

LA PROPOSITION DE LOI « POUR RENFORCER LA PRÉVENTION EN SANTÉ AU TRAVAIL »

LA FIN PROGRAMMÉE DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL ET LA MISE EN ŒUVRE D'UNE SÉLECTION MÉDICALE DE LA MAIN D'ŒUVRE ATTENTATOIRE AUX LIBERTÉS INDIVIDUELLES



INTRODUCTION

UNE PROPOSITION QUI VIENT DE LOIN

La proposition de Loi déposée le 23 décembre par le groupe *La République En Marche*¹ à l'Assemblée nationale et portée par la députée Parmentier-Lecocq est intitulée « *pour renforcer la prévention en santé au travail* ». Son dépôt en temps de Covid-19 et de trêve des confiseurs augure mal de la bonne foi de ses concepteurs. Elle devrait en effet plutôt s'appeler « *pour en finir définitivement avec la médecine du travail* ».

La profession de foi est particulièrement emphatique et généreuse². L'analyse de la proposition de loi contredit ces louables intentions.

Cette proposition est en effet l'aboutissement d'un long processus de destruction engagé depuis 1971 par les organisations d'employeurs (CNPF, CISME, MEDEF, PRE-

1- https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15b3718_proposition-loi#

2- « *Dans la gestion de cette crise sanitaire, nous vivons un tournant historique en choisissant de mettre le progrès social avant l'économie. Nous sommes déterminés à porter des réformes dans lesquelles l'humain continue à être au cœur des politiques publiques. Nous croyons dans l'entreprise tournée vers la performance globale, équilibrant les enjeux humains, économiques et environnementaux, une entreprise porteuse de sens et d'avenir.* »

SANCE). Cette persévérance dans l'objectif à atteindre est factuellement établie et ses étapes mises au jour³.

Un précédent article⁴ retrace le calvaire de cette institution systématiquement détruite ce qui a abouti à une pénurie massive de médecins du travail en rendant la pratique de ce métier de plus en plus difficile et de moins en moins attrayante.

Il ne s'agit donc pas de répéter les mêmes arguments mais bien ici de les valider en analysant le passage à l'acte que constitue la proposition. Celle-ci a été préparée par un « accord » récent entre certains partenaires sociaux, sous la plume du MEDEF. Il n'est pas rare que les propositions de loi destructrices soient proposées par les missi dominici des employeurs alors que leur écriture a été préparée par ces derniers. Toutefois, ici le lien est explicitement assumé.

Pour bien comprendre la portée destructrice de ce texte il faut rapidement tracer quelques lignes de force de ce qui est supposé exister actuellement en matière de « *prévention en santé au travail* ».

3- Pascal MARICHALAR, « La médecine du travail sans les médecins ? Une action patronale de longue haleine (1971-2010) », *POLITIX*, 2010/3 n°91, pp 27-52 : <https://www.cairn.info/revue-politix-2010-3-page-27.htm> .

4- « La destruction de la médecine du travail, passé, présent, avenir » in *Cahier SMT N°37*, octobre 2020 : <http://www.a-smt.org/cahiers/cahiers/cahier-37/37-2-04%20AC-destruction.medecine.travail.pdf>

En France les luttes autour de la santé au travail se sont heurtées depuis la fin du 18^e siècle à une « sainte alliance » de l'État, des employeurs et du corps médical⁵. Une pratique médicale de prévention en milieu de travail a été contenue jusqu'au milieu du 20^e siècle par une médecine d'entreprise, érigée en « médecine du travail » par « l'État français » en 1942, promouvant une pratique eugéniste. La finalité profonde de cette médecine était en fait de sélectionner la main d'œuvre et de dissimuler les risques du travail derrière le phantasme des prédispositions personnelles et de « l'hygiénisme ».

La prévention primaire médicale, en rupture avec ces pratiques, naît en 1946. Il s'agit d'appliquer, en milieu de travail, la garantie constitutionnelle de « protection de la santé » portée par le 11^e alinéa du préambule de la Constitution. Cette « mission d'ordre public social » a été confiée à un corps professionnel de médecins : les médecins du travail qui doivent « éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail »⁶.

Pratique balbutiante très teintée d'eugénisme elle va évoluer à mesure de l'ampleur de la tâche et des transformations sociales et économiques et devient majoritairement effective après 1970.

Les employeurs, après bien des atermoiements et des luttes de retardement, voient leur responsabilité engagé dès lors que surviendrait un accident du travail ou une maladie professionnelle, c'est-à-dire une atteinte à la santé.

L'existence de ces deux responsabilités :

- ♦ l'une de moyen, la prévention des altérations de la santé, c'est-à-dire, la prévention primaire médicale confiée aux médecins du travail ;
- ♦ l'autre de résultat, la prévention des atteintes professionnelles à la santé exigée des employeurs ;

bien distinctes, sont particulièrement dangereuses pour les employeurs.

En effet, dès lors qu'il peut nier avoir eu connaissance du risque responsable d'une atteinte à la santé, l'employeur peut récuser toute responsabilité. Or précisément la prévention primaire médicale consiste à repérer le risque et ses effets mais, encore mieux, les dangers avant même qu'ils ne deviennent des risques !

5- Voir à ce sujet : « La santé au travail entre savoirs et pouvoirs (19^e, 20^e siècle) », Anne Sophie BRUNO et all, 2011 Presses universitaires de Rennes

6- « Altération » et non « atteinte à la santé » (maladie, accident) c'est-à-dire, dans la perspective de prévention primaire, la prévention non seulement des atteintes mais de leurs prémices ou signes annonciateurs et le repérage et prévention des dangers avant les risques.

On conçoit l'irritation du patronat dès lors que les pratiques des médecins du travail déploient cette traçabilité. Le médecin du travail, qui a les capacités d'exercer conformément aux pratiques professionnelles communes, devient donc un risque en responsabilité inacceptable.

Il faut également, au passage, remarquer que, parallèlement, la présente mandature a supprimé l'un des moyens efficaces de visibilité des risques en supprimant le CHSCT et en limitant les possibilités des CSE qui les ont soi-disant remplacés.

D'où les efforts des entreprises qui aboutissent aujourd'hui à la proposition de loi.

Celle-ci a trois objets principaux :

- ♦ Transférer les responsabilités de sécurité et de reclassement des employeurs sur des « services de prévention et de santé au travail ».
- ♦ Démédicaliser la santé au travail.
- ♦ Mettre en place les moyens d'une sélection médicale de la main d'œuvre.

Ces trois objets sont étroitement intriqués et présents en permanence dans la proposition de loi qui prévoit également une diminution des garanties liées au contrôle social des représentants des salariés.

LA MARGINALISATION DES REPRESENTANTS DES TRAVAILLEUSES ET DES TRAVAILLEURS DANS LA GOUVERNANCE DES SST

En matière de contrôle social sur le fonctionnement du service les garanties conférées aux représentants du personnel seraient considérablement réduites ainsi :

- ♦ L'approbation du contrat pluriannuel d'objectif et de moyens colonne vertébrale de l'action du SST ne serait plus du domaine du conseil d'administration « paritaire » mais de l'assemblée des adhérents c'est-à-dire composée des seuls employeurs⁷.
- ♦ Le directeur du SPST, désigné par l'assemblée des adhérents, ne serait pas seulement chargé de mettre en œuvre le contrat pluriannuel, comme actuellement, son autorité est majorée. Ainsi, « Le directeur prend les décisions relatives à l'organisation et au fonctionnement du service nécessaires à la mise en œuvre des dispositions législatives et réglementaires ainsi que des objectifs et prescriptions du contrat d'objectifs et de moyens et du projet de service pluriannuel. »⁸. De simple gestionnaire il devient décisionnaire.

7- Voir article 20 de la proposition de loi
8- Voir article 24 de la proposition de loi

Le contrôle total sur le SPST des employeurs se déploierait sans contrôle efficace des salariés.

LE TRANSFERT DES RESPONSABILITÉS DES EMPLOYEURS SUR LES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL

*TRANSFERT DE LA RESPONSABILITÉ DE PRÉVENTION
LE SPST : UNE SOCIÉTÉ DE SERVICE EN PRÉVENTION SÉCURITÉ⁹*

La Cour de cassation en 2002, imposait aux employeurs une « obligation de sécurité de résultat », qui impliquait que toute survenue d'une pathologie liée au travail engageait la responsabilité de l'employeur.

Les organisations d'employeurs n'auront donc de cesse d'obtenir des jurisprudences plus favorables de la cour de cassation, notamment en rendant plus compréhensifs ses membres, ce qui aboutira en 2015 à transformer l'obligation de sécurité de résultat en « obligation de sécurité de moyen ». Cela signifie que la responsabilité de l'employeur consisterait dorénavant à se doter des moyens de repérage des risques et de leur prévention.

Les médecins du travail ne peuvent jouer un rôle de fusible, leur responsabilité étant d'autre nature. D'autant plus qu'une directive européenne¹⁰, que comme par hasard l'État mettra plusieurs années à traduire en droit français, sépare les structures mises en place par l'employeur pour l'aider à exercer sa responsabilité (article 7) et les services médicaux du travail (article 14).

D'où l'instrumentalisation des SST comme intermédiaires des moyens de prévention et chargés d'une prestation de service

La modification, dans la proposition de loi, du nom des services de santé au travail en « **service de prévention et de santé au travail** » (SPST) a pour finalité de faire oublier que l'objet de ces services depuis l'origine est d'accomplir l'obligation régaliennne de protection de la santé déléguée sous la forme de mission d'ordre public social aux médecins du travail.

Cette ultime proposition fait suite aux réformes successives :

- ♦ changement du nom de « service de médecine du travail » en « service de santé au travail »,
détournement implicite de l'appui technique des Intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) du SST aux médecins du

.....
9- Voir Article 8 de la proposition de loi

10- Directive 89/391/CEE du Conseil, du 12 juin 1989, concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail.

travail vers les responsabilités de prévention sécurité de l'employeur.

Le SPST, comme son nom l'indique, est avant tout un service de prévention, la santé au travail est devenue un objectif accessoire.

La manœuvre consiste, en réalité, en un détournement de la raison sociale des services de médecine du travail, devenus services de santé au travail, et un abandon de leur objet initial : la prévention médicale primaire, ainsi qu'une captation de leurs ressources vers la prévention des atteintes à la santé du point de vue des responsabilités d'employeurs.

Leur statut associatif qui demeure en droit se transformerait en fait en celui d'une société de service qui propose des « offres de service » en matière de prévention.

Comme le prévoit l'organisation néo libérale des entreprises, comme toute société de service : « *Les SPST feront l'objet d'une procédure de certification de la qualité du service rendu, de leur organisation et des cotisations et éléments tarifaires afférents.* ». Le processus de certification des sociétés de service est en fait une manière, pour le donneur d'ordre, d'imposer les critères de qualité qu'il désire. Le caractère polysémique du terme « qualité » permettant cette manipulation.

Les SPST fourniraient aux entreprises des prestations « *d'accompagnement et d'appui dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de prévention.* »

Cela signifie, en droit, que faisant appel dans le cadre d'une obligation de moyen à un SPST certifié, dans le cadre d'une prestation de prévention, la responsabilité de l'employeur ne pourrait être mis en cause puisqu'il aurait pris les moyens adéquats en sollicitant le SPST et que celle de l'organisme prestataire serait de ce fait engagée.

*S'EXEMPTER DES GARANTIES D'INDÉPENDANCE
DES EXPERTS PRÉVENTION SÉCURITÉ*

L'article 7 de la directive européenne, déjà citée, implique un statut d'indépendance pour les salariés désignés par l'employeur « *pour s'occuper des activités de protection et des activités de prévention des risques professionnels de l'entreprise et/ou de l'établissement* ». En effet, « *Les travailleurs désignés ne peuvent subir de préjudice en raison de leurs activités de protection et de leurs activités de prévention des risques professionnels.* ». Une jurisprudence confirme l'application de cette disposition dans les entreprises françaises.¹¹

.....
11- 18^e chambre de la cour d'appel de Paris, 25 mars 2004

Jusqu'alors les IPRP des SST (intervenant réglementairement exclusivement dans le cadre de la mission d'ordre public social) ne bénéficient d'aucun statut protecteur. Toutefois l'article L.4644-1 du Code du travail permet, jusqu'alors, ces mises à disposition dès lors que **formellement** un employeur demande l'aide d'un IPRP pour tenir le rôle du « salarié désigné ». En fait cette procédure assez contraignante, puisqu'elle implique l'avis du comité social et économique, n'est pas actuellement appliquée comme elle devrait l'être. Ainsi des IPRP de SST sont prêtés, sans formalité, aux entreprises pour établir le document unique.

Dès lors que la prévention deviendrait l'objet principal des « prestations » c'est dans le cadre de ce contrat de service et non à titre exceptionnel, l'article L.4644-1 devenu sans objet de ce fait, que se déroulerait l'activité de l'IPRP qui deviendrait, de facto, mais non de jure, le « salarié désigné » sans le statut protecteur qui s'y rattache. De même l'obligation de la directive de mettre à disposition « *les moyens personnels et professionnels requis* » aux IPRP incombe dorénavant au SPST.

*LE TRANSFERT DE L'OBLIGATION
DE RECLASSEMENT CONTRACTUELLE*

Actuellement les articles L.1226-2 à L.1226-20 du Code du travail qui traitent des conséquences de l'inaptitude médicale imposent à l'employeur des obligations de recherche de poste et de reclassement loyales sous peine de sanctions financières (autrefois importantes mais récemment diminuées par ordonnance).

La proposition de loi prévoit « *qu'au sein des services de prévention et de santé au travail, autonomes et interentreprises, une cellule sera dédiée à la prévention de la désinsertion professionnelle. Elle pourra notamment proposer des actions de sensibilisation, identifier les situations individuelles et proposer, en lien avec l'employeur et le salarié, des mesures individuelles d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste de travail* ». Parfaitement attentatoire à l'indépendance du médecin du travail et contraire au secret médical tel que défini à l'article L.1110-4 du Code de la santé publique (nous y reviendrons en détail), elle marque aussi le transfert des responsabilités de reclassement par l'employeur sur la pseudo compétence d'une prestation de service extérieure qu'il contrôle de fait et derrière laquelle il pourra s'exempter de ses obligations.

**DÉMÉDICALISER LA SANTÉ AU TRAVAIL
EN FINIR AVEC LES MÉDECINS DU TRAVAIL**

LA DÉVALORISATION DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL

L'article 21 de la proposition de loi ouvrirait « *la possibilité de recourir à des médecins praticiens correspon-*

dants, disposant d'une formation en médecine du travail, pour contribuer au suivi autre que le suivi médical renforcé des travailleurs ».

Ainsi, alors que l'exercice de la médecine du travail relève d'un internat de spécialité et constitue un exercice spécifique, impliquant des compétences particulières, s'y substituerait des médecins généralistes sans compétence spécialisée et titulaires d'une formation partielle permettant un exercice dilettante en santé au travail.

Des missions essentielles leur seraient néanmoins dévolues. Ainsi ces « *praticiens en santé au travail* » seraient notamment chargés de l'examen de reprise « *après un congé de maternité ou une absence au travail justifiée par l'incapacité résultant de maladie ou d'accident* ».

Dans ces conditions l'accès à la profession par la voie des médecins collaborateurs¹² et candidats à l'autorisation d'exercice¹³ deviendrait obsolète et tarirait accessoirement cette filière au profit de médecins de soins ayant une « *formation en médecine du travail* ».

Déjà cette proposition aiguise les appétits : « *...Membre de la Confédération des syndicaux médicaux français (CSMF), le docteur Luc Duquesnel rappelle que le médecin traitant suit les patients "dans leur globalité". "À ce titre, le suivi des salariés rentre dans nos compétences. Et puis, on ne prive en rien les médecins du travail puisque dans la vraie vie, ce sont les infirmières qui font leur boulot pour un coût similaire pour l'entreprise."* »¹⁴

Ce commentaire méprisant se suffit à lui-même. Toutefois il ignore l'obligation déontologique de compétence préalable à tout acte médical¹⁵ ainsi que l'exclusivité d'exercice de la prévention¹⁶.

Qui voudrait dorénavant se diriger vers un métier que tout le monde et n'importe qui pourrait exercer ?

.....

- 12– **Articles R.4623-25 à R.4623-25-2** du Code du travail
- 13– **Articles R.4623-25-3 à R.4623-25-5** du Code du travail
- 14– Journal *L'Opinion* daté du mercredi 16 décembre 2020, numéro 1906, titré « Santé au travail, une réforme explosive pour les médecins ».
- 15– **Article R.4127-70 du Code de la santé publique** : « *Tout médecin est, en principe habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement. Mais il ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose.* »
- 16– **Article R.4127-99 du Code de la santé publique** : « *Sauf cas d'urgence ou prévu par la loi, un médecin qui assure un service de médecine préventive pour le compte d'une collectivité n'a pas le droit d'y donner des soins curatifs. Il doit adresser la personne qu'il a reconnue malade au médecin traitant ou à tout autre médecin désigné par celle-ci.* »

Cette proposition de loi est la négation de la complexité d'un métier en milieu difficile, riche de conflits. Il s'agit pour le médecin du travail, dans ce contexte particulier, de protéger le droit des salariés, ses patients, à la protection de leur santé au travail.

L'exercice de la médecine du travail concilie une clinique individuelle notamment inter-compréhensive spécifique des altérations professionnelles de la santé et des investigations et conseil collectifs. Il impose des compétences dans des domaines aussi divers que le droit, la toxicologie, l'ergonomie, la science des organisations, la sociologie, la psychologie. Ce métier passionnant, car au cœur du travail qui structure la société, ne peut exister sans échanges informels et formalisés entre les professionnels médicaux, paramédicaux et spécialistes du champ du travail ce qui contribue, pour une part importante, à la compétence de ces professionnels.

Le réduire à une caricature comme le fait la proposition de loi relève de l'ignorance profonde ou de la malveillance.

LA FIN DE LA SPÉCIFICITÉ DE LA SANTÉ AU TRAVAIL

La nature de la prévention objet de la prestation du supposé SPST, confirme le retour des actions de diversion en matière de risques professionnels. Il s'agit en effet « de permettre le développement de politiques préventives de santé publique dans le milieu professionnel ». Ainsi, « il pourra être procédé à des actions de campagnes vaccinales, de sport/santé, de lutte contre les addictions dans le milieu de travail. »¹⁷

Le médecin du travail verrait ses missions détournées de la prévention en santé au travail vers l'océan des actions de prévention de santé publique mettant l'accent sur les comportements individuels au détriment des actions de prévention collective des risques professionnels.

Il serait intégré « dans les communautés professionnelles territoriales de santé et les dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes, afin que le médecin du travail soit partie prenante du parcours de soins »¹⁸. Nous verrons que cette intégration se fait en bafouant les droits fondamentaux des personnes concernées.

L'APPAUVRISSMENT DE LA CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL ET DES MOYENS D'ANALYSE DU MÉDECIN DU TRAVAIL

Comme toute clinique médicale, la clinique médicale du travail que pratiquent les médecins du travail repose

17– Voir Article 4 de la proposition de loi

18– Voir Article 5 de la proposition de loi

sur la continuité de la pratique clinique pour un même patient.

Cette continuité a été rompue lors de la précédente mandature par l'espacement des visites médicales et leur séparation entre plusieurs professionnels de santé du service de santé au travail.

La nouvelle dévolution des visites de reprises à des médecins de soin « correspondants », outre la question de leur compétence et de leur lien avec les entreprises concernées¹⁹, rompt encore la continuité clinique pour le médecin du travail.

Dans le domaine la prévention de l'inaptitude par l'adaptation du poste de travail elle serait en partie retirée au médecin du travail. S'y substituerait une « cellule (...) dédiée à la prévention de la désinsertion professionnelle. Elle pourra notamment proposer des actions de sensibilisation, identifier les situations individuelles et proposer, en lien avec l'employeur et le salarié, des mesures individuelles d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste de travail ». Que deviendrait dans ce contexte l'indépendance professionnelle du médecin du travail en matière de prescription en matière d'adaptation du poste de travail ? La réponse est dans la répartition des tâches que mettrait en place cette nouvelle organisation du SST.

En effet, la proposition comme l'ANI dont elle s'inspire découpe l'activité des SPST en trois secteurs distincts : « la prévention des risques professionnels, (le) suivi individuel des travailleurs et (la) prévention de la désinsertion professionnelle ».

- ♦ Aux IPRP la prévention des risques professionnels.
- ♦ La prévention de la désinsertion professionnelle à la commission *ad hoc*.
- ♦ Resterait à l'équipe médicale du travail, le suivi individuel des travailleurs.

Alors qu'actuellement le médecin du travail anime et coordonne l'équipe pluridisciplinaire composée des infirmiers et infirmières et des IPRP. La proposition de loi prévoit que les médecins du travail pourraient déléguer cette animation sans que les conditions de cette délégation soient définies.

En outre, les aides en matière d'analyse collective des dangers et des risques des postes de travail et des

.....
19– Article R.4127-97 du Code de la santé publique : « Un médecin salarié ne peut, en aucun cas, accepter une rémunération fondée sur des normes de productivité, de rendement horaire ou toute autre disposition qui auraient pour conséquence une limitation ou un abandon de son indépendance ou une atteinte à la qualité des soins. »

Article R.4127-98 du Code de la santé publique : « Les médecins qui exercent dans un service privé ou public de soins ou de prévention ne peuvent user de leur fonction pour accroître leur clientèle. »

conditions de travail et de conseil dans ces domaines, déjà détournés en partie, deviennent inaccessibles du fait du positionnement exclusif des intervenants en prévention des risques professionnels vers des missions d'appui aux entreprises en matière de prévention sécurité.

La proposition a beau garantir que « *le médecin du travail consacre à ses missions en milieu de travail le tiers de son temps de travail* », la question demeure de l'appui pour cette mission sans IPRP et de l'application de ce tiers temps en matière d'aménagement de poste qui concerne dorénavant la cellule PDP.

LA MISE EN PLACE DES MOYENS D'UNE SÉLECTION DE LA MAIN D'ŒUVRE SUR DES CRITERES DE SANTÉ

L'ABANDON DE LA PRÉVENTION COLLECTIVE DES RISQUES AU PROFIT D'UN ABORD INDIVIDUEL DE LA PRÉVENTION

Rappelons que la réglementation du travail privilégie avant tout la suppression du risque avant sa prévention et sa prévention collective avant la prévention individuelle.

La proposition de loi dénature cette obligation en instituant un passeport individuel de prévention « *listant toutes les formations suivies et certifications obtenues en matière de sécurité et de prévention des risques professionnels, et sa gestion par l'employeur* », « *L'ensemble des formations suivies par le travailleur et relatives à la sécurité et à la prévention des risques professionnels, dont les formations obligatoires, ainsi que les attestations, certificats et diplômes obtenus dans ce cadre, sont mentionnés dans son passeport prévention.* »

Cette disposition a trois finalités :

- ◆ faire oublier le caractère collectif prééminent des responsabilités d'employeur en matière de prévention ;
- ◆ sélectionner à l'embauche les travailleuses et les travailleurs sur leur compliance et leurs supposées compétences ;
- ◆ transférer la responsabilité d'une éventuelle atteinte à la santé sur les salariés, supposés avoir reçu les instructions et la formation appropriées²⁰.

UN ABORD INDIVIDUEL DE LA PRÉVENTION BASÉ SUR LA SÉLECTION MÉDICALE DE LA MAIN D'ŒUVRE

.....
 20- **Article L.4122-1 du Code du travail** : « *Conformément aux instructions qui lui sont données par l'employeur, dans les conditions prévues au règlement intérieur pour les entreprises tenues d'en élaborer un, il incombe à chaque travailleur de prendre soin, en fonction de sa formation et selon ses possibilités, de sa santé et de sa sécurité ainsi que de celles des autres personnes concernées par ses actes ou ses omissions au travail.* »

Plutôt que la prévention des risques se mettrait en place une démarche eugénique de sélection des travailleuses et des travailleurs dans une démarche « *de prévention de l'inaptitude et de la désinsertion professionnelle* ».

Ces propositions ignorent les droits fondamentaux des travailleuses et des travailleurs. Plus généralement elle ne tient aucun compte de la situation de subordination contractuelle qui ne peut justifier des atteintes aux droits des personnes et du caractère contraint des relations médecin-patient dans le cadre de la médecine en entreprise.

Serait, à cet effet, mise en place dans le SPST « **une cellule (qui) sera dédiée à la prévention de la désinsertion professionnelle.** Elle pourra notamment proposer des actions de sensibilisation, identifier les situations individuelles et proposer, en lien avec l'employeur et le salarié, des mesures individuelles d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste de travail ».

Nous avons signalé précédemment que cette cellule se substitue à la décision du médecin du travail et atteint à son indépendance.

Sa composition est assez obscure²¹ : il s'agirait d'une « *cellule pluridisciplinaire* » qui « *effectue ses missions en collaboration avec les professionnels de santé chargés des soins (et) les services médicaux de l'assurance maladie* ».

Cela pose d'emblée la question du secret médical tel que défini à l'article L.1110-4 du Code de la santé publique, qui porte sur tous les éléments de la vie privée du patient ou de la patiente et s'impose à tout professionnel de santé, dont personne même le patient ne peut le délier.

Le partage de ces éléments que prévoit l'article entre professionnels de santé n'est possible qu'avec le libre consentement explicite du patient ou de la patiente (impossible à garantir dans la situation de subordination contractuelle en milieu de travail) et « *pour assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible* ».

Ne s'agissant pas de prise en charge sanitaire mais professionnelle, la cellule comportant des membres qui ne

.....
 21- Elle est mieux précisée dans l'ANI qui inspire la proposition : « *Les acteurs de la PDP doivent fonctionner en réseau dans une démarche mutualisée, associant : l'employeur, le management de proximité, les IRP, la personne compétente en santé au travail prévention des risques professionnels, les préventeurs, les médecins du travail, le médecin traitant, les médecins conseil de la CPAM, les médecins praticiens correspondants (MPC), les acteurs du handicap, les conseillers de l'emploi, les assistantes sociales, les ergonomes.* »

seraient pas des professionnels de santé, ses participants encourraient des sanctions pénales.

Il en est de même dans la disposition qui permettrait « *Lorsque l'arrêt de travail du salarié mentionné au premier alinéa de l'article L.1226-7 est supérieur à une durée fixée par décret, la suspension du contrat de travail ne fait pas obstacle à l'organisation d'un rendez-vous de pré-reprise entre le travailleur et l'employeur, associant le cas échéant le service de prévention et de santé au travail.* »

Alors que son contrat de travail est suspendu l'employeur avec la complicité du SPST pourrait tenter de prendre connaissance d'éléments de la santé et de la vie privée du travailleur ou de la travailleuse sans que celui-ci ou celle-ci puisse le refuser !

Les fonctions de la cellule de PDP posent elles même question. Elle est chargée « *1° De proposer des actions de sensibilisation ; 2° D'identifier les situations individuelles ; 3° De proposer, en lien avec l'employeur et le salarié, un plan de retour au travail comprenant notamment des mesures individuelles d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste de travail ou des mesures d'aménagement du temps de travail favorisant le retour au travail* »

La sélection de la main d'œuvre en identifiant (repérant) les salariés fragiles et ou inadaptés est ici explicite.

C'est la même démarche qui prévaudrait dans la « *visite médicale de mi-carrière* » par le médecin du travail et dont l'objet est évident²². Collaborateur zélé de l'entreprise le médecin du travail « *a la faculté de proposer, par écrit et après échange avec le salarié et l'employeur, des mesures individuelles d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste de travail ou des mesures d'aménagement du temps de travail justifiées par des considérations relatives notamment à l'âge ou à l'état de santé physique et mental du travailleur en application de l'article L.4624-3* ».

Le dossier médical devient l'instrument de la sélection « préventive » :

« **L'article 11** organise l'accès, après accord du patient, du dossier médical partagé par les médecins du travail

.....

22- Cet examen médical vise à :

« *1° Établir un état des lieux de l'adéquation entre le poste de travail et l'état de santé du salarié, à date, en tenant compte des expositions à des facteurs de risques professionnels auxquelles a été soumis le travailleur ;*

« *2° Évaluer les risques de désinsertion professionnelle, en prenant en compte l'évolution des capacités du travailleur en fonction de son parcours professionnel passé, de son âge et de son état de santé ;*

« *3° Sensibiliser le travailleur sur les enjeux du vieillissement au travail et sur la prévention des risques professionnels.*

et infirmiers, afin de favoriser la connaissance de l'état de santé de la personne par le médecin du travail (et notamment les traitements ou pathologies incompatibles avec l'activité professionnelle) » en supprimant de l'article L.1111-18 du Code de la santé publique la mention : « *Le dossier médical partagé n'est pas accessible dans le cadre de la médecine du travail* » qui précisément tient compte de la situation contractuelle qui pourrait contraindre la volonté du travailleur ou de la travailleuse.

Le dossier de médecine du travail est automatiquement accessible alors que le salarié ou la salariée est suivie par un autre service : « *Lorsque le travailleur relève de plusieurs services de prévention et de santé au travail ou cesse de relever d'un de ces services, son dossier médical est accessible au service compétent pour assurer la continuité du suivi, sauf refus du travailleur* ».

Le fichage et la sélection du travailleur ou de la travailleuse s'affranchissent de tout respect du Code de la santé publique en matière de secret médical. Le dossier médical serait ainsi partagé entre médecin du travail et médecin traitant le premier pouvant ainsi intégrer les renseignements qu'il contient dans un processus de sélection médicale de la main d'œuvre.

EN CONCLUSION

UNE PROPOSITION DE LOI LIBERTICIDE

Ce que cette proposition de loi propose est inacceptable et attentatoire aux libertés publiques.

Si elle était adoptée par le parlement, elle mettrait en place :

- ♦ Par la transformation masquée de raison sociale des SST, la fin de la mission d'ordre public social des médecins du travail, partagée par les SST, au profit exclusif de la prévention du point de vue des responsabilités d'employeur.
- ♦ Un transfert de responsabilité des employeurs en matière de prévention et de maintien en emploi sur les services de santé au travail devenus exclusivement des services de prévention.
- ♦ Dans ce cadre, la consécration de l'abandon de l'obligation de sécurité de résultat à laquelle se substituerait une obligation formelle de moyen.
- ♦ L'abandon de la prévention collective des risques professionnels remplacée par une prévention individuelle et transférée finalement sur le travailleur ou la travailleuse.
- ♦ La fin de la médecine du travail par absence de moyens, empiètement sur l'indépendance professionnelle des médecins du travail, dévalorisation de

leur formation et dénatura-tion de leur métier vers une médecine d'entreprise de sélection de la main d'œuvre.

- ❖ Un fichage des travailleurs et des travailleuses en matière de santé s'affranchissant de leurs droits fondamentaux attachés aux données médicales.
- ❖ La sélection de la main d'œuvre sur de supposés critères de santé et prédispositions individuelles et en fonction de l'âge pour la sélection

des travailleurs et des travailleuses devenus économiquement inemployables.

Il faut appeler à la résistance contre cette proposition particulièrement rétrograde.

Il s'agirait, en fait, d'une régression de 79 ans, d'un retour vers le projet eugéniste professionnel proposé en 1942 par « l'État français ».

La République En Marche est ici sans doute en marche, comme elle le revendique, mais en marche arrière.