

Accidents du travail-maladies professionnelles : du compromis social à la réparation intégrale

Journée des 4 sociétés de médecine du travail de l'Île-de-France, Paris, 12 décembre 2012

EN RÉSUMÉ

AUTEUR :

A. Delépine, département Études et assistance médicales, INRS

La réparation des accidents du travail puis des maladies professionnelles repose sur un compromis social remontant à 1898 et mettant en place la notion de présomption d'origine. La création d'une voie complémentaire avec les Comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles a permis d'ouvrir de nouveaux droits. La modification des tableaux, issue d'un consensus social, est longue à réaliser comme le montre l'exemple des troubles musculosquelettiques. Les nombreuses procédures en faute inexcusable, notamment par les victimes de l'amiante, ont fait évoluer depuis 2002 le droit pour l'employeur vers une obligation de résultats et plus seulement de moyens en matière de sécurité.

MOTS CLÉS

Maladie professionnelle / amiante / réparation / trouble musculosquelettique

La réglementation accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP) est bâtie sur la loi du 9 avril 1898 pour les AT, étendue aux MP par la loi du 25 octobre 1919, qui permet au travailleur de ne pas apporter la preuve du lien entre la pathologie et le travail, sous réserve de répondre à la définition de l'AT ou d'entrer dans les critères des tableaux de MP. L'indemnisation du travailleur est alors forfaitaire s'il renonce à engager la responsabilité de l'employeur. Le compromis social, ainsi basé sur la présomption d'origine, est toujours en vigueur actuellement mais les aspects assurantiels qui lui sont liés, ainsi que la notion d'aptitude ont été un frein à la prévention.

Pour autant, la prise en charge d'une affection en maladie professionnelle n'est pas chose aisée. En effet, la

création/modification des tableaux de MP est le résultat d'un consensus entre les partenaires sociaux. Les « nouvelles pathologies » sont peu prises en compte, ou de façon très restrictive, puisqu'il faut intégrer la notion de présomption d'origine, ce qui implique de ne pas faire intervenir les facteurs extraprofessionnels éventuels. La création du système complémentaire permet, sous certaines conditions, de prendre en charge des maladies liées au travail ne figurant pas ou incomplètement dans les tableaux.

Toutefois, depuis une dizaine d'années, les modalités de reconnaissance sont remises en cause en raison notamment de :

- l'augmentation très importante des MP reconnues, en particulier les troubles musculosquelettiques,
- la sous-déclaration ou la non reconnaissance de certaines maladies ou symptômes,
- le caractère forfaitaire de la réparation, très éloigné de la réparation

Accidents du travail - maladies professionnelles : du compromis social à la réparation intégrale

de droit commun qui vise à la réparation intégrale,

- l'absence de retour sur la prévention à la source,
- l'évolution juridique ayant conduit, entre autres, à l'instauration d'une obligation de sécurité de résultats en matière de santé et sécurité au travail pour l'employeur ; le manquement à cette obligation constituant une faute inexcusable.

PERMANENCE ET REMISE EN CAUSE DU COMPROMIS ASSURANTIEL EN FRANCE DE 1898 À NOS JOURS

A.S. Bruno, Centre de recherches historiques, École des Hautes études en sciences sociales, Paris

Pendant une bonne partie du XIX^e siècle, la conception civiliste du travail reposait sur le principe d'une égalité des contractants, le salarié acceptant les risques du métier. Vers la fin du siècle, la jurisprudence, de plus en plus favorable aux salariés, assimile les accidents du travail (AT) à des cas relevant de la « responsabilité des choses que l'on a sous sa garde ». Cette évolution incite les employeurs à élaborer la solution d'une indemnisation assurantielle en 1898 pour les AT, puis en 1919 pour les maladies professionnelles (MP). Malgré d'autres voies expérimentées comme la solidarité ouvrière autonome ou la vision extensive de la responsabilité prise en charge par la voie judiciaire, le compromis assurantiel est devenu le modèle dominant dans tous les pays industrialisés. La France y ajoute toutefois le concept de faute inexcusable. Ceci traduit, entre autres, une prise en compte de l'importance des dangers que l'industrialisation fait peser sur la santé des travailleurs et l'entrée dans l'ère du risque pris en charge collectivement. La réparation for-

faitaire du salarié est conçue pour compenser l'obligation faite à l'employeur d'indemniser les AT pour lesquels il n'est pas en tort, faisant réapparaître ainsi la notion de faute. Le montant du forfait traduit alors l'équilibre des forces en présence et varie d'un pays à l'autre. Il a pour but de n'imputer à la charge de l'employeur que les accidents pour lesquels le risque industriel est en jeu. Il s'agit donc d'évaluer les causes des accidents de façon aussi réaliste que possible.

Le principe de la réparation forfaitaire est au fondement du désengagement relatif des employeurs vis-à-vis de la prévention, caractéristique d'une forme d'acceptation officielle du risque. L'assimilation des maladies professionnelles aux accidents du travail tend à gommer les différences de temporalité entre ces deux types d'atteintes, considérant essentiellement les risques pour lesquels le lien entre l'activité professionnelle et les atteintes à la santé est le plus immédiatement évident. Ainsi le modèle assurantiel a échoué à prendre en compte la santé globale des travailleurs et s'est montré peu réactif aux évolutions des pathologies du travail, participant au cloisonnement, toujours de mise, entre la santé publique et la santé au travail.

Dès sa publication, le compromis assurantiel est remis en cause. Les partisans de la suppression de l'indemnisation forfaitaire s'inspirent du précédent créé par la réparation intégrale des mutilés de guerre. La Fédération nationale des mutilés du travail est ainsi créée en 1920 sur le modèle des associations d'anciens combattants et devient très vite un des principaux acteurs du débat. Du côté syndical, la Confédération générale du travail (CGT) met en œuvre une stratégie judiciaire de contestation des taux d'incapacité, demandant la prise en compte de

l'incapacité professionnelle et pas seulement physiologique. Les tenants d'une réparation forfaitaire se trouvent confortés par la Conférence internationale du travail de 1925 qui préconise une rente égale aux deux-tiers du salaire de base en cas d'incapacité permanente totale. Cependant, l'idée que 80 % des accidents du travail peuvent être attribués à un facteur humain, et donc largement au travailleur lui-même, perdure pendant de nombreuses années. Quelques retouches sont apportées à la loi de 1898 ; elles portent essentiellement sur les règles de calcul de l'indemnisation, la création d'un barème administratif pour évaluer les incapacités médicales et une définition stable de la faute inexcusable.

Le consensus politique inédit qui prévaut à la Libération améliore le dispositif de protection sociale, essentiellement sous l'angle d'une transformation des structures, par la création des caisses de Sécurité sociale chargées de gérer l'ensemble des risques sociaux et non sous l'angle de l'amélioration de l'indemnisation. Cependant, concernant les AT, celle-ci reste plus favorable que dans le cadre de l'assurance maladie. Ainsi, quoiqu'imparfait, ce compromis a peu de chance d'être remis en cause. En effet, dès 1948, la Sécurité sociale fait l'objet d'attaques obligeant ses partisans à une position de défense plus que de conquête de nouveaux droits. De plus, les positions divergentes des syndicats sur le principe du forfait constituent un frein à sa remise en cause. Les AT entrent alors dans une ère de gestion administrative, à huis clos, de l'indemnisation forfaitaire.

À partir des années 70, la dénonciation des négligences concernant la santé au travail participe aux critiques du modèle assurantiel. La théorie du facteur humain dans la

survenue des AT est contestée, faisant apparaître l'arbre des causes. La remise en cause de la réparation du risque professionnel emprunte dès lors la voie de la faute inexcusable devant les juridictions de droit commun, traduisant aussi le sentiment d'injustice devant les évolutions de l'organisation du travail, du système de protection sociale (notamment l'indemnisation de la maladie et de l'invalidité) et du traitement des victimes, à commencer par celles de la route. En réformant la faute inexcusable, la loi de 1976 ouvre la voie à des améliorations successives de l'indemnisation par une définition de plus en plus large des préjudices indemnifiables. Les années 80 et 90 voient se multiplier les prises de position pour un retour des risques professionnels dans le droit commun. En instituant une obligation de sécurité de résultats, l'arrêt de la Cour de cassation du 28 février 2002 constitue une étape essentielle dans la remise en cause du système de réparation forfaitaire. Le fait qu'il ait été salué comme une avancée sociale autant par les associations de victimes que par les représentants patronaux des assurances, montre l'hétérogénéité des motivations, ce qui peut expliquer aussi que le système d'indemnisation des AT-MP reste inchangé.

RÔLE ET FONCTIONNEMENT DES COMITÉS RÉGIONAUX DE RECONNAISSANCE DES MP

J.L. Zylberberg, Inspection médicale du travail, Île-de-France

Dans certains des cas exclus de la présomption d'origine, les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP), créés par la loi du 27 janvier 1993, ont

pour rôle d'établir s'il existe ou non un lien entre une atteinte à la santé caractérisée et l'activité professionnelle que le demandeur exerce ou a exercé. L'avis motivé des CRRMP s'impose aux organismes de Sécurité sociale.

Deux circonstances sont à différencier :

- Alinéa 3 de l'article L.461-1 du Code de la Sécurité sociale. La maladie figure dans un tableau, le salarié est bien exposé (ou a été exposé) au risque énoncé dans le titre mais le délai de prise en charge est dépassé, la durée minimale d'exposition, quand elle existe, n'est pas atteinte ou l'activité exercée ne figure pas dans la liste limitative des travaux. Un lien direct doit être établi entre la maladie et l'activité exercée.

- Alinéa 4 de l'article L. 461-1 du Code de la Sécurité sociale. La maladie est caractérisée mais n'est pas désignée dans un tableau. Plusieurs situations sont possibles : la maladie ne figure dans aucun tableau (ex : cancer du rectum), elle existe dans un ou plusieurs tableaux mais pas pour l'exposition incriminée (ex : cancer bronchopulmonaire et formaldéhyde) ou elle figure dans un tableau mais ne remplit pas tous les critères de la colonne « désignation de la maladie » (ex : une surdité dont le déficit serait inférieur à 35 dB). Pour que le dossier puisse être examiné par le CRRMP, la maladie doit soit entraîner le décès, soit conduire à une incapacité permanente prévisible d'au moins 25 %. Un lien direct et essentiel doit alors être établi entre la maladie et l'activité incriminée.

Les CRRMP sont compétents pour l'ensemble des salariés du régime général, de celui des mines et de ceux dits spéciaux (EDF, SNCF, Banque de France...), les assurés du régime agricole et les salariés exerçant une activité à l'étranger

et ayant souscrit une assurance volontaire AT/MP.

Chaque CRRMP est composé du médecin conseil régional du régime concerné, d'un médecin inspecteur régional du travail et d'un praticien hospitalier particulièrement qualifié en matière de pathologie professionnelle.

Le dossier, initialement composé de la demande de reconnaissance en maladie professionnelle signée du demandeur et du certificat médical initial, est complété par la Caisse primaire d'assurance maladie avec :

- un rapport circonstancié de l'employeur,
- l'avis motivé du médecin du travail portant notamment sur la maladie et la réalité de l'exposition. Il est à noter que plus ce document est complet et descriptif de la situation de travail, plus il permettra au CRRMP d'avoir des éléments fiables pour établir un lien, notamment quand il s'agit d'affections psychiques,
- la conclusion du rapport d'enquête de l'organisme de sécurité sociale,
- le rapport du médecin conseil indiquant le diagnostic, la date de 1^{re} constatation et si le taux prévisible d'incapacité permanente est supérieur à 25 %.

Le CRRMP se prononce après avoir entendu l'avis de l'ingénieur conseil régional de prévention qui aura rédigé un rapport, notamment sur la nature, la durée et le niveau d'exposition.

Le rôle du CRRMP étant d'évaluer un lien de causalité, il lui est nécessaire de disposer du maximum d'informations à la fois sur l'exposition et sur la maladie. L'avis sera rendu à partir d'un faisceau d'arguments provenant autant de l'analyse détaillée de la littérature que des avis déjà donnés par

Accidents du travail - maladies professionnelles : du compromis social à la réparation intégrale

d'autres CRRMP. Le CRRMP n'est pas compétent pour « redresser » un diagnostic médical, si celui-ci est erroné ou incomplet, ce doit être mentionné dans l'avis motivé. Dans le cas des dossiers examinés au titre de l'alinéa 3, ce lien doit être direct, ce qui signifie que le travail du demandeur l'a bien exposé au risque mentionné dans le tableau et que la chronologie de survenue de la maladie est compatible avec l'étiologie professionnelle. Pour les dossiers examinés au titre de l'alinéa 4, le lien doit être direct et essentiel, ce qui signifie qu'il doit exister des éléments scientifiques solides confirmant que l'exposition incriminée est bien à l'origine de la maladie, qu'il est nécessaire de rechercher des causes personnelles ou environnementales et que les expositions professionnelles, sans être exclusives, occupent une place prépondérante dans la genèse de la maladie.

Pour être valide, l'avis doit être adopté par consensus et signé, en séance, par les trois membres du CRRMP. Les parties peuvent être auditionnées, en étant mutuellement informées si une seule se présente. Dans le respect du secret médical et de fabrication, l'avis doit être motivé et rédigé en termes compréhensibles par tous les destinataires.

Quelques données nationales et régionales ont terminé le propos du conférencier.

Au plan national, le nombre de dossiers soumis aux CRRMP entre 1994 et 2010, tous régimes confondus, est passé de 370 à 13 012, la très grande majorité l'étant au titre de l'alinéa 3. Le volume de dossiers traités ainsi que la répartition en avis favorable ou défavorable est très hétérogène d'une région à l'autre.

En 2010, en Île-de-France, 1 114 demandes ont été examinées, 1 052 au titre de l'alinéa 3 et 62 au titre

de l'alinéa 4. Dans le 1^{er} cas, il y a eu 58 % d'avis favorable et dans le 2^e, 27 %. Comme pour la reconnaissance directe au titre des tableaux, 75 % des demandes concernaient le tableau n° 57 et 10 % le tableau n° 98. Un peu moins de la moitié d'entre elles (respectivement 44 % et 47 %) ont reçu un avis favorable. Les cancers examinés au titre de l'alinéa 4 concernaient essentiellement ceux en lien avec l'amiante, notamment les cancers du larynx et 23 % d'entre eux ont eu un avis favorable. Pour ce qui est des atteintes à la santé liées aux risques psychosociaux, 46 % des demandes ont reçu un avis favorable, ce qui était beaucoup plus que la moyenne nationale (28 %).

LES MALADIES PROFESSIONNELLES FACE AU DÉNI ADMINISTRATIF : LA LONGUE BATAILLE DES TMS

N. Hatzfeld, département d'Histoire contemporaine, université d'Evry

En préambule, le conférencier précise qu'il n'est pas médecin et qu'il porte sur le sujet un regard d'historien dont les recherches se sont interrompues en 2010. Le propos portera essentiellement sur les troubles musculosquelettiques (TMS) réparés au titre du tableau n° 57 « *Affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail* ».

L'intérêt historique des troubles musculosquelettiques est qu'il s'agit de maladies n'ayant pas le caractère spectaculaire des accidents du travail ou meurtrier des atteintes liées à l'amiante ou à la silice. En s'articulant à l'activité proprement dite, au cœur du travail et des gestes effectués, ils permettent aussi d'interroger la société sur sa propre perception de la

nocivité du travail et sur les limites qu'elle accepte. De plus, il existe d'abondantes archives offrant la possibilité d'études approfondies. Bien que ne portant pas ce nom de troubles musculosquelettiques, ces affections sont connues depuis longtemps : Ramazzini au début du XVIII^e siècle en observe dans certains métiers. Dans la première moitié du XIX^e siècle, c'est plutôt le courant hygiéniste qui prédomine considérant que ce sont la misère, les longues journées de travail et l'insalubrité qui sont la cause des maladies plutôt que l'activité exercée en elle-même. Après 1850, se développe un courant complémentaire de sensibilité médicale, cherchant à mettre en relation pathologie et métiers, proposant même déjà la notion de part attribuable à l'activité professionnelle. Des controverses s'engagent sur les effets du travail sur la santé des ouvriers, des chirurgiens étudient plus particulièrement certains métiers et des litiges sont soumis aux tribunaux. Des pathologies non industrielles sont déjà repérées comme la crampe de l'écrivain chez les « employés aux écritures » que l'on voit apparaître lors du passage de la plume d'ivoire à la plume d'acier plus dure, que l'arrivée de la machine à écrire a quasiment fait disparaître pour être « remplacée » par d'autres atteintes. Cet exemple interpelle aussi la notion de progrès dans le tertiaire.

En 1919, la loi sur les maladies professionnelles ne s'intéresse pas aux atteintes ostéoarticulaires. Alors que la 1^{re} maladie professionnelle reconnue au Royaume-Uni en 1908 est la crampe du télégraphiste, ce n'est qu'en 1972 que sera créé le 1^{er} tableau « TMS » en France. Dans les archives, deux périodes peuvent être distinguées : 1919-1945 et 1945-1972.

De 1919 à 1945, l'absence de tableau spécifique est contournée par la déclaration de certains cas en accident du travail, notamment dans les mines, pour les inflammations du tissu cellulaire sous-cutané de la main et du genou, appelées alors « *main, coude ou genou battus* », et les « *arthrites chroniques du membre supérieur causées par les marteaux-piqueurs* ». Entre 1935 et 1938, la Commission d'hygiène industrielle est plusieurs fois saisie et conclut régulièrement qu'il est nécessaire de rechercher une cause accidentelle.

Après la Libération, dès 1947, se repose la question de la création éventuelle d'un tableau pour les TMS. Dans les archives, n'est retrouvée que la position du ministère chargé du Travail qui est toujours négative sur des arguments pouvant porter tant sur les causes professionnelles (« *les bursites ou hygromas du genou sont en effet assez fréquents dans un certain nombre de professions mais revêtent plus le caractère de déformations professionnelles ou de maladies du travail que de véritables maladies professionnelles* »), la caractérisation de l'affection que le nombre insuffisant de cas recensés. Pourtant de nombreuses demandes sont faites, autant par des particuliers que par des associations, syndicats voire par des caisses de Sécurité sociale. Finalement, le tableau n° 57 est créé en 1972, il ne prend en compte que les hygromas du genou pour les travaux à genou dans le secteur du BTP ou les mines. En 1982, le titre du tableau devient « *Affections professionnelles périarticulaires* », sont introduits dans le tableau d'autres localisations et d'autres types de maladie mais surtout les secteurs professionnels sont supprimés pour être remplacés par une liste de mouvements

dans laquelle apparaît la notion de répétitivité. En 1991, le titre devient « *Affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail* », sont prises en charge certaines affections de l'épaule et de la cheville et apparaît la notion d'hypersollicitation. Après de nombreuses années de refus, la création de ce tableau est la conséquence notamment de l'évolution du contexte social et du poids de l'Europe des 6. Les modifications ultérieures résultent aussi de la transformation du regard médical et des enquêtes pluridisciplinaires associant physiologistes, ergonomes et épidémiologistes, dont le but est de tenter d'expliquer l'accroissement du nombre de ces pathologies autant au niveau national qu'international. C'est ainsi le premier tableau qui s'écarte de la notion de métier pour aller vers l'activité et donc l'analyse du travail et de son organisation.

AGRÉGATS DE CANCERS DU REIN DANS UNE ENTREPRISE

J.M. Sterdyniak, GISCOP 93 (en remplacement de G. Barrat)

En 1982, une usine transnationale, leader dans la nutrition animale, premier employeur de la région, met en œuvre un nouveau procédé de synthèse de la vitamine A. Les nouvelles molécules employées sont très réactives. Les principales étapes de la synthèse sont automatisées et les salariés formés sur des maquettes.

Le médecin du travail constate un démarrage long et difficile de ce nouveau procédé qui entraîne des conditions de travail dégradées. Il recueille les doléances des salariés et identifie une exposition importante en particulier au chloracétal (C5). Il fait alors une information au CHSCT et demande des

(1) Ces tests seront confirmés ultérieurement par d'autres qui indiqueront une action génétoxique plus importante sur cellules rénales

tests de génotoxicité qui ne seront effectués qu'à partir de 1990. Les tests des micronoyaux et de Ames montrent un effet positif⁽¹⁾. Début 1991, est mise en place une surveillance annuelle par échographie abdominale dans un premier temps chez les opérateurs de la synthèse de la vitamine A, le personnel d'entretien, de maintenance et des laboratoires (soit 180 personnes) puis dans un second temps cette surveillance est étendue aux salariés des bâtiments environnants. Une information des intervenants extérieurs et de leurs médecins du travail est également effectuée. Dès 1992, une surveillance post-professionnelle est organisée, d'abord prise en charge par l'entreprise jusqu'en 2004, puis par convention entre la caisse primaire d'assurance maladie et la consultation de pathologie professionnelle. Le premier cas de cancer du rein est dépisté en 1993. En 2012, sur la population totale exposée entre 1982 et 2002, estimée entre 450 et 500 personnes, 35 cas de carcinomes et 3 oncocytomes ont été diagnostiqués. Deux-tiers de ces cas ont moins de 60 ans lors du diagnostic et 11 en sont décédés. Les demandes de mesures de prévention collective et individuelle par le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) et le médecin du travail de l'entreprise ne sont pas prises en compte. La substitution du C5 est refusée, notamment devant l'absence de données toxicologiques et son non-classement en agent CMR. Cette absence pose également un problème pour la reconnaissance en maladie professionnelle : de 1994 à 1998, les 6 demandes de reconnaissance ont été refusées par le CRRMP. En 2003, après médiatisation et demande collective, 9 cas sont reconnus par le CRRMP, actuellement 20 cas au total ont été reconnus.

Accidents du travail - maladies professionnelles : du compromis social à la réparation intégrale

En 2004, 9 victimes portent plainte en faute inexcusable entraînant la condamnation de l'entreprise en 2007, qui ne fait pas appel. Le tribunal s'est basé, entre autres, sur les rapports annuels du médecin du travail et les procès verbaux du CHSCT.

Pour le médecin du travail, qui voit dans cette situation un échec de la prévention, le cluster aurait pu être évité. Il s'est retrouvé confronté à plusieurs problèmes : les freins et la résistance de la direction, en particulier au regard de la défense de l'emploi au détriment de la santé, l'inertie des services du ministère chargé du Travail, les difficultés de reconnaissance en MP ayant notamment pour conséquence l'absence d'intervention des services de la CARSAT, les difficultés à recenser l'ensemble des travailleurs ayant été exposés et l'investigation de l'InVS qui ne permet pas d'exclure un excès de risque par biais de dépistage.

QUELLE STRATÉGIE POUR LA DÉFENSE DES VICTIMES DE L'AMIANTE ?

F. Desriaux, Association nationale des victimes de l'amiante (ANDEVA)

L'ANDEVA compte actuellement environ 25 000 adhérents et regroupe 60 associations régionales. Elle accompagne plusieurs milliers de procédures en fautes inexcusables depuis 1996. L'idée première est de regrouper les victimes en associations afin, d'une part, de médiatiser la situation et d'autre part d'agir sur les évolutions juridiques.

L'« affaire de l'amiante » commence le 30 mai 1995 par une conférence de presse organisée conjointement par l'association ALERTE, la Fédération nationale des accidentés de la vie (FNATH) et la Ligue contre le

cancer du Val-d'Oise, dans laquelle il est fait état de prévision de 3 000 morts par an dus à l'amiante et du rapport de 1 mésothéliome pour 1,5 cancer bronchopulmonaire. L'information est médiatisée et amplifiée quelques jours plus tard, suite à la décision d'un proviseur de Marseille de fermer le centre de documentation de son lycée parce qu'il y a un empoussièrement important et qu'il ne veut pas exposer les élèves.

S'engagent alors deux types d'actions différentes :

- d'une part, le recensement des bâtiments contenant de l'amiante afin de prendre des mesures de prévention, et la mise en place d'une expertise collective à l'INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale) qui participe à l'interdiction d'utilisation de l'amiante le 1^{er} janvier 1997 ;

- d'autre part, une stratégie judiciaire dont les buts sont de faire reconnaître les affections en maladies professionnelles et d'organiser des procédures en faute inexcusable. La première action participe à la mise en place des délais d'instruction des dossiers par les caisses primaires d'assurance maladie. La seconde contribue à l'arrêt de la cour de cassation du 28 février 2002 qui introduit l'obligation de résultats en matière de sécurité au travail dont le manquement constitue une faute inexcusable.

À ce stade, deux catégories de victimes ne bénéficient pas de ces avancées : les fonctionnaires et celles appelées « victimes environnementales » (conjointes de travailleurs de l'amiante...). Elles ont recours aux Commissions d'indemnisation des victimes d'infraction pénale (CIVI) dont les procédures sont plus rapides que celles pour fautes inexcusables.

Ces CIVI sont financées par un fonds de garantie alimenté par les contrats d'assurance des biens. Les actions de l'ANDEVA ont favorisé la création du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) en 2002 auxquels toutes les victimes peuvent s'adresser tout en maintenant la possibilité de procédure pour faute inexcusable.

ÉVOLUTIONS JURIDIQUES ET JURISPRUDENTIELLES

M. Ledoux, avocat

Il y a encore une dizaine d'années, les litiges relatifs à la santé au travail ne concernaient principalement que les TASS (tribunaux des affaires de sécurité sociale) et les tribunaux correctionnels. Depuis l'arrêt du 28 février 2002 relatif à l'obligation de résultats, de nombreuses juridictions sont concernées : TASS, tribunaux correctionnels, de grande instance, prudhommaux, juridictions de la Sécurité sociale...

En vertu du contrat de travail qui lie l'employeur au salarié, il y aura faute inexcusable si l'employeur a conscience du danger et qu'il n'a pas pris de mesures pour en protéger le salarié. Depuis 2005, tout le champ du contrat de travail est ainsi investi : l'absence de visite d'embauche, de suivi des préconisations du médecin du travail, de mise à disposition des moyens de protection...

Depuis quelques années, les condamnations sont plus fréquentes et plus lourdes et ainsi la réparation commence à coûter plus cher que la mise en œuvre de la prévention. Depuis l'arrêt du Conseil d'État du 18 juin 2010, les dommages obtenus en faute inexcusable peuvent être élargis à l'ensemble des préjudices augmentant encore le coût de la réparation.

L'auteur insiste notamment sur l'importance du document unique (DU) dont l'absence conduit systématiquement à la condamnation de l'employeur pour faute inexcusable en cas de mise en place de la procédure. Les échanges avec la salle font ressortir que les DU sont actuellement souvent incomplets vis-à-vis des RPS.

Les principes généraux de prévention s'appliquent aussi à la prévention des risques psychosociaux (RPS), ainsi le juge a la possibilité de revoir les réorganisations qui pourraient nuire à la santé des travailleurs.