices extérieures structurent leur rapport au travail tel qu'il a été convenu et organisé au sein de leur cabinet. L'autodétermination de leur activité est éprouvée.

III- Conclusions : Un métier sanitaire qui s'ouvre au travail social et une dépendance qui devient situationnelle

Les infirmières libérales, dont les activités reposent sur l'autodétermination de la nature et de l'organisation de leur travail, recomposent leur métier lorsqu'elles travaillent auprès des personnes qualifiées de dépendantes. Ainsi, elles adaptent leurs modes de pensée aux situations de travail qui les mettent en contact avec des professionnelles ne relevant pas de la sphère sanitaire ; elles acceptent d'échanger le *sale boulot*, de participer à la création d'un *entre soi* pluri professionnel, et vont jusqu'à accepter d'être dépossédées de leur autonomie décisionnelle dans le but de maintenir les liens avec leur environnement de travail ; elles opèrent par ailleurs une « domesticisation » de leurs pratiques professionnelles.

Une telle recomposition montre une évolution du métier d'infirmière libérale vers les métiers du social. Cette conclusion, issue d'observations faites sur le terrain, montre l'enjeu social des soins apportés aux personnes qualifiées de dépendantes : le partage des tâches ne s'opère



pas selon les diplômes des professionnelles mais selon les situations. Ce qui, dans un deuxième temps, permet de prendre la mesure de l'enjeu qu'une meilleure connaissance d'un métier visé par les réformes du système de santé peut apporter en matière de décision politique.

Par ailleurs, la démonstration de cette recomposition alimente le débat sociologique sur les professions et permet de soutenir une théorie interactionnelle de la dynamique des professions : le jeu interactionnel entre les acteurs fait bouger le contenu et les limites de la profession.

La deuxième grande conclusion porte sur la notion de « dépendance situationnelle ». Si ailleurs la dépendance s'évalue par l'adéquation entre des besoins identifiés et des réponses proposées¹⁴, ici, nous mettons en évidence que cette dépendance varie selon des critères que les infirmières prendront en considération et qui concernent autant l'organisation de leur travail, le fonctionnement de leur cabinet que les besoins de la personne. Ce résultat nourrit une conclusion sociologique déjà connue selon laquelle la dépendance est une construction sociale. Au-delà de cette dernière conclusion, nous avons mis en évidence que, par les réponses qu'elles apportent, les infirmières libérales qualifient la dépendance : leur travail devient constitutif des politiques sociales de la dépendance. On est alors en droit de s'interroger sur l'ipséité de la dépendance en retournant notre question initiale et en se demandant : qu'est-ce que les infirmières libérales font à la dépendance ?

Bibliographie

Cour des Comptes, 2015, *La Sécurité Sociale, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, Septembre 2015, www.ccomptes.fr, 765 p.

Demailly Lise, 2014, « Professionnalité », in Zawieja P. et Guarnieri F. (dir.), *Dictionnaire des risques psychosociaux*, Paris, Éditions du Seuil, 593-595.

Douguet Florence, Vilbrod Alain, 2007, *Le métier d'infirmière libérale. Portrait sociologique d'une profession en pleine mutation*, Paris, Seli Arslan.

Hughes Everett C., 1996, *Le regard sociologique. Essais choisis*. Textes rassemblés et présentés par J.-M. Chapoulié, Paris, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales.

14 Voir grille AGGIR.

Martuccelli Danilo, 2015, « Les deux voies de la notion d'épreuve en sociologie », *Sociologie* 2015/1 (Vol. 6), 43-60.

Martucelli Danilo, 2006, *Forgé par l'épreuve. L'individu dans la France contemporaine*, Paris, Éditions Armand Colin.

Petitât André, 1989, *Les infirmières, de la vocation à la profession*, Montréal, Boréal.

Strauss Anselm Leonard, 1992 [1989], *Miroirs et Masques*, Paris, Éditions Métailié

Strauss Anselm Leonard, Corbin Juliet, 2003, « L'analyse de données selon la Grounded Theory. Procédures de codage et critères d'évaluation » [Traduction par Daniel Cefaï], in Cefaï Daniel, *L'enquête de terrain*, Paris, Éditions La Découverte : 363-379.

Strauss Anselm, 1992, *La trame de la négociation*, Paris, L'Harmattan.

BIBLIOGRAPHIE ET NOTES DE LECTURE

portance de la technologie.
Plus en plus, on se rend
compte qu'il ne s'agit pas
simplement d'être en
contact avec la technologie.
Précisément, il s'agit de
la maîtrise de la technologie
et de la maîtrise des
artisans et savoirs qu'il

Car il peut revenir.

ici au moins deux.

enfants (pour leur so

é du travail ? la pa

e, en gros, par le

é de la qu

ηpose)

Bibliographie

L'ensemble des références des nouveautés du centre de documentation et la liste des travaux des élèves et stagiaires sont consultables en ligne sur le portail documentaire de l'École.
<http://www.en3s.fr/portail-documentaire>

Protection sociale

10 défis mondiaux pour la sécurité sociale / AISS.- Genève : AISS, 2016.- 62 p.

Droit de la protection sociale / Rémi Pellet, Arnaud Skrzyerbak.- Paris: PUF, 2017.- 573 p.
 ISBN : 978-2-13-074917-2

La LAMAL - Une réussite suisse ? : 20 ans de la loi sur l'assurance-maladie en Suisse. 20 experts dressent le bilan / Thomas-D Szucs.- Genève: Slatkine (Éditions), 2016.- 211 p.
 ISBN : 978-2-8321-0778-2

La sécu à tout prix : financer un modèle social pour tous / Benoît Bost.- FYP éditions, 2017
 ISBN : 978-2-36405-155-3

Le revenu de base : une idée qui pourrait changer nos vies / Olivier Le Naire, Clémentine Lebon.- Paris: Actes Sud, 2017.- 154 p.
 ISBN : 978-2-330-07241-4

Le revenu de base, comment le financer : panorama des modalités de financement / Sous la direction de Jean-Eric Hyafil, Thibault Laurentjoye.- Gap : Yves Michel Editions, 2016. 187 p. (Économie).

Les métamorphoses de l'assurance maladie : conversion managériale et nouveau gouvernement des pauvres / Pascal Martin, préface de Colette Bec.- Rennes: PUR, 2016.- 243 p.
 ISBN : 978-2-7535-5137-4

Protection sociale : pour un nouveau modèle / Frédéric Bizard.- Paris: Dunod, 2017.- 344 p.
 ISBN : 978-2-10-076320-7

Santé

La démocratie sanitaire / Christian Saout.- Paris: Santé (Editions de), 2017.- 54 p.
 ISBN : 978-2-86411-298-3

L'aménagement sanitaire du territoire : stratégie et coordination / Aurélien Vautard.- LEH Édition, 2016. (Décideur santé).

La grande évasion : santé, richesse et origine des inégalités / Angus Deaton.- Paris : Presses universitaires de France, 2016.



Famille

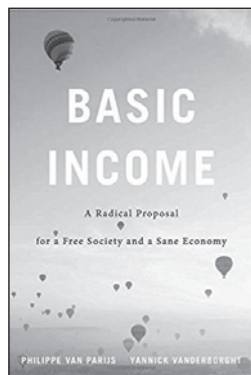
La famille aujourd'hui : entre tradition et modernité / Sébastien Dupont.-
Auxerre : Éditions « Sciences humaines », 2017.- 199 p.
ISBN : 978-2-36106-419-8

Service public

Le crépuscule de la France d'en haut / Christophe Guilluy.- Paris : Flammarion,
2016.

Vivre les valeurs du service public : appropriations, pratiques et défis /
coordination Fabrice Larat, Christian Chauvigné, préface de Jean-Marc Sauvé.-
Rennes: Presses de l'EHESP, 2016. 169 p.
ISBN : 978-2-8109-0521-8

Notes de lecture



Philippe Van Parijs et Yannick Vanderborght, Basic Income. A Radical Proposal for a Free Society and a Sane Economy, Harvard University Press, 2017, 400 pages.

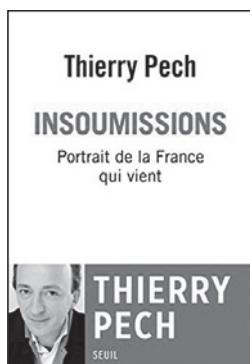
Spécialistes de philosophie politique, Philippe Van Parijs et Yannick Vanderborght publient le traité général du revenu universel. Cette étude des justifications éthiques et des diverses propositions techniques en décortique toutes les dimensions. Loin du rafistolage des politiques sociales, un tel choix matérialiserait une forme de troisième voie (même si ses auteurs n'emploient pas l'expression) entre le vieux socialisme et le libéralisme nouveau. Van Parijs et Vanderborght y voient un système de protection sociale radicalement distinct des deux autres modèles : l'assistance publique née au début du 16^{ème} siècle et l'assurance sociale née à la fin du 19^{ème}. Ces deux techniques relèvent de la « préhistoire » du revenu universel. Selon ses deux experts et promoteurs, le revenu universel, base d'une « liberté réelle égale pour tous », fonderait un modèle social plus juste et plus efficace. Son avènement serait à intégrer dans la famille des conquêtes fondamentales telles que l'abolition de l'esclavage et l'instauration du suffrage universel. Parfaitement au fait des difficultés d'une telle construction et des réticences qu'elle suscite, les auteurs argumentent. L'instrument n'est pas seulement conçu pour régler des problèmes conjoncturels mais comme pilier fondamental d'une société libre. Il s'agit de donner à chacun la capacité de pouvoir choisir sa vie, de poursuivre la réalisation de sa conception de la vie bonne. Que ceci passe par le travail acharné, le bénévolat ou le surf sur les plages de l'Atlantique.

Prosaïquement, la mise en place d'un revenu universel doit favoriser deux attitudes. Refuser des emplois relativement bien payés mais ennuyeux ; accepter des emplois relativement mal payés mais intéressants. Oui, certains emplois seront plus facilement occupés. Oui, il faudra payer davantage pour faire exécuter les « sales boulots ». Oui, certains sortiront du marché du travail quand d'autres y pénétreront. L'essentiel est dans un changement de comportements induit par l'introduction d'un tel mécanisme.

Les auteurs formulent une définition précise : un revenu régulier en espèce (et non un chèque à destination prédéfinie), servi à tout individu membre d'une société (avec des variations tout de même possible selon l'âge), sans condition de ressources et sans prise en compte des attaches familiales. Avant tout inconditionnel, il n'est pas fonction des revenus. En ce sens il limite les « trappes à pauvreté » qui piègent dans les revenus d'assistance. Toujours servi, en totalité, même en cas de retour à l'emploi, il ne décourage pas la reprise d'activité. Il est individuel et ne varie pas en fonction de la composition familiale. Il limite ainsi les « trappes à isolement » qui incitent à rester ou à se déclarer seul. En effet, se mettre en couple ne diminue pas son montant. Aucune contrepartie n'en est attendue. Sans obligations de tenir ou rechercher un emploi, le revenu universel permet de lutter contre les « trappes d'activité » (des pièges dans des métiers que l'on ne souhaite pas exercer).

Van Parijs et Vandeborghht suggèrent que le montant de la prestation, socle de libertés nouvelles, soit fixé aux alentours de 25 % du PIB par tête. Soit environ 700 euros mensuels en France, 1 000 aux États-Unis, 1 500 en Suisse, 160 au Brésil, 30 en Inde, 8 en République démocratique du Congo. À un tel niveau l'allocation a la capacité d'éradiquer la pauvreté absolue, mais pas celle d'éliminer la pauvreté relative (qui demeure d'ailleurs plus une mesure des inégalités que du dénuement total). Mais comment le financer ? En plus du remplacement des prestations et des crédits d'impôt de montant inférieur, qui pourrait concourir à un revenu à hauteur de 10 % du PIB par tête, des ressources supplémentaires sont nécessaires. Toutes les pistes sont potentiellement bonnes à suivre : taxation accrue du capital, révisions de la fiscalité sur les successions, TVA sociale, écotaxes. Aucune n'est la panacée. De toutes les manières, le sujet est affaire avant tout ici de volonté de changer radicalement, non pas de rapiécer. Critique à l'égard des expérimentations ciblées, les auteurs sont lucides et pensent que le revenu universel peut progressivement monter en charge plutôt qu'être décidé immédiatement à des niveaux élevés. Se gausser est aisé. Se draper dans de grands principes moraux et brandir les déficits publics n'empêche pas la discussion sérieuse qu'un tel ouvrage commande. Que l'on soit pour ou contre la perspective qui s'y dessine. À traduire d'urgence.

Julien Damon



Thierry Pech, Insoumissions. Portrait de la France qui vient, Seuil, 2017, 217 pages, 18 €

Avec les compromis des Trente Glorieuses, les classes moyennes ont progressivement accédé au salariat, à la sécurité sociale, à la consommation de masse. En échange, étaient acceptées des formes de domination et dépendance qui sont aujourd'hui rejetées.

Inspiré par les travaux qu'il a conduits, à Terra Nova, à « Alternatives Économiques », et, plus globalement, dans l'environnement intellectuel de Pierre Rosanvallon, Thierry Pech cite aussi René Goscinny et Jacques Tati. Loin de la note ficelée pour nourrir un programme présidentiel, le texte porte sur des Français défiants et une France qui doute, dans un contexte de radicalisation et de polarisation de l'offre politique. Sous un titre choisi en réponse sarcastique au « Soumission » de Michel Houellebecq qui traite de l'effondrement français et de l'islam, le livre ne s'attarde pas sur la polémique ni, d'ailleurs, sur le sujet. Il examine le « crépuscule », l'« érosion » du salariat, sur les décombres duquel naît une « société post-salariale » dans laquelle la France entre difficilement.

Le raisonnement, élégant, est en trois temps. Les insoumissions sont, d'abord, celles de travailleurs qui n'acceptent plus la subordination hiérarchique, caractéristique du salariat. Certains s'enfuient vers l'entrepreneuriat, signe non pas d'une nouvelle valorisation de l'entreprise mais plutôt d'un discrédit croissant de la bureaucratie. D'autres, plus nombreux, s'enferment dans leurs bureaux pour maugréer toute la journée sur les réseaux sociaux. Dans tous les cas, travail et vie privée, en raison de l'immixtion numérique généralisée, n'ont plus les mêmes frontières, et le droit du travail demeure largement à reprendre. Les jeunes générations, dont il ne faut pas mythifier les différences avec leurs aînés, n'acceptent pas avec bonheur le retour à la subordination pour répondre à leur précarité. Dans le cadre de ce désamour grandissant, les DRH et le management ne font pas montre de grande innovation. Ils vivent sur de pseudo-lauriers, mâtinés de jargon anglo-saxon, que leur procure en réalité la peur du chômage en période de sous-emploi endémique.

Les insoumissions sont, également, celles de consommateurs, aliénés par le consumérisme, qui aspirent à moins de dépendance et plus de responsabilité. Importé des États-Unis, le modèle de l'hypermarché vacille. Le consommateur repousse l'emprise et l'imposition des normes d'achat. Rétif aux agressions publicitaires, moins attentif à la propriété et davantage aux usages, il profite de l'affirmation de la multitude numérique pour tenter de s'émanciper de l'ère des masses, en valorisant l'authenticité et la personnalisation.

Les insoumissions ce sont, enfin, celles de citoyens insatisfaits de leur système de représentation. Les classes moyennes, au cœur du jeu politique, ne constituent plus une constellation centrale pacifiée. Le Directeur de Terra Nova décrit, avec justesse, des catégories plus hantées par le spectre du déclassement que véritablement déstabilisées. Leurs propres inquiétudes et une offre politique contestataire entrent cependant en résonnance, déséquilibrant l'édifice politique apaisé qui a pu avoir cours pendant quelques décennies. Désormais, à défaut de stabilité, la confrontation se profile. Avec des électeurs très sceptiques à l'égard de la représentation et, pour nombre d'entre eux, investis dans de nouveaux espaces publics de délibération, où, notamment sur Internet, le pire côtoie le meilleur.

Sans passer par la figure imposée des recommandations, probablement trop optimiste en ce qui concerne le développement du compte personnel d'activité (CPA), Pech offre un concentré de sagacité dans un ouvrage qui fourmille de remarques originales et judicieuses sur la situation française. Celle-ci se caractérise bien par un fourmillement d'insoumissions, certaines créatives, selon les mots de Pech, d'autres réactives. Plus favorable au mouvement Nuit Debout (sans nullement le célébrer béatement) qu'à la Manif' pour tous, l'auteur sait dessiner les lignes de fracture contemporaines, en les resituant dans leur épaisseur historique et juridique. L'essai, engagé en faveur d'un progressisme (lire « gauche moderne ») qui met en avant le souci d'autonomie des individus, constitue un livre pour tous, à ne pas dormir debout. Sa lecture donne l'impression de sortir de ses développements bien balancés avec un esprit plus clair. C'est rare.

Julien Damon



Rémi Pellet
Arnaud Skrzyerbak

Droit
de la protection
sociale

Thémis droit puf

Rémi PELLET, Arnaud SKZRYERBAK, *Droit de la protection sociale*, PUF, coll. « Thémis droit », 2017, 573 pages, 36 €.

Du droit de la sécurité sociale au droit de la protection sociale... Après la publication en 2005 du *Droit de la sécurité sociale* de Jean-Pierre Laborde, un livre désormais épuisé, un nouveau manuel intitulé *Droit de la protection sociale* est venu combler le vide laissé dans la prestigieuse collection *Thémis* des Presses universitaires de France. Toutefois, l'ouvrage du Professeur Laborde

devrait encore rester longtemps dans les mémoires, ne serait-ce qu'en raison de la clarté de sa construction et de la pertinence de ses analyses. Bien entendu, ce propos ne saurait être interprété comme la contestation du bien-fondé du choix de Rémi Pellet et Arnaud Skrzyerbak de se détacher de l'œuvre du Professeur Laborde en vue de concevoir leur propre manuel. Cette démarche mérite tout au contraire d'être saluée, à partir du moment elle participe à la diversification des approches juridiques de la protection sociale. Spécialistes reconnus de ce domaine au plan académique, les deux auteurs visent précisément à s'inscrire dans cette perspective, sachant que le premier est professeur de droit public et le second, magistrat administratif.

Comme son titre le laisse entendre, l'objet de ce « gros pavé » de plus de cinq cents pages est de couvrir non seulement le droit de la sécurité sociale mais aussi le droit de la protection sociale complémentaire et même, le droit de l'aide sociale. D'ailleurs, la formulation du titre est de nature à susciter des réserves terminologiques car s'il est possible d'employer l'expression *politique de protection sociale*, il n'existe pas à proprement parler de *droit de la protection sociale*. Cette dernière expression correspond en effet à une enveloppe juridique formelle qui englobe différentes branches du Droit aux logiques et aux caractéristiques bien différentes. Pour autant, en envisageant de front sécurité sociale, protection complémentaire et aide sociale, les auteurs ont le mérite de fournir une approche transversale de la protection sociale, qui est devenue de plus en plus nécessaire sous l'effet des évolutions du système social et de santé, même si l'appréhension de chacun de ces trois domaines s'en trouve rendue plus complexe.

Structuré en deux parties consacrées, l'une, à l'organisation administrative, financière et contentieuse de la protection sociale, l'autre, à la protection contre les risques sociaux, le manuel de Rémi Pellet et d'Arnaud Skrzyerbak revêt de prime abord une forme et un contenu communs. Mais cette impression se dissipe vite lorsqu'on le compare aux autres livres présents sur le même segment de la littérature juridique. Outre qu'elle procède d'une vision globale de la protection sociale comme précédemment évoquée, la singularité de cet ouvrage tient également à d'autres

caractéristiques. Ainsi, dans chacun des chapitres, le système français de sécurité sociale est comparé aux expériences étrangères, ce qui constitue l'originalité la plus marquante. Sans surprise, compte-tenu de la grande expertise de Rémi Pellet en matière de finances publiques, les finances sociales se distinguent par leur place étendue dans ce manuel. Il faut regretter en revanche que le droit de l'aide sociale ne donne lieu qu'à des développements superficiels, qu'il soit envisagé sous l'angle institutionnel ou sous celui des champs d'intervention, hormis en ce qui concerne le handicap, la dépendance ou le revenu de solidarité active. Plus encore, le droit de l'aide sociale à l'enfance est curieusement passé sous silence, bien qu'il représente un volet important de cette composante de la protection sociale.

En dépit de quelques insuffisances relatives à l'aide sociale, le manuel de Rémi Pellet et d'Arnaud Skrzyerbak n'en demeure pas moins un ouvrage de grande qualité auquel j'ai plaisir à souhaiter un bel avenir !

Gilles HUTEAU

(Pour un **service public**
performant et bienveillant)



www.presses.ehesp.fr

 **PRESSES**
DE L'EHESP



La revue Regards est aussi la vôtre.

Un projet de votre organisme
vous tient particulièrement à cœur ?

Vous avez lu un ouvrage professionnel
qui vous a marqué ?

Vous souhaitez partager avec vos pairs ?

Contactez-nous.

Isabelle Plantier

Tél. : 04 77 81 15 29 (ligne directe)

Courriel : iplantier@den3s.fr



ACTUALITÉ DE LA PROTECTION SOCIALE

CYCLE DE FORMATION 2017-2018

Stratégie numérique • Nouvelles COG • Pédagogie
Migrations internationales • Recrutement
Pauvreté • Dépenses de santé
Nouvelle économie

Retrouvez les derniers numéros
de la revue REGARDS
sur le site internet de l'EN3S
(rubrique Recherche et publications).



ECOLE DES
DIRIGEANTS DE LA
PROTECTION SOCIALE

Rechercher



NOTRE ÉCOLE | COMPRENDRE LA PROTECTION SOCIALE | MÉTIERS ET CARRIÈRES | CONCOURS D'ENTRÉE | CYCLES DIPLÔMANTS | FORMATION CONTINUE | RELATIONS INTERNATIONALES

RECHERCHE PUBLICATIONS



FRANCE STRATÉGIE
évaluation
anticipation
débat
proposition

en3s
Cérémonie de remise
des Prix EN3S - 2017

RECHERCHE ET PUBLICATIONS

Retrouvez la cérémonie de
remise des Prix EN3S 2017
en ligne

AGENDA



VIDEOS EN LIGNE
Retrouvez l'EN3S sur
Youtube
> Voir les autres vidéos

13 juin - Les organisations en réseau :
quelles marges locales et quel rôle
central ? (Cycle APS)
en savoir +



REVUE REGARDS
N°50 - Décembre 2016
Égalité Femmes-Hommes - le N°50 de
la Revue REGARDS vient de paraître
en savoir +

Le Service Public de Sécurité Sociale est le cœur de la Protection sociale française. Il accompagne l'ensemble des concitoyens tout au long de leur vie, en assurant leur protection contre les principaux risques sociaux (vieillesse, maladie, invalidité, etc) et en les aidant à l'occasion d'événements heureux (naissances, emploi, logement). Ce sont ainsi plus de 450 milliards d'euros collectés puis redistribués sous forme de prestations sociales. Ce service public est composé de différents réseaux représentant 400 organismes et 180 000 collaborateurs.

Au sein de ce service public, l'Ecole Nationale Supérieure de Sécurité Sociale assure deux missions principales :

- contribuer à un haut niveau de professionnalisme de ces organismes par le recrutement et la formation de ses dirigeants
- promouvoir la Protection sociale française, ses missions, son organisation, ses métiers

► Accédez à notre portail documentaire



ihéps
INSTITUT DES HAUTES ÉTUDES
DE PROTECTION SOCIALE

Achevé d'imprimer en juin 2017
sur les presses de

R E B O U L IMPRIMERIE 
www.reboul-imprimerie.com

SAINT-ÉTIENNE
Dépôt légal : 2^e trimestre 2017
N° d'imprimeur : 1398



www.en3s.fr

ÉCOLE DES DIRIGEANTS DE LA PROTECTION SOCIALE

Au carrefour français des droits du travail et de la protection sociale, les risques professionnels composent un risque social en mouvement. Procédant d'une histoire maintenant assez longue, la prévention et la réparation des accidents du travail et maladies professionnelles s'adaptent à l'évolution de leur nature et à l'apparition de nouvelles menaces pouvant peser sur le travailleur. La santé au travail relève d'une priorité et de missions de services spécialisés, avec un souci d'extension des couvertures dans un monde du travail qui se transforme substantiellement. Au-delà de la tarification pour les entreprises et de l'évaluation des préjudices pour les victimes, les outils s'étendent pour promouvoir le bien-être, chercher à empêcher le dommage, maintenir en emploi. Cette livraison de « Regards », fait le point sur l'actualité et les perspectives d'un domaine changeant en permanence. Les analyses historiques et juridiques sur la dynamique et l'actualité des risques professionnels se doublent d'ouvertures concernant les métiers et les innovations. Le dossier déborde le cas national pour évoquer les dimensions européennes et mondiales d'une thématique et de politiques dont l'ambition générale vise la préservation et l'amélioration de la santé.



FLASHER CE QR CODE
POUR ACCÉDER
À NOS PUBLICATIONS



regards
PROTECTION SOCIALE

N°51
JUIN 2017